

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

PRÁCTICA DIRIGIDA PARA OPTAR POR EL GRADO DE LICENCIATURA EN  
PSICOLOGÍA

Abordaje Cognitivo Conductual a pacientes con dolor crónico maligno en la Clínica del  
Dolor del Hospital San Juan de Dios

Practicante:

Sthefannie Morales Esquivel

Comité asesor:

Director:

Ronald Ramirez Henderson, Ph.D.

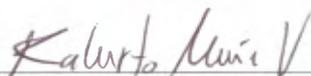
Lectores:

Dra. Ana María Jurado Solórzano

MSc. Carlos Araya Cuadra.

2017

## **Tribunal examinador**



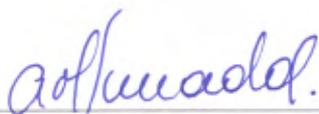
---

Lic. Roberto Marín Villalobos  
**Presidente del tribunal**



---

Ronald Ramírez Henderson, Ph. D.  
**Director de Trabajo Final de Graduación**



---

Dra. Ana María Jurado Solórzano  
**Lectora de Trabajo Final de Graduación**



---

MSc. Carlos Araya Cuadra  
**Lector de Trabajo Final de Graduación**

---

Dr. Jorge Sanabria León  
**Profesor invitado**



---

Sthefannie Morales Esquivel  
**Sustentante**

## Resumen

Morales, S. (2017). *Abordaje Cognitivo Conductual a pacientes con dolor crónico maligno en la Clínica del Dolor del Hospital San Juan de Dios*. Práctica dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

El presente trabajo final de graduación, desarrollado bajo la modalidad de práctica dirigida, consistió en la inserción profesional de la sustentante en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios, durante el período de enero del 2017 a julio del mismo año.

Durante este período se brindó atención psicológica a pacientes con dolor crónico y sus familiares. Se realizaron intervenciones individuales, familiares y grupales, mismas que tuvieron como principal objetivo el mejoramiento de la calidad de vida de los y las usuarias que recibieron la atención.

La presente práctica dirigida tomó como marco conceptual los términos de Psicología de la Salud, Medicina conductual, y más específicamente, la Terapia Cognitivo Conductual, siendo este el principal enfoque para el abordaje de cada uno de los y las pacientes.

A partir del enfoque planteado anteriormente, el dolor crónico se visualizó como un fenómeno complejo, donde interactúan factores sociales, familiares, fisiológicos, cognitivos y afectivos, los cuales pueden aumentar o disminuir la percepción del dolor en los y las pacientes.

El desarrollo de las funciones del rol profesional requirió la atención individual de 14 personas, cuyos motivos de consulta se asocian a dolor crónico, síndrome del cuidador y duelo. La atención grupal fue dirigida a diferentes poblaciones, el grupo para pacientes con

dolor crónico constó de seis sesiones, el grupo de autocuidado para cuidadores consta de 11 sesiones, donde se acompañó aproximadamente dos ciclos del mismo, y el grupo de duelo donde se acompañaron un total de 11 sesiones.

Los resultados obtenidos a nivel individual y grupal, en pacientes con dolor crónico, evidencian cambios positivos en la calidad de vida de las personas atendidas, tales como: disminución en la sintomatología ansiosa, mejoras en los hábitos de sueño, aumento en la funcionalidad, mejores estrategias de comunicación, mayor aceptación de la enfermedad, implementación de las estrategias de relajación y disminución de la sintomatología depresiva.

Lo anterior permite reconocer que, en pacientes con dolor crónico, la disminución del mismo no debe ser el único objetivo, sino que, se debe enfocar la misma en tener un impacto positivo en la calidad de vida de las y los usuarios atendidos.

Aunado a las funciones anteriores se realizaron evaluaciones familiares, visitas domiciliarias, asistencia a sesiones clínicas, elaboración de material, revisión bibliográfica e interconsultas.

La inserción profesional, abarcando todas las funciones destacadas anteriormente, permitió la potenciación y adquisición de habilidades profesionales por parte de la sustentante, así también colaboró con la validación del rol profesional de psicología dentro del contexto hospitalario.

**Palabras clave:** Psicología de la salud, Terapia Cognitivo Conductual, Dolor crónico, Calidad de vida y atención psicológica.

## **Dedicatoria**

*A mi familia, han sido siempre mi apoyo incondicional, mi mayor ejemplo de perseverancia, me formaron y acompañaron en cada paso de mi vida, sin ustedes esto no hubiera sido posible.*

## Agradecimientos

A *Dios*, ya que con su ayuda he logrado alcanzar mis metas, ha puesto en mi camino a las personas correctas y me ha dado fortaleza en los momentos difíciles.

A *mi familia*, por creer siempre en mí, brindarme su apoyo y cariño incondicional. A mi *madre* por darme su amor incondicional y el empujón necesario para continuar en el camino a pesar de las dificultades. A mi *padre* le agradezco su amor y alegría, su presencia hace que el camino sea más fácil. A mis *hermanos*, han sido el mayor ejemplo de perseverancia y superación.

A *mis amigas, Melina, Andrea y Catalina*, ustedes hicieron de este proceso algo increíble. Durante estos años no sólo compartimos cursos, sino una experiencia de vida donde existieron risas y lágrimas, gracias por apoyarme desde el inicio.

A *mi novio, David*, gracias por acompañarme en este proceso, darme su amor y apoyo incondicional. Has sido un gran ejemplo en mi vida de lucha, perseverancia y sobretodo, me has enseñado a tomarme la vida con calma y disfrutarla.

A *Ronald Ramírez Henderson, Ph.D.*, por creer en mis capacidades, brindarme su guía a lo largo de mi formación profesional, por ser un ejemplo y referente, no solamente a nivel profesional, sino también personal. Gracias por enseñarme el valor de nuestra profesión.

A la *Dra. Ana María Jurado Solórzano y MSc. Carlos Araya Cuadra, lectores*, gracias por brindarme su ayuda durante este proceso, por formarme a lo largo de la carrera y mostrar su vocación con la misma. Ambos son un ejemplo a seguir, gracias por enseñarme el valor de nuestro quehacer.

A la *Universidad de Costa Rica*, por la formación brindada, con un nivel de primer mundo, que promueve el pensamiento crítico y la sensibilidad. Alma máter que no sólo promueve la formación de profesionales de calidad, si no de mejores seres humanos. Gracias por permitirme decir con orgullo: ¡Soy UCR!

Finalmente, a la *Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios*, gracias por brindarme la oportunidad de ingresar a su servicio, darme el apoyo en el proceso y permitirme obtener la experiencia en este ámbito profesional.

## Tabla de contenido

Tribunal examinador.....	II
Resumen .....	III
Dedicatoria.....	V
Agradecimientos.....	VI
Índice de tablas .....	IX
Índice de gráficos.....	X
I. Introducción.....	1
Contextualización de la institución.....	4
II. Marco Referencial .....	5
A. Antecedentes .....	5
a. Nacionales.....	5
b. Internacionales .....	9
c. Síntesis de los antecedentes .....	21
B. Marco teórico-conceptual .....	23
a. Psicología de la salud.....	23
b. Medicina conductual .....	24
c. Terapia cognitivo conductual.....	25
d. Dolor.....	27
e. Dolor crónico .....	27
f. Dolor crónico maligno .....	28
g. Cáncer.....	28
h. Calidad de vida.....	29
i. Síndrome del cuidador .....	30
III. Objetivos.....	32
A. Objetivo general.....	32
B. Objetivos específicos .....	32
IV. Metodología.....	33
Características de la población .....	33
Funciones y tareas desarrolladas .....	41
Relaciones interdisciplinarias .....	48

Sistema de supervisión .....	49
Proceso de evaluación y entrega de informes.....	50
Protección a los sujetos.....	50
V. Resultados.....	52
VI. Alcances y limitaciones .....	88
VII. Discusión .....	91
VIII. Conclusiones y recomendaciones .....	97
IX. Referencias .....	101
X. Anexos .....	109
Anexo 1. Exposición: Tratamientos psicológicos a pacientes con cáncer de mama.....	109
Anexo 2. Instrucciones para el uso del concentrador de oxígeno .....	112
Anexo 3. Lista de alquiler de equipo médico .....	114
Anexo 4. Protocolo de sesiones para el grupo de duelo .....	115
Anexo 5. Exposición: Taller Promoción de la calidad de vida en pacientes de hematología. ....	127
Anexo 6. Taller: Promoción de la calidad de vida en pacientes de hematología .....	129
Anexo 7. Exposición resultados taller Promoción de la calidad de vida en pacientes de hematología .....	174
Anexo 8. Proyecto Cáncer de mama .....	176

## Índice de tablas

Tabla 1. Cantidad de personas atendidas individualmente .....	35
Tabla 2. Estado civil pacientes atendidos individualmente .....	36
Tabla 3. Residencia de personas atendidas individualmente .....	37
Tabla 4. Nivel educativo y socioeconómico de pacientes atendidos grupalmente.....	40
Tabla 5. Residencia de pacientes atendidos a nivel grupal.....	41
Tabla 6. Rol diario de la psicóloga dentro de la institución .....	52
Tabla 7. Total de personas atendidas.....	54
Tabla 8. Principales síntomas de pacientes con dolor crónico .....	56
Tabla 9. Factores protectores de pacientes en duelo .....	58
Tabla 10. Principales síntomas pacientes con síndrome del cuidador.....	59
Tabla 11. Principales resultados de pacientes con dolor crónico en intervención individual .....	69
Tabla 12. Principales resultados en pacientes con síndrome del cuidador atendidas individualmente .....	71
Tabla 13. Participación de la practicante en la atención grupal .....	82
Tabla 14. Cantidad de sesiones grupales acompañadas por la sustentante .....	85

## Índice de gráficos

<i>Gráfico 1.</i> Motivo de consulta de los pacientes atendidos de forma individual.....	34
<i>Gráfico 2.</i> Rango etario de pacientes atendidos individualmente .....	35
<i>Gráfico 3.</i> Oficio personas atendidas de forma individual.....	38
<i>Gráfico 4.</i> Rango etario pacientes atendidos de forma grupal .....	39
<i>Gráfico 5.</i> Evaluación pre tratamiento función física.....	61
<i>Gráfico 6.</i> Evaluación pre tratamiento rol físico .....	61
<i>Gráfico 7.</i> Evaluación pre tratamiento dolor corporal.....	62
<i>Gráfico 8.</i> Evaluación pre tratamiento salud general .....	63
<i>Gráfico 9.</i> Evaluación pre tratamiento vitalidad .....	64
<i>Gráfico 10.</i> Evaluación pre tratamiento función social.....	64
<i>Gráfico 11.</i> Evaluación pre tratamiento rol emocional .....	65
<i>Gráfico 12.</i> Evaluación pre tratamiento salud mental .....	66
<i>Gráfico 13.</i> Evaluación pre tratamiento niveles de dolor.....	67
<i>Gráfico 14.</i> Cantidad de sesiones asistidas por pacientes con dolor crónico .....	68
<i>Gráfico 15.</i> Evaluación pre y post tratamiento función física .....	74
<i>Gráfico 16.</i> Evaluación pre y post tratamiento rol físico .....	75
<i>Gráfico 17.</i> Evaluación pre y post tratamiento dolor corporal.....	76
<i>Gráfico 18.</i> Evaluación pre y post tratamiento salud general.....	76
<i>Gráfico 19.</i> Evaluación pre y post tratamiento vitalidad.....	77
<i>Gráfico 20.</i> Evaluación pre y post tratamiento función social .....	78
<i>Gráfico 21.</i> Evaluación pre y post tratamiento rol emocional.....	79
<i>Gráfico 22.</i> Evaluación pre y post tratamiento salud mental .....	80
<i>Gráfico 23.</i> Evaluación pre y post tratamiento niveles de dolor .....	80

## **I. Introducción**

El dolor es definido por La Asociación Internacional para el Estudio de Dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable que puede ser asociado a una lesión real o potencial (IASP, 1994). Mesas (2012) reconoce además la existencia de sentimientos como el sufrimiento, la depresión, la ansiedad y la desesperación como producto del dolor.

El dolor puede ser clasificado según la fisiopatología subyacente o su duración (Díaz, 2005), así también el CIE-10 reconoce dentro de sus diagnósticos la especificación del dolor, diferenciando entre dolor agudo y dolor crónico, además del lugar en el organismo en el que se presenta.

Mesas (2012) afirma que se puede hablar de dolor agudo cuando se encuentra asociado directamente a una patología, el cual, una vez curada la enfermedad, logra desaparecer. El dolor crónico, en cambio, persiste por más de tres meses y va más allá de una lesión tisular, incluso se puede ver asociado a una condición médica crónica (Mesas, 2012).

Castel-Bernal, García-Bardón y Tornero-Molina (2006) reconocen que el dolor crónico no puede ser visto como una extensión en el tiempo del dolor agudo, sino que este es un fenómeno complejo y global, en el cual se encuentran en interacción diversos factores fisiológicos, genéticos, conductuales, cognitivos, afectivos, culturales, sociales e incluso familiares. Este dolor es típico en pacientes con un diagnóstico de cáncer (Díaz, 2005; Kasper, Fauci, Hauser, Longo, Jameson y Loscalzo, 2012).

El dolor crónico, y las acciones del paciente enfocadas en su disminución o prevención del aumento pueden llevar a diferentes conductas, las cuales se mantienen a largo plazo. Según

García y Rodero (2009) estas acciones pueden tener consecuencias altamente perjudiciales para su calidad de vida. Entre estas consecuencias, los autores citan el abandono del trabajo y el aumento constante en la medicación, así como una disminución en las relaciones sociales y en las actividades en general.

Por tanto, se reconoce que la experiencia del dolor incluye dimensiones físicas, emocionales, cognitivas y conductuales como lo menciona González (2014), donde a su vez afirma que en la modulación se ven implicados procesos de aprendizaje neurobiológicos, psicológicos y cambios sociales, los cuales adquieren mayor importancia en la medida en que el dolor sea prolongado en el tiempo.

Así, también se reconoce que al mantenerse el dolor prolongado en el tiempo, las personas empiezan a estar más expuestas a factores psicosociales (ansiedad, miedo al dolor, depresión, conflictos familiares y riesgo laboral), todos los cuales influyen negativamente en el transcurso del dolor (González, 2014).

Turk y Okifuji (2002), identifican además que el mejor método para abordar el dolor debe darse desde un enfoque biopsicosocial, ya que el modelo médico enfoca sus esfuerzos en la cura de la lesión y en la parte física. Sin embargo, como lo han destacado otros autores (Castel-Bernal, García-Bardón y Tornero-Molina, 2006; González, 2014; Salaffi, Sarzi-Puttini y Atzeni, 2015), también se ven implicados factores psicológicos y sociales que van a influenciar la evolución del dolor, su mantenimiento, reducción o aumento.

A partir del reconocimiento de la implicación de los factores psicológicos y sociales en la experiencia del dolor crónico es que resultó pertinente desarrollar la presente práctica dentro de esta temática. El dolor puede acarrear consecuencias psicológicas como la ansiedad y la

depresión, pero también procesos psicológicos pueden resultar moderadores del mismo (González, 2014).

El dolor crónico puede ser dividido en dos tipos, el dolor crónico maligno y el dolor crónico benigno. El dolor crónico benigno, según Moix (2005) se refiere al dolor sin una causa orgánica asociada, o la cual desapareció posterior al tratamiento necesario, mientras que el dolor crónico maligno, la autora lo define como aquel que indica la existencia de un deterioro progresivo en el organismo.

La Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios brinda atención a la población con dolor crónico (Solis, 2015), reconociendo en su atención la importancia de un abordaje integral. Este abordaje incluye las implicaciones psicológicas y sociales que se pueden presentar a raíz del padecimiento del dolor crónico maligno.

Debido a las condiciones señaladas en párrafos anteriores con respecto al dolor crónico, se reconoce que una atención integral constituye una necesidad, que finalmente busca el mejoramiento en la calidad de vida de las personas bajo esta condición.

Al reconocer esto, se consideró pertinente desarrollar la práctica dirigida en esta temática. Dentro del contexto costarricense, la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, es la que se encarga de brindar una atención a esta población, por tanto se realizó la práctica en esta institución, específicamente la que se encuentra en el Hospital San Juan de Dios.

### Contextualización de la institución

La práctica dirigida fue realizada en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios durante seis meses, con la modalidad de tiempo completo.

En Costa Rica, la primera clínica del dolor abrió sus puertas en 1991 y en el año de 1999 se creó el Centro para la atención y el control del dolor (Solis, 2015), dicho centro se constituye como el centro de autoridad técnica, asesora y funcional en cuanto al manejo del dolor.

La Caja Costarricense del Seguro Social cuenta con 45 clínicas distribuidas a nivel nacional para la atención en cuanto al control del dolor y los cuidados paliativos. Estas clínicas brindan atención especializada en medicina del dolor, apoyo emocional y atención psicosocial a pacientes con dolor oncológico y enfermedades terminales.

El equipo de trabajo dentro de las clínicas del dolor se componen de diferentes especialistas, en el caso de la Clínica del Dolor del Hospital San Juan de Dios, en el año 2001 contaron con profesionales en Algología, Anestesiología, Psicología, Trabajo Social, Enfermería y Farmacia (Valverde, 2002).

El perfil profesional fue modificado durante la realización de la práctica profesional, contando con profesionales en Psicología, Enfermería, Trabajo Social y Médicos especialistas en Cuidados Paliativos.

Las funciones correspondientes al área de psicología son: psicoterapia individual, familiar y grupal, servicios relacionados con la salud mental, apoyo psicológico a pacientes con dolor oncológico y apoyo a pacientes con enfermedades terminales (Valverde, 2002).

## **II. Marco Referencial**

### **A. Antecedentes**

En el presente apartado se incluyen los antecedentes nacionales vinculados al tratamiento del dolor crónico, de la misma forma se integran los hechos internacionales más importantes para el abordaje de la presente temática.

#### *a. Nacionales*

A nivel nacional existen pocos trabajos que sistematicen la gran labor realizada a nivel de intervenciones, tanto individuales como grupales en el abordaje del dolor. Por tanto a continuación se presentaran aquellos que expongan los principales abordajes y hallazgos en relación a este tema.

El Poder Ejecutivo, en el año 2001, oficializa el Manual de Normas de atención del dolor y cuidados paliativos del I y II Nivel. En dicho documento, se abordan las normas generales que deben guiar la atención de esta población, abarcando desde la provisión de servicios, educación, capacitación y disponibilidad de opiáceos; cuyo fin es contribuir a la disminución del sufrimiento y mejorar la calidad de vida de estas personas. Se pretende mediante este manual, brindar una atención integral, eficiente y eficaz, gestada desde un equipo interdisciplinario.

El equipo interdisciplinario en la atención de segundo nivel debe estar conformado por personal de enfermería, farmacia, trabajo social y psicología. Este equipo debe trabajar de la mano con la persona usuaria, su familia e incluso los servicios comunales, siendo visualizados como una sola unidad de atención, finalmente con el objetivo de brindar al

paciente con dolor o en etapa terminal los mejores cuidados y la mejor calidad de vida posible (Poder Ejecutivo, 2001).

Valverde (2002) realiza una investigación con el objetivo de determinar el perfil profesional de quienes laboran en las diferentes clínicas del dolor a nivel nacional y el funcionamiento de las mismas. La autora destaca que el dolor es una experiencia multidimensional e integral, ya que abarca factores físicos, sociales, psicológicos, emocionales y espirituales, y como tal debe ser abordado de forma completa, integral, humana, eficiente y eficaz. Reconoce que es necesario optar por un modelo biopsicosocial de atención al paciente y destaca al paciente y la familia como un solo objeto de intervención.

Rojas (2003) afirma que el modelo biomédico se ha quedado corto en el abordaje del dolor, por su parte identifica un abordaje bio-psico-social como más apropiado para el tratamiento del dolor, así este abordaje puede llevar a un aumento en el nivel de la calidad de vida de los y las consultantes. El autor anterior afirma la relevancia del uso de técnicas cognitivo-conductuales, ya que se ha comprobado el aumento en la satisfacción de los y las pacientes e incluso una disminución en los niveles de dolor.

León (2007) plantea la importancia de conceptualizar el dolor como un fenómeno complejo donde convergen factores biológicos, psicológicos y sociales. Lo anterior lleva a la necesidad de que el profesional en medicina comprenda la importancia de los factores psicológicos y el profesional en psicología comprenda los aspectos biológicos asociados. La autora destaca las técnicas de la terapia de conducta, ya que estas son de gran utilidad para mejorar las habilidades de afrontamiento de los pacientes, llevando a un beneficio en las mismas.

Algunas técnicas destacadas para el abordaje son la reestructuración cognitiva, manejo de la atención, la relajación y la biorretroalimentación.

Solano (2009) realizó su tesis sobre la psicología de la salud en el primer nivel de atención, donde aborda el tema del manejo del dolor crónico benigno, junto a otras actividades tales como la atención clínica y la promoción de la salud. En el abordaje del dolor reconoce la necesidad de realizar un tratamiento integral. El cual debe comprender la educación, el apoyo psicológico, el tratamiento de la ansiedad y depresión, el manejo del estrés y el dolor, entrenamiento en relajación, entrenamiento en autocontrol, resolución de problemas, aprendizaje de técnicas de afrontamiento y la movilización de redes de apoyo social.

Los problemas de movilidad, dificultades en los hábitos de sueño, depresión, ansiedad, disminución de la funcionalidad sobre la rutina diaria, entre otros, son problemas que aquejan a esta población, por tanto se considera especialmente necesario un abordaje biopsicosocial que permita el entrenamiento de la persona en estrategias que le permitan desarrollar un mejor afrontamiento a la nueva condición de vida (Solano, 2009).

Pérez (2010) desarrolla como parte de su trabajo final de graduación un Manual Cognitivo Conductual Emocional, dirigido a psicoterapeutas para el manejo del dolor crónico en mujeres con fibromialgia. La autora identifica la importancia del abordaje interdisciplinario para el tratamiento del dolor, así también reconoce la importancia de que las pacientes aprendan a convivir con su enfermedad y de brindar herramientas que les permita llevar a cabo esta tarea. Para alcanzar lo planteado anteriormente destaca técnicas como el entrenamiento en solución de problemas, la relajación, la asertividad, la modificación de

pensamientos irracionales, la educación al paciente y su familia sobre la enfermedad y factores de mantenimiento de la misma.

Reyes (2011) por su parte, plantea que la Psicología puede tener diversos aportes en el sector de la salud costarricense, identifica que la Psicología de la Salud, en la intervención primaria, secundaria y terciaria puede realizar aportes en la adherencia al tratamiento, estrés, las emociones y el manejo del dolor. Sin embargo, afirma que esta es un área en crecimiento dentro de nuestro contexto.

Por otro lado, Valverde (2012), en el tratamiento del dolor crónico, la promoción de hábitos saludables y la prevención del Burnout, identifica que el abordaje cognitivo conductual de este problema permite un enfoque más integrativo. La autora también destaca que el trabajo con el dolor crónico no debe enfocarse solamente en la disminución de los niveles de dolor, sino en los otros resultados, obtenidos a partir de la intervención, relacionados con el aumento en los niveles de funcionalidad, aceptación de la enfermedad y disminución de las conductas de dolor.

Quirós (2013) desarrolla una intervención psicológica basada en la hipnosis y estrategias cognitivo conductuales a pacientes con dolor producto de la fibromialgia. Dentro de los resultados obtenidos afirma que las estrategias mencionadas anteriormente tienen una incidencia directa en los factores atenuantes del dolor provocados por la enfermedad. Así mismo plantea que, el conocimiento de la enfermedad, la sintomatología y la capacidad de aplicar estrategias para el control interior, la identificación de distorsiones cognitivas y la repercusión emocional, permite que las pacientes pasen de un estado de indefensión e impotencia a uno de control y poder sobre la sintomatología presentada.

Redondo (2013) plantea que la agenda para la Psicología de la Salud es muy extensa, ya que abarca la investigación, formación y las aplicaciones en distintos ejes temáticos tales como: sexualidad, adolescencia, adultez, género, y fenómenos psicológicos como el estrés, dolor crónico, promoción de estilos de vida saludables, entre otros. A partir de esto reconoce la necesidad de que la psicología incurriere en el sistema de salud del país, ya que la práctica y la reflexión permitirán un aporte efectivo y tangible por parte de la disciplina.

La identificación de la atención integral como una necesidad es un alcance importante que se aborda en las diferentes investigaciones, la cual ha sido asociada con una obtención de mejores resultados en la intervención.

A pesar de que, por medio de diálogos y entrevistas con el personal de la Clínica de Dolor, se identifica la existencia de un gran trabajo realizado al respecto en esta temática, actualmente existe poco material sistematizado que respalde la gran labor realizada y los esfuerzos desarrollados. Por tanto, a nivel nacional, es necesario reconocer esta área en progreso, y como tal la necesidad de formar profesionales capacitados en la misma.

A nivel internacional, por el contrario, existe una amplia gama de trabajos sistematizados, que permiten aumentar el conocimiento del tema, por tanto este apartado será desarrollado a continuación.

#### *b. Internacionales*

##### *Modelos explicativos del dolor crónico*

El tema del dolor ha sido abordado por una gran cantidad de estudios a nivel internacional, iniciando con Descartes en el año de 1600 quien se refirió al mismo, afirmando que el dolor

era una respuesta obligatoria a una intensa estimulación de ciertos elementos sensitivos (Brannon, Feist y Updegraff, 2014; Mendell, 2014).

Sánchez (2003) reconoce la existencia de múltiples teorías que se han encargado de explicar el proceso del dolor desde diversas perspectivas e incluyendo diferentes combinaciones de componentes fisiológicos y cognitivos.

La Teoría de la Especificidad es la primera de las teorías dedicadas al tema del dolor, la cual tomó mayor auge debido a los estudios realizados por von Frey en el año de 1894. Dicha teoría postula la experiencia dolorosa como un fenómeno meramente fisiológico, donde los receptores individuales tienen especificidad anatómica y están correlacionados con la sensibilidad a un estímulo físico específico. Las investigaciones realizadas tuvieron como objetivo el encontrar el tipo de receptor asociado a cada estímulo externo particular; este autor consideraba la existencia de un receptor en la piel para la dimensión psicológica (Mendell, 2014).

Una segunda teoría desarrollada con respecto al dolor es la Teoría de la Compuerta. Esta surge a raíz de la Teoría de la Especificidad, principalmente por la inconformidad de los autores por los postulados de la teoría anterior, relacionados con la exclusividad fisiológica en el proceso del dolor (Mendell, 2014).

La Teoría de la Compuerta propuesta por Melzack y Wall, lleva a la identificación del dolor no como un proceso lineal, que inicia con la estimulación de las vías sensoriales y finaliza con la experiencia del dolor. Esta teoría permite reconocer que la percepción del dolor es sujeto de una serie de procesos moduladores que finalmente influyen la experiencia que la persona tenga del dolor (Brannon, Feist y Updegraff, 2014).

La Teoría de la Compuerta postula que en este proceso se implican tanto factores biológicos como cognitivos. Melzack y Wall (como se cita en Brannon, Feist y Updegraff, 2014) proponen que ciertas estructuras en la médula espinal se encargan de los procesos de modulación en la percepción del dolor, estas estructuras actúan como una puerta al input sensitivo, que es interpretado por el cerebro como dolor. La médula espinal y el cerebro se encuentran activos constantemente, esta actividad influye en el destino de la información sensorial entrante, unas veces para ampliarla y otras veces para reducirla (Brannon, Feist y Updegraff, 2014).

Estudios posteriores de Melzack y Wall (como se cita en Brannon, Feist y Updegraff, 2014) identifican que la puerta del dolor puede ser controlada tanto desde la médula espinal como desde las aferencias cerebrales. Los autores hipotetizan, por tanto, que los impulsos del cerebro pueden abrir o cerrar la puerta para modular el dolor, estos impulsos del cerebro pueden ser influenciados por el proceso cognitivo de las personas.

Melzack (como se cita en en Brannon, Feist y Updegraff, 2014) plantea una extensión de la teoría de la compuerta del dolor, denominada Teoría de la neuromatriz. La presente teoría pone un mayor énfasis en el papel del cerebro en la percepción del dolor. Melzack hipotetizó una red de neuronas denominada neuromatriz, esta consiste en una amplia red de neuronas que relaciona el tálamo, el córtex y el sistema límbico.

Normalmente la neuromatriz procesa la información sensorial entrante tal como el dolor, pero esta neuromatriz actúa incluso en ausencia de las aferencias sensoriales. Esta teoría va más allá de la teoría de la compuerta del dolor, donde se plantea que la percepción del dolor es parte de un proceso complejo afectado no solamente por las aferencias sensoriales, sino

también por las actividades del sistema nervioso, la experiencia y las expectativas asociadas a este fenómeno (Brannon, Feist y Updegraff, 2014).

Por otra parte, Fordyce junto a sus colaboradores destacan el papel del condicionamiento operante y del aprendizaje en la adquisición y mantenimiento de conductas de dolor, las cuales son observables y se encuentran expuestas al control de contingencias ambientales, mismas que pueden facilitar el desarrollo de cuadros crónicos (Miró, 2003).

Para Fordyce el interés no se encuentra en la causa inicial del dolor, sino en el informe que hace el sujeto; esto quiere decir, las manifestaciones externas de la experiencia subjetiva interna del dolor y sufrimiento, las conductas de dolor, el papel que ejercen estas como mecanismos de comunicación y las respuestas que estas conductas generan en los demás. Este autor destaca que las contingencias ambientales pueden tener gran influencia en la transición del dolor agudo al dolor crónico (Miró, 2003).

#### *Variables moduladoras en la experiencia de dolor*

Turk, Meichenbaum y Genes (como se citó en Miró, 2003) consideran el dolor como una experiencia compleja que resulta de la interacción entre factores afectivos, conductuales, cognitivos y sensoriales. Desde esta perspectiva, la percepción del dolor es el resultado de una experiencia compleja determinada por: la historia pasada del individuo, el significado de la estimulación para el sujeto, la situación en la que se encuentra, las diferencias sociales y culturales y la actividad cognitiva del momento.

Plata-Muñoz, Castillo-Olivares y Guevara-López (2004) afirman que la percepción de la intensidad del dolor va a depender tanto de las dimensiones sensoriales y afectivas,

incluyendo factores tales como: la experiencia pasada del paciente, expectativas de control del dolor y las comparaciones que hacen de sus experiencias con las de otros.

McCracken y Eccleston (2005) plantean la relación existente entre la aceptación de la persona y su nivel de funcionamiento, donde la aceptación lleva a un mejor funcionamiento. Además, destacan que, cuando las personas con dolor se comprometen a realizar actividades a pesar de este, presentan mayor actividad diaria y más participación en ámbitos específicos, tales como el trabajo; así también reconocen que la aceptación del dolor se asocia con la ausencia de evitación y control sobre el mismo. Por tanto, cuando los pacientes no aceptan su dolor buscarán múltiples consultas médicas y aumentarán el consumo de medicamentos.

La falta de expresión emocional se ha visto relacionada con una mayor experiencia dolorosa. Además, la percepción de mayores estrategias de afrontamiento activo, recursos internos y la búsqueda de apoyo social se asocian con un mejor ajuste y funcionamiento cotidiano. Por el contrario, creencias de incontrolabilidad del dolor, una baja creencia de autoeficacia en el mismo, y pensamientos catastrofistas se asocian con una mayor incapacidad, inadaptación y peor ajuste (Truyols, Pérez, Medinas, Palmer y Sesé, 2008).

De la misma forma, García y Rodero (2009) reconocen que los factores cognitivos como el catastrofismo o la aceptación mantienen una alta influencia en el curso y evolución del dolor, lo que puede entonces mantener o no la funcionalidad de una persona en su vida cotidiana cuando se mantiene esta condición, por tanto la necesidad de una adecuada evaluación.

Parra, Latorre y Montañes (2012) concuerdan con que la aceptación del dolor y sus síntomas puede aumentar el bienestar de las personas con enfermedades asociadas al dolor crónico.

Brannon, Feist y Updegraff (2014) plantean que, el proceso del dolor se ve influenciado por aspectos cognitivos y sociales, permitiendo que el aprendizaje y la experiencia afecten la sensación de dolor. La ansiedad, la preocupación, la depresión y el foco de atención en la lesión pueden aumentar la experiencia dolorosa; mientras que la relajación, la distracción y las emociones positivas pueden disminuir el dolor y aumentar la calidad de vida.

#### *Síntomas asociados a la experiencia de dolor crónico*

Plata-Muñoz, Castillo-Olivares y Guevara-López (2004) destacan la relación existente entre el nivel de dolor y la incapacidad física, esta última a su vez se visualiza como un disparador potencial de síntomas de depresión, ansiedad y una menor percepción de control sobre el dolor.

Alfaro-Ramírez, Morales-Vigil, Vázquez-Pineda, Sánchez-Román, Ramos-del Rio, Guevara-López (2008) desarrollan un estudio sobre las reacciones de cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales, donde destacan la existencia de altos grados de estrés y sobrecarga, esta última variable debido al tiempo y cantidad de recursos personales y económicos que deben ser empleados en el cuidado de una persona. Aunado a lo anterior, el cuidador es quien permanece mayor cantidad de tiempo con el o la paciente, por tanto, se encuentra expuesto a mayores crisis de este y crisis familiares.

Las características del cuidado inciden directamente en la sobrecarga experimentada por el cuidador y el estado de ánimo de este. El rol de cuidado, en muchas ocasiones, exige jornadas extensas, dejando al cuidador con pocas horas para realizar diversas actividades que permitan disminuir el impacto de este proceso. El estado emocional de las y los cuidadores puede verse asociado a síntomas de ansiedad y depresión, así mismo se pueden presentar conductas tales

como: falta de concentración, ganas de llorar, tristeza, nerviosismo, tensión, fatiga, problemas para dormir, irritabilidad, entre otros.

Truyols, Pérez, Medinas, Palmer y Sesé (2008) plantean que el dolor es considerado un fenómeno complejo y multidimensional. Fenómeno en el cual se presentan variables como la ansiedad, tristeza y la ira, las cuales explican mejor que las variables de personalidad, las diferencias individuales en cuanto a la percepción y tolerancia del dolor.

Sperry (2009) además reconoce que el dolor crónico se puede ver asociado a otros trastornos como la ansiedad, depresión, el enojo y el abuso de sustancias. El dolor crónico tiene amplios efectos sobre la calidad de vida del paciente, tornándose incluso devastadora. Los altos niveles de dolor se han visto asociados con un reducido sentimiento de control, las actividades diarias se ven comprometidas, el estrés emocional se aumenta y se percibe un menor apoyo de otras personas significativas.

### *Intervención psicológica*

Se considera pertinente, en la intervención de pacientes con dolor crónico, el abordaje de la propia percepción de autoeficacia, ya que uno de los principales problemas presentados por la población es la capacidad disminuida de hacer frente a las demandas ambientales. Dentro del abordaje de dicha temática se debe tener énfasis en el aumento de la calidad de vida, de forma tal que a pesar de que sea un diagnóstico crónico, el paciente pueda percibirse funcional considerando y aceptando su situación de vida actual (Plata-Muñoz, Castillo-Olivares y Guevara-López, 2004).

Londoño, Contreras, Delgadillo, Tobón y Vinaccia (2005) reconocen el dolor como un proceso subjetivo, por tanto, es necesaria una adecuada evaluación y tratamiento que se ajuste a las condiciones del consultante, con el objetivo final de obtener mejores resultados.

Vallejo (2005) identifica el aporte que desde la psicología se puede desarrollar en el abordaje de esta problemática, pues va a cooperar con otras ciencias como la medicina, anestesiología y neurología en la explicación e intervención de los efectos perceptivos del dolor y en su impacto psicosocial.

Dentro del tratamiento psicológico Castel-Bernal et al. (2006) reconocen que la evaluación es indispensable, esta debe realizarse en todos los pacientes. Los objetivos de la evaluación psicológica corresponden a la identificación de las variables psicosociales asociadas al mejoramiento o agravamiento de la situación, así como el establecimiento de una intervención adecuada a las necesidades de la persona (Castel-Bernal et al., 2006).

Castel-Bernal et al. (2006) identifican factores importantes que deben ser considerados en la evaluación, tales como: historia psicosocial y familiar, comunicación con la familia, impacto global del dolor en el paciente, estilo cognitivo y estrategias de afrontamiento, repercusión del dolor en la funcionalidad diaria, creencias sobre el dolor, intereses del consultante y el estado emocional.

Ruvalcaba y Domínguez (2009) destacan también la necesidad del abordaje psicológico en el tratamiento del dolor, afirmando que este es un fenómeno multicausal donde se incluyen variables fisiológicas, genéticas, biológicas, sociales y psicológicas. Para su abordaje identifica el enfoque Cognitivo Conductual con procedimientos como la relajación y el cambio de pensamientos y creencias desadaptativas.

Sperry (2009) propone la utilización de un modelo Cognitivo Conductual en el tratamiento del dolor, el cual reconozca la importancia del desarrollo de adecuadas redes de apoyo y señale, específicamente, los componentes emocionales y su relación con el dolor; ambos aspectos fundamentales para aumentar la calidad de vida de las personas.

Moix y Casado (2011) se suman a los autores anteriores; ellas reconocen la abundancia de literatura respecto al tratamiento del dolor, esto las llevó a identificar la necesidad de una información más articulada y a partir de esto crean un protocolo de intervención cognitivo-conductual para el tratamiento del dolor crónico.

Las técnicas y procedimientos más utilizados para la intervención corresponden al uso de la relajación, el biofeedback, técnicas cognitivas (reestructuración cognitiva, manejo de la atención, manejo de las emociones, entrenamiento en resolución de problemas y asertividad), técnicas conductuales (adquisición de nuevos hábitos, organización y refuerzo de actividades), terapia de aceptación y compromiso, y finalmente el mindfulness (Moix y Casado, 2011).

Parra, Latorre y Montañes (2012) destacan que la ansiedad es uno de los síntomas psicológicos que acompañan la fibromialgia, ya que esta cursa con un dolor crónico generalizado. Los autores plantean la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness como una estrategia prometedora para el manejo de estos síntomas, principalmente porque se incluyen estrategias de relajación, técnicas cognitivo conductuales y ejercicio físico. Sin embargo destacan que, al momento de la publicación no existieron mayores estudios científicos que hablaran de la eficacia de la terapia basada en mindfulness, más allá de un tamaño del efecto mediano.

Shahni, Shairi, AsghariMoghaddam y Zarnaghash (2013) llevan a cabo un estudio para comprobar la efectividad del enfoque Cognitivo-Conductual en el tratamiento del dolor crónico. Dentro de los resultados encontrados por los autores se destaca la efectividad del enfoque en el aumento de la sensación de autoeficacia en los consultantes y la reducción de los estados emocionales negativos ante el dolor, ambos aspectos permiten una mayor adaptación de los pacientes a su condición.

Bernardy, Klose, Busch, Choy y Häuser (2013) desarrollan un estudio con el objetivo de identificar posibles beneficios y perjuicios a largo plazo de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de pacientes con fibromialgia. Los resultados del estudio destacan que, la terapia cognitivo conductual provee pequeños incrementos beneficiosos, estos asociados al aumento en el control de las personas para la reducción del dolor, el estado de ánimo negativo y la discapacidad asociada al dolor, lo anterior una vez finalizado el tratamiento y a largo plazo.

Ehde, Dilworth y Turner (2014) destacan a la Terapia Cognitivo Conductual como el punto de referencia para el abordaje de personas con un amplio rango de problemáticas de dolor ya que ha demostrado su eficacia en la reducción del dolor, estrés, la interferencia del dolor con las actividades y la discapacidad. Además, la TCC carece de riesgos asociados a la medicación para el dolor crónico, cirugías u otros procedimientos médicos.

Theadom, Copley, Smith, Feigin y McPherson (2015) realizan un estudio con el objetivo de identificar beneficios y perjuicios de diferentes terapias en comparación con grupos control y placebo en el tratamiento de personas adultas con fibromialgia. Dentro de sus resultados destacan que, existe evidencia de baja calidad (733 participantes), donde se sugiere que las terapias psicológicas proporcionan una pequeña mejora en el funcionamiento físico, el dolor

y el estado de ánimo al final del tratamiento; resultados que se mantienen a los tres y seis meses de seguimiento.

Con respecto al mindfulness afirman no evidenciar ventajas sobre el tratamiento habitual, (Theadom, Crolley, Smith, Feigin y McPherson, 2015), en contraposición con lo planteado por Parra, Latorre y Montañes (2012) citado anteriormente. Sin embargo, Theadom, Crolley, Smith, Feigin y McPherson (2015) destacan la poca evidencia al respecto y la baja calidad de la misma, lo cual generó incertidumbre sobre la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Quiñones, Larrieux, Durán y Pons (2015) plantean que la Terapia de Aceptación y Compromiso es una intervención adecuada a utilizarse para el tratamiento psicosocial y grupal de pacientes con dolor crónico. Dentro del estudio realizado por estos autores obtienen resultados asociados a la disminución de la interferencia del dolor en la vida de los pacientes, y se encontró una relación inversamente proporcional, donde a medida que disminuye la interferencia ocasionada por el dolor, aumenta la calidad de vida. Plantean finalmente que una intervención grupal breve para el manejo efectivo del dolor basada en este modelo es beneficiosa para los participantes.

Jeong y Cho (2017) destacan que la actividad física media parcialmente la asociación entre la aceptación del dolor y el funcionamiento del paciente. Ejercicios tales como caminar o la actividad física moderada se encuentran asociadas con mejoras en todas las áreas de funcionamiento físico y psicosocial del paciente exceptuando la intensidad del dolor. Estos resultados se encuentran en relación con la Terapia de Aceptación y Compromiso la cual busca aumentar la flexibilidad psicológica manteniendo la atención del paciente en el

momento presente y manteniendo o cambiando las conductas en dirección de los valores identificados.

Uno de los procesos centrales de la flexibilidad psicológica es la aceptación, la cual se refiere a la visión de todas las experiencias como valiosas, aceptando la experiencia tal como es, esto permite que la energía utilizada en estrategias de evitación se dirija hacia el logro de metas personales, mejorando de esta forma el funcionamiento físico, psicológico y social Jeong y Cho (2017).

Geneen, Moore, Clarke, Martin, Colvin y Smith (2017) destacan que, producto de la realización de ejercicio físico se obtienen diferentes resultados. Con respecto al dolor, se encuentran resultados favorables, sin embargo, estos se muestran inconsistentes entre el periodo de tratamiento y el seguimiento; además reconocen que no existen efectos adversos, tales como el aumento del dolor, sobre la realización de ejercicio físico en pacientes con dolor crónico.

Con respecto a la función física, esta fue mejorada significativamente, producto del ejercicio físico, sin embargo, el tamaño del efecto va de pequeño a moderado. Por último, en cuanto a la calidad de vida, se encontraron resultados diversos, desde efectos estadísticamente significativos, hasta la no diferencia entre los grupos (Geneen, Moore, Clarke, Martin, Colvin y Smith, 2017).

El abordaje del dolor a nivel internacional ha tenido grandes alcances, especialmente el correspondiente con el involucramiento de la psicología en la explicación y tratamiento del mismo. Se ha reconocido la capacidad del ser humano de modular su propio dolor, así como el papel de las cogniciones y los estados emocionales sobre dicha modulación.

A pesar del gran avance que se ha dado en la temática del dolor crónico, siguen existiendo vacíos en el tema, ya que a pesar de brindar un modelo biopsicosocial de atención, se logra una mejoría, mas no una cura o solución completa del problema, por tanto las investigaciones desde las diversas perspectivas (biológicas, psicológicas y sociales) tienen una brecha todavía por alcanzar.

*c. Síntesis de los antecedentes*

El abordaje del dolor a nivel investigativo y terapéutico ha sido arduo a nivel internacional. Sin embargo, se puede afirmar que no es un problema reciente, por el contrario, tiene siglos afectando la calidad de vida de los seres humanos, evidencia de esto son las afirmaciones de Descartes al respecto.

La tasa de mortalidad en la humanidad, en general, ha disminuido, ha aumentado la longevidad, y las enfermedades producidas por bacterias e infecciones han cedido su espacio a las enfermedades crónicas actualmente (Mayoral et al., 2016).

El dolor en el cuerpo humano tiene como principal función el avisar sobre un daño o problema fisiológico, pero en muchas ocasiones esta función se ha perdido, un ejemplo de esto son los casos de dolor crónico sin una razón fisiológica de por medio.

Los estudios desarrollados por los autores mencionados anteriormente permiten conocer el funcionamiento de la experiencia dolorosa, dejando en evidencia la influencia de los factores cognitivos y los estados emocionales. Estos dos factores tienen la capacidad de aumentar o disminuir la percepción que se produzca del dolor.

Una vez abordados los principales alcances con respecto a la presente temática, es necesario continuar con las bases a nivel teórico que sustentarán la práctica y serán abordados en el siguiente apartado.

## B. Marco teórico-conceptual

En el presente apartado se brindan los conceptos teóricos que dan una base fundamentada para el desarrollo de la práctica dirigida. Se inicia desde un abordaje general para ir focalizando progresivamente la atención, iniciando en el enfoque que se utilizará, el campo de acción en el cual se trabajará y finalmente se aborda la temática sobre la cual se intervino.

### *a. Psicología de la salud*

La psicología de la salud está enmarcada en un modelo biopsicosocial, tomando en cuenta factores biológicos, psicológicos y sociales implicados en la etiología, prevención y tratamiento de las enfermedades (Morrison y Bennett, 2008).

Brannon, Feist y Updegraff (2014) afirman que la psicología de la salud es una rama de la psicología que se preocupa en cómo las conductas individuales y los estilos de vida afectan la salud física de las personas.

Además de las implicaciones de la psicología de la salud citadas por Morrison y Bennet (2008) como la prevención, etiología y tratamiento de las enfermedades; Brannon, Feist y Updegraff (2014) reconocen que esta tiene incidencia en la identificación de factores de riesgo, el mejoramiento del sistema de salud y la formación de la opinión pública en cuanto a la salud.

Más específicamente, involucra la aplicación de principios psicológicos a áreas de la salud física como el control del colesterol, el manejo del estrés, aliviar el dolor y moderar conductas de riesgo, también se relaciona con el fomento en hábitos de ejercicio, involucramiento en conductas de seguridad y el chequeo médico regular (Brannon, Feist y Updegraff, 2014).

Adicionalmente, la psicología de la salud identifica condiciones que afectan la salud, realiza diagnósticos, lleva a cabo el tratamiento de enfermedades crónicas y modifica factores conductuales involucrados en procesos de rehabilitación física y psicológica.

La medicina conductual guarda gran relación con la Psicología de la Salud, teniendo esta área un gran impacto en la atención clínica de la salud, por tanto es necesario desarrollar este apartado con mayor profundidad.

#### *b. Medicina conductual*

La medicina conductual se desarrolla a partir de 1970 como un campo interdisciplinar que toma una serie de conocimientos de distintas ciencias del comportamiento. La medicina conductual busca el análisis del conocimiento conductual, biomédico y las técnicas relevantes para la salud y el tratamiento de la enfermedad, para finalmente integrarlos (Morris y Bennett, 2008).

La medicina conductual estudia los mecanismos por los cuales surge una enfermedad, sin embargo, va más allá y busca convertir este conocimiento en intervenciones conductuales; une el conocimiento teórico y las innovaciones pertenecientes a ciencias sociales y ciencias biomédicas (Jiménez y Mills, 2012).

Brannon, Feist y Updegraff (2014) reconocen la participación de la medicina conductual en el mejoramiento de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.

Reynoso (2014) define la medicina conductual como un campo interdisciplinario de las ciencias biomédicas y conductuales, la cual busca comprender los fenómenos salud-enfermedad, aplicando estos en los distintos niveles de prevención.

El principal sustento de la medicina conductual es que, los cambios en la conducta de una persona pueden reducir la sintomatología en personas enfermas (Reynoso, 2014).

Este modelo de trabajo supone un abordaje integral del paciente, partiendo de que la conducta puede generar enfermedad, como ya se mencionó, pero también las enfermedades pueden modificar los repertorios conductuales de las personas (Reynoso, 2014).

El objetivo de los profesionales de la salud, involucrados en este campo, consiste en colaborar con el equipo médico en la curación o rehabilitación del paciente y en la mejora de la calidad de vida. Para obtener lo anterior es necesario reconocer si el comportamiento del paciente se relaciona con procesos bioquímicos, o si el comportamiento, los pensamientos y las emociones están en función de la evaluación realizada por el individuo de su ambiente (Reynoso, 2014).

Desde la medicina conductual, existen diversos modelos de aplicación terapéutica. La Terapia Cognitivo Conductual permite la integración de los aspectos de modificación conductual y cognitiva con una gran gama de técnicas, además permite la evaluación de su efectividad. En el apartado siguiente se abordará esta orientación con mayor profundidad.

### *c. Terapia cognitivo conductual*

Díaz, Ruiz y Villalobos (2012) brindan una síntesis de las características de dicho modelo, las cuales corresponden a

Una actividad terapéutica de carácter psicológico, la cual cuenta con una serie de técnicas y procedimientos con base científica y experimental, su objetivo es el cambio

conductual, cognitivo y emocional modificando o eliminando la conducta desadaptada y enseñando conductas más adaptativas (p.82-83).

Turk y Flor (2007) caracterizan al modelo cognitivo conductual como centrado en el presente, estructurado y limitado en el tiempo, además identifican la colaboración del consultante como un aspecto de gran importancia. Estos autores también reconocen ciertos supuestos básicos del modelo, en los cuales se puede destacar la preponderancia del contexto como determinante de la conducta, el papel de las cogniciones en las emociones, las respuestas fisiológicas en los procesos cognitivos, la capacidad de adaptación del ser humano y la necesidad de su participación activa en estos procesos de cambio.

Lo anterior pone en evidencia la relación pensamientos-emociones-acciones que en su interacción llevan a respuestas maladaptativas o funcionales por parte de la persona, desde este principio básico es que se dirige la intervención cognitivo conductual.

Mennin, Ellard, Fresco y Gross (2013) identifican como foco principal de la intervención la adaptación conductual del individuo, y este foco es subdividido en tres principales cambios: compromiso o enganche con el contexto, cambios en la atención y cambios cognitivos.

Turk y Flor (2007) proponen siete características principales de la terapia cognitivo conductual en el manejo del dolor:

- Se orienta en función de los problemas del paciente.
- Es educativo, toma en consideración el autotratamiento, habilidades en resolución de problemas, habilidades comunicativas y de afrontamiento.
- Colaborativo.

- Se realizan prácticas tanto en la sesión terapéutica como en casa con el objetivo de consolidar las habilidades adquiridas.
- El paciente es animado a verbalizar sus sentimientos y a controlar los mismos.
- Fomenta en el consultante la comprensión de la relación entre pensamientos, sentimientos, conductas y procesos fisiológicos.
- Se realiza un proceso de prevención de recaídas, donde se prevén los problemas que se pueden presentar en un futuro y se enseña al consultante a enfrentarlos de forma positiva.

El enfoque Cognitivo Conductual a partir de sus postulados, técnicas y principios aborda diferentes problemas, trastornos, conductas desadaptativas, dentro de las cuales se incluyen temas como el abordaje del dolor y dolor crónico, que serán abordados a continuación.

#### *d. Dolor*

El dolor según la Internacional Association for the Study of Pain (1994) es definido como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión hística real o potencial, o que se describe como ocasionada por dicha lesión” (p.210)

Dentro del apartado de desagradable anexa los sentimientos como el sufrimiento, la ansiedad, la depresión y la desesperación.

#### *e. Dolor crónico*

Según Moix y Casado (2011) el dolor crónico se define como aquel que persiste por más de tres meses, mientras que Mesas (2012) extiende esta definición, siendo el dolor crónico por tanto aquel que perdura por un período mayor de tres a seis meses, además el autor reconoce

que este dolor se extiende más allá del período de curación o se asocia con una condición médica crónica.

Moix y Casado (2011) desarrollan un modelo de intervención el cual considera la intervención en las siguientes áreas: relajación, manejo de la atención, reestructuración cognitiva, manejo de las emociones, solución de problemas, valores y establecimiento de objetivos, organización del tiempo y actividades reforzantes.

*f. Dolor crónico maligno*

Moix (2005) reconoce que dentro del apartado del dolor crónico este puede ser dividido en dos tipos, el dolor crónico maligno y benigno, el segundo corresponde a un dolor “inútil”, como lo menciona la autora, no “avisa” sobre ningún deterioro existente. El primero de estos puede verse asociado a un deterioro progresivo en el organismo.

El dolor crónico maligno, según Moix (2005) indica la existencia de un deterioro progresivo en el organismo, siendo el cáncer el ejemplo más claro de un dolor crónico asociado a una condición maligna.

*g. Cáncer*

La OMS (2017) define el cáncer como un término genérico designado a un grupo amplio de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo, es posible también hablar de tumores malignos o neoplasias malignas.

La principal característica definitoria del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de los límites habituales, propagándose a otras partes

del cuerpo, esto realizado en un proceso denominado metástasis, siendo esta la principal causa de muerte por cáncer.

La American Cancer Society (2016) destaca que el cáncer no es solamente una enfermedad, sino que existen muchos tipos de cáncer, ya que puede originarse en cualquier parte del cuerpo, puede originarse en los pulmones, seno, colon o incluso en la sangre.

#### *h. Calidad de vida*

La OMS (1996) define la calidad de vida como la forma en que el individuo percibe el lugar que ocupa en su entorno cultural y el sistema de valores en el que vive, así también la relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo lo anterior matizado por la salud física, estado psicológico, grado de dependencia, relaciones sociales, factores ambientales y creencias personales.

La evaluación de la calidad de vida debe basarse en una amplia serie de criterios y no solamente en un aspecto, como lo puede ser el dolor. Cuando este exista, la calidad de vida deberá ser evaluada considerando el impacto de ese dolor en la autonomía individual, en la vida psicológica, social y espiritual del individuo, y no centrar toda su atención exclusivamente en el dolor en sí (OMS, 1996).

Morrison y Bennet (2008) destacan la calidad de vida como la evaluación que hace el individuo de su experiencia vital general en determinado momento. De la mano de esto surge el término calidad de vida relacionada con la salud, el cual hace referencia a las evaluaciones de las experiencias vitales y cómo estas se ven afectadas por variables como la enfermedad, accidentes o tratamientos.

La calidad de vida relacionada con la salud tiene que ver con niveles óptimos de funcionamiento mental, físico, social y del papel desempeñado (laboral, cuidador, paternal), incluyendo las relaciones, las percepciones de la salud, la buena forma física, la satisfacción vital y el bienestar. Además debería incluir la valoración de la satisfacción del paciente con el tratamiento, el resultado en cuanto a su situación de salud y las perspectivas futuras (Morrison y Bennet, 2008).

*i. Síndrome del cuidador*

El síndrome del cuidador o síndrome de sobrecarga del cuidador es definido por Freudenberguer en 1974 (como se citó en Prieto- Miranda, Arias-Ponce, Villanueva-Muñoz, Jiménez-Bernardino, 2015) haciendo referencia al agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado.

Ser el cuidador primario de un paciente con dolor o alguna enfermedad crónica tiene impacto en la vida y en la salud. Son múltiples las esferas que se ven afectadas producto de este proceso, tales como: emocional, social, estructural y físico (Alfaro-Ramírez, Morales-Vigil, Vázquez-Pineda, Sánchez-Román, Ramos-del Río y Guevara-López, 2008).

Las actividades de cuidado pueden ser consideradas estresantes debido a que existe un involucramiento emocional directo con la persona que sufre una enfermedad física, por tanto, mientras mayor sea el tiempo de cuidado, el cuidador principal sacrifica sus propios recursos y actividades para dedicarse a esta nueva tarea (Alfaro-Ramírez, et al., 2008).

Las situaciones de cuidado en muchas ocasiones sobrepasan las capacidades físicas y mentales del cuidador, conformándose como un evento estresante crónico, que genera sobrecarga. El

cuidador principal afronta día a día diferentes retos, lo cual lo puede llevar a la pérdida del control personal, teniendo implicaciones a nivel físico y emocional (Cardona, Segura, Berbesí y Agudelo, 2013).

El síndrome del cuidador no solamente corresponde a un síndrome clínico, ya que tiene implicaciones no médicas, abarcando aspectos sociales. Este síndrome se caracteriza por ser un cuadro plurisintomático que afecta todas las áreas de la persona. Algunos de los síntomas asociados son: estrés, ansiedad, irritabilidad, reacción de duelo, dependencia, temor a la enfermedad, cambios conductuales, sensación de culpabilidad por no atender o poder atender de forma conveniente y alteraciones afectivas (Cardona, Segura, Berbesí y Agudelo, 2013).

Debido a lo anterior, es que se considera pertinente una atención psicológica dirigida hacia los cuidadores. Dichos programas de intervención deben orientarse hacia la prevención de problemas de salud, ya que los cuidadores son percibidos como una población vulnerable y en riesgo para convertirse en pacientes crónicos al pasar el tiempo. Las intervenciones se pueden enfocar en la prevención de la claudicación familiar, internamientos hospitalarios y crisis familiares, ya que estas interfieren con el tratamiento médico, el trabajo en equipo y el proceso de recuperación del paciente (Alfaro-Ramírez, et al., 2008).

### **III. Objetivos**

#### **A. Objetivo general**

- Desarrollar las habilidades profesionales al realizar las funciones de un psicólogo clínico en la Clínica del Dolor del Hospital San Juan de Dios.

#### **B. Objetivos específicos**

- Evaluar la situación inicial de los consultantes para conocer los factores biológicos, psicológicos y sociales asociados al dolor crónico.
- Elaborar e implementar un programa de intervención individual y grupal para el tratamiento psicológico de pacientes con dolor crónico desde un enfoque Cognitivo Conductual.
- Valorar los alcances obtenidos de la intervención en el manejo del dolor crónico desde el enfoque Cognitivo Conductual.
- Elaborar a implementar talleres de capacitación dirigidos al personal de la Clínica del dolor y a los familiares de los pacientes.

#### **IV. Metodología**

En el presente capítulo se presenta la información relacionada con las características de la población atendida durante la práctica dirigida. Se dividirá en apartados de acuerdo a la modalidad en la que se realizó la intervención, siendo de forma individual y grupal. De la misma forma se describe de forma detallada el trabajo realizado en cada uno de los tipos de intervención, las funciones y tareas realizadas, el proceso de supervisión y los procedimientos de evaluación.

##### Características de la población

La información que se muestra a continuación corresponde a las características de la población atendida, tanto de forma individual como grupal, con el objetivo de que se logre una mayor comprensión de las actividades realizadas y la población abordada durante la realización de la práctica dirigida.

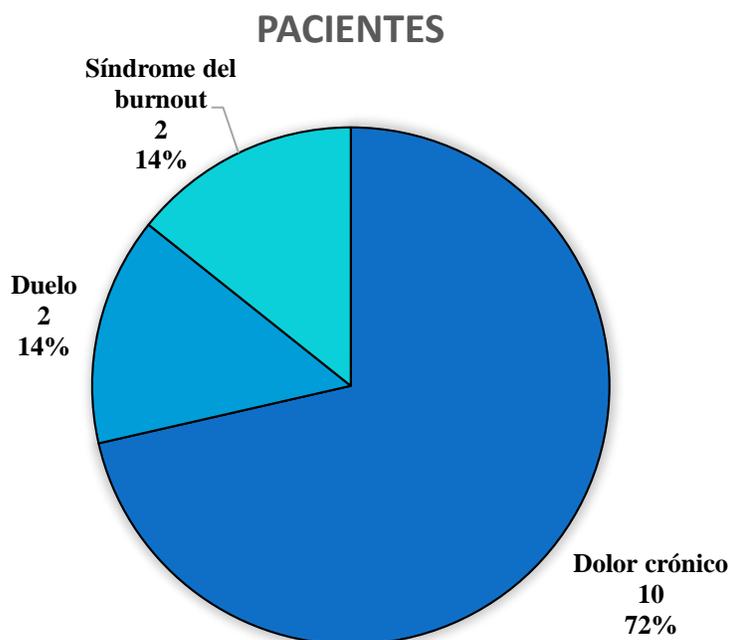
##### *1. Población atendida a nivel individual*

La población que participó en las intervenciones individuales se constituyó por aquellas personas de consulta externa que asisten al servicio de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios, además se vieron asociadas a tres problemáticas principales: dolor crónico, duelo y síndrome del cuidador.

Las personas que fueron atendidas por la practicante ingresan al servicio de psicología por diferentes vías. Una de estas vías, es la referencia directa por parte de los doctores de los servicios de hemato-oncología y oncología médica de hombres y mujeres. La segunda vía corresponde a la referencia por parte de los psicólogos y las psicólogas de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos a familiares de pacientes ingresados en la visita domiciliar, y

finalmente por la referencia de los psicólogos y las psicólogas de la Clínica del Dolor a pacientes atendidos en los diferentes grupos desarrollados en la clínica.

Con respecto a la población que fue atendida de manera individual, se atendieron un total de 14 personas. Del total de personas atendidas 10 de ellas fueron referidas por dolor crónico y otros síntomas asociados, 2 se abordaron por duelo y 2 por síndrome de Burnout (Gráfico 1).



*Gráfico 1. Motivo de consulta de los pacientes atendidos de forma individual*

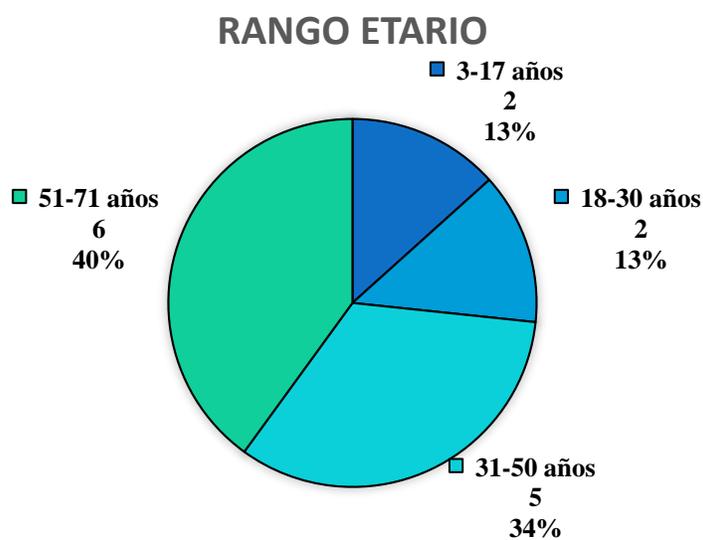
Con respecto a la cantidad de personas atendidas individualmente de acuerdo a las sesiones asistidas, se resumen en la tabla 1 dicha información.

**Tabla 1**

*Cantidad de personas atendidas individualmente*

Sesiones	Cantidad de personas
1 a 2 sesiones	5 personas
3 a 5 sesiones	5 personas
6 a 16 sesiones	4 personas
<b>Total</b>	<b>14 personas</b>

Con respecto a la variable de sexo, la totalidad de pacientes atendidas de forma individual corresponden al sexo femenino. Las cuales varían con respecto al rango etario, el cual va desde los 3 años de edad hasta los 71 años de edad. La división se muestra en el gráfico 2.



*Gráfico 2. Rango etario de pacientes atendidos individualmente*

Con respecto al estado civil de las pacientes atendidas de manera individual se presentan los resultados en la tabla 2.

**Tabla 2**

*Estado civil pacientes atendidos individualmente*

<b>Estado civil</b>	<b>Pacientes</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Soltera</b>	6	42.85%
<b>Casada</b>	4	28.57%
<b>Divorciada</b>	2	14.28%
<b>Viuda</b>	2	14.28%
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

Una de las características importantes de la población es la diversidad geográfica, esto debido a que el área de atracción del Hospital San Juan de Dios abarca una gran cantidad de lugares incluyendo sectores de la provincia de San José, tales como: Desamparados, Hatillo, Aserrí y Pavas, siendo los principales lugares de residencia de la población atendida, también cubre sectores de Cartago y Puntarenas. En el presente caso se presentan los datos en la tabla 3.

**Tabla 3***Residencia de personas atendidas individualmente*

<b>Sector de residencia</b>	<b>Pacientes</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Alajuelita</b>	2	14.28%
<b>Desamparados</b>	3	21.42%
<b>Escazú</b>	4	28.57%
<b>Alajuela</b>	1	7.14%
<b>Hatillo</b>	2	14.28%
<b>Puriscal</b>	1	7.14%
<b>Ciudad Colón</b>	1	7.14%
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

Finalmente, con respecto al oficio se destaca que la mayoría de pacientes son amas de casa, el resto son estudiantes o laboran en diferentes oficios. Los detalles se presentan en el gráfico

3.

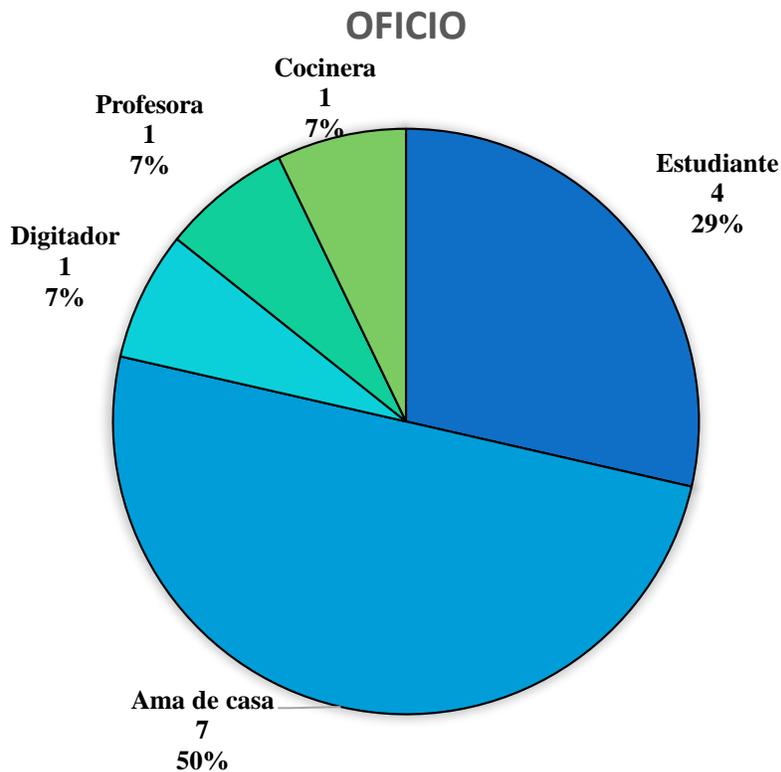


Gráfico 3. Oficio personas atendidas de forma individual

- *Población atendida a nivel grupal*

Los resultados incluidos en este apartado corresponden a la población atendida en el grupo denominado “Promoción de la calidad de vida en pacientes de hematología”, ya que este grupo se enfoca en la atención de pacientes con dolor crónico.

Los pacientes incluidos para la atención del dolor crónico a nivel grupal fueron referidos por el MSc. Celso Cruz, psicólogo de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos. Como criterios de inclusión para el grupo se tomó la presencia de dolor crónico, problemas de sueño, síntomas de ansiedad y el diagnóstico de una enfermedad hematológica tales como: linfomas, mielomas, leucemias y aplasia medular.

El principal criterio de exclusión corresponde a la existencia de algún déficit cognitivo que impida la comprensión y seguimiento de instrucciones, así como la existencia de algún cuadro psiquiátrico sin control médico o psicológico anterior que asegurara la estabilidad del paciente.

De forma grupal para la atención del dolor crónico se atendieron 5 pacientes, los cuales asistieron de forma regular al grupo, en caso de alguna ausencia por cita médica u hospitalización se realizaba de forma individual la reposición de la sesión.

Con respecto a la variable de sexo, del total de participantes el 80 % (4 participantes) corresponde al sexo femenino, el 20% restante (2 participantes) son del sexo masculino.

El rango etario de los participantes va desde los 17 años hasta los 64 años, lo cual se puede evidenciar en el gráfico 4.

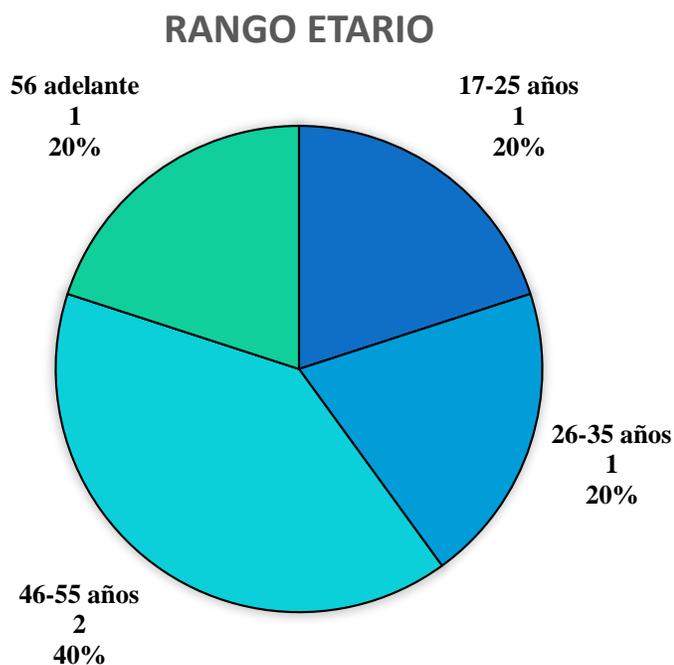


Gráfico 4. Rango etario pacientes atendidos de forma grupal

Existe además en la población una diversidad en cuanto al nivel educativo, ya que este va desde primaria incompleta hasta estudios parauniversitarios y universitarios. Con respecto al nivel socioeconómico, existe gran diversidad, ya que dentro del grupo existen participantes con bajos recursos económicos, pudiendo considerarse de clase baja, hasta participantes que pueden ser considerados de clase alta, con mayores recursos, datos presentados en la tabla 4.

**Tabla 4**

*Nivel educativo y socioeconómico de pacientes atendidos grupalmente*

<b>Nivel educativo</b>	<b>Condición socioeconómica</b>	<b>Cantidad de participantes</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Universitaria</b>	Alta	1	20%
<b>Parauniversitaria</b>	Media alta	1	20%
<b>Secundaria</b>	Media media	1	20%
<b>Bachiller</b>	Baja	1	20%
<b>Primaria incompleta</b>	Baja	1	20%
<b>Total</b>		<b>5</b>	<b>100%</b>

Con respecto al estado civil de los participantes, el 60% se encuentran solteros, mientras que el 40% restante están casados.

Finalmente, con respecto al lugar de residencia, la información de los participantes se presentan en la tabla 5.

**Tabla 5**

*Residencia de pacientes atendidos a nivel grupal*

<b>Lugar de residencia</b>	<b>Cantidad de personas</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Rohmoser</b>	1	20%
<b>Hatillo</b>	1	20%
<b>Aserrí</b>	1	20%
<b>Uruca</b>	1	20%
<b>Paso Canoas</b>	1	20%
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

#### Funciones y tareas desarrolladas

En el presente apartado se expondrán las funciones y tareas realizadas durante el periodo en que se realizó la práctica dirigida, considerando cada una de ellas dentro de las actividades principales tales como la evaluación, intervención y desarrollo de talleres.

Las tareas y funciones se realizaron dentro de la modalidad de práctica dirigida a tiempo completo a seis meses, lo cual implicó un horario de 7:30 am a 4:00 pm de lunes a jueves y de 7:30 a 3:00 pm los viernes, lo anterior corresponde a las horas dedicadas a las diferentes funciones dentro de la clínica, aunado a las diferentes actividades realizadas fuera de este

contexto y horario que serán abordadas en este apartado. A continuación se presentarán las funciones y tareas desarrolladas:

*1. Evaluación psicológica del problema actual de los consultantes que asisten a la Clínica del Dolor del Hospital San Juan de Dios*

Con el objetivo de desarrollar una evaluación exhaustiva que permita un amplio conocimiento del motivo de consulta del paciente se utilizaron las siguientes estrategias e instrumentos, aclarando que la evaluación es un proceso continuo como lo plantea Fernández-Ballesteros (1994), lo que permitirá conocer los avances existentes en el proceso:

- a) Entrevista clínica conductual: Se utilizó como base la entrevista clínica conductual creada por Fernández-Ballesteros (1994), esta permitió la delimitación del motivo de consulta, así como el conocimiento de la información necesaria para el desarrollo de un plan de intervención adecuado a la situación del consultante.
- b) Autorregistros: Se utilizó el modelo planteado por Miró (2003) donde se mantuvo un enfoque en las conductas de dolor, registros emocionales y de relajación. Estos tienen como objetivo la obtención de información más precisa y objetiva sobre la situación vivida por el consultante.

Instrumentos:

- a) Encuesta de Salud Formato Breve 36 (SF-36): La presente encuesta permite evaluar ocho aspectos relacionados con la calidad de vida: 1. Funcionamiento físico. 2. Funcionamiento social. 3. Rol del funcionamiento físico (cómo la salud física interfiere en las actividades diarias). 4. Funcionamiento emocional. 5. Salud mental.

6. Vitalidad. 7. Dolor corporal. 8. Percepciones generales sobre la salud. (Salaffi, Sarzi-Puttini y Atzeni, 2015). Alonso, Prieto y Antó (1995) reconocen para la presente escala un rango de confiabilidad que oscila entre .45 y .94, además con respecto a la confiabilidad test- retest se fluctúa entre .51 a .85. El coeficiente de correlación intraclase se presenta en el siguiente rango .58 a .99.

- b) Escala análoga del dolor: La forma más común de realizar estas escalas es trazando una línea de una longitud aproximada de 10 cm., en un extremo se representa la ausencia de dolor y al otro extremo un dolor insoportable; en dicha línea el sujeto debe marcar el valor que corresponda con la intensidad de dolor que percibe (Miró, 2003).
- c) Inventario de Depresión de Beck: La presente escala tiene como objetivo la evaluación de síntomas asociados a la depresión. En el año 2015, Redondo realiza la adaptación del presente inventario a la población del Gran Área Metropolitana de Costa Rica, donde destaca un alfa de Cronbach de .908 y una correlación de Pearson entre los .76 a .96. (Redondo, 2015).

## *2. Elaboración e implementación de planes de intervención psicológica individual.*

Esta tarea fue desarrollada una vez que se llevó a cabo el proceso de evaluación, según lo mencionado anteriormente, para esto se utilizaron diferentes métodos y técnicas que permitieron una mejoría en la calidad de vida de los pacientes. Debido a que existe variabilidad dentro de los pacientes, no se utilizó un mismo protocolo de atención, sin embargo, se desatacarán grandes áreas de intervención planteadas por Sperry (2009) que componen la intervención:

a) Psicoeducación:

La psicoeducación pretende aumentar el conocimiento del paciente, el sentido de auto-eficacia y el compromiso con su auto-gestión de forma tal que se promueva un cambio conductual en el paciente que permita el alcance de mejores resultados clínicos (Sperry, 2009).

La psicoeducación se constituyó una parte fundamental del proceso, ya que permitió no sólo una mejor adherencia al tratamiento médico, sino que busca la comprensión de los participantes sobre la relación entre los pensamientos, conductas y emociones, relación que puede tener un efecto positivo o no sobre las experiencias de dolor (Moix y Casado (2011).

Existen diferentes intervenciones psicoeducativas, abarcando desde el entrenamiento en resolución de problemas y mindfulness, hasta intervenciones enfocadas en cambios en el estilo de vida (Sperry, 2009).

b) Intervenciones cognitivo- conductuales

Las intervenciones cognitivo-conductuales incluidas dentro de las diferentes sesiones buscaron modificar la representación de la enfermedad, cambiar las conductas y cogniciones desadaptativas asociadas a la salud o enfermedad, aumentar la aceptación de la enfermedad y lidiar con los problemas asociados. Además se aborda el cambio de pensamientos negativos, aumentar la autoeficacia y autoestima. La intervención se apoyó en las siguientes técnicas:

- **Reestructuración cognitiva:** Pretende que la persona comprenda que, durante la interpretación de la realidad que se hace, existen interpretaciones subjetivas e

irracionales, situaciones típicas en pacientes con dolor crónico (Moix y Casado, 2011).

Se buscó que con ayuda del terapeuta, estos pensamientos fueran sustituidos por otros más adaptativos que permitan reducir o eliminar la perturbación emocional y conductual (Bados y García, 2010). Durante el proceso se abordaron diferentes cogniciones existentes con respecto al proceso y experiencia del dolor. Además, se buscó que los pacientes comprendieran la relación estrecha entre estas y los diferentes estados emocionales (Sperry, 2009).

- Respiración y relajación muscular progresiva: Díaz, Villalobos y Ruiz (2012) destacan que la respiración consiste en una técnica que permite la inducción de estados de mayor relajación y disminución de la ansiedad. Además destacan que la relajación muscular progresiva reduce los niveles de activación mediante la disminución de la tensión muscular de forma progresiva.
- Solución de problemas: Tiene como objetivo que los consultantes posean más estrategias para una adecuada resolución de problemas, principalmente en aquellas situaciones que por su condición médica se presenten y generen inconvenientes que no han logrado ser resueltos (Sperry 2009; Moix y Casado, 2011).
- Terapia de Aceptación y Compromiso: Debido al aislamiento que en ocasiones se produce por el dolor crónico, los pacientes expresan la pérdida de un sentido de la vida. A partir de esto se trabajó con ellos los valores vitales que guían su vida a través de metáforas que generan reflexión (Moix y Casado, 2011; Wilson y Luciano, 2014).
- Organización del tiempo y actividades reforzantes: Debido a la experimentación del dolor constante es posible dejar de lado ciertas actividades, sin embargo, se buscó que los consultantes dediquen tiempo de su día a actividades placenteras y de ocio, para

esto es necesaria la organización del tiempo como forma de garantizar estos espacios (Moix y Casado, 2011).

- Higiene del sueño y ejercicio físico: La experimentación de un dolor crónico lleva a la afectación de los hábitos de sueño en su arquitectura y además se incrementan aspectos como la somnolencia diurna. Estas dificultades para desarrollar hábitos saludables de sueño afectan de forma negativa la percepción del dolor y la calidad de vida de las personas. Además, lo anterior es combinado con la realización de ejercicio físico que permitió en los pacientes una reducción del dolor y una mejora en la calidad de vida (Moix y Casado, 2011; Hurtado y Rodríguez, 2012).

### 3. *Elaboración e implementación de intervención psicológica grupal para pacientes con dolor crónico*

La intervención psicológica grupal se desarrolló con pacientes del servicio de hematología con dolor crónico. Se realizaron un total de seis sesiones semanales, las cuales buscaban alcanzar diferentes temas y objetivos. Las tareas que implicó este proceso abarcaron:

- Diseño de programa de atención psicológica grupal a pacientes con dolor crónico (Ver anexo 6, p. 129)
- Implementación de programa grupal cognitivo conductual para la mejora en la calidad de vida de los pacientes.
- Evaluación de los resultados del programa de atención grupal para pacientes con dolor crónico.

#### *4. Implementación de taller dirigidos a familiares*

La realización de talleres dirigidos a familiares estaban dirigidos a esta población con dos temáticas principales: autocuidado y duelo. Lo anterior con el objetivo de brindar un acompañamiento durante el proceso de enfermedad del familiar y brindar contención emocional y apoyo psicológico una vez que el paciente ha fallecido.

Los talleres tuvieron una modalidad semanal, donde se integran aquellas personas que han sido invitadas y deseen participar. Las sesiones se realizaron en conjunto con la psicóloga de la clínica y la practicante.

El taller de autocuidado para cuidadores tiene un total de 11 sesiones con una duración de 2 horas y 30 minutos aproximadamente por sesión, con modalidad cíclica, lo cual permite que los cuidadores repongan aquellas sesiones a las cuales no pudieron asistir, dentro de este taller se abordan las siguientes temáticas: sentido de realidad, mecánica corporal, conspiración del silencio, comunicación asertiva, mitos de los opioides, límites, autocuidado, síndrome del cuidador, manejo del enojo, estrés, proceso de duelo y agonía y proyecto de vida.

Las tareas desarrolladas por la practicante en el grupo de cuidadores fueron:

- Convocatoria telefónica a participantes del taller.
- Elaboración de material para cada sesión del taller.
- Apoyo en la planificación de las sesiones y actividades de las mismas.
- Apoyo en la facilitación de las diferentes sesiones mediante la realización de dinámicas y estrategias.

El grupo de duelo se realiza de manera cíclica, cada sesión tiene una duración aproximada de 2 horas, con un promedio de 10 sesiones realizadas de forma semanal, donde se abordan temas tales como: caracterización de la pérdida, culpa, reconocimiento y expresión emocional, tareas del duelo, y obstáculos en el proceso de duelo. Las tareas de la sustentante en este proceso correspondieron con:

- Convocatoria de familiares al grupo de duelo.
- Elaboración de material para diferentes sesiones.
- Apoyo en la planificación de las sesiones y actividades (Ver anexo 4, p.115)
- Apoyo en la facilitación de las diferentes sesiones mediante la realización de dinámicas y estrategias.

#### Relaciones interdisciplinarias

La práctica dirigida se desarrolló dentro de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, donde existe un enfoque de trabajo interdisciplinario. Lo anterior implica que, durante este periodo fue necesaria la interacción con profesionales de medicina, enfermería, nutrición y trabajo social principalmente.

Además, la implicación en las sesiones clínicas conllevó a la interacción con profesionales de oncología médica, oncología quirúrgica, radioterapia, rayos x, patología y gineco-oncología, esto con respecto a las sesiones clínicas de mama. Las dos sesiones de hematología llevaron a la interacción con los doctores especialistas en hematología, donde fueron necesarias dos exposiciones de aproximadamente 30 minutos cada una para la coordinación del grupo con esta población.

Es necesario destacar que existió una gran apertura por parte de todos los profesionales relacionados durante la realización de la práctica, ya que estos promovieron el involucramiento de la practicante en las diferentes actividades.

Durante la práctica dirigida se coordinaron actividades con el personal de medicina que permitió una adecuada atención a los pacientes en etapa terminal, se realizaron coordinaciones con la trabajadora social para el abordaje y apoyo de diferentes familias en situaciones de pobreza extrema, situaciones de violencia familiar, etc.

Finalmente, se coordinó con el equipo de hematología la realización del grupo para pacientes con dolor crónico.

Estas actividades permitieron conocer el personal y destacar, lo mencionado anteriormente, con respecto a su apertura, colaboración, profesionalismo, ética y empatía en su accionar.

#### Sistema de supervisión

Durante la realización de la práctica se llevaron a cabo supervisiones con las distintas partes implicadas en el proceso. Es necesario destacar que fueron supervisiones diferenciadas con la persona encargada del seguimiento de la práctica dentro de la institución, el director de la práctica dirigida y los lectores.

Las supervisiones con el responsable dentro de la institución se realizaron diariamente con un carácter informal con el objetivo de mantener una adecuada comunicación y semanalmente se realizaron supervisiones formales que implicaron las firmas de los expedientes y actividades realizadas.

Las supervisiones con el director de la práctica y profesor de Psicología de la Universidad de Costa Rica se realizaron dentro de estas instalaciones con una periodicidad semanal durante toda la práctica dirigida.

A los lectores se les enviaron informes con las actividades realizadas diariamente, lo anterior mediante una compilación de las mismas de forma mensual.

#### Proceso de evaluación y entrega de informes

El proceso de evaluación se realizó de forma continua con la entrega de informes al director de la práctica. Así mismo se desarrollaron reportes de las actividades y logros de cada día, los cuales fueron sistematizados semanalmente y mensualmente. Estos informes se entregaron tanto al director de la práctica dirigida como a la institución, los cuales permiten la comprobación y evaluación de las tareas desarrolladas en la práctica, siendo acordes al cronograma planteado. De la misma forma estos informes se enviaron de forma digital a los lectores de forma mensual.

#### Protección a los sujetos

El Código de ética y deontológico del Colegio de Psicólogos brinda principios sobre los cuales se debe dirigir la práctica clínica, por tanto, se seguirán todos sus postulados, los cuales corresponden con el respeto a la persona y su dignidad, la protección a los derechos humanos, la honestidad, integridad, responsabilidad, diligencia, prudencia en la aplicación de técnicas y procedimientos, la objetividad y fundamentación científica, y por último, la actualización constante.

Además, durante la presente práctica clínica no se realizó ningún procedimiento de carácter intrusivo. Es importante destacar que cada intervención realizada contó con la firma por parte

de cada persona usuaria de un consentimiento informado, en el cual se abordan las condiciones para recibir atención y el carácter voluntario sobre su participación en el proceso.

El consentimiento informado utilizado corresponde al documento empleado por la Caja Costarricense del Seguro Social y la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios.

## V. Resultados

En el presente apartado se realizará una descripción de los resultados obtenidos durante el periodo de la práctica dirigida acorde a los objetivos planteados inicialmente. Se incluirán además todas las actividades realizadas durante este período, considerando las intervenciones individuales, familiares y grupales.

Para desarrollar este apartado se utilizarán datos cualitativos y cuantitativos, con el objetivo de conocer los resultados alcanzados en las diferentes intervenciones realizadas.

En la tabla 6 se detallan las actividades realizadas por el equipo de psicología de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios, mismas de las cuales fue participe la practicante.

### *I. Ejercicio diario del rol de psicóloga dentro de la institución*

**Tabla 6**

*Rol diario de la psicóloga dentro de la institución*

<b>Actividad</b>	<b>Variabes</b>
<b>1. Evaluación de casos</b>	-Individual  -Familiar
<b>2. Intervención psicológica</b>	- Individual
<b>3. Grupos psicoterapéuticos</b>	-Autocuidado para cuidadores  -Duelo

---

<b>4. Asistencia a sesiones clínicas</b>	-De cáncer de mama -De hematología
<b>5. Visitas domiciliarias.</b>	-Pacientes en etapa terminal
<b>6. Interconsultas.</b>	- Intervención en crisis  -Acompañamiento en el proceso médico  -Referencia a otros servicios
<b>7. Preparación de material</b>	-Grupo de autocuidado para cuidadores.  -Grupo de duelo.  -Grupo de pacientes de hematología.
<b>8. Revisión bibliográfica</b>	-Proyecto cáncer de mama
<b>9. Realización de expedientes</b>	-Paciente individual  -Evaluación familiar  -Visita domiciliar
<b>10. Referencias</b>	-Trabajo Social  -Psiquiatría  -Clínicas

---

En los siguientes subapartados se abordaran las actividades desarrolladas. Se tomará como base los objetivos específicos planteados inicialmente.

## *II. Proceso de evaluación psicológica*

Los resultados del proceso de evaluación psicológica se presentarán de acuerdo a la metodología de intervención utilizada. Inicialmente se expondrán los resultados de la evaluación individual, posteriormente se describirán aquellos correspondientes a la evaluación grupal.

### *II.a Resultados del proceso de evaluación individual*

Los resultados del presente apartado se subdividirán acorde a las problemáticas principales presentadas por la población evaluada. Este proceso se realizó a través de entrevistas clínicas, escalas de evaluación y revisión de expedientes clínicos principalmente.

La totalidad de personas atendidas durante la práctica dirigida se presentan en la tabla 7 con la problemática principal.

**Tabla 7**

*Total de personas atendidas*

<b>Motivo de consulta</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Cantidad de personas</b>
<b>Dolor crónico</b>	Linfoma	1
	Mieloma Múltiple	1

---

Purpura trombocitopénica ideopática	1
Cáncer de páncreas	1
Cáncer de mama	3
Cáncer de colon	1
Cáncer pélvico	1
Bruxismo	1
<b>Duelo</b>	<b>2</b>
<b>Síndrome del cuidador</b>	<b>2</b>
<b>Total de personas</b>	<b>14</b>

---

La tabla anterior muestra que se atendieron de forma individual en al menos una sesión de evaluación, a un total de 14 personas. Del total de la población atendida 10 de estas corresponden a pacientes con dolor crónico (71.4 %), dos por duelo (14.2%), y finalmente dos cuidadoras por síndrome del cuidador (14.2%).

A continuación se presentan los principales resultados correspondientes cada categoría expuesta anteriormente.

## *Dolor crónico*

Las pacientes con dolor crónico presentan una sintomatología que varía acorde a cada caso, sin embargo, en la tabla 8 se observan las principales problemáticas comunes a las participantes atendidos.

### **Tabla 8**

#### *Principales síntomas de pacientes con dolor crónico*

---

<b>Sintomatología presentado</b>	<b>Manifestaciones</b>
<b>Ansiedad</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ansiedad anticipatoria</li><li>- Sudoración</li><li>- Taquicardia</li><li>- Opresión en el pecho.</li><li>- Falta de aire.</li></ul>
<b>Dolor</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Dolor específico asociado a la parte del cuerpo donde se encuentra el cáncer.</li><li>- Dolor generalizado.</li><li>- Neuropatía periférica inducida por quimioterapia.</li></ul>
<b>Alteraciones del sueño</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Conciliación del sueño.</li><li>- Pesadillas</li><li>- Sueño poco reparador.</li></ul>

---

---

	- Interrupciones constantes en el ciclo del sueño.
	- Insomnio
<b>Pocas habilidades de comunicación</b>	- Dificultades para expresarse emocionalmente.
	- Ausencia de una comunicación asertiva.
<b>Estado de ánimo alterado</b>	- Irritabilidad
	- Labilidad
	- Síntomas distímicos
	- Llanto
	- Depresión
<b>Funcionalidad reducida</b>	- Disminución de las actividades realizadas, ausencia laboral, pocas o nulas actividades sociales.

---

Estas problemáticas varían en cuanto a intensidad en cada una de las pacientes atendidas, sin embargo, se presentaron en todas ellas.

### *Duelo*

La evaluación realizada a las menores de edad, por el duelo de un familiar, no evidencian características de un duelo patológico, por el contrario se identifican una serie de factores protectores que permiten la finalización de los procesos de atención.

En la tabla 9 se resumen los principales factores protectores presentados en cada uno de los casos.

### **Tabla 9**

#### *Factores protectores de pacientes en duelo*

---

<b>Paciente</b>	<b>Factores protectores</b>
<b>Caso 1</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Comprensión del significado de la muerte.</li><li>- Adecuada expresión emocional.</li><li>- Óptimas redes de apoyo.</li><li>- Ausencia de trastornos del sueño.</li><li>- Estado de ánimo eutímico.</li><li>- Adecuada independencia para la edad.</li></ul>
<b>Caso 2</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Comprensión de la irreversibilidad de la muerte.</li><li>- Adecuada expresión emocional.</li><li>- Óptimas redes de apoyo.</li><li>- Buen rendimiento académico.</li><li>- Adecuada interacción social.</li><li>- Ausencia de trastornos del sueño.</li><li>- Estado de ánimo eutímico.</li></ul>

---

## *Síndrome del cuidador*

Durante la práctica dirigida se atendieron un total de 2 consultantes, cuidadoras de pacientes en etapa terminal. En la tabla 10 se muestra la sintomatología principal, la cual coincide para ambas pacientes

**Tabla 10.**

*Principales síntomas pacientes con síndrome del cuidador*

---

### **Síntomas principales**

---

- Labilidad emocional
  - Pocas habilidades de comunicación
  - Ansiedad
  - Problemas de sueño
  - Aislamiento social.
  - Pocas redes de apoyo.
  - Dolor físico.
  - Cansancio.
  - Irritabilidad.
  - Pocas habilidades para la resolución de problemas.
  - Dificultades para mantener la atención.
  - Olvidos recurrentes.
- 

La sintomatología anterior veía limitada la capacidad de estas consultantes para ejercer un cuidado adecuado, por tanto, fueron referidas a terapia psicológica individual.

## *II.b Resultados del proceso de evaluación grupal*

En el presente apartado se presentan los resultados de la evaluación inicial del taller denominado “Promoción de la calidad de vida en pacientes de hematología”. Para la evaluación se utilizó una escala análoga del dolor y la Encuesta de Salud Formato Breve-36 (SF-36).

Los participantes fueron referidos por el psicólogo MSc. Celso Cruz en coordinación con el equipo médico del servicio de hematología. Se realizó la referencia a un total de siete participantes, quienes fueron contactados telefónicamente. Del total de personas invitadas asistieron cinco que se mantuvieron constantes durante el proceso. Cuando los participantes no eran capaces de asistir a una de las sesiones, estas se reponían de forma individual.

A continuación se desglosan las puntuaciones obtenidas por cada participante en las diferentes subescalas que componen la Encuesta de Salud Formato Breve-36 (SF-36). Es necesario destacar que las puntuaciones se encuentran en función de la calidad de vida percibida por los pacientes, por tanto a mayores limitaciones, menores son los resultados en cuanto al porcentaje de calidad de vida y viceversa.

La escala de función física (Gráfico 5) evalúa la capacidad de los pacientes para desarrollar diferentes actividades físicas tales como caminar, correr, levantar objetos pesados, bañarse, vestirse, etc.

## Función física

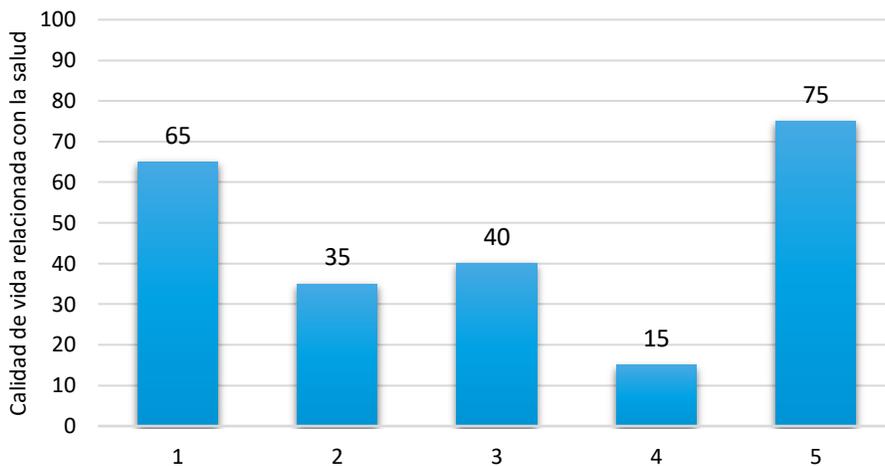


Gráfico 5. Evaluación pre tratamiento función física

En dicho gráfico es posible apreciar que todas las puntuaciones se encuentran en el 75% o debajo de este, lo cual se asocia con múltiples limitaciones físicas para desarrollar actividades básicas de la vida diaria.

El gráfico 6 representa la segunda subescala evaluada, donde se identifican las limitaciones en las actividades diarias producto de la salud física.

## Rol físico

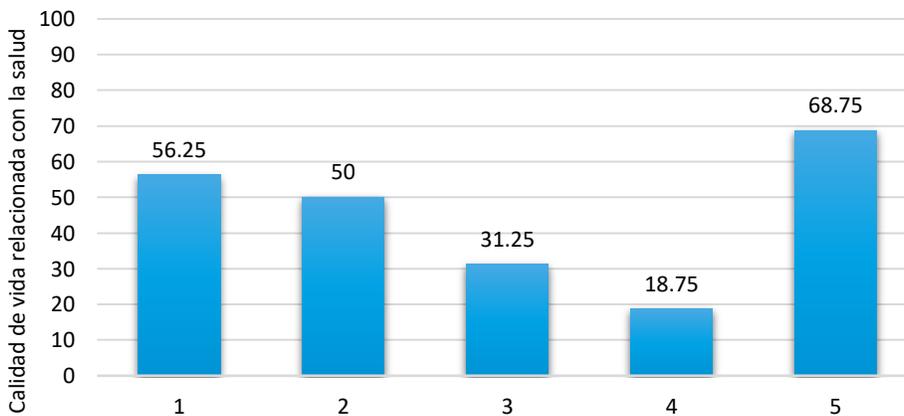
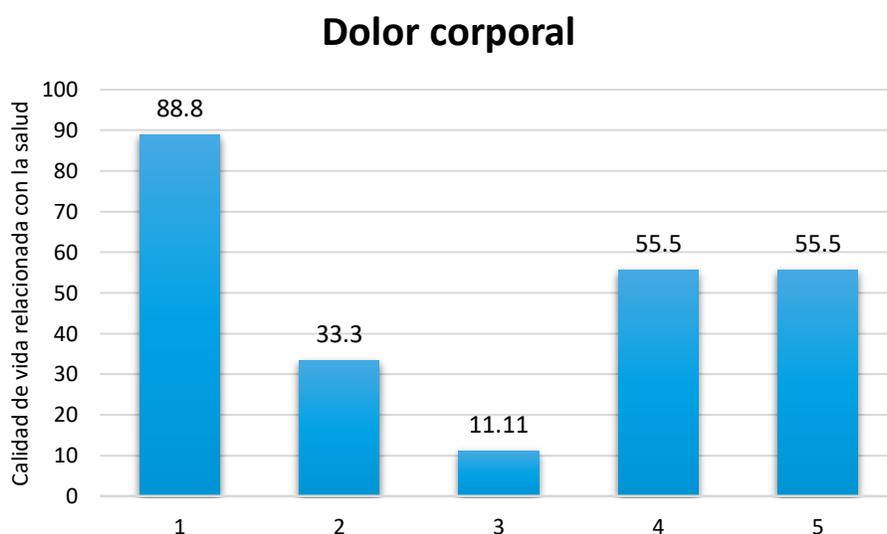


Gráfico 6. Evaluación pre tratamiento rol físico

Las puntuaciones presentadas en el gráfico anterior reflejan la calidad de vida de los pacientes según las limitaciones existentes, por tanto a mayor cantidad de limitaciones se presentarán puntuaciones más bajas. La puntuación más baja corresponde a un 18.75%, lo cual implica tener altas dificultades en sus actividades diarias tales como el trabajo o las labores domésticas. La puntuación más alta corresponde a un 68.75%, lo cual indica la existencia de ciertas limitaciones en la funcionalidad diaria.

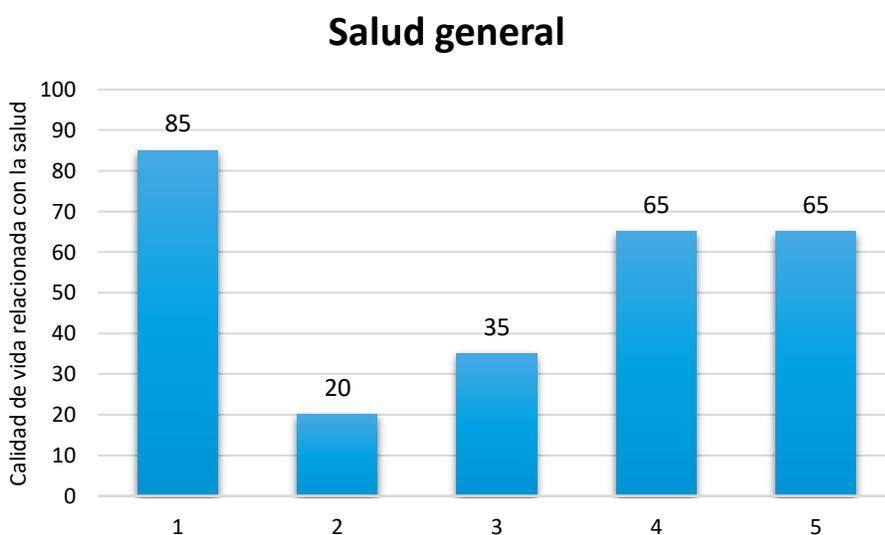
La tercera subescala corresponde a la evaluación del dolor y su relación con la calidad de vida de los pacientes. Los resultados obtenidos se presentan en el gráfico 7.



*Gráfico 7. Evaluación pre tratamiento dolor corporal*

La menor puntuación corresponde al tercer participante con un 11.11%, lo cual implica mayores niveles de dolor y limitaciones producto de este; teniendo un impacto negativo en la calidad de vida. La mayor puntuación es de un 88.88%, lo cual se asocia con menores niveles de dolor. El promedio existente entre los participantes corresponde a un 32.84%.

La cuarta subescala corresponde a la percepción sobre la salud general actual, la visión de esta a futuro y la capacidad para enfermar. Los resultados obtenidos se presentan en el gráfico 8. El participante 1 es quien tiene una percepción más positiva sobre su salud actual con una puntuación de un 85%, mientras que la puntuación más baja es de la participante 2 con un 20%. Dos participantes tienen una puntuación de un 65 %, mientras que el participante restante se califica en un 35%.



*Gráfico 8. Evaluación pre tratamiento salud general*

El gráfico 9 presenta los resultados de la escala de vitalidad, donde se destaca la percepción de energía y ánimo, en contraposición con el agotamiento y cansancio.

Los resultados del gráfico demuestran que las puntuaciones en cuanto a vitalidad tienen una máxima de 68.75 % y un mínimo de 31.25%, donde dos de los participantes obtienen esta puntuación y una tercera participante tiene un 40%, lo que parece indicar altos niveles de cansancio físico.

## Vitalidad

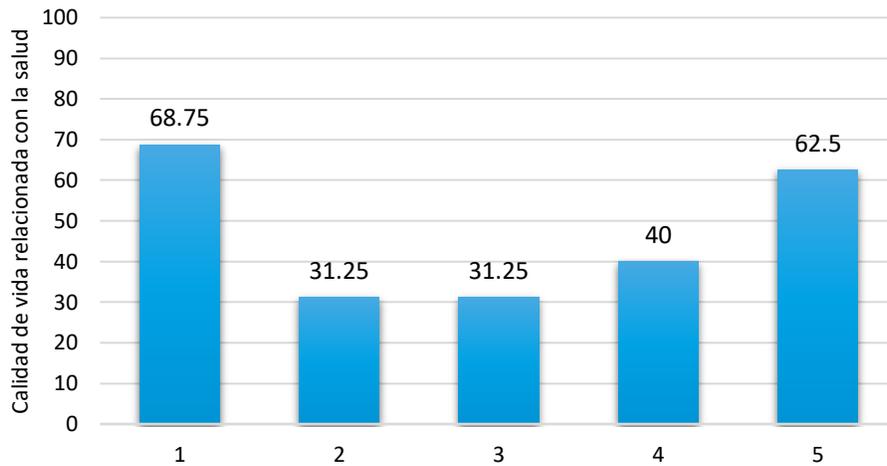


Gráfico 9. Evaluación pre tratamiento vitalidad

La subescala de función social mide el nivel de interferencia existente en la vida de los participantes producto de problemas físicos y emocionales. Los resultados se presentan en el gráfico 10.

## Función social

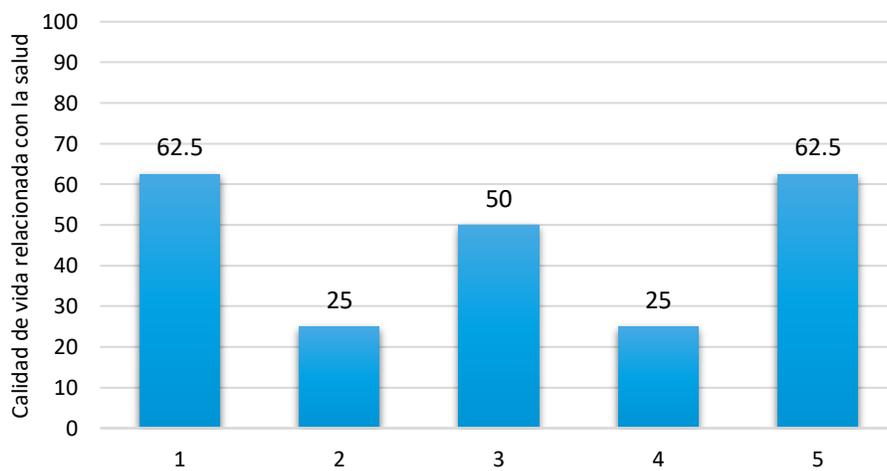
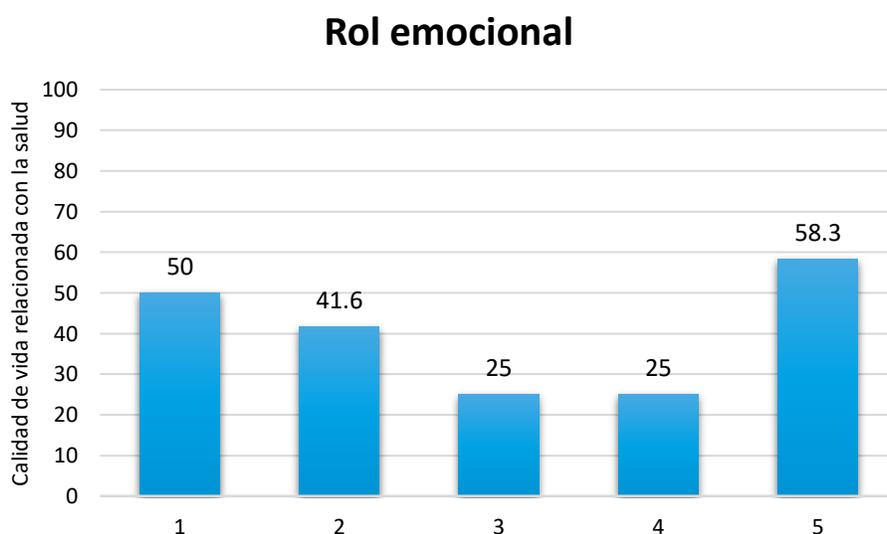


Gráfico 10. Evaluación pre tratamiento función social

Las puntuaciones obtenidas en el gráfico anterior demuestran que, existen múltiples limitaciones en el ámbito social producto de problemas físicos y emocionales, lo cual tiene un impacto en su calidad de vida. La puntuación máxima es del 62.5%, mientras que la mínima es de un 25%.

El gráfico 11 muestra los porcentajes obtenidos por los participantes en la subescala de rol emocional. La presente escala tiene como objetivo el evaluar las limitaciones existentes en las actividades de la vida diaria, tales como trabajar o realizar actividades domésticas, producto de problemas emocionales.

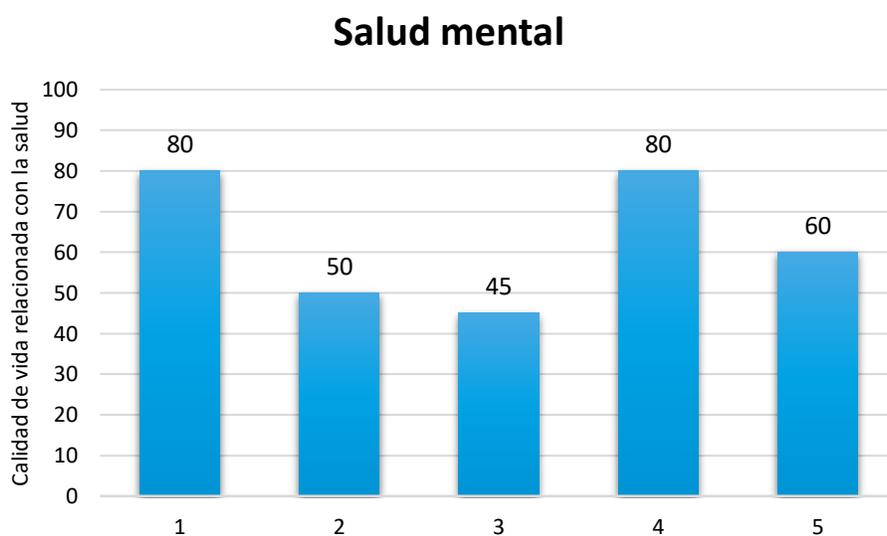


*Gráfico 11. Evaluación pre tratamiento rol emocional*

Los resultados obtenidos en dicha escala, reflejados en el gráfico anterior, permiten evidenciar que, diferentes actividades tales como el trabajo, se ven limitadas en gran parte por la salud emocional de estos. La puntuación mayor es de un 58.3%, mientras que la más baja es de un 25%. La mayoría de los casos se encuentra en el 50% o por debajo de este.

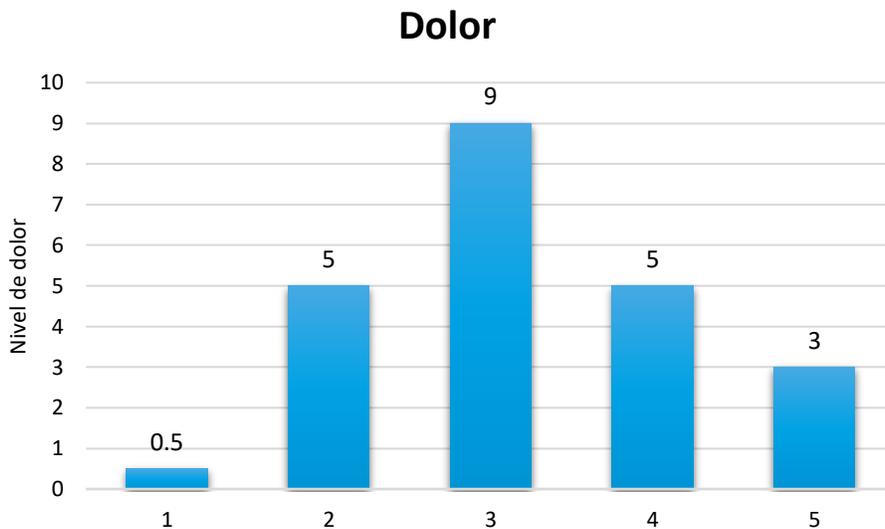
La escala de salud mental pretende reconocer indicadores de ansiedad o depresión principalmente, además del control de la conducta y bienestar general. Los resultados obtenidos por los participantes se presentan a continuación en el gráfico 12.

En el presente gráfico es necesario destacar la diversidad de puntuaciones obtenidas, donde dos pacientes obtienen las puntuaciones más altas con un 80%, mientras que los siguientes participantes obtienen un 60%, 50% y 45% respectivamente en orden descendente. Estas puntuaciones se asocian a la existencia de rasgos de depresión, ansiedad y una percepción negativa del propio bienestar.



*Gráfico 12. Evaluación pre tratamiento salud mental*

Finalmente, a nivel grupal se evalúan los niveles de dolor experimentados por los pacientes mediante una escala análoga del dolor. Los resultados se muestran en el gráfico 13.



*Gráfico 13. Evaluación pre tratamiento niveles de dolor*

Es posible evidenciar en el gráfico anterior una heterogeneidad en cuanto a los niveles de dolor percibidos, donde la puntuación más alta corresponde a un 9, mientras que la más baja corresponde a un 0.5. El promedio grupal de dolor percibido es de 4.41.

### *III. Intervención psicológica*

De la misma forma que se desarrolló el apartado anterior correspondiente a la evaluación, en el presente caso, los resultados serán divididos acorde a la forma de atención brindada, individual o grupal.

#### *III.a. Intervención individual*

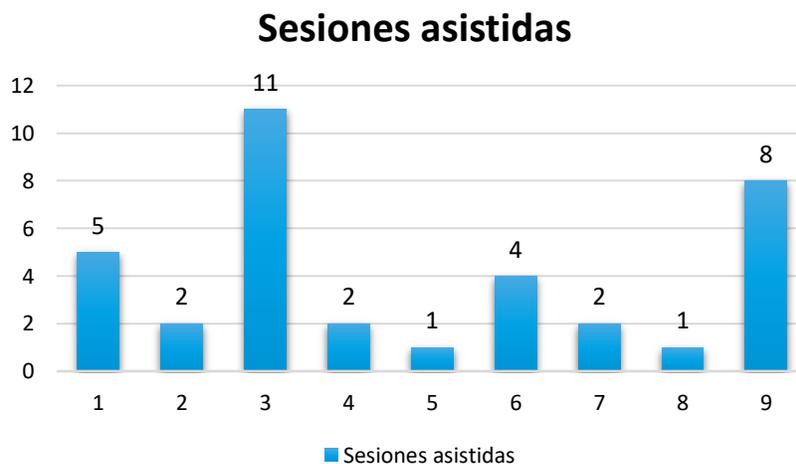
A continuación se presentarán los resultados obtenidos a partir de la intervención psicoterapéutica individual. La cantidad de sesiones alcanzadas por los y las pacientes es diversa, yendo desde una sola sesión de evaluación hasta 16 sesiones.

Se presentan los resultados divididos según las categorías presentadas en la evaluación, lo anterior para aquellos pacientes que alcanzaron un mínimo de tres sesiones.

### *Dolor crónico*

Los resultados obtenidos en las intervenciones individuales con la presente población son diferentes para cada individuo, sin embargo, en la presente sección se destacarán aquellos obtenidos de forma común entre los participantes.

Por dolor crónico, se atendieron un total de 10 pacientes. En el gráfico 14 se describe la asistencia de las participantes, donde se evidencia que de forma constante asistieron 4 pacientes, quienes finalizaron su proceso, mientras que el resto asistió a menos de 4 sesiones.



*Gráfico 14. Cantidad de sesiones asistidas por pacientes con dolor crónico*

Los resultados obtenidos por estos pacientes serán divididos acorde a tres dimensiones: conductual, emocional y cognitivo, las cuales serán presentados en la tabla 11.

**Tabla 11**

*Principales resultados de pacientes con dolor crónico en intervención individual*

---

<b>Cambios</b>	<b>Manifestaciones</b>
<b>Conductuales</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Mejores hábitos de sueño.</li> <li>-Menor dolor percibido.</li> <li>-Mejores estrategias de comunicación.</li> <li>-Mayor capacidad para la toma de decisiones.</li> <li>-Implementación de estrategias de relajación periódicamente.</li> <li>-Activación de redes de apoyo por parte de los consultantes.</li> <li>-Aumento en la implicación de actividades placenteras (pintar, dibujar, cocinar, pasear, jardinería, etc.)</li> <li>-Aumento del ejercicio físico realizado incorporado a la rutina diaria.</li></ul>

---

---

**Emocionales**

-Menores niveles de ansiedad (“Me siento más tranquila”, “me siento más relajada”).

-Estado de ánimo positivo (“Ahora me siento feliz y agradecida”).

**Cognitivos**

-Disminución de pensamientos que generan preocupación por el futuro (“cuando vuelva a mi trabajo, no sé cómo va a ser todo”).

-Se visualiza la enfermedad como una oportunidad de crecimiento personal.

-Se conceptualiza la vida como un día a la vez, lo que disminuye la ansiedad por el futuro.

-Se reconocen los derechos que tienen como pacientes, tales como: derecho a la información, derecho al mejor tratamiento posible, derecho a solicitar la salida exigida, etc.

-Mayor aceptación de la enfermedad y compromiso con los valores de vida de cada consultante.

---

### *Duelo*

Las menores de edad que fueron referidas a atención psicoterapéutica por un proceso de duelo, recibieron cuatro sesiones, donde dos de estas se realizaron con las madres de las niñas. El proceso estuvo basado en una evaluación de indicadores de riesgos y factores protectores, la cual se presentó en el apartado anterior. Por tanto no se realizó una intervención psicológica individual como tal.

### *Síndrome de la cuidadora*

Se atendieron a dos cuidadoras principales de pacientes en etapa terminal, con diferentes diagnósticos. Los procesos terapéuticos fueron diferentes, así como los resultados obtenidos, sin embargo, los principales alcances son comunes en ambas consultantes.

Los resultados serán presentados en la tabla 12. Se dividirán en tres dimensiones: cognitivos, conductuales y emocionales.

### **Tabla 12**

*Principales resultados en pacientes con síndrome del cuidador atendidas individualmente*

<b>Cambios</b>	<b>Manifestaciones</b>
<b>Conductuales</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Realización de ejercicios de relajación.</li><li>- Aumento en la actividad física y ejercicio.</li></ul>

- 
- Mejora en las habilidades de comunicación que permite la activación de redes de apoyo.
  - Aumento en la capacidad de resolución de problemas.
  - Mejores hábitos de sueño.
  - Adecuado establecimiento de límites sobre las actividades de cuidado.

**Emocional**

- Menores niveles de ansiedad
- Estado de ánimo eutímico.
- Mayor control del enojo.

**Cognitivo**

- Comprensión y aceptación de la enfermedad y posible muerte de su ser querido.
  - Comprensión de la importancia del autocuidado.
  - Reestructuración de pensamientos de culpa asociados a espacios de autocuidado.
  - Empoderamiento del cuidador sobre sus derechos.
-

### *III.b. Intervención grupal*

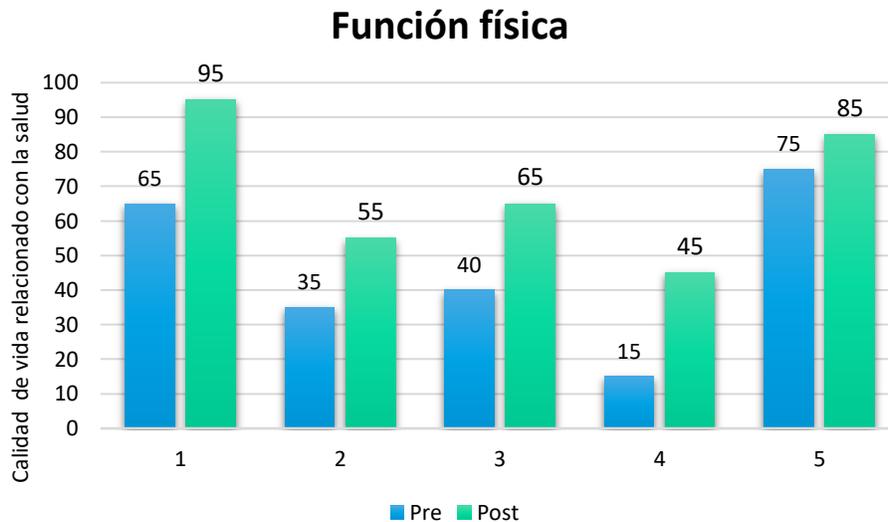
La intervención grupal dirigida a pacientes con dolor crónico, producto de enfermedades de hematología, se desarrolló en un total de seis sesiones. Se contó con la participación 5 pacientes, quienes, como ya se mencionó, se mantuvieron constantes a lo largo del proceso.

El taller se denominó: “Promoción de la calidad de vida en pacientes de hematología”, teniendo énfasis en estrategias para el manejo del dolor, mindfulness, estrategias de relajación, higiene del sueño y realización de ejercicio físico (Ver anexo 6, p.129).

Tal como se presentó en la sección de evaluación, se presentarán los resultados obtenidos en la Encuesta de Salud Formato Breve (SF-36) y la escala análoga del dolor, comparando los resultados pre y post-tratamiento, lo anterior para facilitar la comparación entre los resultados obtenidos. Las escalas están en función de la calidad de vida, por tanto, a menores limitaciones físicas, sociales y emocionales, mayores puntuaciones en la calidad de vida y viceversa.

La subescala de función física representa la capacidad de los pacientes para realizar actividades físicas tales como caminar, correr, bañarse, vestirse, cargar objetos, entre otros.

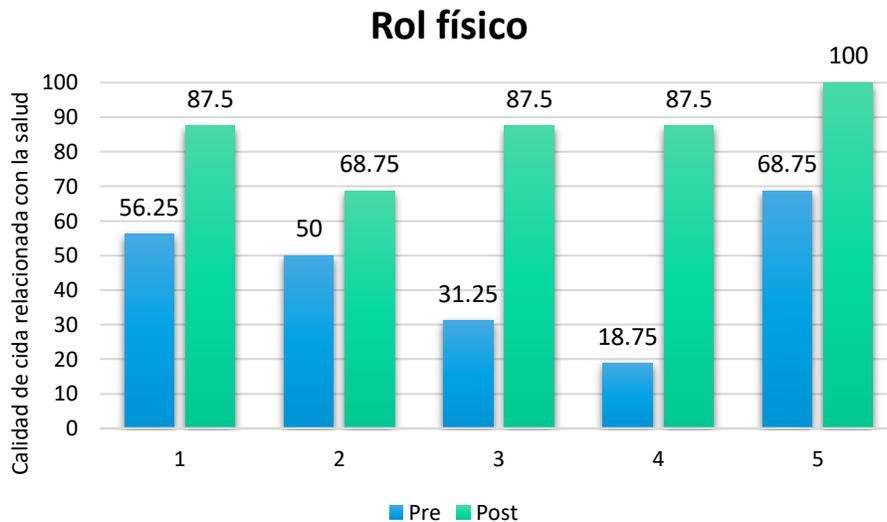
Los resultados obtenidos se presentan en el gráfico 15.



*Gráfico 15. Evaluación pre y post tratamiento función física*

Los resultados presentados en el gráfico anterior evidencian una mejoría en la función física en todos los participantes posterior a la intervención grupal, donde la menor diferencia corresponde a un aumento en la funcionalidad del 10%, mientras que la mejoría más significativa corresponde a un 30%.

La segunda subescala evalúa el rol físico de los participantes, esta se refiere a las limitaciones en las actividades diarias, producto de problemas físicos, tales como el trabajo o las labores domésticas. Los resultados se presentan en el gráfico 16.



*Gráfico 16. Evaluación pre y post tratamiento rol físico*

El gráfico anterior denota una mejoría en todos los participantes posterior a la intervención, donde las respuestas se encuentran del 68.75% en adelante, esto indica que se perciben menor cantidad de limitaciones producto de la intervención, y que, las puntuaciones mejoraron en al menos un 18%.

La tercera subescala corresponde al dolor corporal, donde se evalúan las limitaciones existentes en cuanto a calidad de vida producto del dolor percibido por los participantes. Los resultados obtenidos se presentan en el gráfico 17.

En cuanto al dolor corporal es posible evidenciar, en todos los casos, un aumento en la calidad de vida, lo cual se asocia con menores limitaciones producto del dolor y así mismo se asocia con menores niveles de dolor percibidos.

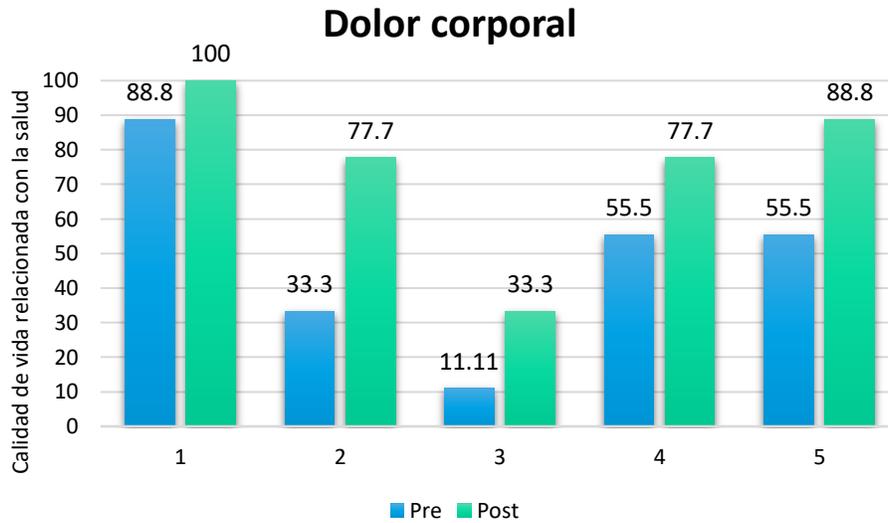


Gráfico 17. Evaluación pre y post tratamiento dolor corporal

La cuarta subescala corresponde al concepto de salud general, donde se evalúa la percepción de la salud actual, perspectivas hacia el futuro y la resistencia a enfermarse. Las puntuaciones obtenidas se reflejan en el gráfico 18.

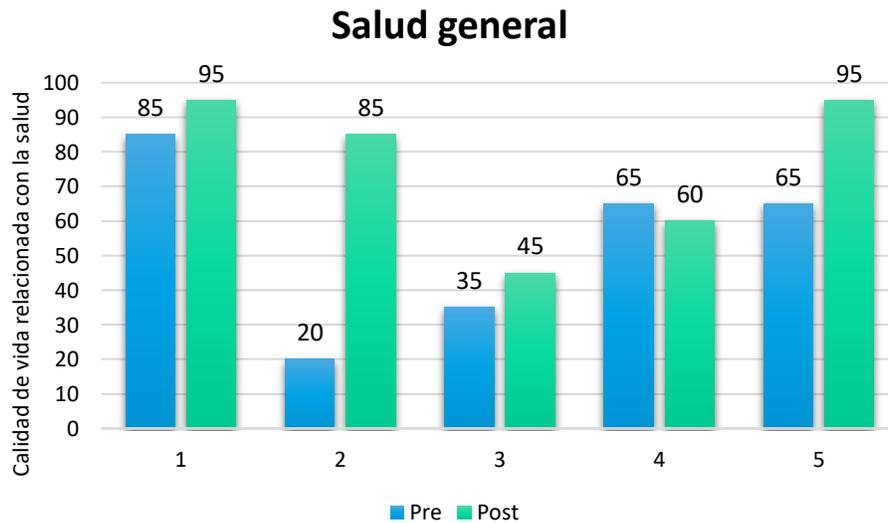


Gráfico 18. Evaluación pre y post tratamiento salud general

En el gráfico anterior es posible evidenciar una mejoría post-intervención en la mayoría de los casos, dicho impacto en la calidad de vida corresponde a un 10% o más; solamente en uno de los casos se percibe una disminución de la calidad de vida asociada a la salud, en dicho participante esta evaluación se realiza posterior a un proceso de internamiento debido a una crisis en su enfermedad.

La escala de vitalidad se asocia con la percepción de los participantes de energía, en contraposición con el cansancio y agotamiento físico, siendo una de las principales quejas al inicio de la intervención. El gráfico 19 refleja las puntuaciones obtenidas.

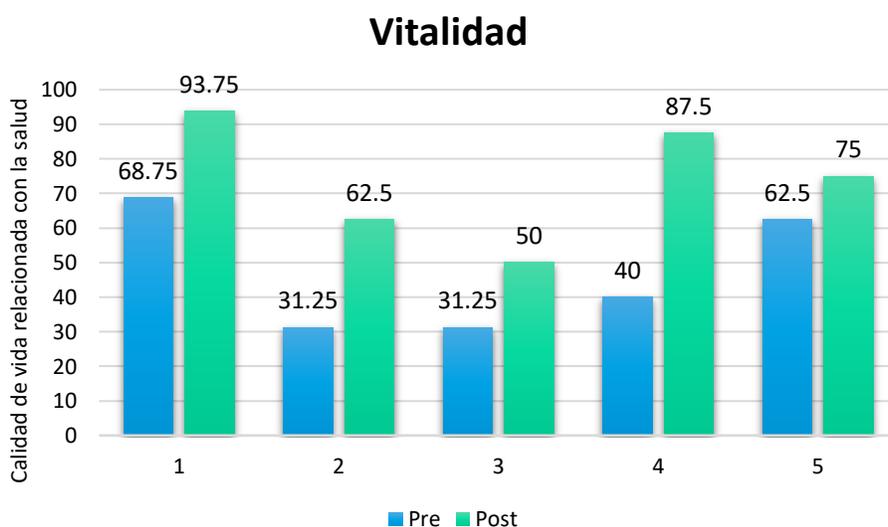


Gráfico 19. Evaluación pre y post tratamiento vitalidad

En el presente gráfico se evidencian, en todos los participantes, mejoras significativas posteriores a la intervención. Se alcanzó una puntuación máxima de 93.75%, mientras que la puntuación mínima corresponde a un 50%, en la cual se presenta un aumento del 18.75%.

La sexta subescala corresponde a la función social, esta permite conocer las limitaciones en las actividades sociales producto de problemas físicos y emocionales. Se asocian mayores puntuaciones con menores limitaciones percibidas y viceversa. En el gráfico 20 es posible evidenciar los resultados alcanzados.

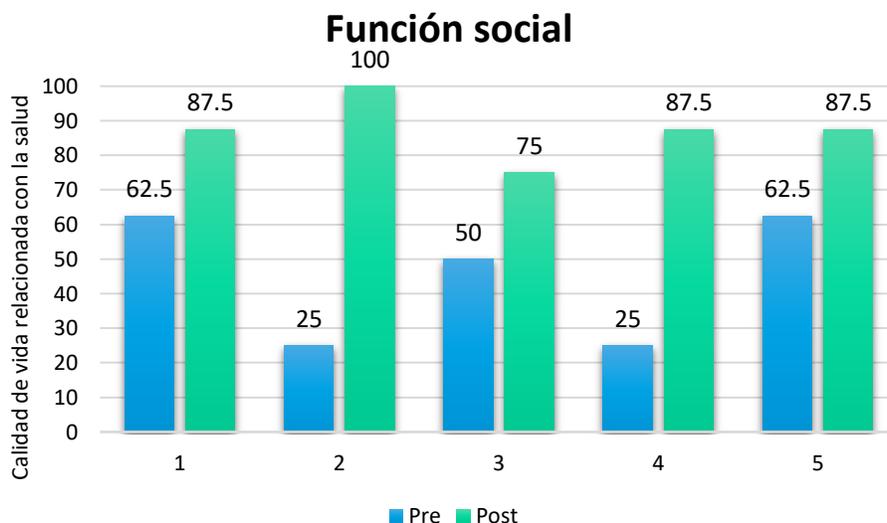


Gráfico 20. Evaluación pre y post tratamiento función social

Se evidencia en el gráfico anterior que, posterior a la intervención, en todos los participantes aumenta la calidad de vida relacionada con menores limitaciones producto de problemas físicos y emocionales. La menor diferencia obtenida corresponde a un 25%, mientras que la mayor corresponde a un 75%.

La escala de rol emocional hace referencia a las limitaciones percibidas en las actividades diarias tales como el trabajo o actividades domésticas producto de problemas emocionales. El gráfico 21 muestra los resultados obtenidos. En el mismo es posible evidenciar un aumento en la calidad de vida de los participantes, esto se asocia con menores limitaciones percibidas en su vida cotidiana producto de problemas emocionales.

Se alcanzan puntuaciones significativamente mayores, en dos de los casos se obtiene la máxima puntuación, mientras que la puntuación mínima corresponde al 50%, donde existe una diferencia del 25% con respecto a la puntuación inicial.

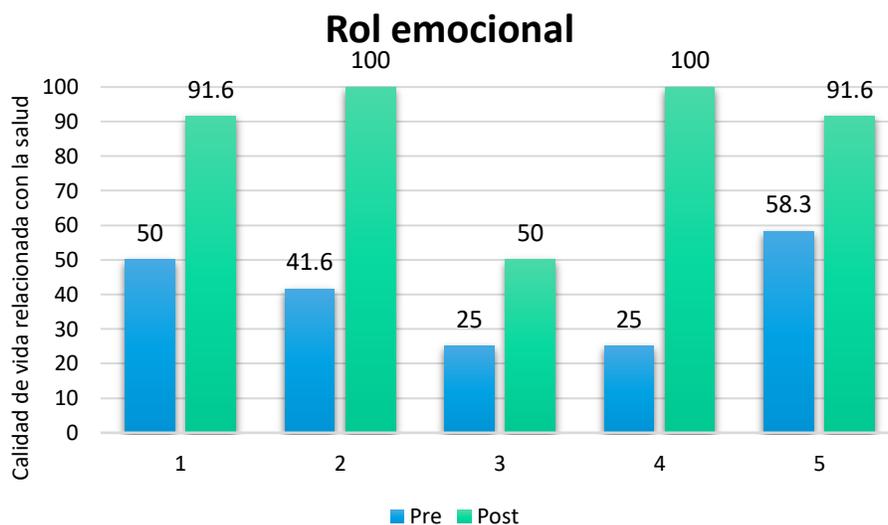


Gráfico 21. Evaluación pre y post tratamiento rol emocional

Con respecto a la salud emocional, la subescala destaca principalmente la presencia de síntomas asociados a depresión y ansiedad, además de la percepción de bienestar general y control sobre la propia conducta. El gráfico 22 muestra los resultados obtenidos.

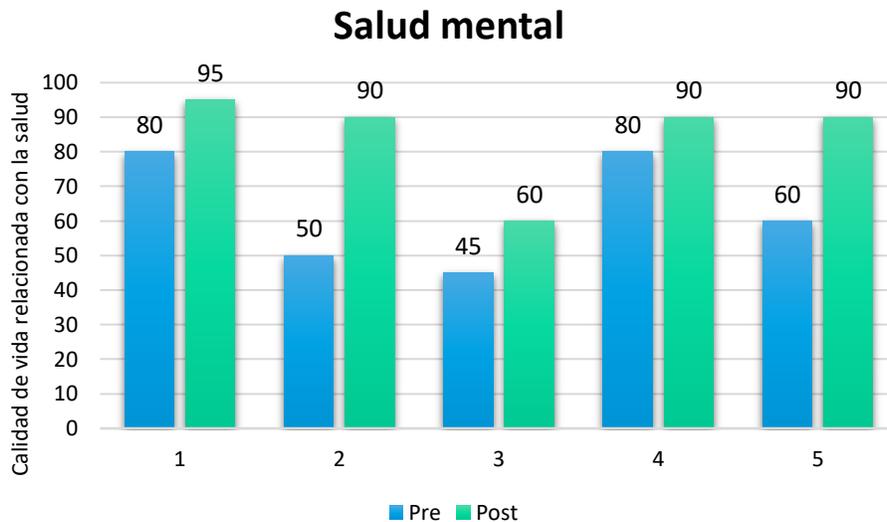


Gráfico 22. Evaluación pre y post tratamiento salud mental

El gráfico anterior muestra un aumento en la salud mental de todos los participantes, donde todas las puntuaciones se encuentran sobre el 60%, y cuatro de ellas alcanzan el 90% o más. Esto implica una mejoría significativa en la calidad de vida de los participantes.

Finalmente, con respecto al dolor percibido se aplicó una escala análoga del dolor, en conjunto con la evaluación presentada en el cuestionario anterior. El gráfico 23 permite conocer los resultados.

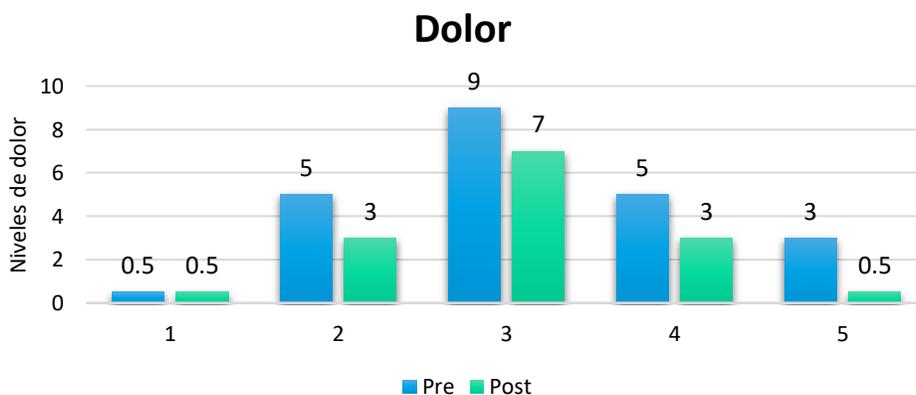


Gráfico 23. Evaluación pre y post tratamiento niveles de dolor

A partir del gráfico anterior es posible evidenciar una reducción del dolor en al menos dos puntos, en la mayoría de los casos. Esta se respalda, por tanto, con la mejora percibida por los participantes, la cual se evidencia en la escala de dolor corporal presentada anteriormente.

Además, durante el proceso se obtuvieron diferentes respuestas de los participantes asociadas al nivel de satisfacción con el proceso, mismo que se relaciona con los resultados obtenidos. Algunos ejemplos, tomados de los reportes de las y los pacientes son: “aprendí a aplicar técnicas de respiración, mindfulness, tengo una mayor constancia en el ejercicio y vivo el momento, además aprendí a aceptar lo que no puedo cambiar”, “aprendí a vivir el día a día, a darme a valer, saber que tengo el control de mi mente, alcance a lograr tener más dominio de mis dolores”, “antes estaba muy triste y no salía de mi casa, ahora sé que puedo hacer más cosas, que tengo menos dolores y que el día del grupo era algo distinto”, y por último “mi estado de salud ha mejorado, cuando comencé estaba cansada, no podía caminar una cuadra, ahora puedo correr incluso y mi enfermedad aunque está en estado paliativo se ha ido eliminando de mi”.

Los resultados anteriores fueron expuestos en la sesión médica del servicio de hematología (ver anexo 7, p. 174). Debido a los cambios experimentados en los pacientes en su calidad de vida, se expresó el interés, por parte de estos, para continuar el trabajo interdisciplinario desarrollado y fomentar la apertura de un nuevo grupo, con el objetivo de que estos beneficios puedan ser extrapolados a otros pacientes de la unidad.

Lo anterior permitió fortalecer el enlace entre los servicios de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos y el servicio de hematología, posibilitando la apertura para el trabajo

interdisciplinario en nuevos espacios, teniendo el abordaje psicológico un mayor campo de inserción e impacto.

#### *IV. Talleres dirigidos a pacientes y familiares*

La intervención grupal durante la práctica dirigida se realizó en diferentes temáticas y grupos. Las poblaciones son diversas en cuanto a problemáticas principales, estratos socioeconómicos, nivel educativo, lugar de residencia, entre otros. Tal como se denota en la caracterización de la población.

En el presente apartado se expone la colaboración y realización de las diferentes intervenciones en los distintos grupos, las sesiones que los componen, el número de participantes y las temáticas abarcadas.

Se expondrá de manera sintética la participación en los grupos ya existentes dentro de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos

En la tabla 13 se resume la información pertinente sobre la participación en los diferentes grupos desarrollados a nivel de la Clínica del Dolor.

**Tabla 13**

*Participación de la practicante en la atención grupal*

<b>Taller</b>	<b>Población</b>	<b>Promedio de participantes</b>	<b>Número de sesiones</b>	<b>Temas abordados</b>
<b>Taller de autocuidado</b>	Cuidadores principales de	14	12 sesiones	-Conspiración del silencio.

---

<b>para cuidadores</b>	pacientes en etapa terminal			<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mecánica corporal.</li> <li>-Mitos de los opioides.</li> <li>-Comunicación asertiva.</li> <li>-Autocuidado.</li> <li>-Establecimiento de límites.</li> <li>-Manejo del estrés.</li> <li>-Manejo del enojo.</li> <li>-Agonía y duelo.</li> <li>-Proyecto de vida</li> </ul>
<b>Grupo de cáncer de mama</b>	Pacientes hospitalizadas con cáncer de mama a la espera de la	6	2 sesiones semanales de forma indefinida	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Importancia del autocuidado.</li> <li>-Cambios en la imagen corporal.</li> </ul>

---

---

	cirugía correspondiente.			-Psicoeducación sobre proceso diagnóstico y tratamiento.  -Estrategias de relajación.  -Expresión emocional.
<b>Grupo de Duelo</b>	Familiares en proceso de duelo por la muerte de un ser querido	5	10 sesiones	-Culpa.  -Expresión emocional.  -Tareas del duelo.  -Caracterización de la pérdida.  -Obstáculos en el proceso de duelo.

---

A continuación se presentarán en la tabla 14 la cantidad de sesiones a las cuales asistió la sustentante por cada taller y las horas dedicadas al mismo.

**Tabla 14***Cantidad de sesiones grupales acompañadas por la sustentante*

<b>Taller</b>	<b>Asistencia a sesiones</b>	<b>Horas dedicadas.</b>
<b>Grupo de duelo</b>	11 sesiones	23 horas 30 minutos
<b>Grupo de mama</b>	7 sesiones	13 horas 30 minutos
<b>Taller de autocuidado para cuidadores</b>	17 sesiones	44 horas 55 minutos

#### *V. Otras actividades desarrolladas*

En este apartado se incluyen otras actividades desarrolladas durante la práctica dirigida, las cuales no fueron estructuradas bajo las funciones y tareas que se establecieron al inicio de la misma. Sin embargo, durante este periodo se consideraron necesarias de realizar para el quehacer profesional y la necesidad presentada.

#### *Valoraciones familiares*

Se realizaron durante la práctica dirigida un total de 27 evaluaciones familiares en conjunto con el personal de psicología de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos. Dichas evaluaciones se consideran requisito para que los pacientes puedan ser ingresados al programa de visita domiciliar. Las sesiones se realizaron con los familiares del paciente, especialmente el cuidador principal. Este espacio se dedica a la contención emocional de las

familias, la clarificación sobre el diagnóstico y pronóstico del ser querido, las condiciones básicas del programa de visita domiciliar y la identificación de las características familiares tales como: condición socioeconómica, patrones de comunicación, emociones presentes en la familia, características del paciente y finalmente se identifican los objetivos de seguimiento para las visitas domiciliarias. Para esta actividad se dedicaron un total de 42 horas y 30 minutos durante la práctica dirigida.

#### *Visitas domiciliarias*

Se acompañaron durante la práctica dirigida un total de 5 visitas domiciliarias. Esta actividad consiste en la visita del equipo interdisciplinario compuesto por doctoras y doctores, enfermeras y psicólogas o psicólogos, todos especialistas en cuidados paliativos, a la casa de los pacientes en el programa, donde se realiza una breve intervención con el paciente y sus familiares. Se dedicaron un total de 22 horas.

#### *Interconsultas*

Se realizaron un total de 18 interconsultas en diferentes servicios del hospital, los cuales corresponden al servicio de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos. Se visitaron los salones de oncología de mujeres, oncología de hombres y hematología.

Se realizó intervención en crisis, psicoeducación y coordinación con otras especialidades tales como trabajo social y psiquiatría.

#### *Asistencia a sesiones clínicas*

Se asistieron durante la práctica dirigida a las sesiones clínicas de mama y a las sesiones de hematología.

Las sesiones clínicas de mama se realizan dentro del hospital, en conjunto con profesionales de oncología médica, oncología quirúrgica, patología, gineco-oncología, radioterapia, rayos x, trabajo social y psicología.

Se asistieron a un total de 20 sesiones y se dedicó un total de 38 horas.

### *Referencias*

Durante la práctica dirigida se realizaron diferentes referencias a otros servicios, dentro de los cuales se encuentran: trabajo social, psiquiatría, PANI y otras clínicas correspondientes al segundo nivel de atención. Se realizaron un total de 19 referencias.

### *Preparación de material*

La preparación de material durante la práctica dirigida correspondió a una actividad constante a lo largo de la misma. Se preparó material para los diferentes grupos: taller de autocuidado para cuidadores, grupo de duelo (anexo 4, pág. 115), grupo de mama (anexo 8, pág. 176) y el taller “Promoción de la calidad de vida en pacientes de hematología” (anexo 6, pág. 129).

### *Revisión bibliográfica*

La actividad de revisión bibliográfica se realizó durante toda la práctica dirigida. Sin embargo, la misma tuvo gran enfoque en la realización del proyecto para el abordaje del cáncer de mama. Se realizaron presentaciones de artículos, se revisó bibliografía sobre estadísticas a nivel nacional e internacional, abordajes psicológicos, principales consecuencias físicas y emocionales y se indagó sobre el cáncer y los principales tratamientos médicos realizados en el país (Ver anexo 8, pág. 176).

## **VI. Alcances y limitaciones**

En el presente apartado se abordan los alcances y limitaciones que se obtuvieron o presentaron a lo largo de la realización de la práctica dirigida.

Los alcances, no solamente se circunscriben a los resultados en las intervenciones, sino también abarcan la adquisición de diversas habilidades y aprendizajes por parte de la practicante. Los principales alcances corresponden a:

- De acuerdo a los objetivos planteados en la presente práctica dirigida, se considera que los mismos pudieron ser alcanzados de forma exitosa, ya que se realizaron evaluaciones e intervenciones grupales e individuales, y se brindó atención tanto a los pacientes con dolor crónico como a sus familiares.
- Producto de las diferentes intervenciones realizadas, fue posible evidenciar resultados positivos en los y las pacientes, teniendo un impacto en la calidad de vida de los mismos, no solamente enfocado en el dolor, sino en muchas otras áreas de su vida.
- A partir de la inserción de la practicante en la Clínica del Dolor se potenciaron habilidades que fueron adquiridas en el proceso de formación, tales como: empatía, manejo de grupos, intervención en crisis, realización de entrevistas, desarrollo de evaluaciones individuales y familiares, planificación de intervenciones grupales, planificación y elaboración de intervenciones individuales, desarrollo de proyectos, sistematización de información, procesos de psicoeducación y revisión bibliográfica en bases de datos científicas.
- Fueron adquiridas nuevas habilidades y conocimientos, tales como: conocimiento básico sobre enfermedades oncológicas y hematológicas, conocimiento básico de procedimientos médicos en el tratamiento de enfermedades oncológicas y

hematológicas, trabajo interdisciplinario, protocolos de intervención en visitas domiciliarias y comunicación de malas noticias.

- El rol de la psicología en un contexto hospitalario fue validado frente a los diferentes profesionales, lo anterior por medio de la exposición de resultados de las diferentes intervenciones y las mejorías visibles en los pacientes.
- Mediante el trabajo interdisciplinario fue posible desarrollar un grupo con pacientes del servicio de hematología. Los resultados de esta intervención permitieron validar el rol profesional en psicología y el apoyo en el tratamiento de estas personas. Lo anterior permitió consolidar nuevas alianzas en pro de una atención más integral.
- Se brindó apoyo en las diferentes actividades al personal de psicología, lo cual permitió disminuir la sobrecarga de labores existentes en el personal. De la misma forma fue posible brindar atención a diferentes pacientes, colaborando con la desaturación del servicio.

Las principales limitaciones, van más allá de la propia práctica, si no que pueden corresponder con limitaciones propias de la labor de un psicólogo dentro del presente ámbito hospitalario:

- Existen pocos espacios dentro de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, solamente se cuenta con tres consultorios, lo anterior dificultó en diversas ocasiones el uso por parte de la practicante de dichos espacios para la atención tanto individual como grupal.
- Debido a la alta demanda que existe en el servicio de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, y la gran cantidad de funciones asignadas a cada persona, no fue posible desarrollar propiamente un taller sobre autocuidado para el personal de la misma.

- El ausentismo de las personas a los diferentes procesos terapéuticos limitó los alcances que se pudieron obtener de los mismos, así también esto dificultó la atención de nuevas personas que pudieran verse beneficiadas de estos procesos.
- Debido a la alta demanda de pacientes en el presente servicio, se vio limitada la intervención familiar. Más allá de las evaluaciones familiares y el grupo de autocuidado para cuidadores y cuidadoras de pacientes en etapa familiar, no fue posible desarrollar intervenciones familiares. Como se destacó en apartados anteriores, el dolor crónico se ve impactado por situaciones familiares, por tanto una mayor intervención en dicha área pudo tener implicaciones positivas en las personas atendidas.

## **VII. Discusión**

En el presente apartado se realizará una contrastación teórico-práctica de los resultados obtenidos durante el proceso de la práctica dirigida, en el trabajo con pacientes con dolor crónico. Se abordará, además, el cumplimiento de los objetivos propuestos inicialmente y finalmente se plantearán las conclusiones a los que se llegan producto del proceso.

La práctica dirigida fue desarrollada desde un enfoque cognitivo conductual, con una modalidad a tiempo completo, incluyendo procesos de evaluación, intervención psicológica individual y grupal para pacientes con dolor crónico, y se participaron en otras actividades varias que permitieron el alcance de distintas habilidades profesionales.

La práctica dirigida tuvo como objetivo general el desarrollo de habilidades profesionales asociadas a la labor de un psicólogo que labora en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios, estas habilidades son alcanzadas mediante el cumplimiento de los objetivos específicos.

Es importante destacar que la labor de supervisión fungió un papel primordial durante todo el proceso, así como la apertura y flexibilidad por parte de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios.

El primer objetivo correspondió con la evaluación de la situación de aquellos pacientes con dolor crónico. En dicho proceso, tal como lo señala Castel-Bernal et al. (2006), fueron considerados una multiplicidad de factores sociales, familiares, psicológicos, físicos, el nivel de impacto del dolor, estrategias de afrontamiento, estado emocional e intereses del paciente, entre otros. Lo anterior permitió el reconocimiento del dolor como un proceso multicausal y

altamente complejo, tal como es expuesto por Ruvalcaba y Domínguez (2009), donde afirma que en este fenómeno multicausal se deben incluir variables fisiológicas, psicológicas, genéticas, biológicas y sociales.

Así mismo, durante el proceso de evaluación, fue posible reconocer los tintes de cada una de estas variables en la problemática de dolor de cada consultante, donde en cada caso, unos factores presentaban preponderancia sobre otros.

La psicología de la salud, tal como lo plantean diversos autores (Reyes, 2011; Redondo, 2013) tiene gran relevancia en la presente temática, aportando a la visión integral de ser humano y abogando por una mejor calidad de vida de los mismos.

Dentro de la psicología de la salud, la Terapia Cognitivo Conductual ha sido destacada por diferentes autores, (Rojas, 2003; Sperry, 2009; Moix y Casado 2011; Shahni, Shairi, AsghariMoghaddam y Zarnaghash, 2013; Ehde, Dilworth y Turner, 2014) esto debido a la efectividad del enfoque en el abordaje integral de la problemática de dolor crónico; mismo enfoque que se siguió a lo largo de la práctica dirigida.

El segundo objetivo, correspondió a la elaboración e implementación de programas de intervención individual y grupal para pacientes con dolor crónico, mismo que tuvo sustento desde el enfoque Cognitivo Conductual. El cual permitió la visualización de diferentes resultados, que serán abordados a continuación.

A partir de las evaluaciones e intervenciones realizadas, fue posible reconocer, en la población atendida, síntomas recurrentes tales como: ansiedad, alteraciones del sueño, irritabilidad y depresión, además de pobres habilidades de comunicación y resolución de

conflictos, estas problemáticas han sido detalladas por autores como Truyols, Pérez, Medinas, Palmer y Sesé (2008) y Solano (2009), quienes reconocen estos síntomas en pacientes con dolor crónico.

La funcionalidad de los pacientes, producto del dolor y otras variables, se ve limitada, disminuyendo la capacidad de estos para responder a las demandas de la vida cotidiana, siendo algunos ejemplos: el trabajo, las labores del hogar, labores académicas, sociales y familiares, entre otras. Esta pérdida de funcionalidad tiene un impacto emocional, mismo que se evidenció en los participantes y es corroborado por Plata-Muñoz, Castillo-Olivares y Guevara-López (2004).

Así mismo, existen variables cognitivas que se pudieron asociar con un mayor o menor bienestar. La catastrofización o la aceptación tienen gran influencia en el curso y evolución del dolor, permitiendo, por tanto aumentar o disminuir la funcionalidad de los pacientes (García y Rodero, 2009). Aquellos consultantes con visiones más negativas de su vida actual y futura podían experimentar mayores niveles de dolor, mientras que quienes visualizaban la enfermedad como un proceso de aprendizaje u oportunidad, presentaban mayores niveles de aceptación, los cuales se relacionaban finalmente con un aumento en la funcionalidad.

A lo largo del proceso se utilizaron diferentes estrategias, enfocadas en la mejora del proceso de comunicación, estrategias de relajación, identificación de valores y la implicación de actividades placenteras (Sperry, 2009; Bados y García, 2010; Moix y Casado, 2011; Díaz, Villalobos y Ruiz, 2012). Lo anterior permitió que los y las participantes desarrollaran estrategias de afrontamiento más activas, teniendo como resultado final un mejor ajuste en su calidad de vida, mismo destacado por Truyols, Pérez, Medinas, Palmer y Sesé (2008),

afirmando que mayores recursos internos y mejores estrategias de afrontamiento activo se asocian con un mejor ajuste y funcionamiento cotidiano.

Aunado a lo anterior, McCracken y Eccleston (2005) plantean que un mayor nivel de aceptación de la enfermedad, se asocia con un mejor funcionamiento, lo anterior permite que las personas, a pesar del dolor, puedan verse involucradas en diferentes actividades que consideren placenteras, dejando de lado conductas de evitación que implican altos gastos energéticos y monetarios.

El ejercicio físico moderado, acorde a la condición de cada participante, fue un punto importante durante la intervención, este permitió que los participantes se vieran involucrados en distintas actividades a pesar de experimentar dolor, disminuyó la percepción de limitaciones físicas, aumentando la funcionalidad de los participantes en su vida cotidiana. Jeong y Cho (2017) reconocen el ejercicio moderado como un mediador entre la aceptación de la enfermedad y el nivel del funcionamiento del paciente.

De la mano de una mayor percepción de autoeficacia, por parte de los pacientes, Shahni, Shairi, AsghariMoghaddam y Zarnaghash (2013) reconocen una disminución de los estados emocionales negativos tales como la depresión y la ansiedad. Tal como se presentó en la mayoría de pacientes atendidos, donde se disminuyeron los síntomas de depresión y ansiedad producto del dolor.

Sperry (2009) reconoce la importancia del desarrollo de adecuadas redes de apoyo, aspecto que pudo favorecer los resultados obtenidos de forma grupal, ya que se generó una dinámica cargada de compañerismo, apoyo y escucha activa, que permitió la expresión emocional de

los participantes en un ambiente neutro, libre de juicios de valor, como podían ser otros espacios en los cuales se movilizaban.

El último objetivo correspondió a la elaboración e implementación de talleres de capacitación dirigidos a familiares de pacientes con dolor y al personal de la clínica, sin embargo, los talleres al personal de la clínica no pudieron ser realizados debido a la alta demanda de pacientes, lo cual dificultó la organización de un espacio común de los profesionales para abordar el tema.

Con respecto a la familia, fue posible reconocer, tal como lo mencionan Alfaro-Ramírez, Morales-Vigil, Vásquez-Pineda, Sánchez-Román, Ramos-del Río, Guevara-López (2008) la existencia de altos grados de estrés y sobrecarga; donde los estados de ánimo de los cuidadores pueden asociarse a síntomas de ansiedad y depresión, presentar conductas de tristeza, tensión, fatiga, falta de concentración, irritabilidad, entre otras.

Los diversos talleres en los cuales la practicante tuvo participación, se promovió un espacio de contención emocional, psicoeducación, entrenamiento en habilidades de comunicación, establecimiento de límites y la preparación para el proceso de duelo, mismo que fue bien recibido y agradecido por los cuidadores participantes.

Como se ha podido evidenciar a lo largo de este apartado, han sido diversos los resultados obtenidos a partir de la implementación de un enfoque Cognitivo Conductual en el abordaje de pacientes con dolor crónico. Estos resultados abarcan desde menos niveles de dolor percibidos, hasta el aumento en la funcionalidad de los participantes, pasando por mejoras en el estado de ánimo, mayor cantidad de estrategias de afrontamiento, mayores niveles de aceptación de la enfermedad, identificación de valores de vida y, finalmente, mejoras en las

habilidades de comunicación, entre otras (Plata-Muñoz, Castillo-Olivares y Guevara-López, 2004; McCracken y Eccleston, 2005; García y Rodero, 2009; Pérez, 2010; Valverde, 2012; Quiñones. Larrieux, Durán y Pons, 2015).

Si bien, los resultados obtenidos en la práctica dirigida no pueden ser generalizables a toda la población costarricense, permite el reconocimiento de poblaciones que pueden verse beneficiadas de un servicio basado en un modelo biopsicosocial, que promueva una mejora en la calidad de vida de las personas.

Sperry (2009) afirma que es necesaria la utilización de un modelo Cognitivo Conductual en el tratamiento del dolor, mismo que reconozca la importancia del desarrollo de adecuadas redes de apoyo, señale los componentes emocionales y su relación con este fenómeno, ya que estos se constituyen elementos fundamentales para aumentar la calidad de vida de las personas.

## **VIII. Conclusiones y recomendaciones**

El abordaje de una problemática, tal como es el dolor crónico, requiere una visión del ser humano integral. El modelo médico se ha quedado corto al proponer opciones que mejoren la salud física y mental de las personas, por el contrario, debe ser integrado un modelo biopsicosocial, donde se reconozca, un fenómeno como el dolor, de forma multicausal, el cual va a ser afectado positiva o negativamente por factores sociales, individuales, genéticos, procesos de aprendizaje, estrategias de afrontamiento, entre otros.

Ahora bien, una vez que se alcanza esta perspectiva, el dolor o una disminución del mismo, no debe ser el único punto de comparación para determinar si una intervención es exitosa o no. El modelo Cognitivo Conductual permite el alcance de diversos resultados, yendo más allá del dolor y buscando una mejora en la calidad de vida de las personas.

Dentro del presente modelo son utilizadas diferentes estrategias, tales como: relajación, entrenamiento en estrategias de comunicación, resolución de problemas, reconocimiento de valores de vida, organización del tiempo, activación conductual, terapia de aceptación y compromiso y promoción de estilos de vida saludables tales como: la realización de ejercicio físico y adecuados hábitos de sueño.

Lo anterior permitió el alcance de diversos resultados asociados con un aumento en la funcionalidad de las personas, misma que se asocia con un mejor ajuste en la vida cotidiana. Una mayor percepción de autoeficacia, mejores relaciones sociales, mejores estados de ánimo y menores niveles de estrés, todo esto culmina en una disminución significativa para los pacientes en los niveles de dolor.

El objetivo final de las intervenciones debe ser obtener una mejor calidad de vida, donde es el individuo quien determina el nivel de progreso obtenido.

Tanto las intervenciones a nivel individual como grupal permiten el alcance, de distintos resultados, sin embargo, la intervención grupal permite obtener estos ante una población más extensa y promueve la creación de diferentes redes de apoyo, las cuales pueden ser mantenidas una vez finalizado el proceso terapéutico.

### Recomendaciones

#### *A la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios*

- Visibilizar ante la CCSS la importancia de la atención psicológica para pacientes con dolor crónico, enfermedades oncológicas y en etapa terminal. De forma tal que se recupere el espacio profesional perdido durante el año debido a limitaciones económicas por parte de la Fundación Pro Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos.
- Desarrollar procesos grupales breves y cerrados, esto con el objetivo de promover espacios de mayor confidencialidad, además permite el abordaje de temáticas de forma concatenada, permitiendo un mayor avance en los participantes.
- En caso de no poder desarrollar grupos cerrados, se recomienda no permitir el ingreso de cuidadores en las últimas sesiones del taller, donde se abordan temáticas como proyecto de vida y duelo. Dichas temáticas tienen una carga emocional elevada, la cual no puede ser abordada de la mejor forma durante una primera sesión grupal.
- Promover enlaces, mediante la Universidad de Costa Rica y la Fundación Pro Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, para la realización de prácticas profesionalizantes,

que permitan el desarrollo de procesos individuales y grupales de carácter psicológico u otra especialidad.

- Promover, dentro de la institución, espacios de autocuidado para los diferentes profesionales. Esto debido a que, por la alta carga emocional a la que se ven enfrentados los profesionales, estos pueden estar expuestos al Síndrome del Burnout. Estos espacios permitirían mantener una adecuada atención a la población de la clínica.

#### *A la Escuela de Psicología*

- Promover la realización de prácticas dirigidas como Trabajo Final de Graduación, esto permite a los estudiantes desarrollar habilidades personales y profesionales, que incidirán en su futura práctica profesional. De la misma forma permite abrir nuevas áreas de incidencia de la psicología.
- Existe un creciente interés por parte del estudiantado en temas de Psicología de la Salud y Medicina Conductual, por esto, es que se recomienda aumentar en el programa de estudio, cursos asociados a estos temas, que permitan a los estudiantes conocer el impacto que tiene también la psicología en un ámbito hospitalario.
- Se considera pertinente la implicación de la Escuela de Psicología en procesos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, mismo que se puede gestar desde la creación de TCU u otras actividades, buscando tener incidencia a nivel social en la salud de las personas.
- Promover dentro del estudiantado una concepción biopsicosocial del ser humano, como un eje transversal dentro del proceso de formación, donde se reconozca el peso de cada una de estas áreas, de forma tal que, en los diferentes procesos de

intervención, cada una de ellas pueda ser tomada en cuenta, garantizando la calidad de las mismas.

- Promover un acercamiento al sistema de salud del país, sus tres niveles de atención, tanto desde la teoría como desde la práctica. Lo anterior debido a la importancia del rol de los y las profesionales en psicología en la atención de las poblaciones que se encuentran en estos espacios.
- Promover el trabajo interdisciplinario desde la formación profesional, de forma tal que, al finalizar los procesos de formación y sea necesaria la inserción en el ámbito profesional, este proceso se vea facilitado y la labor realizada sea eficaz y eficiente.

#### *Al Colegio de Psicólogos*

- Como ente rector de la práctica profesional en psicología, se recomienda al Colegio Profesional de Psicólogos, velar por prácticas profesionales basadas en evidencia, que le aseguren al usuario, tener una intervención eficaz acorde al problema que presenta en determinado momento.
- Velar por la preparación profesional de los diferentes estudiantes en psicología, de forma tal que se promuevan actitudes de empatía, respeto a los derechos humanos, integridad, actualización constante y fundamentación científica.
- Velar por que, la práctica de terapia, sea circunscrita a los profesionales en psicología, quienes deben finiquitar su formación profesional para poder ejercer la misma de forma responsable.

## IX. Referencias

- Alfaro-Ramírez, O., Morales-Vigil, T., Vázquez-Pineda, F., Sánchez-Román, S., Ramos-del Rio, B. & Guevara-López, U. (2008). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Revista médica del instituto mexicano del seguro social*, 46(5), 485-494.
- Alonso, J., Prieto, L. & Antó, J. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104 (20), 771-776.
- American Cancer Society (2016). ¿Qué es el cáncer?. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/aspectos-basicos-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer.html>
- Bernardy, K., Klose, P., Busch, A.J., Choy, E. y Häuser, W. (2013). Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, 1-108. Doi: 10.1002/14651858.CD009796.pub2
- Brannon, L., Feist, J. & Updegraff, J. (2014). Understanding and Managing Pain. En L. Brannon, J. Feist y J. Updegraff, *Health Psychology. An introduction to behavior and health* (pp. 143-171). Belmont, Estados Unidos: Cengage Learning.
- Cardona, D., Segura, A., Berbesí, D. & Agudelo, M. (2013). Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. *Revista facultad nacional de salud pública*, 31(1), 30-39.

- Castel-Bernal, B., García-Bardón, F. & Tornero-Molina, J. (2006). Evaluación psicológica en el dolor crónico. *Reumatología clínica*, 2, 44-49.
- Díaz, F. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS: Dolor iatrogénico. *Oncología (Barcelona)*, 28(3), 33-37.
- Díaz, M., Ruiz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée De Brouwer, S. A.
- Ehde, D., Dillworth, T. & Turner, J. (2014). Cognitive-Behavioral Therapy for individuals with chronic pain. *American Psychological Association*, 69 (2), 153-166. DOI: 10.1037/a0035747
- Fernández-Ballesteros, R. (1994). *Evaluación conductual hoy*. Madrid: Pirámide
- García, J. & Rodero, B. (2009). Aspectos cognitivos y afectivos del dolor. *Reumatología clínica*, 5 (2), 9-11.
- Geneen, L., Moore, R.A., Clarke, C., Martin, D., Colvin, L. & Smith, B. (2017). Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 1-75. Doi: 10.1002/14651858.CD011279.pub3
- González, M. (2014). Dolor crónico y psicología: actualización. *Revista médica clínica Las Condes*, 25(4), 610-617.
- Hurtado, A. & Rodríguez, J. (2012) Trastornos del sueño en el paciente con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 19(6), 332-334.

- International Association for the Study of Pain (1994). Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Recuperado de:<http://www.iasppain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/Classification-of-Chronic-Pain.pdf>
- Jeong, S. & Cho, S. (2017). Acceptance and patient functioning in chronic pain: the mediating role of physical activity. *Quality of Life Research*, 26, 903-911. DOI 10.1007/s11136-016-1404-5
- Jiménez, J. & Mills, P. (2012). Behavioral Medicine. En V. S. Ramachandran, *Encyclopedia of Human Behavior* (pp. 311-318). California, Estados Unidos: Elsevier.
- Kasper, D., Fauci, A., Hauser, S., Longo, D., Jameson, L. & Loscalzo, J. (2015). *Harrison's principles of internal medicine*. Estados Unidos: McGraw-Hill Education.
- León, M. (2007). Tratamiento del dolor crónico desde la terapia de la conducta. *Revista costarricense de psicología*, 26(39), 11-21.
- Londoño, C., Contreras, F., Delgadillo, G., Tobón, S. & Vinaccia, S. (2005). Barreras para el manejo efectivo del dolor crónico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(13), 25-31. ISSN 1136-5420/05
- Mayoral, J., Aragonés, N., Godoy, P., Sierra, M., Cano, R., González, F., & Pousa, A. (2016). Las enfermedades crónicas como prioridad de la vigilancia de la salud pública en España. *Gaceta Sanitaria*, 30(2), 154-157.

- McCracken, L. & Eccleston, C. (2005). A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain. *International Association for the Study of Pain, 118*, 164-169. doi:10.1016/j.pain.2005.08.015
- Mendell, L. (2014). Constructing and de constructing the gate theory of pain. *Pain, 155*(2), 210-216. doi:10.1016/j.pain.2013.12.010
- Mennin, D., Ellard, K., Fresco, D. & Gross, J. (2013). United We Stand: Emphasizing Commonalities Across Cognitive-Behavioral Therapies. *Behavior Therapy, 44*, 234-248.
- Mesas, A. (2012). Dolor Agudo y Crónico. Clasificación del Dolor. Historia clínica en las Unidades de Dolor. Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Área de Traumatología Clínica del Dolor, Servicio de Anestesiología.
- Miró, J. (2003). Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica. Bilbao: Descleé de Brouwer, S.A.
- Moix, J. (2005). Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology, 36*(1), 37-60.
- Moix, J. & Casado M.I. (2011). Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y salud, 22*(1), 41-50. ISSN: 1130-5274.
- Morrison, V. & Bennet, P. (2008). El impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida. En V. Morrison & P. Bennet, *Psicología de la Salud* (pp.465-492). Madrid, España: Pearson Educación S.A.

- Morrison, V. & Bennet, P. (2008). ¿Qué es la salud?. En V. Morrison & P. Bennet, *Psicología de la Salud* (pp.3-36). Madrid, España: Pearson Educación S.A.
- Organización Mundial de la Salud (1996). ¿Por qué calidad de vida?. Foro mundial de la salud, 17, 385-387.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Cáncer. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Parra, M., Latorre, J. & Montañés, J. (2012). Terapia cognitiva basada en mindfulness y reducción de los síntomas de ansiedad en personas con fibromialgia. *Ansiedad y estrés*, 18(2-3), 141-154. ISSN: 1134-7937
- Pérez, V. (2010). *Manual cognitivo conductual emocional, dirigido a psicoterapeutas para el manejo del dolor crónico, en mujeres con Fibromialgia*. Tesis para optar por el grado de licenciatura en Psicología. San José: Universidad de Costa Rica.
- Plata-Muñoz, M., Castillo-Olivares, M. & Guevara-López, U. (2004). Evaluación de afrontamiento, depresión, ansiedad, e incapacidad funcional en pacientes con dolor crónico. *Revista mexicana de anestesiología*, 27(1), 16-23.
- Poder Ejecutivo (2001). *Manual de normas de atención del dolor y cuidados paliativos del I y II nivel*. Diario Oficial La Gaceta, San José, Costa Rica. 14 de Junio de 2001.
- Prieto-Miranda, S., Arias-Ponce, N., Villanueva-Muñoz, E. & Jiménez-Bernardino, C. (2015). Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel. *Medicina interna de México*, 31, 660-668.

- Quiñones, M., Larrieux, V., Durán, G. & Pons, J. (2015). Adaptación cultural del modelo “acceptance commitment therapy” para tratamiento de dolor crónico. *Revista puertorriqueña de psicología*, 26 (1), 108-120. ISSN 1946 – 2016
- Quirós, M. (2013). Hipnosis como tratamiento del dolor en pacientes con fibromialgia. *Revista costarricense de psicología*, 32(1), 1-24. ISSN 0257-1439
- Redondo, D. (2013). Rol del profesional de psicología en atención primaria de la salud. *Wímbu*, 8(1), 61-80. ISSN: 1659-2107
- Redondo, D. (2015). Adaptación de la segunda versión del Inventario de Depresión de Beck al gran área metropolitana de Costa Rica. (Tesis de licenciatura en psicología). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Reyes, B. (2011). ¿Cuál es el aporte de la psicología dentro de la atención de la salud en Costa Rica?. *Revista Reflexiones*, 90(1), 87-104. ISSN: 1021-1209
- Reynoso, L. (2014). Medicina conductual: Introducción. En L. Reynoso & A. Becerra, *Medicina conductual: Teoría y práctica* (pp. 11-26). Distrito Federal, México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rojas, J. (2003). Abordaje de la intervención psicológica en casos diagnosticados con dolor crónico. *Enfermería en Costa Rica*, 25(1), 16-21. ISSN 1409-1992.
- Ruvalcaba, G. & Domínguez, B. (2009). La terapia psicológica del dolor crónico. *Psicología y salud*, 19(2), 247-252.

Salaffi, F., Sarzi-Puttini, P. & Atzeni, F. (2015). How to measure chronic pain: New concepts. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 29, 164-186.

Sánchez, B. (2003). Abordajes teóricos para comprender el dolor humano. *Aquichán*, 3(3), 32-41. ISSN: 1657-5997

Shahni, R, Shairi, M., AsghariMoggaddam, M. & Zarnaghash. (2013). Appointment the Effectiveness of Cognitive-behavioral Treatment of Pain on Increasing of Self-efficacy in Patients with Chronic Pain. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 225-229. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.06.539

Solano, K. (2009). *La psicología de la Salud en el primer nivel de atención*. Trabajo final de graduación para optar por el grado de Magister en Psicología de la Salud. San José, Costa Rica. Universidad de Costa Rica.

Solis, M. (2015). Red de control del dolor y cuidados paliativos de Costa Rica es modelo en el mundo. *Caja Costarricense del Seguro Social*. Recuperado de <http://www.ccss.sa.cr/noticias/index/32-ccss/1879-red-de-control-del-dolor-y-cuidados-paliativos-de-costa-rica-es-modelo-en-el-mundo>

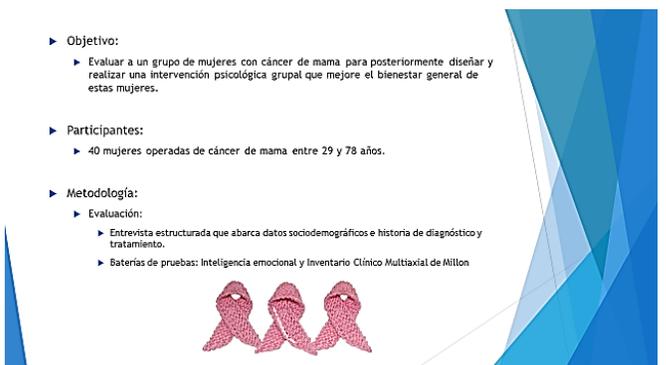
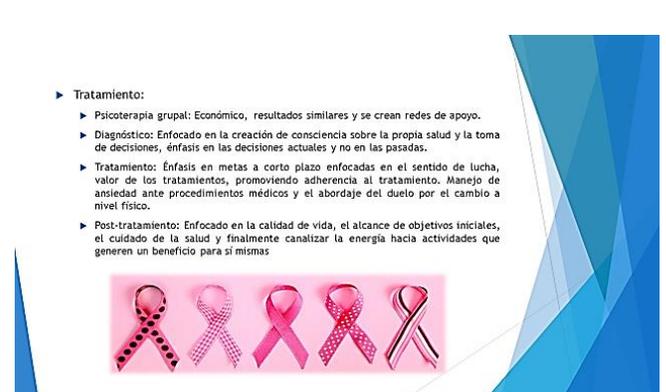
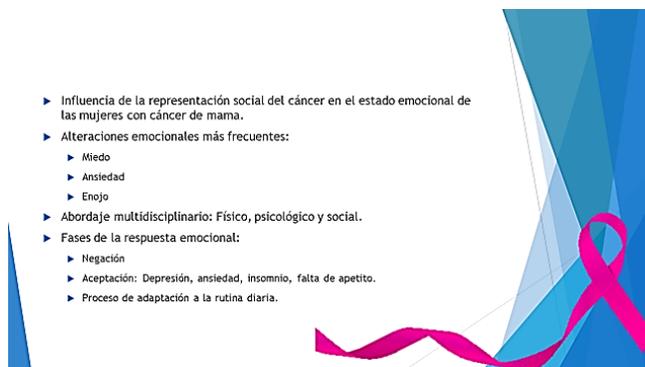
Sperry, L. (2009). *Treatment of chronic medical conditions. Cognitive-Behavioral Therapy Strategies and Integrative Treatment Protocols*. Washinton, Estados Unidos: American Psychological Association.

Theadom, A., Cropley, M., Smith, H., Feigin, V., McPherson, K. (2015). Mind and body therapy for fibromyalgia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 1-218. Doi: 10.1002/14651858.CD001980.pub3

- Truyols, M., Pérez, J., Medinas, M., Palmer, A., Sesé, A. (2008). Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 19(3), 295-320. ISSN: 1135-0806
- Turk, D. & Flor, H. (2007) Abordaje conductual-cognitivo en el tratamiento del dolor. En S. McMahon & M. Koltzenburg (Eds). *Wall y Melzack*. Tratado del dolor (5ta ed.)(pp. 345-355). Madrid, España: Elsevier, España S.A.
- Turk, D. & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 678-690. DOI: 10.1037//0022-006X.70.3.678
- Vallejo, M. (2005). Tratamiento psicológico del dolor crónico. *Boletín de psicología*, 84, 41-58.
- Valverde, C. (2012). *Uso de la terapia cognitivo conductual en la atención a personas con trastorno de dolor crónico benigno en la Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos de Puriscal*. (Tesis de licenciatura en psicología). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Valverde, G. (2002). El manejo del dolor y los cuidados paliativos:... Cuestión de actitud, vocación y profesión. *Revista de Trabajo Social*, 27(64), 47-60.
- World Health Organization (2015). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (CIE-10)*.

## X. Anexos

### Anexo 1. Exposición: Tratamientos psicológicos a pacientes con cáncer de mama.



- ▶ **Intervención:**
  - ▶ Grupal con 12 sesiones semanales
  - ▶ **Técnicas psicológicas:**
    - ▶ Cognitivas: Distorsiones cognitivas y relación entre pensamientos, sentimientos y comportamientos.
    - ▶ Conductuales: Adquisición de habilidades, búsqueda de reforzadores y aumento de situaciones agradables.
    - ▶ Gestalt: Autoconocimiento, expresión de emociones y toma de consciencia.
    - ▶ Sistémicos: Terapia de grupo, búsqueda de la autoafirmación y fomentar el apoyo social.
- ▶ **Resultados:**
  - ▶ Se comprobó que las participantes tras dicha intervención mejoraron su expresión de emociones y su bienestar personal (Ansiedad y Depresión), comparado con otro grupo de mujeres con cáncer de mama que no asistió a la intervención psicológica.

## Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama

(Rojas-May, 2006)



- ▶ **Esquema de intervención psicológica:**
  - ▶ **Fase diagnóstico:**
    - ▶ Facilitar la adherencia al tratamiento.
    - ▶ Brindar la información adecuada sobre la enfermedad y tratamientos.
  - ▶ **Fase tratamiento:**
    - ▶ Controlar y manejar los efectos secundarios asociados a los tratamientos médicos.
    - ▶ Orientar en las reacciones emocionales presentes.
  - ▶ **Fase libre de enfermedad:**
    - ▶ Afrontar las preocupaciones asociadas a chequeos médicos.
    - ▶ Proporcionar estrategias para facilitar la reincorporación a la vida cotidiana.
  - ▶ **Fase Residiva:**
    - ▶ Adaptación al nuevo diagnóstico
    - ▶ Reforzar la relación medico-paciente.
    - ▶ Establecer las necesidades emocionales de la familia y paciente frente a la recaída.
  - ▶ **Fase final de la vida:**
    - ▶ Acompañar en el proceso de morir y a su familia en la elaboración del duelo.
  - ▶ **Tipos de intervención:**
    - ▶ Psicoeducación
    - ▶ Terapia Grupal
    - ▶ Terapia individual

## Eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual en mujeres con cáncer de mama

(González, González y Estrada, 2015)



- ▶ **Objetivo:**
  - ▶ Mostrar la eficacia de la terapia cognitivo conductual en una muestra de pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, con el fin de disminuir niveles de ansiedad y depresión, desarrollar habilidades de afrontamiento positivo para mejorar la percepción de calidad de vida.
- ▶ **Participantes:**
  - ▶ 15 mujeres en estadios no avanzados entre los 31 y 67 años de edad.
- ▶ **Intervención:**
  - ▶ Individual
  - ▶ 10 sesiones de intervención



Técnica	Objetivos
Psicoeducación	-Preparación pre y post-quirúrgica -Brindar información sobre tratamientos, secuelas, factores de riesgo y hábitos saludables.
Relajación Muscular Progresiva	-Disminuir la sintomatología ansiosa -Efectos secundarios del tratamiento médico
Imaginación Conductual Guiada	-Cuando la sintomatología ansiosa es muy elevada. -Preparación para la desensibilización sistemática. -Llevar a la conciencia información negada o ignorada.
Respiración diafragmática	-Disminuir los niveles de ansiedad
Autoregistros	-Detección de pensamientos irracionales y conductas no saludables.
Pensamientos automáticos	-Cambiar los pensamientos desadaptativos por pensamientos más realistas -Trabajar con la aceptación corporal

Técnica	Objetivo
Técnica ABC	-Cambiar pensamientos y emociones por más adaptativas.
Detección de pensamientos	-Detener pensamientos desadaptativos -Disminuir los síntomas secundarios producidos por el tratamiento médico.
Desensibilización sistemática	-Aceptación corporal -Disminución de ansiedad y/o depresión ante una situación que provoque angustia.
Solución de problemas	-Preparación para la cirugía, delegando responsabilidades. - Ante situaciones adversas, tanto en el trabajo como en la familia.

#### Resultados

- > Cambios clínica y estadísticamente significativos en el malestar emocional, principalmente ansiedad.
- > Reducción clínicamente significativa de los niveles de depresión.

## Couplelinks - una intervención en línea para mujeres jóvenes con cáncer de mama y sus parejas masculinas

(Fergus et al., 2015)

#### Objetivos:

- ▶ Mejorar el ajuste de las relaciones y enfrentamiento diádico.
- ▶ Mejora de estado de ánimo y la comunicación interpersonal.

#### Intervención:

- ▶ 6 módulos diádicos y 1 opcional, con sesiones semanales

Tema	Objetivo
Celebrar nuestras fortalezas	-Crear una oportunidad para que la pareja reflexione sobre las fortalezas del otro y de la pareja y que ayuden en el proceso actual.
Entendiendo el mundo de mi pareja	-Facilitar la comprensión de pensamientos y sentimientos de los demás en relación al cáncer de mama.
Creando conexión	-Ayudar a ser más conscientes sobre las "ofertas" de la otra persona para la interacción y el apoyo y las respuestas a estas.
Enfrentando el cáncer como equipo	-Ayudar a las parejas a adoptar una orientación de equipo.
Entrando al físico	-Promover la reconexión de la pareja física y sensualmente para el involucramiento sexual.
Mirar atrás y seguir adelante	-Promover el establecimiento de nuevas metas y direcciones como pareja.
Diálogo intencional	-Aprender habilidades de comunicación para compartir preocupaciones y aumentar la comprensión en la pareja

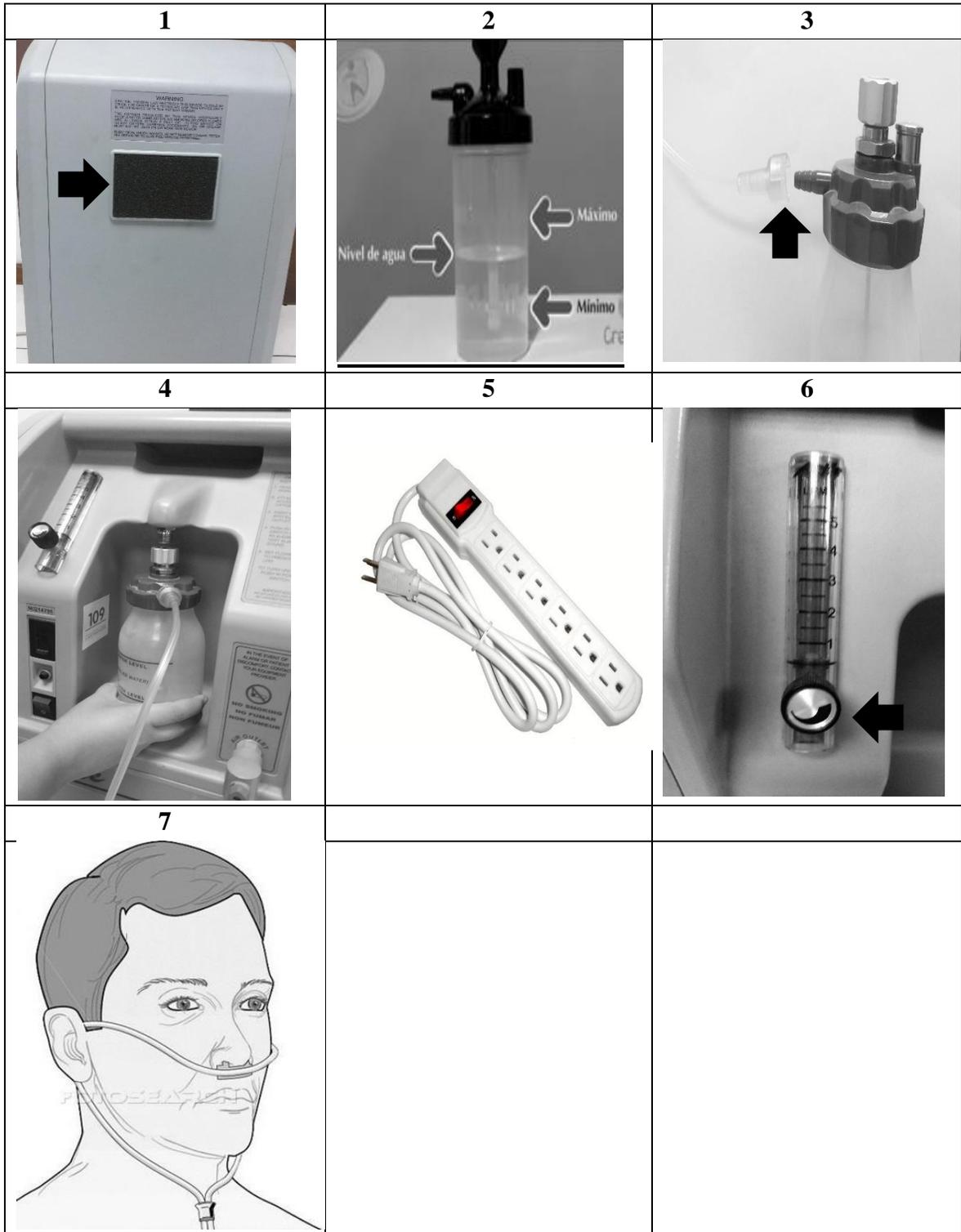
## Anexo 2. Instrucciones para el uso del concentrador de oxígeno

### **Instrucciones para el uso del concentrador de oxígeno**

1. Revisar que el filtro del concentrador de oxígeno se encuentre limpio. Para limpiar el filtro se debe sacudir, este se encuentra atrás del concentrador.
2. Revisar el nivel de agua del humidificador. Si el concentrador es utilizado todo el día por el paciente el nivel de agua debe estar al máximo, si solamente se utiliza en casos de crisis respiratorias el nivel de agua debe estar entre el mínimo y el máximo. Recuerde revisar constantemente el nivel de agua en el humidificador.
3. Conectar la cánula con el humidificador.
4. Instalar el humidificador en el concentrador de oxígeno. Se debe atornillar hasta arriba.
5. Conectar el concentrador de oxígeno a una regleta y encender.
6. Regular la cantidad de litros acorde a lo indicado por el doctor.
7. Colocarle la cánula al paciente con microporo para que esta no se caiga.

### **Importante**

- El agua utilizada debe ser agua hervida o agua embotellada a temperatura ambiente.
- En caso de apagón no se debe utilizar inmediatamente, espere al menos 5 minutos.
- Sin electricidad el concentrador de oxígeno no funciona.



### Anexo 3. Lista de alquiler de equipo médico

La Fundación Pro Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos no recomienda ninguno de estos lugares, sin embargo brinda la siguiente información asociada a lugares dedicados al alquiler y venta de equipo médico:

<b>Lugar</b>	<b>Ubicación</b>	<b>Teléfonos</b>
Equipo Médico Rojas y Monge	Desamparados, Diagonal al cuerpo de bomberos	Tel.: 2219-9134
Equipo Médico Montes de Oca	San José Centro, edificio #1243 Calle 2 Avenida 12 y 14.	Tel.: 4000-2910
Alquileres Jerez Hernández	Sabana Sur, 100 oeste de la Iglesia Perpetuo del Socorro	Tel.: 2232-9133 2296-3280
Equipo médico Morales y Donini	San José, San José	Tel.: 2292-3173 8382-9253
Hogar y Salud S.A.	Paseo Colon, 50 mts sur Torre Mercedes	Tel.: 2256-1133
	Paseo Colón Frente Hyundai	Tel.: 2256-4262
	Santa Ana, 300 mts este de la cruz roja	Tel.: 2282-9680
Alquiler de equipo médico G & S	San José, entre Av. 2 y Av. 4, calle 10, frente a paradas de San Rafael de Alajuela.	Tel.: 2430-9050
Disprodorme	Rohmoser, Pavas de la Embajada Americana, 3 cuadras al Oeste y 2 cuadras al norte, San José, 10109, Costa Rica	Tel.: 2231-1586 2231-4058 8381-7141
Servicios Médicos Colón S.A.	De la Clínica Bíblica 225 mts al este.	Tel.: 2233-1291 2221-7471
EHL Equipos de Hospital LTDA	Pavas, de la Embajada Americana, 500mts Oeste, 50mts sur, 25mts este.	Tel.: 2232-1720

Anexo 4. Protocolo de sesiones para el grupo de duelo

<b>Sesión #1: Introducción</b>		
<b>Objetivo: Promover un adecuado ambiente de trabajo para las próximas sesiones.</b>		
<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Duración</b>
Bienvenida	Los psicólogos dan la bienvenida a los participantes al grupo, se les agradece la asistencia al mismo.	5 minutos
Presentación del equipo	Cada psicólogo en el taller se presentará ante los participantes.	5 minutos
Reglas	Se presentan las reglas del grupo a los participantes, correspondientes a: confidencialidad, puntualidad, respecto, no aconsejar s los demás, no se permite el uso de teléfonos celulares y sobriedad.	5 minutos
Presentación de los participantes	Cada participante deberán presentarse incluyendo: nombre, edad, lugar de residencia, ser querido al que perdieron, y la forma en que se dio el fallecimiento.	40 minutos
Tarea	Se les indicia a los participantes que para la próxima semana pueden traer fotos o cosas pequeñas que les recuerden a su ser querido	5 minutos
Cierre	Se realiza el cierre de la sesión agradeciendo la participación de cada uno, destacando los temas más relevantes de la sesión y finalmente se realiza la invitación para la sesión siguiente.	10 minutos
<b>Duración total</b>		<b>1 hora 10 minutos</b>

<b>Sesión #2: Caracterización de la pérdida</b>		
<b>Objetivo: Identificar las principales características del ser querido que falleció</b>		
<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Duración</b>
Bienvenida	Se da la bienvenida a los participantes nuevos y a los presentes, se les agradece la participación en el taller	5 minutos
Presentación y reglas	Se presenta el equipo de psicología a cargo del taller y se permite la presentación de los nuevos participantes. Se retoman las reglas del taller	15 minutos
¿Cómo me sentí durante la semana?	Cada participante compartirá con el resto del grupo la forma en que se han sentido durante la semana, tanto aspectos positivos como negativos.	30 minutos
Introducción de la sesión	A partir de las exposiciones anteriores se realiza la introducción a la temática de la sesión del día presente.	5 minutos
Libro sobre mi pariente	Cada participante tendrá un libro pequeño en el cual caracterizará a su ser querido: la relación que llevaban, sus principales cualidades y habilidades, sus defectos, principales recuerdos. Si el participante lo desea puede agregar más aspectos a su libro. Quien desee puede compartir su trabajo con el resto de compañeros	45 minutos
Cierre	Se realiza el cierre de la sesión agradeciendo la participación de cada uno, destacando los temas más relevantes de la sesión y finalmente se realiza la invitación para la sesión siguiente.	10 minutos
<b>Duración total</b>		<b>1 hora 50 minutos</b>

### Sesión #3: Tareas del duelo

Objetivo: Posibilitar el conocimiento sobre las etapas del duelo planteadas por Worden que les permita comprender su propio proceso de duelo.

Actividad	Descripción	Duración
Bienvenida y presentación	Se da la bienvenida a los participantes nuevos y a los presentes, se les agradece la participación en el taller. Se presenta el equipo de psicología a cargo del taller y se permite la presentación de los nuevos participantes. Se retoman las reglas del taller	15 minutos
¿Cómo me sentí durante la semana?	Cada participante compartirá con el resto del grupo la forma en que se han sentido durante la semana, tanto aspectos positivos como negativos.	30 minutos
Introducción de la sesión	A partir de las exposiciones anteriores se realiza la introducción a la temática de la sesión del día presente.	5 minutos
Mis deberes en el duelo	Cada participante escribirá en papeles pequeños las tareas que ellos mismos se imponen para tratar de mejorar su proceso de duelo y tareas que otras personas les imponen para avanzar en su proceso. Posteriormente seleccionarán cuales tareas consideran que les hace sentir bien y cuáles no, aquellas que identifiquen como no beneficiosas procederán a “botarlas”. Le explicarán al grupo cuales tareas desean conservar y cuáles desean eliminar, como una forma gráfica de dejar ir esos mandatos que les afectan de forma negativa.	30 minutos
Tareas del duelo	Se explicarán brevemente cada una de las tareas del duelo planteadas por Willian Worden: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceptar la realidad de la pérdida.</li> <li>• Trabajar las emociones de y el dolor de la pérdida.</li> <li>• Adaptarse a un entorno en el que el fallecido no está.</li> <li>• Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.</li> </ul> Luego que se comentan las tareas, cada participante debe identificar la etapa en la que	15 minutos

	se encuentra y actividades que les ayuden a llevar a cabo dicha tarea. Se comenta de forma grupal	
Poema: No te rindas	Se lee el poema <i>No te rindas</i> y los participantes comentan al respecto.	10 minutos
Cierre	Se realiza el cierre de la sesión agradeciendo la participación de cada uno, destacando los temas más relevantes de la sesión y finalmente se realiza la invitación para la sesión siguiente.	10 minutos
Duración total		1 hora 55 minutos

### Sesión #4: Reacciones físicas y psicológicas del duelo

Objetivo: Identificar las reacciones físicas y psicológicas asociadas al proceso de duelo

<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Duración</b>
Bienvenida y presentación	Se da la bienvenida a los participantes nuevos y a los presentes, se les agradece la participación en el taller. Se presenta el equipo de psicología a cargo del taller y se permite la presentación de los nuevos participantes. Se retoman las reglas del taller	15 minutos
¿Cómo me sentí durante la semana?	Cada participante compartirá con el resto del grupo la forma en que se han sentido durante la semana, tanto aspectos positivos como negativos.	30 minutos
Introducción de la sesión	A partir de las exposiciones anteriores se realiza la introducción a la temática de la sesión del día presente.	5 minutos
Escaneo corporal	Se les solicita a los participantes que se pongan en una posición cómoda, atenta, con la espalda recta y pies sobre el suelo. Los participantes cierran los ojos y se les dirige progresivamente para que centren su atención a las sensaciones de su cuerpo iniciando por los pies. Posteriormente se discute de forma grupal la experiencia, especialmente con respecto a los silencios. A cada participante se le entregan un papel blanco donde debe anotar los pensamientos que les llegaron a su mente durante la práctica.	30 minutos
Cartografiando mi experiencia	Utilizando un gráfico de círculos concéntricos, se les pide a los participantes que identifiquen una situación asociada a su proceso de duelo actual. En esta situación deben identificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evento: Centro</li> <li>• Sensación corporal: Primer círculo</li> <li>• Sentimientos y emociones: Segundo círculo.</li> <li>• Pensamientos: Tercer círculo.</li> </ul>	30 minutos

	Se realiza de forma individual y luego se discute en grupo.	
Cierre	Se realiza el cierre de la sesión agradeciendo la participación de cada uno, destacando los temas más relevantes de la sesión y finalmente se realiza la invitación para la sesión siguiente.	10 minutos
Duración total		2 horas

<b>Sesión #5: Reconociendo mis emociones</b>		
Objetivo: Identificar las principales emociones asociadas al proceso de duelo experimentado por los participantes		
<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Duración</b>
Bienvenida y presentación	Se da la bienvenida a los participantes nuevos y a los presentes, se les agradece la participación en el taller. Se presenta el equipo de psicología a cargo del taller y se permite la presentación de los nuevos participantes. Se retoman las reglas del taller	15 minutos
¿Cómo me sentí durante la semana?	Cada participante compartirá con el resto del grupo la forma en que se han sentido durante la semana, tanto aspectos positivos como negativos.	30 minutos
Introducción de la sesión	A partir de las exposiciones anteriores se realiza la introducción a la temática de la sesión del día presente.	5 minutos
El pájaro del alma	Se lee el cuento el pájaro del alma, una vez leído el cuento los participantes deberán construir sus cajones con las emociones experimentadas y reconocer que situaciones los hacen sentir de esa forma. Los trabajos se discuten de forma grupal	45 minutos
Cierre	Se realiza el cierre de la sesión agradeciendo la participación de cada uno, destacando los temas más relevantes de la sesión y finalmente se realiza la invitación para la sesión siguiente.	10 minutos
Duración total		1 hora 45 minutos

### Sesión #6: Sentimientos de culpa

Objetivo: Reconocer los sentimientos de culpa que dificultan la elaboración del duelo.

<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Duración</b>
Bienvenida y presentación	Se da la bienvenida a los participantes nuevos y a los presentes, se les agradece la participación en el taller. Se presenta el equipo de psicología a cargo del taller y se permite la presentación de los nuevos participantes. Se retoman las reglas del taller	15 minutos
¿Cómo me sentí durante la semana?	Cada participante compartirá con el resto del grupo la forma en que se han sentido durante la semana, tanto aspectos positivos como negativos.	30 minutos
Introducción de la sesión	A partir de las exposiciones anteriores se realiza la introducción a la temática de la sesión del día presente.	5 minutos
Imaginación: La culpa como cárcel	Se realiza reflexión sobre la similitud entre la cárcel y la culpa, esta puede ser un castigo o nos puede ayudar a aprender y ser mejores. Se identifican aquellos eventos que nos hacen sentir culpables.	10 minutos
Me siento culpable por... Me perdono por...	Se le entrega a cada participante una ficha titulada: Me siento culpable por... donde ellos deben llenar la ficha con aquellas situaciones que los hace sentir culpable, una vez identificadas estas situaciones deben voltear la ficha, titulada: Me perdono por..., identificando que deben dejar ir las culpas asociadas a su ser querido. Se reflexiona de forma grupal sobre la funcionalidad de la culpa y cuando esta se vuelve tóxica en la vida de una persona	30 minutos
Cierre	Se realiza el cierre de la sesión agradeciendo la participación de cada uno, destacando los temas más relevantes de la sesión y finalmente se realiza la invitación para la sesión siguiente.	10 minutos
<b>Duración total</b>		<b>1 hora 40 minutos</b>

### Sesión #7:Despedida

Objetivo: Promover en los participantes la expresión de sentimientos y eventos que no pudieron ser expresados al ser querido.

<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Duración</b>
Bienvenida y presentación	Se da la bienvenida a los participantes nuevos y a los presentes, se les agradece la participación en el taller. Se presenta el equipo de psicología a cargo del taller y se permite la presentación de los nuevos participantes. Se retoman las reglas del taller	15 minutos
¿Cómo me sentí durante la semana?	Cada participante compartirá con el resto del grupo la forma en que se han sentido durante la semana, tanto aspectos positivos como negativos.	30 minutos
Introducción de la sesión	A partir de las exposiciones anteriores se realiza la introducción a la temática de la sesión del día presente.	5 minutos
Video: Padre e hijo	Se visualiza el video donde un padre pierde a su hijo, el video tiene como objetivo destacar la importancia de expresar los sentimientos hacia las otras personas. Se reflexiona sobre la imposibilidad que existe en algunos casos de realizar este proceso de despedida.	10 minutos
Carta de despedida	Se le brinda a cada participante una hoja donde pueda realizar el proceso de despedida hacia su ser querido, incluyendo: aspectos por los cuales pedir perdón, aspectos que perdonar y expresar los sentimientos hacia la persona fallecida.	30 minutos
Cierre	Se realiza el cierre de la sesión agradeciendo la participación de cada uno, destacando los temas más relevantes de la sesión y finalmente se realiza la invitación para la sesión siguiente.	10 minutos
Duración total		1 hora 40 minutos

### Sesión #8: Recuerdos de vida

Objetivo: Identificar los principales aprendizajes y recuerdos que quedaron en la vida de los participantes producto de la convivencia con la persona fallecida.

Actividad	Descripción	Duración
Bienvenida y presentación	Se da la bienvenida a los participantes nuevos y a los presentes, se les agradece la participación en el taller. Se presenta el equipo de psicología a cargo del taller y se permite la presentación de los nuevos participantes. Se retoman las reglas del taller	15 minutos
¿Cómo me sentí durante la semana?	Cada participante compartirá con el resto del grupo la forma en que se han sentido durante la semana, tanto aspectos positivos como negativos.	30 minutos
Introducción de la sesión	A partir de las exposiciones anteriores se realiza la introducción a la temática de la sesión del día presente.	5 minutos
Cuento: Vuelva mariposa, vuelva	Se lee el cuento: <i>Vuela mariposa, vuelva</i> . Se discute grupalmente sobre lo que deja cada ser querido en la vida de otras personas.	10 minutos
Herencias	Se le entrega a cada participante una cajita con diferentes hojas pequeñas, en las cuales cada participante debe identificar aquello que aprendió de su ser querido, qué cosas le gustaría imitar y que cosas no desearía imitar de esta persona.	25 minutos
Cierre	Se realiza el cierre de la sesión agradeciendo la participación de cada uno, destacando los temas más relevantes de la sesión y finalmente se realiza la invitación para la sesión siguiente.	10 minutos
Duración total		1 hora 35 minutos

### Sesión #9:Autocuidado

Objetivo: Promover en los participantes actividades de autocuidado

<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Duración</b>
Bienvenida y presentación	Se da la bienvenida a los participantes nuevos y a los presentes, se les agradece la participación en el taller. Se presenta el equipo de psicología a cargo del taller y se permite la presentación de los nuevos participantes. Se retoman las reglas del taller	15 minutos
¿Cómo me sentí durante la semana?	Cada participante compartirá con el resto del grupo la forma en que se han sentido durante la semana, tanto aspectos positivos como negativos.	30 minutos
Introducción de la sesión	A partir de las exposiciones anteriores se realiza la introducción a la temática de la sesión del día presente.	5 minutos
¿Cómo distribuyo mi tiempo?	Se le entrega a cada participante una hoja con un círculo en el cual los participantes deben distribuir su tiempo. Una vez dividido el círculo entre las actividades realizadas se anotan aquellas cosas que a los participantes les gustaría cambiar de su círculo. El trabajo de cada participante se discute grupalmente.	30 minutos
Cierre	Se realiza el cierre de la sesión agradeciendo la participación de cada uno, destacando los temas más relevantes de la sesión y finalmente se realiza la invitación para la sesión siguiente.	10 minutos
Duración total		1 hora 30 minutos

### Sesión #10: Proyecto de vida

Objetivo: Promover la visualización por parte de los participantes de su proyecto de vida.

<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Duración</b>
Bienvenida	Se da la bienvenida a los participantes nuevos y a los presentes, se les agradece la participación en el taller. Se presenta el equipo de psicología a cargo del taller y se permite la presentación de los nuevos participantes. Se retoman las reglas del taller	15 minutos
¿Cómo me sentí durante la semana?	Cada participante compartirá con el resto del grupo la forma en que se han sentido durante la semana, tanto aspectos positivos como negativos.	30 minutos
Introducción de la sesión	A partir de las exposiciones anteriores se realiza la introducción a la temática de la sesión del día presente.	5 minutos
El árbol de vida	A cada participante se le entregan diferentes partes de un árbol que posteriormente deberán colocar en un árbol y compartirlas de forma grupal. Cada parte del árbol debe ser llenada con los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Raíces: Cosas que me importan</li> <li>• Tronco: Lo que soy yo</li> <li>• Ramas: Lo que quiero ser</li> <li>• Hojas: mis nuevos proyectos</li> </ul>	40 minutos
Retroalimentación	Se agradece a cada miembro su participación dentro del grupo. Se brinda retroalimentación sobre el proceso grupal e individual, de la misma forma se solicitan devoluciones por parte de los participantes sobre fortalezas y aspectos por mejorar.	20 minutos
<b>Duración total</b>		<b>1 hora 50 minutos</b>

## Anexo 5. Exposición: Taller Promoción de la calidad de vida en pacientes de hematología.

### Taller: Promoción de la calidad de vida en pacientes de hematología

Bach. Sthefannie Morales Esquivel

#### Importancia

- ▶ Pacientes con presencia de síntomas de depresión, ansiedad, altos niveles de estrés.
- ▶ Pérdida de rutina de vida y niveles de funcionalidad.
- ▶ Terapia grupal permite la creación de una red de apoyo.
- ▶ En casos donde no se recibe atención se disminuyen los niveles de calidad de vida, aumenta la intensidad del dolor, baja adherencia al tratamiento y dificultades en la rehabilitación psicosocial.

La Calidad de Vida



#### Objetivos

- ▶ **Objetivo general:**
- ▶ Promover una mejora en la calidad de vida de pacientes con enfermedades hematológicas con síntomas de ansiedad, dolor y trastornos del sueño mediante la utilización de estrategias psicológicas que permitan un afrontamiento activo de la enfermedad.
- ▶ **Objetivos específicos:**
- ▶ Brindar psicoeducación sobre la relación entre la salud física y mental.
- ▶ Fomentar el uso de estrategias de relajación que mejoren los niveles de dolor percibidos por los pacientes.
- ▶ Fomentar estilos de vida más saludables que aumentan la calidad de vida de los pacientes.
- ▶ Brindar un acompañamiento emocional a pacientes con enfermedades hematológicas en el proceso de aceptación del diagnóstico y afrontamiento del tratamiento.

#### Criterios de inclusión

- ▶ Pacientes mayores de 18 años
- ▶ Capacidad de lectoescritura
- ▶ Pacientes de hematología con:
  - ▶ Dotor oncológico o secundario a quimioterapia.
  - ▶ Trastornos del sueño
  - ▶ Ansiedad
  - ▶ Diagnósticos tales como: Mieloma, linfomas, leucemias y otras enfermedades hematológicas.

#### Taller

Sesiones grupales con un máximo de 10 participantes

Seis sesiones abarcando:

Psicoeducación sobre la relación entre el estrés y el dolor.

Estrategias de relajación

Manejo de la atención

Estilos de vida saludables

Terapia de Aceptación y Compromiso



“Si puedes curar, cura,  
Si no puedes curar, alivia,  
si no puedes aliviar,  
consuela”

Imhotep

## Referencias

- ▶ Almendro, M., Clariana, S., Hernández, S., Rodríguez, C., Camarero, B. & Del Rio, T. (2011). Programa de atención psicológica al dolor crónico: El reto de un afrontamiento activo. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(110), 213-227.
- ▶ Plop, F., Postolica, R., Lupau, C. & Degi, C. (2016). Clinical practice guide in Psycho-Oncology. *Cognition, Brain, Behavior. An Interdisciplinary Journal*, 20(4), 283-308.
- ▶ Rivero, R., Piqueras, J., Ramos, V., García, L., Martínez, A. & Oblitas, L. (2008) Psicología y cáncer. *Suma psicológica*, 15(1), 171-198.
- ▶ Sperry, L. (2009). *Treatment of chronic medical conditions. Cognitive-Behavioral Therapy Strategies and Integrative Treatment Protocols*. Washinton, Estados Unidos: American Psychological Association.



---

# TALLER: PROMOCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE HEMATOLOGÍA

---

Bach. Sthefannie Morales Esquivel



2017

CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS  
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

# Taller: Promoción de la calidad de vida en pacientes hematológicos

## INTRODUCCIÓN

---

Actualmente, la salud es visualizada más allá de un enfoque meramente biológico, sino que es definida por la Organización Mundial de la Salud (2016) desde un enfoque biopsicosocial, donde se reconoce la integralidad del ser humano. Partiendo de esta postura el ser humano es integrado por una parte física, psicológica y social, cuando una parte de esta presenta algún desequilibrio, el resto de partes se verán afectadas, siendo el cáncer uno de los ejemplos más concretos en cuanto a las afectaciones físicas, el cual tiene implicaciones a nivel psicológico y social (Brannon, Feist y Updegraff, 2014).

La ansiedad, el miedo, síntomas de depresión, afectaciones en los hábitos del sueño y las relaciones sociales son algunas de las problemáticas vividas por aquellos pacientes que reciben un diagnóstico de cáncer y se encuentran en tratamiento, incluso se pueden presentar en pacientes que han finalizado su tratamiento por miedo a recidivas y efectos secundarios a corto y largo plazo (Fernández, Padierna, Villoria, Amigo, Fernández y Peláez, 2011; Brannon, Feist y Updegraff, 2014; American Cancer Society, 2016).

Los pacientes ante esta situación presentan diferentes estilos de afrontamiento, unos pueden tener un impacto positivo en la calidad de vida de las personas, mientras que otros pueden tener el efecto contrario. Barragán y Almanza-Rodríguez (2013) plantean algunas de las estrategias utilizadas por los pacientes tales como: distracción cognitiva, catastrofización, autoinstrucciones, esperanza, fe y plegarias.

Algunos de los objetivos de las intervenciones psicológicas se dirigen a fomentar un afrontamiento activo del dolor y su enfermedad, aumentar la autoeficacia del paciente y las estrategias enfocadas en la solución de problemas, la búsqueda de apoyo social y la regulación de emociones (Almendro, Clariana, Hernández, Rodríguez, Camarero y del Río, 2011).

Por tanto, se reconoce que los alcances de las intervenciones psicológicas no se encuentran dirigidos a la eliminación del dolor, sino por el contrario, se busca brindar herramientas a las participantes que les permitan adoptar estilos de afrontamiento activo ante el dolor y mejoras en los estilos de vida. Lo anterior teniendo un impacto en la calidad de vida percibida por los pacientes, donde se retoma el control de sus propias vidas y el alcance de objetivos adecuados a sus nuevas condiciones de vida.

## **JUSTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN**

---

La población seleccionada para la realización de los talleres son pacientes del servicio de hematología. Algunos de los diagnósticos que se tomaron en cuenta son pacientes con mielomas, linfomas, leucemias y otras enfermedades hematológicas. Lo anterior debido a que en muchas ocasiones estos pacientes experimentan dolor oncológico o neuropatías secundarias a tratamientos como la quimioterapia, aunado a esto presentan altos niveles de ansiedad y afectaciones en sus hábitos de sueño (Brannon, Feist y Updegraff, 2014; American Cancer Society, 2016). Todo lo anterior teniendo un impacto negativo en la calidad de vida de los participantes.

El taller tiene como objetivo principal promover una mejora en la calidad de vida de los pacientes a través de la utilización de diversas técnicas que permitan que cada paciente adquiera mejores estilos de vida, teniendo un impacto positivo en el proceso de su enfermedad.

Dentro de los criterios de inclusión seleccionados se solicitó que los participantes fueran mayor de 16 años, esto para que puedan expresar su participación voluntaria en el proceso, así mismo se solicita que tenga capacidad de lectoescritura, lo cual facilita la realización de las actividades planteadas en las sesiones de cada taller.

El principal criterio de exclusión corresponde a la existencia de trastornos cognitivos o demencias que dificulten el seguimiento de instrucciones.

## **MARCO TEÓRICO**

---

La salud es definida como un estado de bienestar físico, mental y social según la Organización Mundial de la Salud (2017), presentando un enfoque biopsicosocial, donde si una esfera es afectada altera las demás, sin una preponderancia de un área sobre las otras.

Uno de los ejemplos más claros con respecto a las afectaciones físicas es el cáncer, este se presenta cuando las células inician un proceso de crecimiento descontrolado sobrepasando a las células normales, esto dificulta que el cuerpo funcione en forma correcta (American Cancer Society, 2016). La Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos tiene como principal público meta a pacientes con enfermedades oncológicas sin diferenciar el lugar corporal donde se encuentre la alteración.

Una de las áreas de atención corresponde a los pacientes del servicio de hematología, donde se encuentran tipos de cáncer presentes en la sangre. Los tres tipos principales corresponden a: leucemias, linfomas y mielomas.

La leucemia es un cáncer que se genera en las células primitivas productoras de la sangre, frecuentemente corresponde a cáncer en los glóbulos blancos, sin embargo, también

se pueden presentar en otras células sanguíneas, esta puede ser descrita como aguda y crónica según la velocidad de crecimiento. Existen diferentes tipos de leucemia, tales como: leucemia linfocítica aguda, leucemia mieloide aguda, leucemia linfocítica crónica y la leucemia mieloide crónica; cada una de estas con diferentes pronósticos y tratamientos (American Cancer Society, 2016).

Los linfomas corresponden a un tipo de cáncer que inicia en las células que forman parte del sistema inmunitario, principalmente en los glóbulos blancos llamados linfocitos, existen dos tipos: el linfoma de Hodgkin y el linfoma no Hodgking. El linfoma de Hodgkin por lo general empiezan en los linfocitos B, estos se encargan de producir anticuerpos para proteger al cuerpo contra virus y bacterias; debido a que el tejido linfático se encuentra en muchas partes del cuerpo este linfoma puede originarse en casi cualquier parte del cuerpo. El linfoma no Hodgkin es también conocido como LNH o simplemente como linfoma, al igual que el anterior inicia en los linfocitos, sin embargo se comportan, propagan y responden al tratamiento de forma diferenciada; para diferenciarlos los médicos deben visualizar las células cancerosas con un microscopio o bien realizar análisis de laboratorio más sensibles (American Cancer Society, 2016).

Finalmente, los mielomas son un tipo de cáncer que se forman debido a la presencia de células plasmáticas malignas, estas células en su estado normal se encuentran en la médula ósea y son parte importante del sistema inmunológico. Cuando las células B responden a una infección, estas maduran y se convierten en células plasmáticas las cuales producen anticuerpos para atacar y destruir gérmenes. Como ya se mencionó las células plasmáticas se encuentran principalmente en la médula ósea, este es el tejido blando que se encuentra dentro de la cavidad de los huesos. Cuando estas células se tornan cancerosas pueden producir un tumor denominado plasmacitoma los cuales generalmente se producen en los huesos. Si solamente existe un tumor se denomina plasmacitoma aislado, mientras que cuando existe más de uno se denomina mieloma múltiple.

Brannon, Feist y Updegraff (2014) plantean que muchas personas reciben su diagnóstico de cáncer con sentimientos de miedo, ansiedad e incluso enojo, esto debido no solamente a la enfermedad, sino también al afrontamiento a diversos tratamientos y sus efectos desagradables.

En la American Cancer Society (2016) plantean que los sentimientos de depresión, ansiedad y miedo son respuestas esperables ante esta experiencia que cambia la vida de las personas. Algunos de los aspectos que pueden provocar estos sentimientos se asocian con: cambios en la imagen corporal, alteraciones en los roles familiares, síntomas como dolor, náuseas o cansancio, miedo a la muerte, sufrimiento o dolor y a los acontecimientos desconocidos por afrontar. Es posible que se presenten además ataques de pánico como un síntoma de altos niveles de ansiedad.

Fernández, Padierna, Villoria, Amigo, Fernández y Peláez (2011) señalan que aquellos pacientes que presentan síntomas de depresión y ansiedad se han visto relacionados con peores resultados clínicos y patológicos. De la misma forma reconocen la posibilidad de una relación causal entre el bienestar psicológico y el incremento de la expectativa de vida. Dentro del estudio realizado identifican que al menos un 30% de la población presenta algunos síntomas asociados a la depresión y ansiedad.

Es importante, dentro del abordaje de estos pacientes, no solamente considerar los resultados obtenidos por medio de una escala que indiquen un diagnóstico clínico de ansiedad y depresión, sino también deben ser considerados los pacientes con rasgos de ansiedad y estado de ánimo depresivo, entre otras dificultades, que se pueden ver beneficiados a partir de las diferentes intervenciones psicológicas. Las intervenciones psicoterapéuticas tienen un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes (Fernández, Padierna, Villoria, Amigo, Fernández y Peláez, 2011).

A pesar de que los pacientes no puedan definirse como casos clínicos con respecto a trastornos depresivos o de ansiedad, las intervenciones con estos pacientes deben estar enfocadas en mantener las rutinas diarias, sobre todo aquellas actividades consideradas reforzantes para los pacientes. Otro aspecto importante es evitar la progresiva inhibición de las actividades que se presenta en los pacientes oncológicos, llevando por tanto a la pérdida de las gratificaciones cotidianas (Fernández, Padierna, Villoria, Amigo, Fernández y Peláez, 2011).

La Terapia Cognitivo Conductual ha mostrado su eficacia para abordar sintomatología como la fatiga asociada al cáncer y sus tratamientos, algunas veces esta se utiliza de forma conjunta con la promoción del ejercicio físico. Además se han destacado efectos positivos de esta terapia sobre el insomnio; se toman en consideración otros aspectos relevantes como la promoción de la calidad de vida, los síntomas de ansiedad y depresión (García y Alós, 2015).

Otra de las características de la población correspondiente al grupo se relaciona con la presencia del dolor, sea propiamente por el cáncer o por neuropatías secundarias a tratamientos como la quimioterapia. Almendro, Clariana, Hernández, Rodríguez, Camarero y del Rio (2010) plantean la aplicación del modelo del estrés desarrollado por Lazarus y Folkman al ámbito del dolor, donde la discapacidad será mayor o menor según cómo se evalúe y afronte el estímulo doloroso. Partiendo de esto, toman relevancia otras variables tales como aspectos psicológicos y sociales, relacionados estrechamente con la vivencia del dolor.

Si se consigue disminuir el grado de sufrimiento asociado al dolor, a pesar de que la intensidad del dolor se mantenga, este tendrá un menor impacto en la vida de las personas y aumentará la calidad de vida (Almendro et al., 2010). Estos autores plantean un programa de intervención grupal donde se abarcan los siguientes temas: expresión de emociones,

relajación, actividades diarias y ejercicio físico, procesos de adaptación, focalización de la atención, comunicación entre otros.

Moix y Casado (2011) plantean, al igual que los autores anteriores, un programa psicológico para el manejo del dolor crónico donde se incluyen apartados relacionados con: respiración y relajación, manejo de la atención, reestructuración cognitiva, solución de problemas, valores y establecimiento de objetivos, organización del tiempo y actividades reforzantes y finalmente ejercicio físico, higiene postural y del sueño.

Finalmente, Almendro et al. (2010) plantean que la intervención grupal permite a los pacientes compartir sus experiencias con otras personas, verse identificados con las vivencias de otros, agregando la posibilidad de crear relaciones que se constituyan en redes de apoyo para cada participante.

Partiendo de lo anterior, se plantea el taller para pacientes con enfermedades hematológicas, con las características mencionadas anteriormente, con el objetivo principal de mejorar la calidad de vida de los participantes brindando herramientas para un afrontamiento activo de la enfermedad.

## **OBJETIVOS**

---

### **Objetivo general**

- Promover una mejora en la calidad de vida de pacientes con enfermedades hematológicas con síntomas de ansiedad, dolor y trastornos del sueño mediante la utilización de estrategias psicológicas que permitan un afrontamiento activo de la enfermedad.

### **Objetivos específicos**

- Brindar psicoeducación sobre la relación entre la salud física y mental.
- Fomentar el uso de estrategias de relajación que mejore los niveles de dolor percibidos por los pacientes.
- Fomentar estilos de vida más saludables que aumenten la calidad de vida de los pacientes.
- Brindar un acompañamiento emocional a pacientes con enfermedades hematológicas en el proceso de aceptación del diagnóstico y afrontamiento del tratamiento.

## **METODOLOGÍA**

---

### **Participantes**

El taller se realizó con un total de cinco participantes, mismos que se mantuvieron constantes durante el proceso y lograron finalizar este.

Para la realización del grupo se incluyen criterios de inclusión y criterios de exclusión, dentro de los criterios de inclusión se encuentra la presencia de dolor crónico oncológico, así como síntomas de ansiedad y problemas de sueño. El principal criterio de exclusión consiste en la existencia de algún grado de deterioro cognitivo o demencia que imposibilita el seguimiento de instrucciones.

Las características demográficas y socioeconómicas fueron diversas. El rango etario va desde los 17 años hasta los 64 años de edad. El nivel educativo se encuentra desde primaria incompleta, hasta parauniversitaria y universitaria. Los diagnósticos de los pacientes incluyen: leucemia, mieloma, linfoma y aplasia medular.

### **Lugar de las sesiones**

Las sesiones fueron realizadas en la Fundación Pro Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos en la sala de reuniones, los días viernes de 1:00pm a 3:00pm.

### **Convocatoria**

El grupo se conformó con la ayuda del psicólogo MSc. Celso Cruz, a quien, el servicio de hematología refiere los pacientes, este seleccionó los participantes de aquellos que habían asistido a terapia individual con él, independientemente del periodo de tiempo que han llevado sus procesos.

Una vez que se identificaron los participantes como apropiados para la participación en el grupo, se procedió a llamarlos por teléfono y realizar la invitación al grupo, incluyendo los temas, los resultados esperados y las fechas del taller.

### **Coordinación con los responsables**

La principal coordinación se realiza con MSc. Celso Cruz, psicólogo de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, quien recibe las referencias realizadas por los especialistas en hematología.

## DESCRIPCIÓN DEL TALLER

### Sesión 1

<p><b>Objetivo general:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Propiciar un ambiente de trabajo apropiado y un vínculo entre los participantes para el desarrollo de las sesiones posteriores.</li> <li>• Brindar psicoeducación sobre la relación entre el estrés y los niveles de dolor.</li> </ul>			
Objetivo específico	Actividad	Tiempo	Materiales
Reconocer las reglas básicas de interacción grupal y los temas a tratar durante el taller.	<b>Encuadre y reglas:</b> Se da la bienvenida al taller a los participantes, así mismo se explica en qué consistirá el taller y las diferentes sesiones.	10 minutos	Ninguno
Promover un ambiente de confianza dentro del grupo para desarrollar un ambiente de trabajo apropiado	<b>Presentación:</b> Se presenta la psicóloga a cargo y del taller, una vez finalizada la presentación, cada participante deberá presentarse indicando: nombre, residencia, edad, estado civil, personas con las que convive, a que se dedica, diagnóstico y expectativas sobre el taller.	20 minutos	Ninguno
Realizar una primera evaluación sobre los niveles de dolor y salud en los participantes.	<b>Instrumentos de evaluación:</b> A cada participante se le brindarán dos instrumentos que deberán llenar abarcando temas sobre el dolor y temas de salud física, mental y social.	25 minutos	Cuestionario de salud SF-36 Escala análoga del dolor
Identificar el impacto que tiene el estrés en la vida diaria de las personas teniendo efecto en la salud de las personas.	<b>Impacto del estrés en la vida:</b> Se reproduce video mediante el cual las participantes puedan comprender los efectos del estrés crónico en la vida diaria, una vez visualizado el video se comenta con las participantes sus efectos	25 minutos	Video “El triángulo de la salud-El estrés. Videobeam Parlantes.
Identificar los principales aprendizajes obtenidos por los	<b>¿Qué aprendí?:</b> Las participantes escriben en una hoja aquellos aspectos que aprendieron dentro del taller y lo comparten con el resto del grupo.	10 minutos	Hojas Lapiceros

participantes durante la sesión.			
<b>Duración total</b>		1 hora 30 minutos	

## Sesión 2

<b>Objetivo general:</b> Promover el uso de estrategias de relajación para mejorar los niveles de dolor y ansiedad percibidos por los pacientes.			
<b>Objetivo específico</b>	<b>Actividad</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Materiales</b>
Brindar un encuadre sobre las temáticas a abordar durante la sesión.	<b>1. Presentación del tema:</b> Se le da la bienvenida a los participantes y se realiza una introducción sobre el tema a tratar durante la sesión.	15 minutos	Ninguno
Reconocer las señales fisiológicas de ansiedad, así como las principales situaciones que las provocan.	<b>2. ¿Cómo identifico cuando estoy ansioso?:</b> Mediante una silueta los participantes deberán identificar los lugares de su cuerpo en los que tiene reacciones debido a los niveles de estrés experimentados. Así mismo deben reconocer aquellas situaciones que mayor estrés generan en sus vidas. Los participantes comparten sus siluetas con el resto de compañeros.	30 minutos	Hojas con siluetas Lápices de color. Lapiceros
Identificar la importancia de la realización de ejercicios de relajación como afrontamiento a la ansiedad.	<b>3. Importancia de la respiración diafragmática y relajación muscular progresiva:</b> Se explica a los participantes la capacidad que cada persona tiene para controlar los niveles de estrés experimentados, se propone dentro de las principales estrategias la relajación muscular progresiva y la respiración diafragmática y los beneficios que estas pueden traer cuando se realiza un uso cotidiano.	25 minutos	Hoja instrucciones respiración diafragmática, relajación muscular progresiva.
Promover el uso de estrategias de relajación.	<b>4. Ejercicio de relajación:</b> En conjunto con los participantes se realiza de relajación de forma guiada por la moderadora.	30 minutos	Música Parlantes

Promover la generalización de las actividades aprendidas en el grupo a la vida cotidiana de los participantes.	<b>5. Tarea:</b> La tarea correspondiente a la semana se basa en la realización diaria de los ejercicios de relajación.	10 minutos	Ninguno
Identificar los principales aprendizajes obtenidos por los participantes durante la sesión.	<b>6. ¿Qué aprendí?:</b> Las participantes escriben en una hoja aquellos aspectos que aprendieron dentro del taller y lo comparten con el resto del grupo.	10 minutos	Hojas Lapiceros
<b>Duración total</b>		2 horas	

### Sesión 3

<b>Objetivo general:</b> Promover una mayor aceptación de la enfermedad y un compromiso con sus valores de vida, lo que permita una mejora en la calidad de vida de los participantes.			
<b>Objetivo específico</b>	<b>Actividad</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Materiales</b>
Brindar un encuadre sobre las temáticas a abordar durante la sesión.	<b>1. Presentación de la sesión y revisión de la tarea:</b> Se revisa la realización de la tarea durante la semana, se identifican dificultades y alcances con respecto a la misma.	20 minutos	Ninguno
Reconocer la capacidad e importancia de diferenciar y separar los pensamientos de las acciones en el manejo de la vida diaria.	<b>2. Metáfora “El conductor de autobús y los pasajeros”:</b> Se le lee a los participantes la presente metáfora enfocada en la diferenciación entre pensamientos y acciones, y cómo los pensamientos desadaptativos pueden guiar las conductas. Una vez finalizada la lectura se comenta con los participantes si esto ha ocurrido durante el proceso de su diagnóstico y tratamientos.	20 minutos	Ninguno

Reconocer los principios básicos de la terapia de aceptación y compromiso y su impacto en la calidad de vida.	<b>3. Psicoeducación Terapia de aceptación y compromiso:</b> Se explican a los participantes los principios básicos de la terapia de aceptación y compromiso. La importancia de aceptar las situaciones de vida que no pueden ser cambiadas y dedicar tanto la energía como el tiempo en los valores de vida.	20 minutos	Hojas de resumen de la sesión
Promover la identificación de los valores principales de la persona sobre los cuales desea conducir su vida.	<b>4. Buscando el Norte:</b> A cada participante se le brinda el dibujo de una brújula, con esto deben identificar qué aspectos son realmente importantes en su vida y que cada participante identifique aquellos aspectos que quiere convertir en guías de su vida. Los participantes que deseen pueden compartirlo con el resto de sus compañeros.	30 minutos	Hojas con brújula Lapiceros
Promover la identificación de pensamientos automáticos que desvían a los participantes de los valores que deben guiar su vida Identificar acciones que permitan afrontar situaciones difíciles experimentadas por los participantes..	<b>5. Tarea:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Espiral descendente:</b> Se explica a los participantes la facilidad de distraerse del momento presente y nuestros objetivos por pensar en futuras situaciones desagradables. Se pide que cada participante piense y anote un momento en el que esto ha ocurrido anotando la secuencia de pensamientos existentes.</li> <li>• <b>Planes de acción:</b> Se les pide a los participantes que anoten posibles planes de acción para: 1. Cada día. 2. Momentos de estrés 3. Situaciones realmente difíciles.</li> </ul>	10 minutos	Hojas Lapiceros
Identificar los principales aprendizajes obtenidos por los participantes durante la sesión.	<b>6. ¿Qué aprendí?:</b> Los participantes escriben en una hoja los principales aprendizajes obtenidos producto de la sesión del día. Los participantes comparten sus aprendizajes con el resto.	15 minutos	Hojas Lapiceros
<b>Duración total</b>		1 hora 55 minutos	

## Sesión 4

<b>Objetivo general:</b> Promover la atención plena en pacientes hematológicos como forma de afrontamiento al dolor.			
<b>Objetivo específico</b>	<b>Actividad</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Materiales</b>
Brindar un encuadre sobre las temáticas a abordar durante la sesión.	<b>1. Revisión de la tarea y presentación del tema:</b> Se revisa la tarea con los participantes, de forma tal que se expresen dificultades y alcances obtenidos con respecto a la misma. Posteriormente se comenta el tema a tratar en la sesión.	10 minutos	Ninguno
Psicoeducar con respecto a importancia de la atención plena en contraposición con las reacciones automáticas.	<b>2. Definición de atención plena:</b> Se le explica a los participantes la definición de <i>Atención plena</i> : Incluyendo aspectos de estar presente momento a momento, prestar atención a las actividades que realizamos y lo que está pasando a nuestro alrededor. Se abarca la metáfora del piloto automático, ignorando muchas cosas de las que están sucediendo.	25 minutos	Hojas: “atención plena”
Promover el uso de la práctica sedente como forma de afrontamiento a las situaciones difíciles experimentadas por los participantes.	<b>3. Práctica sedente:</b> Se le pide a los participantes que se sienten en una posición cómoda, pero atenta, con la espalda recta y los pies sobre el piso. Se les pide a los participantes que cierren los ojos y se les dirige para prestar atención a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• La respiración dirigida a diferentes partes del cuerpo.</li> <li>• La totalidad del cuerpo respirando.</li> <li>• Sonidos que se perciban durante el ejercicio.</li> <li>• Pensamientos que se activen producto de las situaciones ambientales.</li> </ul> Posteriormente se les pide a los participantes que identifiquen un dolor en su cuerpo, esta sensación deberá ser caracterizada (color, forma, textura, peso). Se les indica que respiren desde ella, y que con cada respiración se infunda bondad a la	50 minutos	Ninguno

	<p>misma, esto con la intención de abrirla y ablandarla.</p> <p>Se vuelve a dirigir la atención sobre la respiración y al cuerpo en su totalidad (30 minutos).</p> <p>Se discute en grupo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestar atención al dolor para explorarlo, contrario al impulso de rechazarlo.</li> <li>• Prestar atención a lo desagradable.</li> <li>• Apertura amable a todos los aspectos de la experiencia.</li> <li>• Estar “aquí y ahora” en el momento presente tanto física como mentalmente.</li> </ul>		
Identificar los principales aprendizajes obtenidos por los participantes durante la sesión.	<b>4. ¿Qué aprendí?:</b> Los participantes escriben en una hoja los principales aprendizajes obtenidos producto de la sesión del día	10 minutos	Hojas Lapiceros
<b>Duración total</b>		1 hora 35 minutos	

## Sesión 5

<b>Objetivo general:</b> Promover estilos de vida más saludables que aumenten la calidad de vida de los pacientes.			
<b>Objetivo específico</b>	<b>Actividad</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Materiales</b>
Brindar un encuadre sobre las temáticas a abordar durante la sesión.	<b>1. Revisión de la tarea y presentación del tema:</b> Se revisa la realización de la tarea durante la semana, se identifican dificultades y alcances con respecto a la misma.	10 minutos	Ninguno
Reconocer los espacios del día dedicados al autocuidado por cada participante.	<b>2. ¿Cómo distribuyo mi tiempo durante el día?:</b> Cada participante deberá colorear un círculo según las actividades realizadas durante el día y la cantidad de tiempo dedicadas a cada actividad. Posteriormente se comparte con los compañeros el trabajo realizado.	20 minutos	Hojas: Reloj Lápices de color Lapiceros

Reconocer la importancia del sueño y la actividad física en el alcance de una mejor calidad de vida.	<b>3. Importancia del sueño y la actividad física:</b> Se desarrolla una breve explicación sobre las implicaciones del sueño y la actividad física en la calidad de vida. De la misma forma se realizan recomendaciones básicas para mejorar ambos hábitos.	20 minutos	Video-beam Computadora Presentación power-point
Identificar espacios disponibles durante el día para incluir actividades que mejoren la calidad de vida de los participantes.	<b>4. Reprogramación de las actividades diarias:</b> Los participantes deberán reorganizar sus actividades diarias de forma tal que se incluyan en estas mejores hábitos de sueño y la implementación de actividades físicas.	10 minutos	Hojas: Reloj Lápices de color Lapiceros
Promover la generalización de las actividades aprendidas en el grupo a la vida cotidiana de los participantes.	<b>5. Tarea:</b> Se les solicita a los participantes, como tarea, la implementación de esta nueva reorganización de la rutina diaria de forma tal que se mejoren los hábitos de sueño y la actividad física realizada.	5 minutos	Ninguno
Identificar los principales aprendizajes obtenidos por los participantes durante la sesión.	<b>6. ¿Qué aprendí?:</b> Los participantes escriben en una hoja los principales aprendizajes obtenidos producto de la sesión del día	10 minutos	Hojas Lapiceros
<b>Duración total</b>		1 hora 15 minutos	

## Sesión 6

<b>Objetivo general:</b> Identificar los principales alcances del taller			
<b>Objetivo específico</b>	<b>Actividad</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Materiales</b>
Brindar un encuadre sobre	<b>1. Presentación de la sesión:</b> Se realiza encuadre sobre la última sesión.	10 minutos	Ninguno

las temáticas a abordar durante la sesión.			
Promover un mayor nivel de relajación en los participantes y una mayor conciencia sobre sus sensaciones actuales.	<b>2. Ejercicio de mindfulness:</b> Se realiza un ejercicio de mindfulness denominado escaneo corporal. Se les pide a los participantes que se sienten en una posición cómoda y atenta, con la espalda recto y los pies sobre el suelo. Los participantes cierran los ojos y se les dirige poco a poco para que presten atención a las sensaciones en cada parte de su cuerpo.	15 minutos	Ninguno
Realizar una evaluación sobre los cambios obtenidos por los participantes a partir del taller.	<b>3. Realización de instrumentos:</b> Se realizan nuevamente los instrumentos de evaluación. Cada participante deberá llenarlo de forma individual.	15 minutos	Cuestionario de salud SF-36 Escala análoga del dolor
Identificar la percepción de los participantes sobre los diferentes aspectos del taller.	<b>4. Evaluación del taller:</b> Se les entrega a cada participante una hoja para realizar la evaluación del taller.	15 minutos	Hojas Lapiceros
Promover una generalización de las conductas aprendidas en el taller a otros ámbitos de la vida, teniendo impacto en la calidad de vida de los participantes.	<b>5. Me comprometo a...:</b> Cada participante desarrollará un contrato con sí mismo, dentro del cual debe comprometerse a mejorar su calidad de vida y a aplicar las estrategias aprendidas en el taller.	10 minutos	Hojas: Me comprometo a... Lapiceros
Brindar retroalimentación	<b>6. Retroalimentación:</b> El moderador brinda	10 minutos	Ninguno

a los participantes sobre su proceso dentro del taller.	retroalimentación a cada participante sobre su proceso y al grupo en general, fortalezas, limitaciones y aspectos a mejorar. Así mismo se plantea el agradecimiento por la participación y compromiso en las diferentes sesiones.		
<b>Duración total</b>		1 hora 15 minutos	

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La intervención constó de 6 sesiones grupales, con un total de 5 participantes, los cuales se mantuvieron constantes a lo largo de las diferentes sesiones. Dentro del proceso existieron ausencias, producto de crisis por la enfermedad e internamientos para procedimientos médicos, sin embargo, los participantes que se ausentaron a alguna de las sesiones realizaron de forma individual la reposición de la misma.

Los resultados que serán presentados a continuación son de carácter tanto cualitativo como cuantitativo, iniciando con aquellos cuantitativos, correspondientes a la comparación de la evaluación pre y post tratamiento del Cuestionario de salud SF-36 y la escala análoga del dolor.

El Cuestionario de Salud SF-36 consta de ocho escalas que pretenden evaluar la calidad de vida de las personas en relación con su salud, así también permite comparar los resultados obtenidos producto de los tratamientos realizados. Las escalas corresponden a: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y finalmente salud mental, cada una de ella será presentada a continuación.

Los resultados presentados no pretenden ser analizados bajo puntajes estandarizados para Latinoamérica o Costa Rica, si no que busca ser la comparación intrasujeto producto de la intervención realizada.

La función física corresponde a la capacidad para realizar determinadas actividades tales como caminar, correr, agacharse o subir gradas y las limitaciones existentes producto de la enfermedad. En el gráfico 1 se puede evidenciar una mejoría en los participantes acorde a

sus capacidades anteriores, donde existe una mejoría promedio entre los participantes de un 23 %, la cual varía acorde a cada caso.

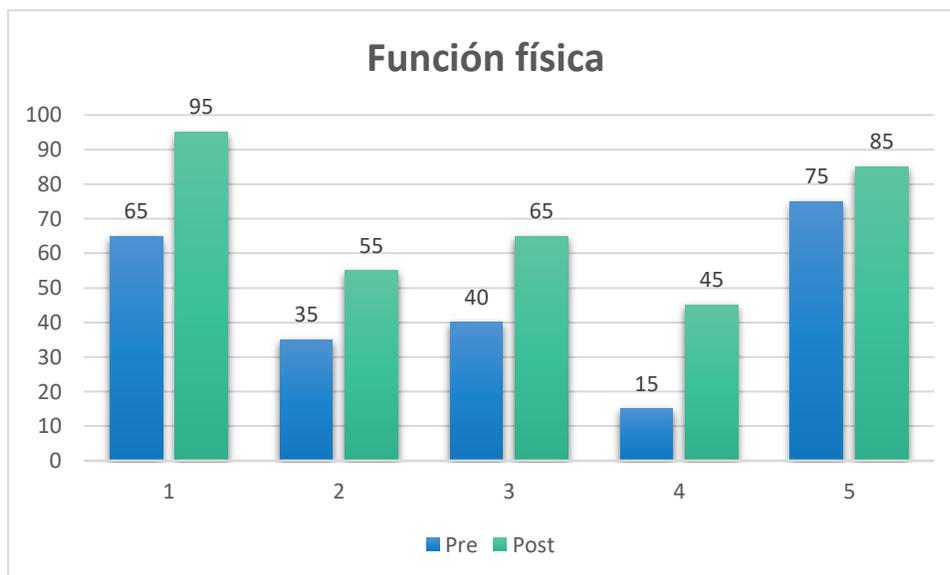


Grafico 1. Función física

El rol físico por su parte corresponde con el nivel de limitación o problemas existentes producto de la enfermedad física con la que cuenta cada paciente. En el gráfico 2 se puede identificar en cada participante un aumento en las actividades realizadas, lo cual implica que las limitaciones a nivel laboral u otras actividades diarias han disminuido, incluso es posible evidenciar que se presenta un aumento del 18% en adelante, llegando hasta un 56.25 % en el participante con mejores resultados en el presente apartado.

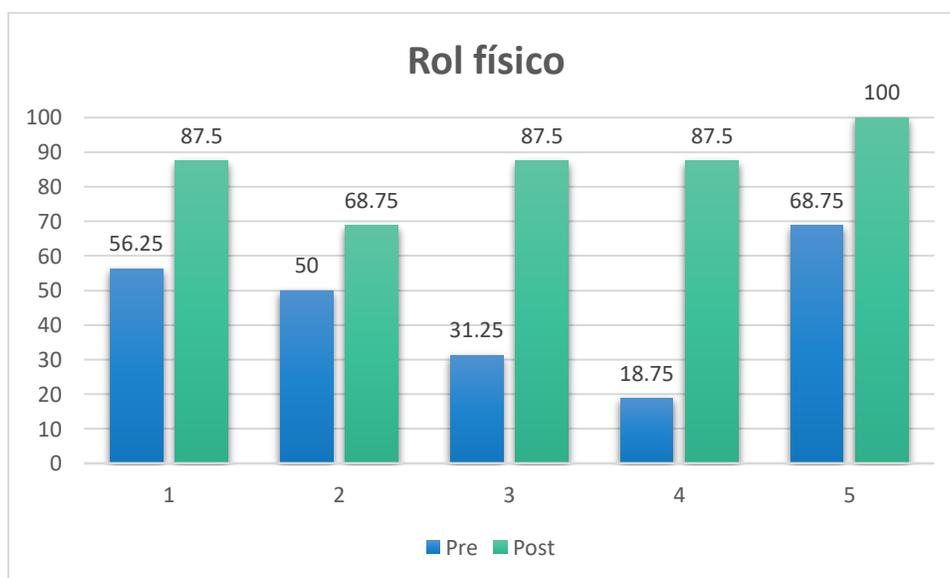


Gráfico 2. Rol físico

Con respecto a la salud general, esta subescala hace referencia a la valoración personal sobre la salud actual, perspectivas de esta en el futuro y la resistencia a enfermarse. En el gráfico 3 se evidencia, en su mayoría, una mejora en la percepción de la salud actual y a futuro.

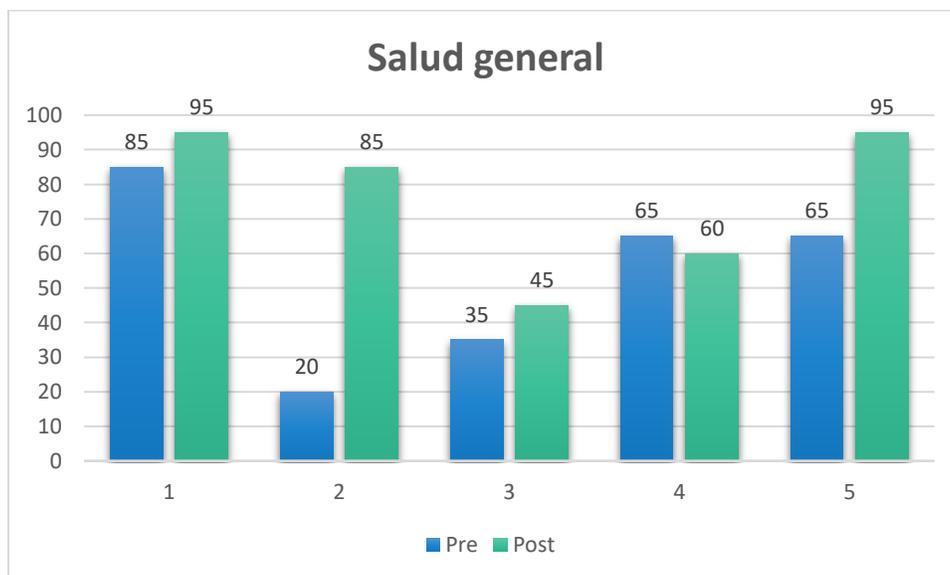


Gráfico 3. Salud general

La vitalidad se relaciona con la percepción de energía y vitalidad, esta en contraposición del agotamiento y el cansancio. En el gráfico 4 es posible denotar las diferencias existentes entre la valoración pre-tratamiento y la valoración post-tratamiento. Se debe destacar que los rangos entre participantes es variable, sin embargo, siendo una medida intrasujeto es posible destacar que en cada uno de los casos existe una mejoría con respecto a los resultados obtenidos inicialmente.

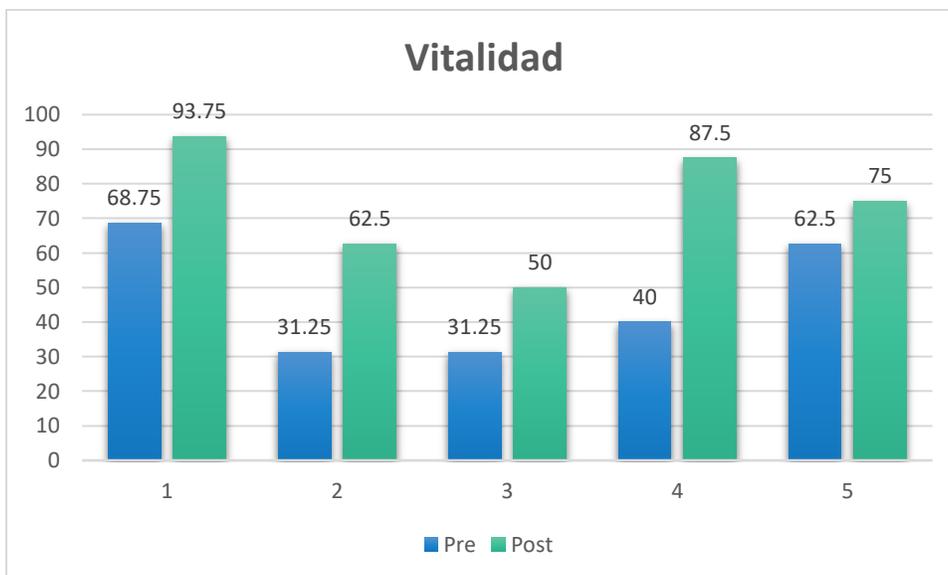


Gráfico 4. Vitalidad

La función social se relaciona con la interferencia en las actividades sociales producto de los problemas físicos y emocionales. La presente escala se califica de la siguiente forma: a mayor puntuación menores problemas o limitaciones y por ende mejor calidad de vida. El gráfico 5 denota que en comparación con los resultados de la evaluación inicial existe una mejoría en los participantes, lo cual implica un mayor involucramiento a nivel social. Se presenta un aumento promedio del 42.5 % en los participantes con respecto a la presente subescala.

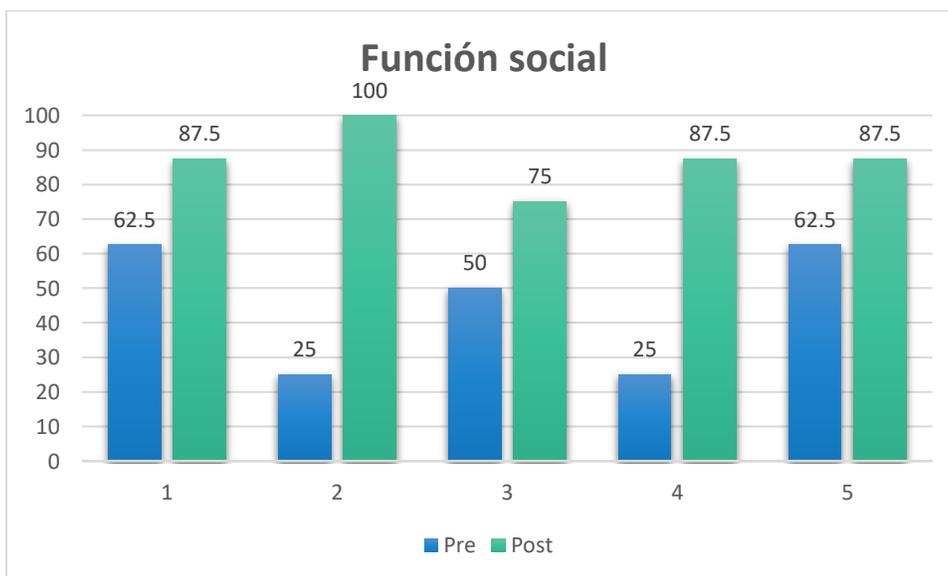


Gráfico 5. Función social

El rol emocional se refiere a los problemas o limitaciones en las actividades diarias como consecuencia de problemas emocionales. La evaluación de este escala plantea que a

mayor porcentaje mejor calidad de vida y por tanto, puntuaciones inferiores se relacionan con mayores limitaciones a raíz de dificultades emocionales. El gráfico 6 demuestra que la comparación entre la evaluación pre y post-tratamiento tiene como resultado puntuaciones más altas al finalizar la intervención, relacionado con menores problemas de índole emocional

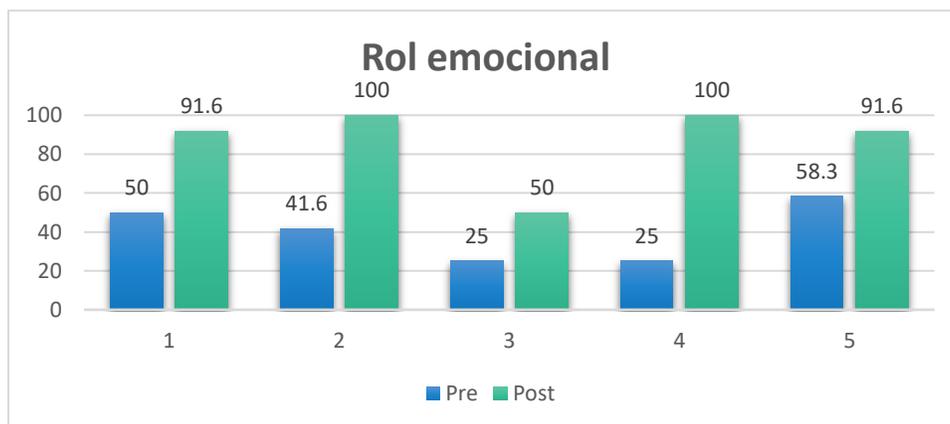


Gráfico 6. Rol emocional

Con respecto a la salud mental, se incluyen criterios tales como la ansiedad, depresión, control de la conducta y bienestar general. El gráfico 7 evidencia en cada participante una mejora en la salud mental y estado emocional una vez finalizado el taller.

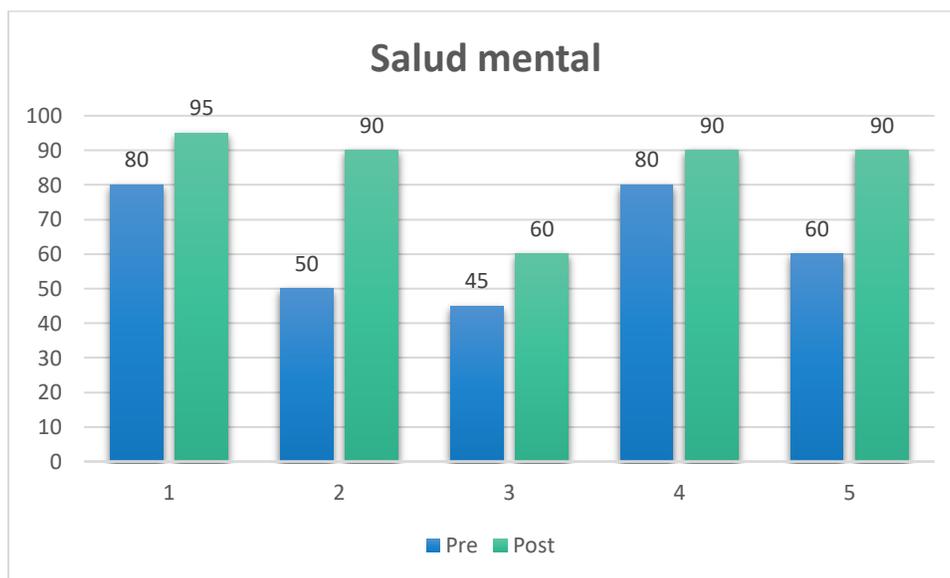


Gráfico 7. Salud mental

Finalmente, con respecto al dolor el cuestionario SF-36 permite la evaluación del mismo. Las puntuaciones obtenidas se interpretan de la siguiente forma: a mayor puntuación menores niveles de dolor y limitaciones asociadas, por tanto índices más altos de calidad de

vida. El gráfico 8 presenta las puntuaciones obtenidos por los participantes en esta subescala, lo que pone de manifiesto las mejores existentes con respecto a la percepción de dolor y la menor interferencia de este sobre la vida cotidiana.

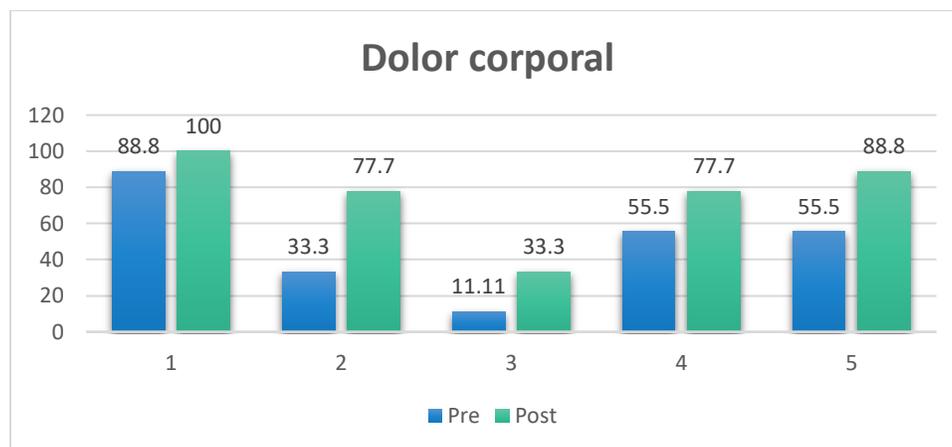
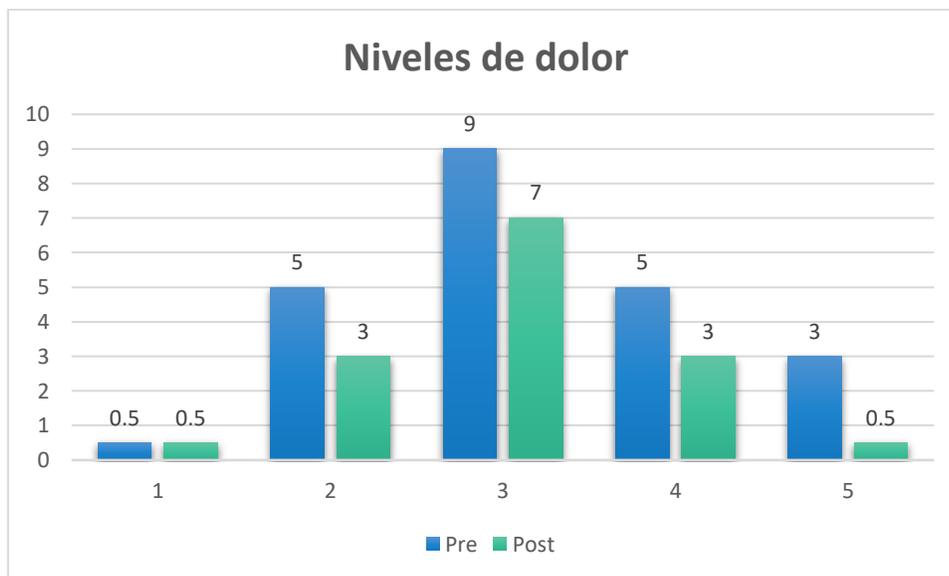


Gráfico 8. Dolor corporal

Finalmente, los resultados anteriores de dolor, se contrastan con las puntuaciones obtenidas en la escala análoga del dolor, donde se reconocen menores niveles de dolor en la mayoría de los pacientes. La mayor diferencia corresponde a 2.5 puntos en la escala de dolor, mientras que en solamente uno de los casos los niveles experimentados de dolor se mantienen (Gráfico 9).



Ahora bien, es pertinente evaluar estos resultados a la luz de los objetivos planteados de forma inicial. El objetivo general corresponde a mejorar la calidad de vida de los participantes, donde se puede afirmar que este ha sido alcanzado, respaldando esta afirmación

con los resultados obtenidos en las subescalas post-tratamiento presentadas anteriormente, así también los participantes reconocen mejoras significativas en su capacidad de involucramiento social, estado de ánimo, capacidad física, salud mental y percepción general sobre la salud.

Con respecto al dolor, es posible identificar el uso de las estrategias en los pacientes, esto teniendo un impacto positivo en los niveles de dolor, donde en la mayoría de paciente se presenta una reducción del mismo. Aunado a esto, los participantes afirman en las diferentes sesiones que perciben en sí mismos una mayor capacidad para controlar el mismo.

En cuanto a los estilos de vida más saludables, es posible identificar mejores patrones de sueño, según los reportes de los pacientes; así mismo reconocen mayores patrones de actividad física y ejercicio. La mejoría de los estilos de vida tiene repercusiones sobre los niveles de estrés y ansiedad percibidos por estos.

Es necesario reconocer que, el acompañamiento emocional que se desarrolló de manera grupal tiene un impacto positivo, corroborando que un abordaje grupal permite la identificación en otros compañero y aumento una sensación de comprensión hacia sí mismo y los demás.

Finalmente, se debe reconocer la alta efectividad de las técnicas implementados, todas estas tienen un impacto positivo sobre la calidad de vida de los participantes, ya que se abarca desde los niveles de dolor experimentado, hasta el impacto negativo de la rumiación en la salud física y mental.

## EVALUACIÓN

---

Una vez finalizadas las sesiones del taller se realiza una evaluación del proceso general. Para realizar esto se entrega a cada participante la evaluación del mismo donde se destacan los siguientes aspectos:

Categoría	Promedio obtenido	Calificación equivalente
Cantidad de sesiones	3.6	Bueno
Duración de cada sesión	4.2	Muy bueno
Calidad de la información brindada	4.8	Excelente
Dominio de los temas tratados	4.8	Excelente
Logro de aprendizajes producto del taller	4.8	Excelente

- Sugerencias:

La única sugerencia realizada por parte de los participantes corresponde con el aumento en la cantidad de sesiones, lo cual permite el abordaje de una mayor cantidad de técnicas, ejercicios y temas, sin embargo, no se profundiza por parte de los pacientes los temas que desean ser abordados.

- Aprendizajes y alcances:

Producto del taller se destacan cambios tanto cognitivos como conductuales. Por parte de los participantes se reconoce la importancia de las estrategias de relajación, el manejo del estrés, la higiene del sueño, estar presente momento a momento, impacto de la rumiación en la aparición de la ansiedad y la aceptación de las situaciones que no se pueden cambiar, tales como el diagnóstico.

Con respecto a los alcances del taller, los pacientes destacan: mejoras en el estado de ánimo, capacidad para tomar decisiones sobre su propia vida, capacidad para controlar las reacciones físicas y psicológicas, mayor actividad física y ejercicio físico, mejores hábitos de sueño y finalmente una mejor percepción sobre la salud tanto física como mental.

## CONCLUSIONES

---

Las enfermedades físicas, especialmente aquellas de carácter crónico, traen consigo la aparición de desequilibrios a nivel de la salud mental de las personas. Los participantes atendidos de forma grupal han sido el ejemplo más cercano a esta experiencia. Enfermedades hematológicas tales como leucemias, linfomas y mielomas tienen un impacto negativo en la salud mental, donde pueden presentarse síntomas de depresión y ansiedad principalmente.

Durante estos procesos, se pueden normalizar estos sentimientos y emociones, lo cual tiene un amplio efecto sobre la calidad de vida de los pacientes, quienes no solamente ven reducida su capacidad física por la enfermedad, sino que inician procesos de autolimitación a nivel físico, social y emocional.

Distintas técnicas psicológicas, tales como las estrategias de relajación, la terapia de aceptación y compromiso y el mindfulness, entre muchas otras, se constituyen como herramientas altamente eficaces para devolver la calidad de vida a estos pacientes, sin dejar de lado la existencia de un diagnóstico previo, por el contrario busca una aceptación del mismo y trabajar a partir de este.

La intervención grupal, por su parte, se constituye como una excelente opción para trabajar con los pacientes, ya que permite que en períodos de tiempo cortos se alcancen resultados en múltiples pacientes. De la misma forma, se crean dentro del grupo procesos de reforzamiento positivo que brindan motivación para mantenerse en el proceso.

Finalmente, es importante destacar la importancia del rol terapéutico, siendo la empatía una de las principales características que promueve el mantenimiento del grupo, la apertura y confianza del paciente, así como la credibilidad profesional, todo lo anterior teniendo impacto en la aplicación y generalización de los aprendizajes desarrollados en el grupo hacia la vida diaria.

## RECOMENDACIONES

---

A la institución se le recomienda, brindar un seguimiento a los participantes del taller, este seguimiento puede ser realizado cada dos meses, lo cual permita refrescar los conocimientos de los pacientes y mantener los resultados obtenidos.

De la misma forma se recomienda que, el grupo sea mantenido por profesionales de psicología de la institución, de forma tal que se continúe el apoyo psicológico brindado a esta población.

## REFERENCIAS

---

- Almendro, M., Clariana, S., Hernández, S., Rodríguez, C., Camarero, B. & del Río, T. (2011). Programa de atención psicológica al dolor crónico: El reto de un afrontamiento activo. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(110), 213-227.
- American Cancer Society (2016). Mieloma múltiple. Recuperado en <https://www.cancer.org/es/cancer/mieloma-multiple.html>
- American Cancer Society (2016). Linfoma. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/leucemia.html>
- American Cancer Society (2016). Linfoma. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/leucemia.html>
- Barragán, J., & Almanza-Rodríguez, G. (2013). Valoración de estrategias de afrontamiento, a nivel ambulatorio, del dolor crónico en personas con cáncer. *Aquichan*, 13(3), 322-335.
- Brannon, L., Feist, J. & Updegraff, J. (2014). Behavioral Factors in Cancer. En L. Brannon, J. Feist y J. Updegraff, *Health Psychology. An introduction to behavior and health* (pp. 231-252). Belmont, Estados Unidos: Cengage Learning.
- Fernández, C., Padierna, C., Villoria, E., Amigo, I., Fernández, R. & Peláez, I. (2011). Repercusión de la ansiedad y depresión en el estado físico y funcionalidad de enfermos oncológicos durante el tratamiento con quimioterapia. *Psicothema*, 23(3), 374-381.

García, F. & Alós, F. (2015). Tratamientos psicológicos eficaces para reducir la fatiga en los supervivientes al cáncer: Estado de la cuestión y perspectivas de futuro. *Papeles del psicólogo*, 36(3), 182-188.

Moix, J. & Casado M.I. (2011). Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y salud*, 22(1), 41-50. ISSN: 1130-5274.

Organización Mundial de la Salud (2016). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>

# ANEXOS

---

## Sesión 1

### Ficha de identificación

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

Cédula: \_\_\_\_\_

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

Sexo: \_\_\_\_\_

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

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Lugar de residencia: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Estado de la enfermedad: \_\_\_\_\_

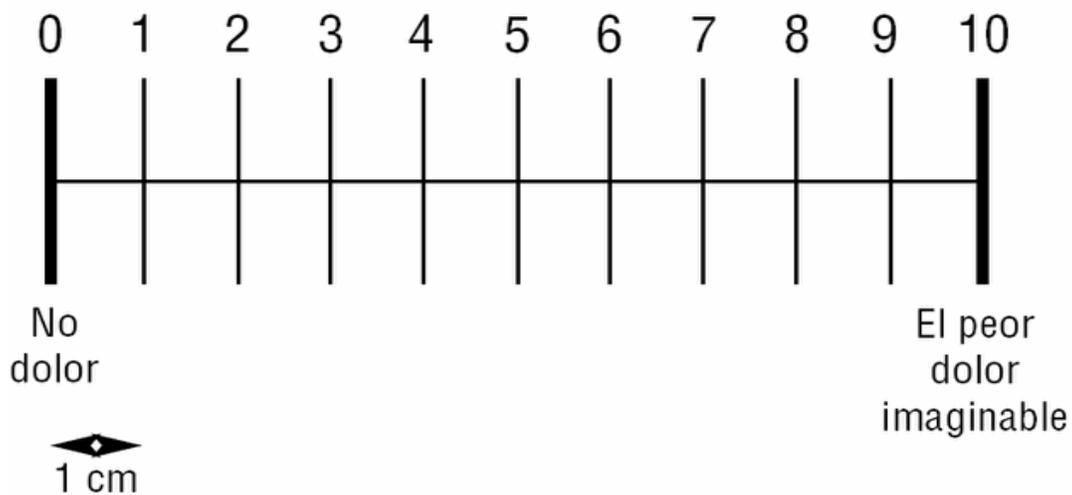
Tratamientos recibidos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tratamientos actuales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

● — ● Escala visual analógica



# ¿Cómo afecta el estrés nuestra vida?

Bach. Sthefannie Morales Esquivel

## ¿QUÉ ES LA SALUD?

---

La salud según la Organización Mundial de la Salud (2014) va más allá de un bienestar a nivel físico. Esta se plantea bajo un enfoque biopsicosocial, lo que quiere decir que el ser humano se integra por un aspecto físico, psicológico y social. Cuando una de las partes se ve afectada, las demás también presentan repercusiones. Por ejemplo, en el caso de un paciente con un diagnóstico de una enfermedad hematológica, también puede presentar dificultades a nivel psicológico tales como ansiedad, síntomas similares a la depresión, dificultades en el sueño y en las relaciones sociales.

## ¿QUÉ ES EL ESTRÉS?

---

El estrés es una respuesta fisiológica que se presenta en el cuerpo cuando el individuo tiene que hacer frente a una situación nueva, ante esta nueva situación el individuo empieza un proceso de valoración. Inicialmente se analiza la calidad de la situación o evento nuevo, el cual se conocerá como estímulo (Morrison y Bennet, 2008).

Las situaciones o estímulos pueden ser clasificados en tres tipos: los que perjudican, amenazan o son un reto. El perjuicio es cuando ya se ha presentado un daño, pérdida o fracaso; la amenaza es una expectativa de perjuicio; finalmente cuando es un reto las situaciones son visualizadas como una oportunidad de crecimiento personal y el individuo es capaz de afrontarlo (Morrison y Bennet, 2008).

Al mismo tiempo que se realiza la primera valoración, las personas llevan a cabo un segundo proceso de análisis donde se reconocen los recursos y capacidades para afrontar la situación.

El estrés se experimenta cuando se percibe el perjuicio o la amenaza como altos y las capacidades personales para hacer frente como bajas (Morrison y Bennet, 2008). Es necesario diferenciar el estrés agudo, en el cual se presenta una situación y se da respuesta a la misma, por tanto el cuerpo vuelve a su estado natural, el estrés crónico es aquel que se mantiene por tiempos prolongados y puede producir efectos desfavorables en el cuerpo.

## CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO DEL ESTRÉS CRÓNICO

---

Durante las respuestas fisiológicas del estrés se segregan sustancias en el cuerpo, que a largo plazo pueden producir consecuencias, ya que también se desatienden otros sistemas u órganos importantes.

El sistema inmune se ve afectado por la liberación prolongada de cortisol, adrenalina y noradrenalina, además pueden presentarse irregularidades en el ritmo cardiaco y desencadenar potencialmente en hipertensión y enfermedades cardiacas. También se ven afectados el sistema digestivo y sexual. Otros procesos que se ven afectados por altos niveles de estrés son el aprendizaje y la memorización (Morrison y Bennet, 2008). Sin embargo, estas son sólo algunas de las consecuencias que se pueden presentar.

## IMPACTO DEL ESTRÉS SOBRE LOS NIVELES DE DOLOR

---

Existe una relación bidireccional entre los estados de ánimo tales como la ansiedad y la percepción del dolor. Donde pacientes con síntomas de depresión o ansiedad informan que un estímulo es más doloroso que aquellos pacientes sin estos síntomas. Además se ha comprobado que cuando se empeora el estado de ánimo hay una mayor percepción del dolor, mientras que si hay un aumento del dolor puede tener repercusiones en el estado de ánimo (Morrison y Bennet, 2008).

## REFERENCIAS

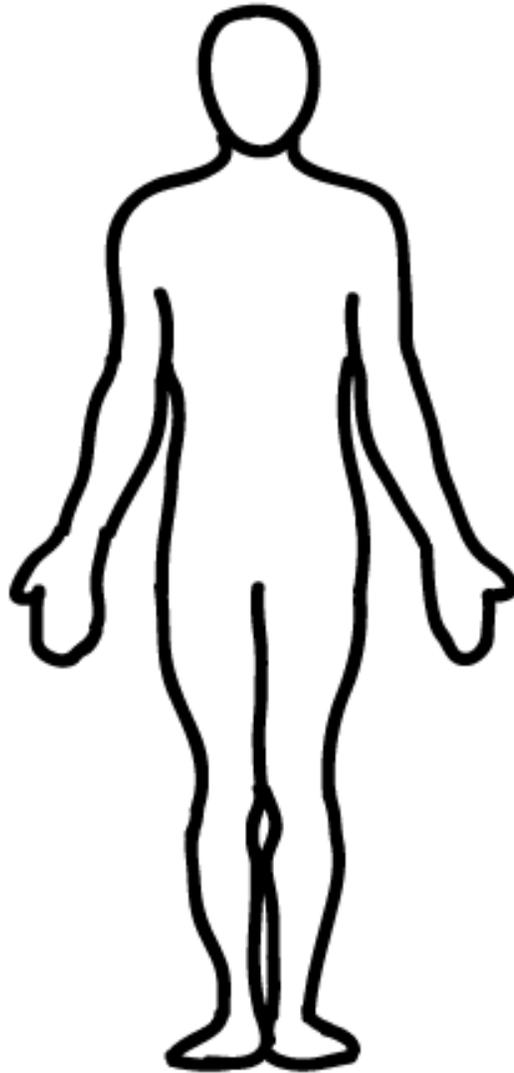
---

- Morrison, V. & Bennet, P. (2008). Estrés, salud y enfermedad: teoría. En V. Morrison & P. Bennet, *Psicología de la Salud* (pp.359-396). Madrid, España: Pearson Educación S.A.
- Morrison, V. & Bennet, P. (2008). El dolor. En V. Morrison & P. Bennet, *Psicología de la Salud* (pp.523-559). Madrid, España: Pearson Educación S.A.
- Organización Mundial de la Salud (2014). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. En Organización Mundial de la Salud, *Documentos Básicos*, Ed.48 (pp. 1-21). Italia: Organización Mundial de la Salud.

## Sesión 2

### Silueta Humana

Colorea aquellas partes de tu cuerpo que presentan una reacción cuando te sientes estresado



¿Qué situaciones te generan mayor estrés o ansiedad?

---

---

---

---

# Aprendiendo a manejar el estrés

BACH. STEFANNIE MORALES ESQUIVEL

## MANEJO DEL DOLOR Y RELAJACIÓN

---

Existen diferentes teorías que explican el fenómeno del dolor, una de ellas es la Teoría de la compuerta. Esta teoría plantea la existencia de una zona en la médula espinal que actúa como puerta del dolor, regulando los mensajes que suben hacia el cerebro permitiendo el reconocimiento del dolor, también se reconoce que el procesamiento cognitivo puede modificar la percepción del dolor (Almendro, Clariana, Hernández, Rodríguez, Camarero y del Rio, 2011; Brannon, Feist y Updegraff, 2014).

Algunos de los factores implicados en que se abra la puerta, por tanto aumentando el dolor, son factores físicos tales como la gravedad y extensión de la lesión; emocionales como la ansiedad, depresión e ira; y finalmente los cognitivos relacionados con los pensamientos, creencias y actitudes asociados a la experiencia del dolor. Algunos de los factores que colaboran para cerrar esta puerta, disminuyendo así el dolor, son los factores físicos como los tratamientos biomédicos y el descanso; factores emocionales como la relajación, una actitud positiva y factores mentales como tener la sensación de control sobre el propio dolor y poseer estrategias de afrontamiento activo (Almendro, Clariana, Hernández, Rodríguez, Camarero y del Rio, 2011; Brannon, Feist y Updegraff, 2014).

## RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA

---

A continuación se brindarán unas breves instrucciones para que la respiración diafragmática pueda ser realizada desde el hogar.

1. Busca un lugar tranquilo y cómodo, puede ser sentado o acostado, no cruces los brazos ni las piernas.
2. Puedes cerrar los ojos para tener mayor concentración.
3. Pon una mano en tu abdomen y otra en tu pecho, al respirar intenta que tu estómago se infle como un globo sin mover tu pecho.
4. Inhalar por la nariz lentamente, retener el aire por unos segundos y exhalar el aire por la boca despacio.
5. Debes realizar el ejercicio al menos durante cinco minutos.

## RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA

---

A continuación se brindarán instrucciones para realizar el siguiente ejercicio, es importante que se encuentre en un lugar tranquilo y pueda estar cómodo.

1. Sentado en una silla o acostado busque una posición cómoda, sin cruzar piernas ni brazos.
2. Cierre los ojos y comience a respirar profundamente.
3. Inhale por la nariz y exhale por la boca, procurando que la respiración sea cada vez más lenta.
4. Realice al menos cinco respiraciones profundas e inicie con el ejercicio tensión-relajación de los diferentes grupos musculares, cada ejercicio se repite **tres veces**.
5. Cada grupo muscular será tensado cuando se realice la inhalación, y se liberará la tensión cuando se exhale el aire. Puedes contraer hasta que sientes incomodidad y relajar de forma automática. Algunas sugerencias de grupos musculares son las siguientes:

1. Extremidades superiores	2. Cara y cuello	3. Tronco	4. Extremidades inferiores
Manos Brazos	Frente Ojos Boca Cuello	Hombros Pecho Estómago Espalda	Nalgas Piernas Pies

6. Una vez que relajaste todo tu cuerpo, toma un minuto para reconocer las sensaciones de tu cuerpo, repasando mentalmente cada parte del mismo.
7. Realiza 5 respiraciones profundas nuevamente y abre tus ojos lentamente.

### IMPORTANTE

- Procura realizar algún ejercicio de relajación diariamente, idealmente realizarlo dos veces al día por un tiempo aproximado de 10 a 15 minutos.
- Entre más se practique el ejercicio mejores resultados se obtendrán y será más fácil relajarnos.
- Trata de poner tu mente en blanco, a pesar de que sea difícil, al liberarla de tus preocupaciones te sentirás mejor.

### REFERENCIAS

---

Almendro, M., Clariana, S., Hernández, S., Rodríguez, C., Camarero, B. y del Río, T. (2011). Programa de atención psicológica al dolor crónico: El reto de un afrontamiento activo. *Revista Asociación Española Neuropsiquiátrica*, 31(110), 213-227.

Brannon, L., Feist, J. & Updegraff, J. (2014). Understanding and Managing Pain. En L. Brannon, J. Feist y J. Updegraff, Health Psychology. An introduction to behavior and health (pp. 143-171). Belmont, Estados Unidos: Cengage Learning.

### Sesión 3

#### **Metáfora: El conductor de autobús y los pasajeros**

Es como si hubiera un autobús con muchos pasajeros en el que usted es el conductor. Los pasajeros son pensamientos, sentimientos, recuerdos y todas esas cosas que cada uno de nosotros tiene en su propia vida. Es un autobús con una única puerta y sólo de entrada. Algunos de los pasajeros son temibles, visten chaquetas de cuero negro y llevan navajas. Sucede que usted conduce y los pasajeros comienzan a amenazarlo, diciéndole lo que tiene que hacer, dónde tiene que ir; le dicen que tiene que girar a la derecha, luego girar a la izquierda, etc. Para conseguir que haga lo que ellos le piden, le tienen amenazado. La amenaza que le han hecho es que si no hace lo que ellos dicen van a situarse a su lado y no se quedarán al fondo del autobús, que es donde usted quiere que ellos estén para que no le molesten. Es como si usted hubiera establecido el siguiente trato con estos pasajeros: «Vosotros os sentáis en el fondo del autobús y os agacháis de tal manera que yo no pueda verlos con demasiada frecuencia, y entonces yo haré lo que digáis, todo lo que digáis». Ahora bien, qué pasa si un día se cansa del trato y dice: ¡No me gusta esto! ¡Voy a echar a esa gente fuera del autobús! Con esa idea, para el vehículo y se vuelve para enfrentarse con los pasajeros que le amenazan y molestan. Entonces, se da cuenta de que la primera cosa que ha hecho es parar. Así que ahora usted no está yendo a ninguna parte, tan sólo está enfrentándose con esos pasajeros. Y, además, ellos son realmente fuertes, no se han planteado abandonar. Entonces forcejea con ellos, pero no sirve de mucho. Por lo tanto, de momento usted vuelve a su asiento y para tratar de aplacarlos y conseguir que se sienten otra vez en el fondo, donde no pueda verlos, usted dirige el autobús por donde ellos mandan. El problema con esta actitud es que, a cambio de que se calmen y de no verlos, usted hará lo que le ordenen, y cada vez lo hace antes, pensando en sacarlos de su vida. Muy pronto, y casi sin darse cuenta, ellos ni siquiera tendrán que decirle “gira a la izquierda”, sino que usted se da cuenta de que tan pronto se acerque un giro a la izquierda los pasajeros van a echarse sobre usted como no gire a la izquierda. Sin tardar mucho, justifica la situación lo suficiente de modo que casi cree que ellos no están en el autobús y se convence de que está llevando el autobús por la única dirección posible. Se dice simplemente a sí mismo que la izquierda es en realidad la única dirección en la que uno puede girar. Entonces, cuando ellos aparecen otra vez, lo hacen con el poder añadido de todos los enfrentamientos que ha tenido con ellos en el pasado. Ahora bien, el truco acerca de esta historia es el siguiente: el poder que estos pasajeros tienen sobre usted está basado en un cien por cien en que funcionan diciéndole algo así: “Si no haces lo que te decimos, apareceremos y haremos que nos mires”. Eso es todo lo que pueden hacer. Es verdad que cuando ellos se manifiestan, parece como si pudieran hacer mucho daño: tiene navajas, cadenas, etc. Parece como si pudieran destruirlo. Así, las cosas, usted acepta el trato y hace lo que ellos dicen para calmarlos, para que se vayan al final del autobús donde no los pueda ver. El conductor (usted) tiene el control del autobús, pero ha depositado ese control en esos tratos secretos con los pasajeros. En otras palabras, ¡intentando mantener el control de los pasajeros, en realidad ha perdido la dirección del autobús! Aunque los pasajeros afirman que pueden destrozarlo si no gira a la izquierda, ellos nunca han sido capaces de hacer eso sin su cooperación. Ellos no giran el volante, ni manejan el acelerador ni el freno.

**El conductor es usted.**

¿Cuáles son los valores que quiero que guíen mi vida?

---

---

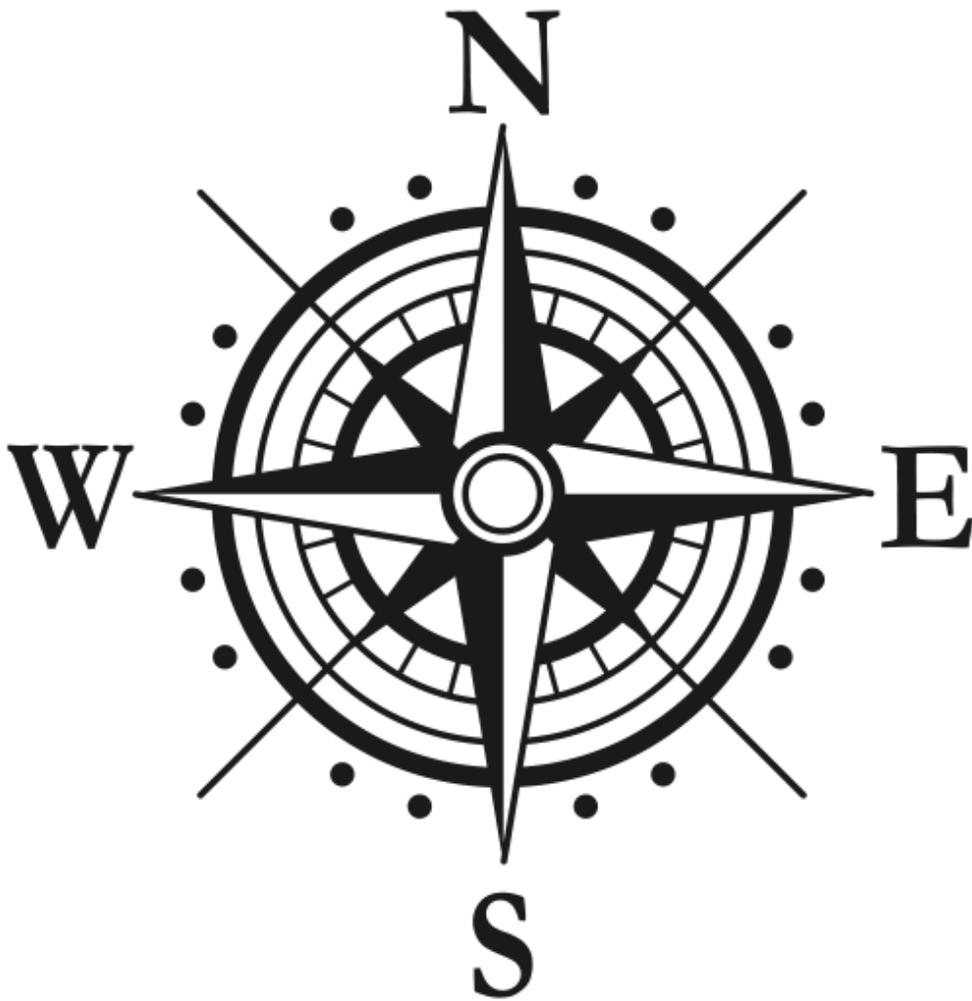
---

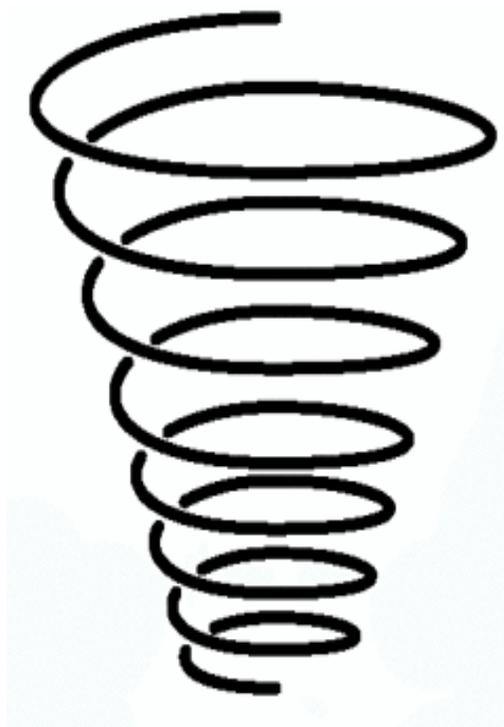
---

---

---

---





## Planes de acción

Cada día

---

---

---

Momentos de estrés

---

---

---

Situaciones difíciles

---

---

---

# ¿Aceptarme y comprometerme?

Bach. Sthefannie Morales Esquivel

## **EL SUFRIMIENTO HUMANO Y LA EVITACIÓN**

---

En el ser humano se puede presentar tanto un sufrimiento físico, ocasionado por diferentes enfermedades o dificultades, y un sufrimiento psicológico, que puede estar relacionado con lo anterior, pero también se puede ver influido por otros aspectos.

A lo largo de la vida las personas han aprendido diferentes formas de ver las cosas, aprenden también que cosas detectar y conocer de sí mismos y a catalogar ambas cosas como normales y naturales aunque puedan ser dolorosas, o bien se catalogan como anormales y negativas y se visualizan como una barrera para vivir (Wilson y Luciano, 2014).

Parte del sufrimiento psicológico de la cultura occidental se debe a la necesidad de perseguir aquellas metas sociales “correctas” o apropiadas” para vivir bien. El principal problema se presenta cuando la propia vida brinda otras oportunidades e insistentemente se continúa persiguiendo un ideal de felicidad o de bienestar diferente al que la vida de cada persona arroja (Wilson y Luciano, 2014).

Una persona atrapada en este patrón recurrente de evitación estaría inmersa en un círculo vicioso en el que, ante la presencia de malestar o angustia (...) se produce la necesidad de aplacar tal función, para lo cual hará lo que considera correcto de acuerdo con su historia (...). Sin embargo, tristemente los hechos muestran que el resultado obtenido es totalmente contrario a los propósitos perseguidos, de manera que este patrón de evitación se torna, así, paradójico, ya que cuantos más intentos por resolver el problema se hagan, más se extiende el problema y más limitaciones genera en la vida de la persona (Wilson y Luciano, 2014, p. 74).

## **VALORES**

---

En la Terapia de Aceptación y Compromiso es muy importante identificar los valores, estos son aquellas cosas que son importantes para cada persona. Cada ser humano va a poseer valores diferentes. De forma progresiva, es importante que cada persona identifique aquellos aspectos, metas o valores que quiere que guíe su vida, tal cual el norte de una brújula.

Algunas áreas que se pueden revisar para la definición de los valores o aspectos importantes pueden ser los siguientes: familia, pareja, amistades, empleo, educación, diversión, espiritualidad, ciudadanía, bienestar físico, entre otros (Wilson y Luciano, 2014, p. 74).

## **BARRERAS**

---

Tal como lo dice la palabra, para alcanzar los valores o metas se pueden presentar barreras que dificulten alcanzar las metas que habían sido propuestas como guías para la vida. Si bien es cierto que estas barreras pueden surgir del contexto, también se debe de considerar que los seres humanos se colocan barreras a sí mismo para alcanzar sus objetivos y los desvían de los mismos.

Algunos ejemplos de barreras según Wilson y Luciano (2014) pueden ser los siguientes:

- Pensamientos y emociones que tienen la forma de: “esto no es posible”.
- Pensamientos con la forma de: “aunque es posible, no puedo hacerlo”.
- Reacciones emocionales y corporales muy fuertes que acompañan a pensamientos del siguiente tipo: “esto es demasiado como para poder manejarlo”.
- Volver a la rumiación o reflexión sobre la experiencia en lugar de permanecer abierto a esa experiencia momento a momento.
- Los sentimientos de desesperanza.

## **OBJETIVOS**

---

---

Los objetivos de la Terapia de Aceptación y Compromiso según Wilson y Luciano (2014) son:

- Clarificar los valores que van a guiar la vida.
- Aceptar los eventos personales que no se pueden cambiar.
- Fortalecer el yo en el momento presente, sin preocuparse por el ayer ni el mañana.

## **REFERENCIA**

---

Wilson, K. y Luciano, C. (2014) *Terapia de Aceptación y compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.

## Sesión 4

# Mindfulness

Bach. Sthefannie Morales Esquivel

## ¿QUÉ ES EL MINDFULNESS?

---

Kabat-Zinn (citado en Bartley, 2013) plantea que el mindfulness consiste en prestar atención de una determinada forma al momento presente sin juzgarlo.

Prestar atención es estar completamente presente a la experiencia directa, esto sin importar lo que aquí y ahora esté haciendo, sintiendo o pensando. Es hacer algo conscientes de que se está haciendo, tal como degustar la comida al comer, pasear y darse cuenta del panorama que se tiene enfrente, prender la radio y prestar realmente atención al programa sintonizado (Bartley, 2013).

El mindfulness también permite aprender a responder de una forma diferente a las situaciones difíciles. Para esto, en lugar de reaccionar de forma automática y dirigirse a un pensamiento catastrófico: “esto es lo peor”, permite hacer una pausa y volver a la experiencia directa (Bartley, 2013).

## ¿QUÉ BENEFICIOS TRAE EL MINDFULNESS?

---

Cada uno de los ejercicios le va a permitir a las personas aprender a dirigir su atención al cuerpo y la respiración, de forma tal que esta se convierte en su “ancla” para el momento presente.

Estas prácticas, según Bartley (2013) ayudan a:

- No dejarse llevar por reacciones automáticas y volver al ancla del presente tanto en el cuerpo como en la respiración.
- Dirigirse lentamente hacia aquello que resulta difícil.
- Dirigir a la propia experiencia una atención más amable, curiosa y bondadosa.

Cada vez resultará más sencillo identificar cuando la mente se desvía del momento presente, cuando afloran críticas, preocupaciones, pensamientos de desesperación y cómo la forma en que estos pueden arrastrar a las personas.

## PILOTO AUTOMÁTICO Y MENTE DEL PRINCIPIANTE

---

Según Bartley (2013) la mayor parte del tiempo las personas funcionan en piloto automático, ya que rara vez están totalmente presentes, pasan fácilmente de recordar lo que sucedió a imaginar lo que va a suceder. Si este proceso se hace un poco más despacio permite visualizar las cosas con mayor nitidez y detalle.

Ahora bien, la idea es mantener una mente de principiante, la cual esté abierta a muchas experiencias y posibilidades. La mente de experto sólo da paso a unas pocas.

## **ACERCÁNDONOS A LAS DIFICULTADES**

---

Existe un círculo vicioso cuando existe o existió alguna enfermedad, este inicia con una sensación general de ansiedad, esta va a llevar a una tensión corporal que se puede experimentar como dolor o malestar. Una vez experimentadas estas sensaciones la atención se arrastra a esas sensaciones y aparecen las interpretaciones negativas que se añaden a los sentimientos de ansiedad que alientan la tensión y el dolor físico, esto aumenta las interpretaciones negativas, alimentando finalmente el círculo vicioso (Bartley, 2013).

A partir de lo anterior se comprende la necesidad de cuestionar la validez de esos pensamientos automáticos, ya que fácilmente se alimentan sensaciones displacenteras. El nuevo paso consiste en dejar de lado la evitación y orientarse de forma amable hacia esas dificultades para explorarlas (Bartley, 2013).

## **REFERENCIA**

---

Bartley, T. (2013). *Terapia cognitiva basada en mindfulness para el cáncer. Guía práctica*. Bilbao, España: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.

## Práctica sedente

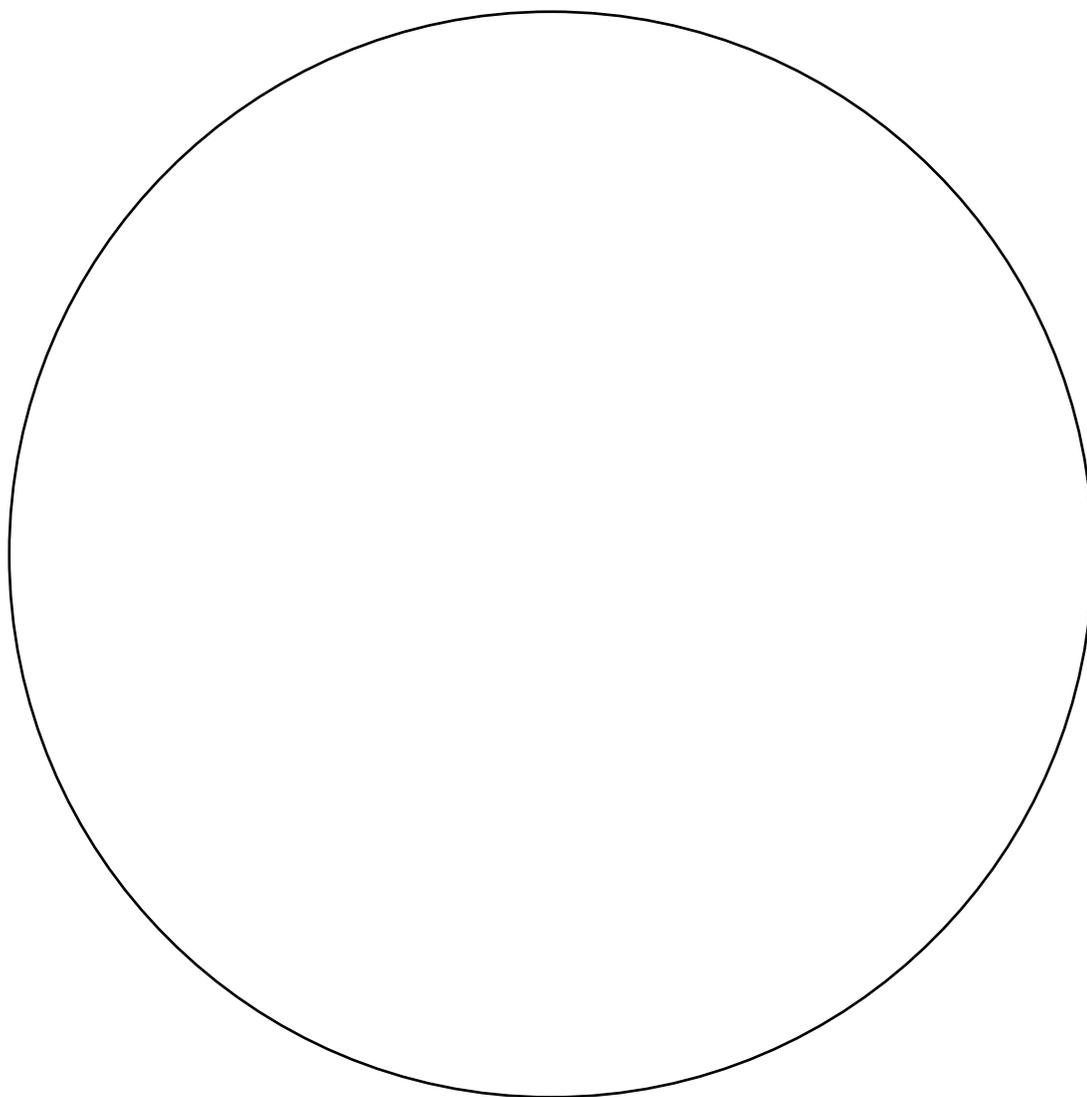
Sientate y observa lo que ocurre a tu alrededor:

- Postura: Suelta el peso de tu cuerpo y permite que descansa en el contacto con el suelo y el asiento, mientras se mantiene erguido el cuerpo hacia arriba, a través de la columna, hasta llegar a la coronilla.
- Intención de esta práctica y de toda la sesión:
  - Mira las formas, los colores, las luces y las sombras de los objetos que te rodean. Date cuenta de cómo te sientes atraído hacia algunas de ellas y rechazas otras.
  - Respira, dirigiendo la atención a las sensaciones de la respiración en el tronco y, cuando te des cuenta de que tu mente divaga, regresa amablemente.
  - El cuerpo como totalidad sentada aquí, sintiendo la respiración en todo el cuerpo.
  - Escucha, dejando que los sonidos lleguen a tus oídos, experimentandolos directamente con ritmo, intensidad, tono, etc., y dandote cuenta de los pensamientos que suscitan.
  - Evoca mentalmente alguna dificultad, ubica la sensación corporal que la acompaña, orientate hacia ella y explora con detenimiento las sensaciones que la acompañan (sentimiento, forma, textura, color, dinámica, peso, calor, etc.), respirando en ella y desde ella e infundiéndole bondad con la respiración con la intención de abrirla y ablandarla.
  - Respiración: Date cuenta de que, cada vez que lo necesites, puedes volver al ancla de la respiración y, en algún momento, cerca del final de la práctica, volver a la respiración en el cuerpo y a la sensación del cuerpo como una totalidad asentada aquí.
  - Cultiva la amabilidad hacia toda la experiencia.

(Bartley, 2013, p. 218)

## Sesión 5

### ¿Cómo distribuyo mi tiempo?



¿Qué me gustaría cambiar?

---

---

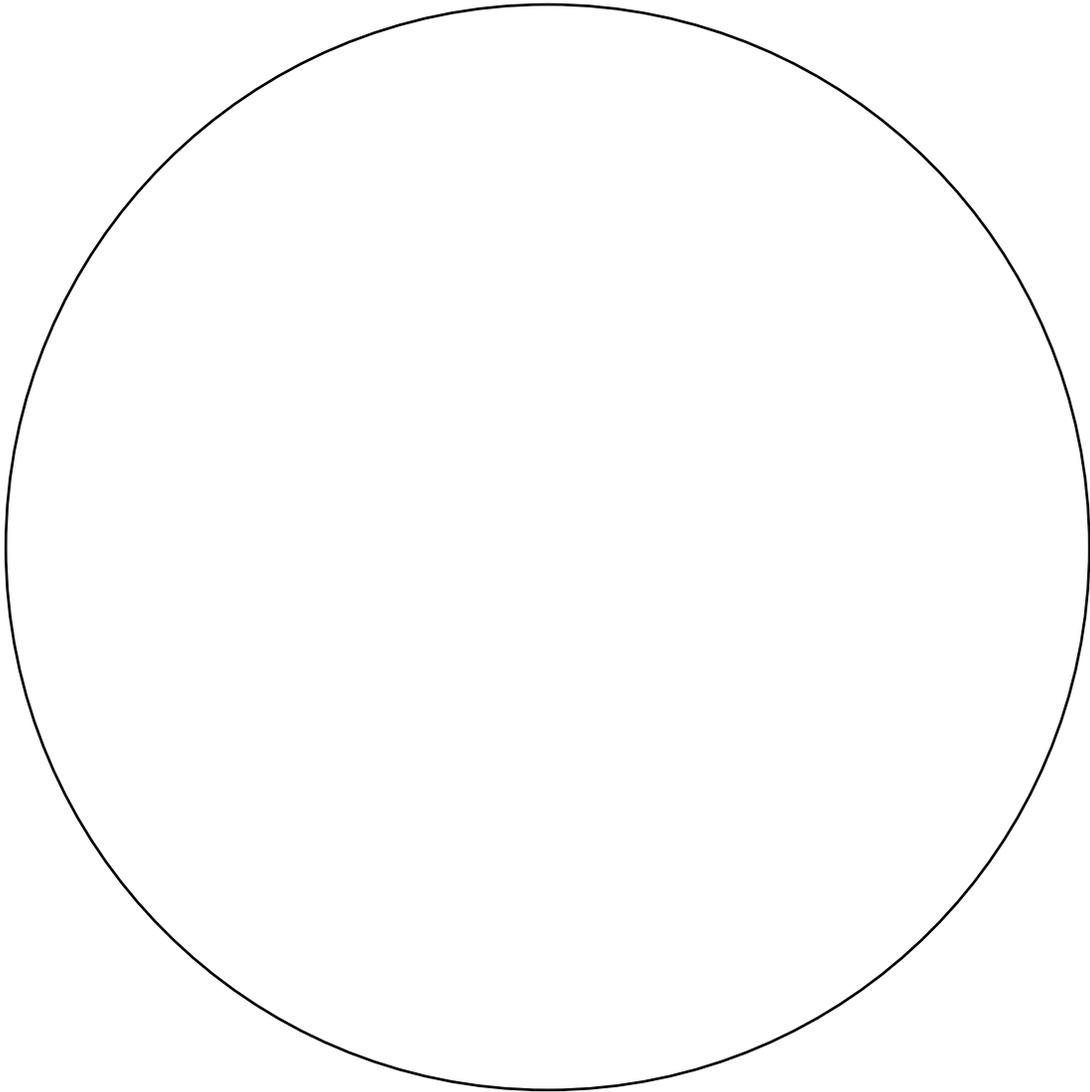
---

---

---

---

**¿Cómo me gustaría que fuera?**



# Hábitos de sueño y actividad física

Bach. Sthefannie Morales Esquivel

## **EL SUEÑO: IMPORTANCIA Y BENEFICIOS**

---

Actualmente el sueño no es solamente un proceso normal, sino que es considerado como un proceso fisiológico de vital importancia para la salud integral de los seres humanos (Carillo-Mora, Ramírez-Peris, Magaña-Vásquez, 2013).

Algunas de las funciones que se ven afectadas por la falta de sueño son las siguientes: la atención se vuelve variable e inestable y se incrementan los errores de omisión y comisión, enlentecimiento cognitivo, el tiempo de reacción se prolonga, la memoria de corto plazo y de trabajo disminuye, se afecta el aprendizaje, se toman decisiones más arriesgadas, se altera la capacidad de juicio, se disminuye la flexibilidad cognitiva, se presentan alteraciones en el humor tales como la irritabilidad y el enojo, se presenta la fatiga y se disminuye la autovigilancia y los “microsueños” involuntarios aumentan (Carillo-Mora, Ramírez-Peris, Magaña-Vásquez, 2013).

Los síntomas asociados a problemas en los hábitos de sueño pueden exacerbar o aumentar otros síntomas, afectar la calidad de vida y el nivel funcional de las personas (Absolon et al., 2016)

Algunas recomendaciones de la higiene del sueño según Carillo-Mora, Ramírez-Peris, Magaña-Vásquez (2013) son las siguientes:

- Evitar realizar siestas prolongadas durante el día.
- Acostarse a dormir a una misma hora todos los días
- Despertarse todos los días a una misma hora
- Evitar hacer actividad física vigorosa antes de dormir
- Evitar consumir alcohol, cigarro y bebidas con cafeína (café, té, chocolate, refrescos de cola o bebidas energéticas) al menos 4 horas antes de dormir
- Evitar realizar actividades sensorialmente muy estimulantes antes de acostarse (video juegos, internet, televisión)
- Evitar irse a acostar si se está estresado, ansioso, enojado o preocupado.
- No utilizar la cama para otras actividades: leer, estudiar, comer, trabajar, etc.
- Dormir en una cama confortable
- No realizar trabajo importante minutos antes de irse a dormir: trabajo, tareas, estudio
- Evitar pensar sobre sus actividades del día u organizar y planear sus actividades futuras mientras trata de dormir

- Dormir en una habitación con baja iluminación y poco ruido ambiental

Es importante destacar las técnicas de relajación como estrategia para mejorar los hábitos de sueño ya que permite disminuir el nivel de activación antes de dormir. Finalmente es importante revisar las expectativas y creencias sobre el sueño que puedan afectar la forma de dormir.

## **EJERCICIO FÍSICO: IMPORTANCIA Y BENEFICIOS**

---

El ejercicio físico no solamente permite balancear la ingesta de energía y el consumo de la misma, sino que también ayuda como un factor protector de la salud física en diversas formas (Morrison y Bennet, 2008). El ejercicio físico trae también beneficios a nivel psicológico, los principales resultados de esta relación se asocian con las mejoras en el estado de ánimo, estas mejoras no solamente se relacionan con el mejoramiento en la imagen corporal, sino que también ayuda a disminuir los niveles de ansiedad (Morrison y Bennet, 2008).

Otros de los beneficios, según Morrison y Bennet (2008) relacionados con el ejercicio son los siguientes:

- Mejoras en la autoestima.
- Mejora en las conductas prosociales.
- Liberación de opiáceos naturales del cuerpo por la sangre que actúan como calmantes.
- Estimulación de la liberación de adrenalina y noradrenalina que contrarrestan las respuestas de estrés y mejoran el estado de ánimo.
- Mediante la relajación de los músculos se reduce la sensación de tensión.

Además, se ha demostrado que el ejercicio moderado tal como caminar conlleva a beneficios en la calidad de sueño (Chiu, Huang, Chen, Hou, Tsai, 2015).

Es importante destacar que el ejercicio se debe realizar de forma moderada, acorde al caso y necesidades de cada persona; por tanto es importante hablar con tu doctor para seguir las mejores recomendaciones.

## **REFERENCIAS**

---

- Absolon, N., Balneaves, L., Truant, T., Cashman, R., Wong, M., Hamm, J. y Witmans, M. (2016). A self-administered sleep intervention for patients with cancer experiencing insomnia. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 20(3), 289-297. DOI: 10.1188/16.CJON.289-297
- Carrillo-Mora, P., Ramírez-Peris, J. y Magaña-Vásquez, K. (2013). Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 56(4), 5-15.
- Chiu, H, Huang, H., Chen, P., Hou, W. y Tsai, P. (2015). Walking improves sleep IN individuals with cancer: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Oncology Nursing Forum*, 42(2), e54-e62.

Morrison, V. & Bennet, P. (2008). Comportamiento saludable. En V. Morrison & P. Bennet, Psicología de la Salud (pp.105-132). Madrid, España: Pearson Educación S.A.

**¿Qué aprendí el día de hoy?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Anexo 7. Exposición resultados taller Promoción de la calidad de vida en pacientes de hematología

### Taller promoción de la calidad de vida en pacientes de hematología

Sthefannie Morales Esquivel

#### Objetivos

Objetivo general:

- Promover una mejora en la calidad de vida de pacientes con enfermedades hematológicas con dolor crónico, síntomas de ansiedad y trastornos del sueño mediante la utilización de estrategias psicológicas que permitan un afrontamiento activo de la enfermedad.

#### Objetivos

Objetivos específicos:

- Brindar psicoeducación sobre la relación entre la salud física y mental.
- Fomentar el uso de estrategias de relajación que mejore los niveles de dolor percibidos por los pacientes.
- Fomentar estilos de vida más saludables que aumenten la calidad de vida de los pacientes.
- Brindar un acompañamiento emocional a pacientes con enfermedades hematológicas en el proceso de aceptación del diagnóstico y afrontamiento del tratamiento.

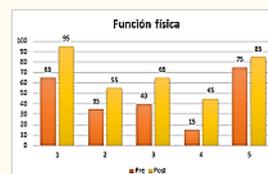
#### Sesiones

1. Evaluación inicial
2. Estrategias de relajación para el manejo del estrés y el dolor.
3. Terapia de Aceptación y Compromiso
4. Mindfulness
5. Ejercicio físico e higiene del sueño
6. Evaluación final

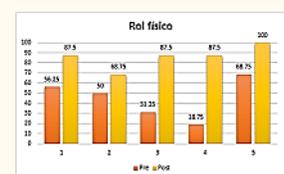
## Resultados



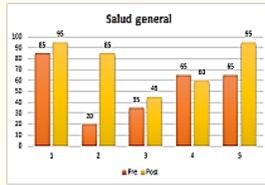
#### Función física



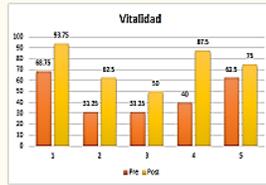
#### Rol físico



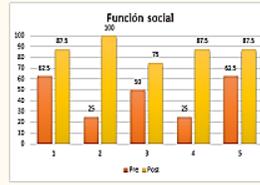
## Salud general



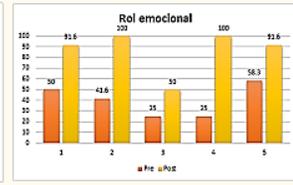
## Vitalidad



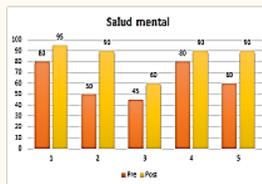
## Función social



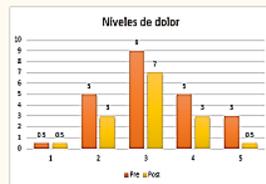
## Rol emocional



## Salud mental



## Dolor crónico



## Conclusiones

- Mejoras en el estado de ánimo.
- Menores niveles de dolor y mayor control sobre los mismos.
- Aumento en la actividad física.
- Mejores hábitos de sueño.
- Mayor involucramiento social.
- Mejor aceptación de su diagnóstico.

Gracias

**Fundación Pro clínica del Dolor y Cuidados Paliativos**  
**Hospital San Juan de Dios**

**Intervención psicológica y psicoeducativa en pacientes diagnosticadas con**  
**cáncer de mama.**

**Autores:**

**MSc. Diana Rodríguez**

**Bach. Sthefannie Morales Esquivel**

**Bach. Raúl Gallardo**

**2017**

## **Denominación del proyecto**

1. Intervención psicológica y psicoeducativa pre y post -operatoria a las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama que se encuentran internadas en el Hospital San Juan de Dios.
2. Intervención psicológica y psicoeducativa preoperatoria para pacientes diagnosticadas con cáncer de mama que se encuentran en consulta externa en el Hospital San Juan de Dios.

## **Naturaleza del proyecto**

El presente proyecto tiene dos ejes fundamentales de intervención: 1) sesión pre y post operatoria desarrollada con pacientes diagnosticadas con cáncer de mama que se encuentran hospitalizadas a la espera de su cirugía correspondiente o en período de recuperación e 2) intervención de cuatro sesiones preparatorias a la cirugía y tratamientos dirigidos a pacientes de consulta externa diagnosticadas con cáncer de mama.

*1) Sesión pre y post operatoria desarrollada con pacientes diagnosticadas con cáncer de mama que se encuentran hospitalizadas a la espera de su cirugía correspondiente o en período de recuperación.*

### Intervención pre-operatoria:

Como se abordará en párrafos posteriores, la intervención preoperatoria tiene como principal objetivo el brindar una intervención psicológica y psicoeducativa que permita a las pacientes contar con herramientas para afrontar el procedimiento venidero. Dentro de las temáticas de intervención de esta primera sesión se encuentran:

- Estrategias de relajación para el manejo de la ansiedad.
- Psicoeducación de los posibles procedimientos quirúrgicos para el cáncer de mama (según cada diagnóstico y posible tratamiento).
- Promoción del proceso de aceptación y duelo por la pérdida de una parte corporal.

- Expresión de emociones previo a la cirugía.

#### Intervención post-operatoria:

La intervención post-operatoria, en conjunto con la anterior busca mejorar la adherencia al tratamiento de las participantes teniendo un impacto positivo tanto en la salud física como mental, para conseguirlo la presente sesión aborda las siguientes temáticas:

- Autocuidado en el proceso de recuperación.
- Organización de redes de apoyo para la colaboración en tareas básicas e instrumentales de la vida diaria.
- Impacto emocional del cambio en la imagen corporal.
- Establecimiento de límites y capacidad para delegar sus funciones.

*2) Intervención de cuatro sesiones enfocadas en pacientes de consulta externa diagnosticada con cáncer de mama.*

#### Sesión #1: Introducción al taller

Objetivo general:

- Reconocer el impacto a nivel emocional y social que ha tenido el diagnóstico de cáncer de mama en las participantes.
- Identificar la existencia de síntomas de ansiedad asociados al diagnóstico y tratamientos del cáncer de mama
- Brindar psicoeducación sobre los diferentes tratamientos realizados para el cáncer de mama.

Objetivo	Actividad	Tiempo	Materiales
Brindar una introducción al taller para abordar las expectativas de las participantes sobre el proceso.	<b>1. Bienvenida y presentación del taller:</b> Se realiza la bienvenida al taller, la presentación de los psicólogos que estarán a cargo de los distintos talleres y una breve introducción sobre las temáticas abordadas durante las diferentes sesiones.	10 minutos	Ninguno
Propiciar el uso de reglas de comportamiento básicas para mejorar la interacción grupal.	<b>2. Establecimiento de reglas:</b> Se presentan las reglas del grupo a las participantes, donde se incluyen las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Confidencialidad.</li> <li>• Respeto a las opiniones y emociones ajenas.</li> <li>• Puntualidad.</li> <li>• No brindar consejos a otros miembros del grupo.</li> <li>• No se permite el uso de celulares.</li> <li>• Sigilo</li> </ul>	5 minutos	Ninguno
<p>Conocer a las personas participantes estableciendo a su vez una relación de confianza en el grupo.</p> <p>Identificar síntomas de ansiedad asociados al</p>	<b>3. Presentación de las participantes:</b> Cada participante tendrá el espacio para presentarse, deberá incluir los siguientes aspectos: nombre, edad, lugar de residencia, con quien convive, diagnóstico y el proceso de conocerlo.	30 minutos	Gafetes

proceso de diagnóstico y tratamiento.			
Brindar psicoeducación sobre tratamientos para el cáncer de mama para reducir los niveles de ansiedad asociados a estos procesos.	<b>4. Tratamientos para el cáncer de mama:</b> Se brinda a las participantes la explicación de forma sencilla de los diferentes tratamientos a los que serán sometidas acorde al diagnóstico que posee cada una. En este apartado se incluyen: cuantrectomía, mastectomía simple y radical y ampliación de márgenes.	20 minutos	Imágenes Brochure
Identificar el impacto que tiene la ansiedad sobre la persona y sus conductas.	<b>5. ¿Qué es la ansiedad y cómo me afecta?:</b> En conjunto con las participantes se identifican las señales fisiológicas asociadas a la ansiedad, así también se identifican las consecuencias que estas pueden traer y la necesidad y capacidad de controlarlo.	15 minutos	Ninguno
Promover la utilización de estrategias de relajación.	<b>6. Ejercicio de relajación:</b> Se le brinda a las participantes las indicaciones generales para que puedan desarrollar el ejercicio de respiración diafragmática. Posteriormente se realiza con ellas el ejercicio de forma guiada. Finalmente las participantes comentan como se sintieron durante la realización del ejercicio.	20 minutos	Brochure

Identificar los principales aportes y conocimientos desarrollados a partir de lo expuesto en el taller.	<b>7. Cierre:</b> Se retoman los aprendizajes obtenidos dentro del taller y se invita a la próxima sesión.	10 minutos	Ninguno
---	--	------------	---------

## Sesión #2: Imagen corporal y Manejo de la ansiedad

Objetivo general:

- Reconocer el impacto emocional asociado al cambio de imagen producto del cáncer de mama.
- Promover el uso de estrategias de relajación para el manejo de la ansiedad.

<b>Objetivo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Materiales</b>
Brindar una introducción al taller para abordar las expectativas de las participantes a la sesión.	<b>1. Bienvenida:</b> Se da la bienvenida a las participantes al taller y se realiza una breve introducción sobre el tema del taller.	5 minutos	Ninguno
Identificar el impacto a nivel social y emocional del diagnóstico de cáncer de mama en las participantes.	<b>2. Imagen corporal:</b> Se reparten hojas con siluetas y post-it. Se le solicita a las participantes que escriban en los post-it el significado del seno para cada una de ellas, ejemplo: la feminidad, la belleza, la sensualidad, la sexualidad, la maternidad, el amamantar, etc. El trabajo se realizará tanto de forma individual como grupal, las	30 minutos	Papelógrafo Hojas blancas Post-it Pilots Siluetas

	<p>participantes deberán escribir en post-it aquello que significa para ellas su seno y colocarlo en la silueta proporcionada. Posteriormente deberán recolocar estas etiquetas en otras partes del cuerpo que permitan mantener esos significados dentro de ellas. Las participantes que deseen pueden exponer su trabajo mediante el uso de los post-it y el papelógrafo con la silueta al resto del grupo y se discutirá. Se fomentará el mantener estas características en otras partes del cuerpo.</p>		
Brindar un breve entrenamiento en ejercicios de relajación	<p><b>3. Respiración diafragmática:</b> De acuerdo a lo visto en la sesión anterior, se realizará el ejercicio de respiración diafragmática de forma guiada por la psicóloga. De la mano de lo anterior se realizará el ejercicio el lugar de sanación. Al finalizar se les solicitará a los participantes que compartan su experiencia con el resto de integrantes.</p>	20 minutos	Música relajante
Identificar los principales aportes y conocimientos desarrollados a partir de lo expuesto en el taller.	<p><b>5. Cierre:</b> Se repasan los aprendizajes obtenidos durante el taller, se realiza la invitación para la próxima sesión.</p>	10 minutos	Ninguno

### Sesión #3: Duelo

Objetivo general:

- Promover el proceso de despedida y duelo con respecto al futuro cambio de imagen corporal de las participantes por la pérdida de una parte o la totalidad de su seno.

<b>Objetivo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Materiales</b>
Brindar una introducción al taller para abordar las expectativas de las participantes a la sesión.	<b>1. Bienvenida:</b> Se les da la bienvenida a las participantes y se les informa sobre el tema a tratar en la presente sesión.	10 minutos	Ninguno
Reconocer el impacto que tiene la presente enfermedad a nivel físico y social, afectando el autoconcepto de la persona a futuro.	<b>2. Pasado, presente y futuro:</b> Por medio de diferentes imágenes las pacientes deben identificar con cuales representarían su pasado, su presente y su futuro, tomando en consideración los futuros tratamientos a los cuáles se verán sometidas producto del cáncer de mama. Una vez seleccionadas las imágenes las participantes compartirán con el resto del grupo sus elecciones.	20 minutos	Imágenes

<p>Promover un proceso de despedida hacia el seno por parte de las participantes como preparación al proceso venidero.</p>	<p><b>3. Carta de agradecimiento y despedida:</b> Cada participante realizará una carta donde escribirá lo que significa su seno para sí misma, le agradecerá y finalmente se despedirá de este para comenzar una nueva etapa en la vida sin este. Las participantes que lo deseen pueden compartirlo de forma grupal.</p>	<p>10 minutos</p>	<p>Hojas rayadas Lápiceros</p>
<p>Promover la visualización de una nueva imagen corporal por parte de la paciente una vez finalizada la cirugía.</p>	<p><b>4. Reconstrucción de la imagen corporal:</b> Cada participante se realizará a sí misma con plasticina una vez afrontada la cirugía, lo cual implica visualizarse sin una parte o la totalidad de su seno. El trabajo realizado será compartido grupalmente.</p>	<p>15 minutos</p>	<p>Plasticina</p>
<p>Identificar los principales aportes y conocimientos desarrollados a partir de lo expuesto en el taller.</p>	<p><b>5. Cierre:</b> Se retoman los aprendizajes y reflexiones obtenidas del taller. Se invita a las participantes a la última sesión.</p>	<p>5 minutos</p>	<p>Ninguno</p>

## Sesión #4: Autocuidado

### Objetivo

- Promover estrategias de autocuidado para mejorar la adherencia al tratamiento teniendo un impacto positivo en la recuperación.

<b>Objetivo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Materiales</b>
Brindar una introducción al taller para abordar las expectativas de las participantes a la sesión.	<b>1. Bienvenida:</b> Se les da la bienvenida a las participantes y se les informa la programación de la sesión del día.	10 minutos	Ninguno
Identificar espacios de autocuidado existentes actualmente en la vida de los pacientes y posibles cambios a realizar para mejorar la calidad de vida.	<b>2. Rutina diaria:</b> A cada participante se le entrega una hoja con un círculo, el cual deben dividir según el tiempo y las actividades realizadas durante el día. Una vez finalizado deben identificar qué cosas de su día les gustaría cambiar, esto deben comentarlo con el grupo y reconocer los espacios de autocuidado que cada uno posee.	15 minutos	Hojas impresas con las actividades para trabajar. Lapiceros. Lápices de color.
Promover la identificación del conocimiento de actividades de autocuidado que como mujer, y –o mamá promuevo en mi familia pero no ejecuto en mí.	<b>3. Reconociendo mis paradojas comportamentales:</b> Se le entrega un papel a cada participante donde debe escribir que actividades recomiendan ellas a sus queridos para mantener la salud, se cuestiona en torno a la realización de estas actividades en ellas mismas, finalmente incentivando su realización .	10 minutos	Papelitos y lapiceros

Reconocer la importancia de las autoafirmaciones en la formación del autoconcepto. Reconocer factores protectores de mi autocuidado	<b>4. Tejedor de afirmaciones:</b> Lectura del cuento tejedor de afirmaciones y reflexión grupal sobre el mismo.	10 minutos	Cuento: Tejedor de afirmaciones Hoja con tejido para autorellenar
Promover un compromiso de las participantes consigo mismas para mejorar la adherencia al tratamiento y un mejor proceso de recuperación.	<b>5. Contrato conmigo misma:</b> Cada participante deberá firmar un contrato donde se comprometa consigo misma a cuidarse una vez afrontada la intervención quirúrgica, lo cual incluye seguir las recomendaciones médicas, asistir a citas y realizar los ejercicios correspondientes.	10 minutos	Hojas: Contrato conmigo misma
Identificar los principales aportes y conocimientos desarrollados a partir de lo expuesto en el taller. Brindar retroalimentación a las participantes sobre su propio proceso.	<b>6. Retroalimentación:</b> Se les solicita a los participantes brindar una evaluación verbal sobre las diferentes sesiones del taller, de la misma forma los psicólogos brindan retroalimentación a los participantes sobre su proceso y aprendizajes.	20 minutos	Ninguno
Desarrollar un cierre del taller en conjunto con las participantes.	<b>7. Cierre:</b> Se realiza el cierre del taller, se agradece a los participantes su asistencia y participación. Se realiza el Baúl	5 minutos	Ninguno

	de tesoros donde, en un círculo voy pasando un baúl en el cual deposito los “aprendizajes “ de este proceso		
--	---	--	--

## Justificación

El cáncer de mama, como se abordará con mayor profundidad en los párrafos posteriores, presenta altas tasas de incidencia y mortalidad en nuestro país en la población femenina, además se considera pertinente destacar que las regiones con mayores tasas de incidencias corresponden a San José, más específicamente al Cantón Central de San José, Tibás y Escazú, dos de los cuales coinciden con el área de atracción del HSJD (Ministerio de Salud, 2015).

La salud, según la Organización Mundial de la Salud (2017), es definida como un estado de bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; por tanto se presenta un enfoque del ser humano biopsicosocial, donde si una esfera es afectada, las demás lo estarán también.

En el caso del cáncer de mama, donde se presenta una afección biológica, se ha comprobado la aparición de otros síntomas de índole psicológico tales como ansiedad y depresión, los cuales traen consigo complicaciones para el afrontamiento a los procedimientos médicos necesarios (Garsenn, Boomsma, de Jager, Porsild, Berkhof, Berbee, Visser, Meijer y Beelen, 2013).

Debido a esto, y en pro de la salud mental, se considera necesario el abordaje psicológico pre y post-operatorio en el cáncer de mama, donde se realicen procesos principalmente de psicoeducación y acompañamiento emocional, se le permita a las pacientes conocer los recursos a disposición y permitir la creación de vínculos de apoyo y de identificación en el proceso que atraviesan durante su diagnóstico, tratamiento y proceso de recuperación.

Se desarrollan procesos grupales siguiendo la línea de estudio de diversos autores, quienes reconocen las ventajas de esta forma de trabajo, las cuales se asocian a la economía, la creación de redes de apoyo y el alcance de resultados similares a la psicoterapia individual (Meza-Rodríguez, 2007).

La homogeneidad dentro de las participantes en cuanto a la etapa de la enfermedad y los procesos quirúrgicos a enfrentar es una de las recomendaciones realizadas por Meza-Rodríguez (2007), sin embargo, esto se ve limitada por una realidad institucional, médico-hospitalaria. Donde las pacientes hospitalizadas en el cuarto están a la espera de procedimientos tales como: biopsia por ganglio centinela, mastectomías, cuadrantectomías, ampliación de bordes, entre otros procedimientos y la etapa de la enfermedad es variada. Esta variable también se ve limitada en el grupo de pacientes de consulta externa, donde las características socioeconómicas son diversas, al igual que la enfermedad y el estadio de la misma.

Por lo cual la población con la que se realizaría a cada sesión comparten algunas generalidades, siendo la principal el diagnóstico del cáncer de mama, sin embargo existe una población altamente diversa en cuanto a edad, posición socioeconómica, nivel educativo, etapa de la enfermedad y procedimientos a los cuales deberán hacer frente. Lo anterior es principalmente un reflejo de la gran cantidad de población atendida por el HSJD, el cual abarca grandes zonas del país con realidades diferentes.

La heterogeneidad de dicha población se debe a que cada grupo se desarrolla con las pacientes que se encuentran internadas en el centro hospitalario, a la espera de su cirugía, donde dicho internamiento tiene una duración aproximada de una semana, por tanto cada semana se brinda la atención a un grupo diferente. En cada semana se pretende realizar dos sesiones, pre y postoperatorio, las cuales con un formato breve, brindan estrategias a las participantes para promover una adherencia al tratamiento y un enfoque en el cuidado de la salud y su propio proceso de autocuidado.

Así mismo, el grupo de consulta externa a realizar es con pacientes referidas por la clínica de mama en espera de cirugía o quienes inician un tratamiento neoadyuvante previo a la cirugía, tratamiento definido en consejo médico de la clínica de mama.

Lo anterior, refleja, nuevamente la diversidad de la población, siendo una variable con la cual se deberá trabajar a lo largo de las diferentes sesiones, sin embargo, un factor común en las participantes en el nuevo diagnóstico en su vida y los cambios asociados, por tanto todas y cada una de las participantes, podrán verse beneficiadas de las distintas sesiones, indiferentemente de sus propias condiciones.

## **Planteamiento del proyecto**

### **Cáncer**

El cáncer es definido por la OMS (2017) como un proceso de crecimiento y diseminación incontrolada de las células, el cual puede suceder en cualquier parte del cuerpo. Brannon, Feist y Updegraff (2014) plantean que el cáncer es un grupo de enfermedades caracterizado por la presencia de nuevas células que crecen y se proliferan fuera del control. Tiene origen en la mutación de una célula que se reproduce, llevando a un tumor.

A pesar de que existen diferentes tipos de cáncer, estos comparten distintas características: células de tejido neoplásico, las cuales tienen un crecimiento casi ilimitado que roba a su huésped nutrientes y no produce ningún efecto beneficioso compensatorio; son células autónomas, por tanto, crecen sin tener en cuenta las necesidades de otras células del cuerpo y no se encuentran sujetas a las restricciones de crecimiento que regulan otras células. Esta última característica permite que el tumor dañe otros órganos o procesos fisiológicos, absorbiendo para sí nutrientes esenciales de algunas funciones corporales, ganando prioridad sobre otras células del cuerpo (Brannon, Feist y Updegraff, 2014).

Las células neoplásicas pueden ser malignas o benignas, el crecimiento benigno tiende a mantenerse localizado, mientras que el segundo se prolifera y establece colonias secundarias (Brannon, Feist y Updegraff, 2014).

### **Cáncer de mama**

Según la American Cancer Society (2017) el cáncer de seno inicia con el crecimiento de las células de esta región de forma descontrolada, las cuales suelen tomar forma de tumor que puede ser evidenciado usualmente por medio de radiografías o son palpables como un bulto. El tumor se considera maligno si las células pueden crecer e invadir otros tejidos u órganos circundantes.

Existen diferentes tipos de cáncer de mama, los cuales son clasificados según el tipo de modificaciones que se presenten en el tejido mamario. La mayoría de los

cánceres de mama corresponden a carcinomas los cuales comienzan en las células que recubren órganos y tejidos.

A menudo el cáncer de mama corresponde a un tipo de carcinomas llamados adenocarcinomas, los que comienzan en los conductos de leche, llamados carcinoma ductal; y los que comienzan en las glándulas o lobulillos productores de leche denominados carcinoma lobulillar. Existen también otros tipos de cáncer denominados sarcomas los cuales inician en células del músculo, grasa o tejido conectivo. (Asociación Americana de Cáncer, 2017; Guzman-Santos, Morales-Cordero, Hernández-Rodríguez, Torres, García y Sánchez-Rodríguez, 2012).

Es importante además identificar si el cáncer se ha proliferado más allá de su lugar de origen. Se denomina in situ cuando el cáncer no se ha extendido, mientras que se conoce como cáncer infiltrante o invasivo cuando se ha propagado al tejido mamario circundante (American Cancer Society, 2017).

Partiendo de lo anterior se puede describir cada tipo de cáncer de mama en los siguientes términos:

- Carcinoma ductal in situ.
- Carcinoma lobulillar in situ.
- Carcinoma ductal infiltrante.
- Carcinoma lobulillar infiltrante.

Además es importante conocer la etapa del cáncer, ya que esto determinará el tratamiento del mismo y el éxito de este último. Para conocer la etapa del cáncer son necesarios diferentes exámenes físicos, biopsias, mamografías, tomografías, entre otros.

Se realiza una clasificación del uno al cuatro, siendo el uno el estadio más bajo y cuatro el más alto. Para la clasificación del cáncer según su etapa se utiliza el Sistema del Comité Mixto Estadounidense sobre el cáncer donde se abarcan los siguientes componentes:

- T: Se refiere al tamaño del tumor y la escala utilizada va del uno al cuatro.
- N: Hace referencia al número de nódulos linfáticos que el cáncer ha afectado.

- M: Hace referencia a las metástasis que el cáncer primario ha desarrollado.

Otro de los datos de gran importancia en el diagnóstico de cáncer se asocia al estatus receptor de hormonas del cáncer de cada paciente, esto se determina mediante pruebas realizadas al tejido extraído durante la biopsia, donde se identifica si el cáncer es receptor de estrógenos o progesterona. Las células de cáncer pueden tener ninguno, uno o ambos receptores, denominados ER+ cuando es receptor de estrógenos y PR+ cuando lo es de progesterona. Evitar la unión de estas hormonas con los receptores puede ayudar a sostener y detener el crecimiento y propagación del cáncer (American Cancer Society, 2017).

Para realizar el diagnóstico sobre los receptores de hormonas, es necesario realizar una prueba inmunohistoquímica, esta brindará los resultados como son expuestos a continuación según la American Cancer Society (2016)

- Receptor hormonal positivo: En el presente caso puede ser receptor de una o ambas hormonas. El tratamiento hormonal puede ser utilizado de forma tal que se disminuyan los niveles de estrógenos o se bloqueen los receptores, esto también incluye cáncer con receptores de estrógenos negativos y progesterona positivo. Este tipo de cáncer tiende a crecer más lentamente que aquellos con receptores negativos. Las pacientes con estos diagnósticos pueden tener mejores resultados a corto plazo, pero pueden volver luego de unos años de tratamiento.
- Receptor hormonal negativo: No se presentan receptores de ninguna hormona, por tanto el tratamiento hormonal no es eficaz. Este tipo de cáncer es más común en mujeres que aún no han atravesado la menopausia.
- Triple negativo: Este tipo de cáncer no presenta receptores a ninguna de las hormonas mencionadas anteriormente, además presenta niveles bajos de una proteína denominada HER2. El cáncer triple negativo tiende a crecer y propagarse más rápido que los otros tipos de cáncer, además no responde a tratamientos hormonales y tampoco puede ser utilizado el medicamento enfocado en la proteína HER2, la quimioterapia suele ser útil en estos casos.

- Triple positivo: Cáncer con receptores de ambas hormonas y con niveles más altos de HER2, por tanto se puede utilizar tratamiento hormonal y el enfocado en la HER2.

La proteína HER2 promueve el crecimiento en el exterior de las células mamarias, cuando existen niveles más elevados de las proteínas se denominan HER2-positivo, estos tipos de cáncer presentan un crecimiento más acelerado que otros tipos de cáncer de seno. Para este tipo de cáncer se utilizan medicamentos dirigidos a la proteína HER2 (American Cancer Society, 2016)

## **Tratamientos**

El plan de tratamiento elegido para cada paciente depende de diversos factores, como: edad de la paciente, estado general, estado hormonal (premenopausia, menopausia), localización del tumor, fase en que se encuentra la enfermedad, receptores hormonales del tumor, grado de las células, otras enfermedades y factores biológicos. En términos generales, los tipos de tratamientos se clasifican en locales, sistémicos, adyuvantes y neoadyuvantes (AECC, 2014). Los primeros, se refieren a los tratamientos que están dirigidos al tumor en su lugar de origen o en algún sitio determinado, sin afectar otras zonas del cuerpo. Los segundos, tienen que ver con los tratamientos que actúan en todo el organismo. Los terceros por su parte, son aquellos tratamientos sistémicos o locales que son administrados posterior al primer tratamiento. Cabe destacar, que esta intervención es profiláctica, dirigida a reducir el riesgo de recidiva. Por último, los cuartos consisten en tratamientos sistémicos que se administran antes de un tratamiento local, con el objetivo de disminuir el tamaño del tumor previo a la cirugía (AECC, 2014).

Con relación a los tratamientos locales, se encuentran la cirugía y la radioterapia, los cuales a su vez son comúnmente utilizados en cáncer de mama en etapas I a la III. Dentro de las opciones quirúrgicas está la cirugía con conservación de la mama, y la mastectomía (American Cancer Society, 2017):

- Cirugía con conservación de la mama: consiste en la extirpación del tumor (tumorectomía) o de un cuadrante del seno (cuadrantectomía) y de los ganglios

axilares. La intención es extraer el cáncer y algo del tejido normal circundante, lo cual va a variar con respecto al tamaño y localización del tumor.

- Mastectomía: consiste en la extirpación total del seno, incluido tejido mamario y en algunos casos otros tejidos cercanos. También existe la posibilidad de que sea realice una mastectomía doble, extrayendo ambos senos.
- Mastectomía radical modificada: se basa en la extirpación de la glándula mamaria y los ganglios axilares, conservando los músculos pectorales.

Con relación a la radioterapia, se utilizan rayos o partículas de alta energía para eliminar las células del cáncer. Normalmente, se aplica como tratamiento complementario a la cirugía conservadora y en algunos casos tras la mastectomía. Existen dos tipos de radioterapia, la externa y la interna (AECC, 2014).

- Radioterapia externa: la aplica una máquina que se encuentra afuera del cuerpo de la paciente y que no genera contacto con esta. Se administra durante unas 5-7 semanas con una duración diaria de unos pocos minutos. La cantidad de sesiones dependerá de cada caso.
- Radioterapia interna: se coloca por un tiempo determinado, una fuente radioactiva en el interior del cuerpo de la paciente, en la zona donde se ubica el cáncer.

En cuanto a los tratamientos sistémicos, se tienen la quimioterapia, la terapia hormonal y la terapia dirigida:

- Quimioterapia: consiste en la administración de fármacos, generalmente por vía intravenosa, para eliminar las células cancerosas que se encuentran dispersas en el organismo. Cuando la quimioterapia se aplica antes de la cirugía se denomina quimioterapia neoadyuvante, cuando se aplica después se llama quimioterapia adyuvante. La primera, se usa para disminuir el tamaño del tumor, con la intención de facilitar la intervención quirúrgica. La segunda, en cambio, se aplica para eliminar las células cancerosas que pudieran haber quedado luego de la cirugía, o que se hayan propagado a otras áreas. En este caso, se intenta reducir el riesgo de que el cáncer regrese o se genere en otros sectores. La duración de este tipo de quimioterapia es variable dependiendo de

cada tratamiento a realizar y los ciclos seleccionados por los especialistas, los cuales dependerán de la enfermedad y el estadio de la misma.

- Terapia hormonal: cuando las células tumorales se vuelven susceptibles a ser estimuladas por los estrógenos y la progesterona, se utilizan fármacos que frenan el crecimiento de las células tumorales por esta vía. Generalmente se dan medicamentos que son ingeridos por vía oral y duran como mínimo 5 años.
- Terapia dirigida: consiste en la administración de fármacos para frenar el crecimiento descontrolado y propagación de las células tumorales. A diferencia de la quimioterapia, que ataca a todas las células que están creciendo de forma descontrolada. En ocasiones, los medicamentos administrados en la terapia dirigida tienen mejores efectos que la quimioterapia, y a generar menores efectos secundarios.

En el caso de Costa Rica, específicamente del Hospital San Juan de Dios, se realiza una sesión médica donde participan especialistas en los siguientes campos: oncología médica, oncología quirúrgica, radioterapia, patología, gineco-oncología, trabajo social, patología, rayos X y psicología. El objetivo de dicha sesión es determinar entre los distintos profesionales el tratamiento más adecuado para cada paciente y realizar la coordinación de labores entre los mismos, lo que permite una atención más integral.

### **Reconstrucción del seno**

Existen diferentes tipos de cirugías reconstructivas, sin embargo las principales son a través de implantes de seno (silicona o solución salina) y procedimientos de colgajo de tejido (con tejidos del cuerpo). Cabe destacar, que es posible que la persona tenga que someterse a más de una operación (American Cancer Society, 2017).

*Implantes de seno* (American Cancer Society, 2017):

- Están hechos de una cubierta externa de silicona flexible, y por dentro pueden contener solución salina o gel de silicona
- Solución salina: se rellena los implantes con agua salada esterilizada, es un procedimiento comúnmente realizado.

- Gel de silicona: cuando se utiliza este material, la textura del seno se asemeja más a tejido mamario natural. También existe una variante denominada “gummy bear” que posee la envoltura externa más gruesa, lo cual los hace menos propensos a la ruptura.
- Cualquier tipo de implante puede necesitar ser reemplazado por mantenimiento, ya que puede que aparezcan fugas o rupturas. Los procedimientos de colocación del implante puede realizarse de forma inmediata o en dos etapas.
  - Reconstrucción inmediata: el implante se coloca al mismo tiempo que se realiza la mastectomía. Posterior a la extracción del tejido del seno, un cirujano plástico coloca el implante habitualmente debajo del músculo del pecho.
  - Reconstrucción en dos etapas: al momento de la mastectomía se coloca un expansor del tejido para ayudar a preparar el sitio para la cirugía reconstructiva. Este expansor se asemeja a un globo, y en un periodo de 2 a 3 meses el cirujano inyecta progresivamente una solución de agua y sal con el objetivo de que la piel se vaya estirando. Luego de este procedimiento, se retira el expansor y se coloca el implante permanente. Se debe tener en cuenta, que si después de la mastectomía se requiere de radioterapia, la colocación del expansor debe esperar hasta que este proceso termine.

*Procedimientos de colgajo de tejidos (American Cancer Society, 2017):*

- Este proceso utiliza tejido de otras partes de su cuerpo para reconstruir el seno, como el estómago, la espalda o los glúteos.
- Generalmente tienen un aspecto más natural y el cuerpo los acepta mejor que a los implantes mamarios.
- Estos se pueden agrandar o encoger si la persona gana o pierde peso.
- Contrario a los implantes mamarios que en ocasiones necesitan cambiarse, con este procedimiento no es necesario.

- Los colgajos de tejido requieren más cirugía y una recuperación más prolongada que los implantes de seno.
- Con este procedimiento quedan dos cicatrices en el cuerpo de la persona, una del sitio de donde se extrajo el colgajo (sitio donante), y otra en el área del seno reconstruido. Con el tiempo disminuyen, pero no desaparecen por completo.
- Pueden existir complicaciones con mujeres fumadoras, con diabetes, enfermedad vascular (circulación pobre) o enfermedades del tejido conectivo, ya que se necesitan vasos sanguíneos sanos para el suministro del tejido.
- Los tipos más comunes de colgajo de tejido son los TRAM, DIEP, de músculo dorsal ancho, GAP, y TUG.
  - Colgajo TRAM: este método usa tejido y músculo del abdomen. En ocasiones se utiliza junto con un implante, pero cuando la paciente posee suficiente tejido en esta área, no es necesario. Este procedimiento en ocasiones no es posible en mujeres muy delgadas o que hayan experimentado cirugías previas de extirpación de tejido abdominal.
  - Colgajo DIEP: al igual que en el TRAM, se utiliza tejido del abdomen, sin embargo únicamente piel y grasa, por lo que se conserva el músculo en el abdomen.
  - Colgajo de músculo dorsal ancho: se utiliza piel, músculo y grasa de la parte superior de la espalda. Este procedimiento habitualmente se usa junto con un implante de seno. Es un colgajo muy confiable y se puede utilizar en mujeres que fuman.
  - Colgajo GAP: este tipo de colgajo utiliza tejido de los glúteos para crear la forma del seno. Esta es una opción para mujeres que no deseen o puedan usar tejido de su abdomen.
  - Colgajo TUG: este procedimiento usa tejido adiposo y músculo proveniente del inferior de los glúteos hasta el muslo interior. Esto es una opción para mujeres con muslos que se pueden palpar y que necesitan un seno pequeño o mediano.

## **Planteamiento de la necesidad**

Tal como se ha planteado en apartados anteriores, el área de atracción del Hospital San Juan de Dios es sumamente amplia, esto conlleva a la existencia de una gran diversidad de poblaciones siendo atendidas por los mismos servicios de salud con características muy diferentes.

Dentro de la población que asiste al centro hospitalario por cáncer de mama se presentan tanto usuarias con una condición socioeconómica alta con niveles educativos elevados, como pacientes en condiciones de extrema pobreza con altos niveles de deprivación sociocultural.

Aunado a lo anterior, existen pacientes que asisten al centro médico desde lugares alejados siendo un ejemplo de esto los sectores de Pérez Zeledón, Acosta, Parrita, Buenos Aires, Osa, Golfito, Coto Brus, entre otras.

En muchas ocasiones, estas usuarias deben trasladarse desde sus hogares gran cantidad de horas para acceder a los servicios de salud, además dependiendo de los tratamientos a los que sean expuestas deben permanecer en la capital varios días, un ejemplo de esto son las pacientes que deben recibir radioterapia, la cual es aplicada todos los días por períodos de una semana o más según recomiende el especialista.

La situación anterior sumada a condiciones de pobreza, ya expuestas, llevan a la necesidad de ingresar a estas pacientes a albergues, donde deben afrontar lejos de su familia, el tratamiento de su enfermedad, lo cual puede provocar sentimientos de tristeza, ansiedad, miedo, entre otros. Incluso puede ser concebido como una dificultad por parte de las pacientes para concluir su tratamiento.

Durante el proceso de tratamiento las pacientes verán cambios en su imagen corporal e incluso en su nivel de funcionalidad e independencia. El rol del género femenino a nivel social puede implicar altos niveles de independencia para la realización de labores del hogar, la responsabilidad sobre el cuidado de hijos, nietos o padres adultos mayores; lo cual debe ser postergado por una determinada cantidad de tiempo acorde a las indicaciones médicas, estos aspectos son factores generadores de ansiedad en las pacientes, que ven impedida la realización de sus tareas.

Sin embargo, este período es crucial para una adecuada recuperación, de allí la importancia de brindar herramientas a las participantes para activar redes de apoyo y

promover la organización familiar para el desarrollo de las tareas básicas e instrumentales de la vida diaria, lo cual permite disminuir los niveles de ansiedad y preocupación de las participantes.

Otro de los aspectos que afectan la salud emocional de las participantes es el cambio en la imagen corporal, donde se atraviesa un proceso de duelo por la pérdida de una parte del cuerpo, misma que tiene gran relevancia para el sexo femenino dentro de la cultura costarricense. Esto tiene impacto no solamente a nivel personal sino también social, incluyendo dentro de este último la relación conyugal.

Partiendo de estas necesidades y dificultades se considera de gran relevancia brindar herramientas para mejorar la capacidad de comunicación, establecimiento de límites y delegación de funciones de las pacientes, para finalmente tener un mejor y más adecuado proceso de recuperación con una mayor adherencia al tratamiento.

## **Epidemiología**

El cáncer de mama en Costa Rica ocupa el segundo puesto a nivel nacional con respecto a la frecuencia de aparición. Además es importante destacar que fue la primera causa de mortalidad para el año 2013, siendo San José la provincia con mayor cantidad de casos (Ministerio de Salud, 2015). Por otro lado, se tiene que en Estados Unidos el cáncer de mama afecta a 1 de cada 8 mujeres, posicionándose como el cáncer más frecuente en mujeres en dicho país (AGC, 2016).

La gran cantidad de personas afectadas a nivel global ha producido que se convierta en un tema de agenda internacional, y se inviertan recursos en su detección temprana y prevención. Esto ha facilitado identificar que la mayoría de los casos son esporádicos (70-80%), lo cual corresponde a personas en edades avanzadas con pocos o ningún antecedente de la enfermedad y sin riesgo genético. En orden descendente le siguen los casos familiares (15-20%), que incluyen familias con antecedentes de cáncer de seno pero que no existe una causa genética que pueda identificarse, es decir, se debe más a factores como el entorno y estilo de vida. Y por último, pero no menos importante, se tienen los casos hereditarios (5-10%), que tienen que ver con cambios genéticos heredados, denominados mutaciones. Cabe destacar, que las personas nacen con estos cambios en sus genes, y pueden o no desarrollarlo a lo largo de su vida (AGC, 2016).

La importancia de conocer si el desarrollo de estos casos de cáncer de mama se debe a una mutación heredada, se dirige a poder detectar y prevenir futuros riesgos para desarrollar cáncer. En este sentido, se ha podido constatar que los genes BRCA1 y BRCA2 tienen una influencia directa en la prevención de cáncer en determinadas partes del cuerpo, por lo que si las personas poseen una mutación heredada, producirá que estos genes no funcionen adecuadamente y entonces exista mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama, de ovario y de próstata (AGC, 2016). Por este motivo, la prueba genética BRCA1/2 busca poder detectar el nivel de riesgo que presenta la persona, analizando si presenta mutaciones en dichos genes. (AGC, 2016).

Por otro lado, se puede señalar el fenotipo de los cánceres asociados con las mutaciones del BRCA1, presentando estos las siguientes características (Narod y Rodríguez, 2011):

- Morfológicamente relacionado con cáncer ductal de tipo no específico (75%) y medular atípico (10%).
- Generalmente de alto grado histológico (grado III; 75%)
- Receptores de estrógenos negativos (75%)
- Expresión del Her2/Neu negativa (95%)
- Expresión del p53 positiva en 50%
- Expresión de la ciclina D1 negativa (90%)
- La presencia de carcinoma in situ es rara

Del mismo modo, el fenotipo de los cánceres asociados con las mutaciones del BRCA2, posee las siguientes particularidades (Narod y Rodríguez, 2011):

- Morfológicamente asociado con el cáncer ductal de tipo no específico (75%), medular atípico (<5%), lobular o ductal con características de lobular más prevalente que en las mujeres con mutaciones BRCA1 (~10%)
- Grado histológico intermedio (grado II; 45%) a alto (grado III; 45%)
- Receptor estrogénico positivo (75%)
- Expresión del Her2/Neu negativa (95%)
- Expresión del p53 positiva (40%)
- Expresión de la ciclina D1 positiva (60%)

- La presencia conjunta de carcinoma in situ es común.

Otro factor que se ha identificado como influyente en el desarrollo del cáncer es el estrés sostenido. Dicho elemento puede producir efectos en la competencia inmunológica del individuo, alterando los mecanismos neuroquímicos y hormonales, lo cual a su vez puede verse relacionado con el crecimiento de tumores. Se tiene evidencia de que las células destructoras naturales (NK), las cuales ejercen una función anticarcinogénica, y los macrófagos que disminuyen la actividad tumoral, son inhibidos por el estrés, lo cual evidencia la importancia de mantener niveles bajo de este durante la cotidianidad (Tamblay y Bañados, 2004).

### **Población meta**

Mujeres portadoras de cáncer de mama que corresponden a la zona de atracción y son atendidas por el HSJD, específicamente los siguientes grupos:

1. Pacientes que se encuentran hospitalizadas a las espera de la cirugía correspondiente, internadas en los siguientes salones:
  - a. Salón de mama
  - b. Salón de gineco-oncología.
2. Pacientes de consulta externa con diagnóstico de cáncer de mama.

### **Principales problemas que presenta la población**

Marín, Martínez, Vera, Echeverri, Muñoz, Quelal, Sánchez y Urbano (2013) plantean la necesidad de realizar evaluaciones en las pacientes con cáncer de mama más allá de la evaluación médica tradicional, retomando la importancia del impacto de la enfermedad en la salud mental de las pacientes. Estos autores destacan la necesidad de considerar las implicaciones emocionales, espirituales y sociales, que a su vez conllevan a una alteración de la calidad de vida.

El período de diagnóstico y tratamiento médico puede ser visualizado y percibido por muchos pacientes como amenazante. Se ha identificado la existencia de mayores niveles de ansiedad, preocupación y depresión durante estos periodos comparados con evaluaciones realizadas seis meses después de finalizado cualquier

tratamiento (Garssen, Boomsma, de Jagger, Porsild, Berkhof, Berbee, Visser, Meijer y Beelen, 2013).

Por su parte, la depresión y la ansiedad en pacientes oncológicos se ha visto relacionado con peores resultados clínicos y patológicos. Las pacientes con cáncer de mama destacan la frecuencia e intensidad del cansancio, los niveles de dolor y alteraciones del sueño, así como incremento en los niveles de ansiedad y depresión con episodios frecuentes e intensos (Fernández, Padierna, Villoria, Amigo, Fernández y Peláez, 2011).

La American Cancer Society (2016) destacan que durante el tratamiento pueden ser experimentados por las mujeres altos niveles de estrés, además de ansiedad, depresión y miedo, es necesario reconocer que el nivel de afectación será variable en cada paciente.

Además del estrés experimentado debido al diagnóstico y tratamiento del cáncer, existen factores externos que pueden generar gran preocupación y malestar en las pacientes con cáncer de mama; las principales preocupaciones se asocian a cambios en la imagen corporal producto de los diferentes tratamientos a los que se ven enfrentadas, un ejemplo de esto puede ser la pérdida del cabello y pérdida de una parte o totalidad de su seno (American Cancer Society, 2016).

Debido a los cambios físicos experimentados, puede que algunas mujeres se sientan menos cómodas con su cuerpo, además, algunos tratamientos pueden generar la pérdida de sensibilidad en el seno afectado, se pueden ver modificados los niveles hormonales y estos tienen repercusiones en el interés y la respuesta sexual. Lo anterior lleva a dificultades a nivel de pareja, principalmente por un desconocimiento del tema, temores y mitos alrededor de la sexualidad en pacientes con diagnósticos de cáncer (American Cancer Society, 2016).

Las mujeres jóvenes, quienes representan a una de cuatro sobrevivientes al cáncer de mama, pueden tener mayores dificultades para ajustarse al estrés causado por el diagnóstico de cáncer y los diferentes tratamientos, lo cual se ha asociado con mayores niveles de aislamiento social. De la misma forma, pueden ver afectada su sexualidad y fertilidad, esto teniendo impacto en su imagen corporal, autoconcepto e incluso proyecto de vida (American Cancer Society, 2016).

A partir de lo anterior se reconocen afectaciones en las pacientes con cáncer asociadas a los altos niveles de estrés, cambios en la imagen corporal, cansancio, dificultades para conciliar el sueño, también se ven afectadas las relaciones interpersonales, especialmente la relación de pareja, la sexualidad, se pueden experimentar además, síntomas de ansiedad, depresión y miedo.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

1. Brindar una intervención psicológica y psicoeducativa a pacientes con cáncer de mama internadas en el Hospital San Juan de Dios.

### **Objetivos específicos**

#### Sesión pre-operatoria:

- Enseñar estrategias de relajación para el manejo de la ansiedad.
- Facilitar información sobre procedimientos quirúrgicos a las cuales serán sometidas las pacientes.
- Brindar un espacio de expresión emocional a las pacientes hospitalizadas a la espera de su cirugía.
- Promover una elaboración del duelo por la micro pérdida del seno o de parte este.

#### Sesión post-operatoria:

- Promover prácticas de autocuidado en pacientes con cáncer de mama en proceso de recuperación.
- Facilitar la organización de redes de apoyo para colaboración en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
- Reconocer el impacto emocional vinculado a los cambios en la imagen corporal y su sexualidad.
- Promover el establecimiento de límites y la delegación de funciones en la realización de actividades del hogar que permitan una mejor recuperación.

Pacientes consulta externa:

- Reconocer el impacto a nivel emocional y social que ha tenido el diagnóstico de cáncer de mama en las participantes.
- Identificar la existencia de síntomas de ansiedad asociados al diagnóstico y tratamientos del cáncer de mama.
- Brindar psicoeducación sobre los diferentes tratamientos realizados para el cáncer de mama.
- Promover el uso de estrategias de relajación para el manejo de la ansiedad.
- Promover el proceso de despedida y duelo con respecto al futuro cambio de imagen corporal de las participantes por la pérdida de una parte o la totalidad de su seno.
- Promover estrategias de autocuidado para mejorar la adherencia al tratamiento teniendo un impacto positivo en la recuperación.

### **Recursos necesarios**

*Humanos:*

Para elaborar el proyecto se va a necesitar la conformación de cuatro grupos a intervenir: un grupo preoperatorio y otro grupo postoperatorio, ambos correspondientes al cuarto de cáncer de mama, de la sección de oncología de mujeres en el HSJD. Adicionalmente, se van a necesitar dos grupos más, uno preoperatorio y otro postoperatorio, los cuales pertenecen al área de gineco-oncología del HSJD. Para el abordaje de dichos grupos, es indispensable el profesional en Psicología que pueda realizar la intervención. En este sentido, se van a ocupar cuatro horas de recurso profesional enfocadas en el espacio psicoterapéutico y psicoeducativo. Adicionalmente, es requerida la labor de investigación que respalda la construcción teórica de esta intervención.

Siendo necesario el recurso humano de 2 horas por grupo por sección intrahospitalaria, es decir, 2 horas pre operatorio, (uno en gineco-oncología y otro en el salón de mama) 2 horas grupo post operatorio uno en gineco-oncología y otro en el

salón de mama) Dando como resultado 8 horas semanales de recurso humano del profesional en psicología.

A esto se añade el grupo de consulta externa que sería 2 horas semanales por un periodo de 4 semanas consecutivas, para realizar las 4 sesiones planteadas anteriormente. Este grupo se abriría bimensualmente.

El costo de la hora profesional, según el Colegio Profesional de Psicólogos, se encuentra actualmente en un mínimo de ₡24500, mientras que la tarifa mínima de terapia grupal corresponde a ₡42500.

#### *Materiales:*

A manera de facilitar a las pacientes la información abordada durante las sesiones, se van a requerir materiales como: fotocopias donde se incluyan las áreas temáticas vistas, archivos de audio que funcionen como material de apoyo para las estrategias de relajación, brochures en donde se resuman contenidos más específicos de las sesiones y dispositivos de almacenamiento, como CDs o llaves mayas para poder incluir todo el material en forma digital. También es necesario, contar con un espacio apto para desarrollar esta intervención, por lo que un salón con capacidad de unas 10 personas se considera apropiado. Por último, unas cortinas que sirvan para detener el paso de la luz son igualmente necesarias.

#### *Técnicos:*

Para que la presentación de la información sea más agradable visualmente, es necesario contar con una computadora, un video beam y una pantalla en donde se proyecte el contenido de las sesiones.

### **Marco institucional**

La Fundación Pro-Clínica para el control del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios fue creada en junio de 1997. Esta consiste en una organización no gubernamental, sin fines de lucro, creada con el fin de brindar apoyo profesional y promover la calidad de vida de los pacientes remitidos al HSJD, que sufren de enfermedades oncológicas y no oncológicas avanzadas. Del mismo modo, se brinda

atención a aquellos pacientes remitidos para el control de Síndromes Dolorosos Crónicos secundarios a enfermedades crónicas malignas, de difícil control y que requieren tratamiento especializado (Villalobos, 2010).

La Fundación funciona bajo un modelo de trabajo profesional especializado multi e interdisciplinario, que ofrece atención a la población en tres escenarios de atención debidamente estructurados: ambulatorio o consulta externa, intrahospitalario y domiciliario. El equipo interdisciplinario se encuentra conformado por profesionales especializados: medicina (especialistas en medicina paliativa adultos, medicina familiar y anestesia-algología), psicología (especializados en cuidados paliativos) y enfermería (especializados en cuidados paliativos). También cuenta con el apoyo profesional de otras disciplinas que influyen en la toma de decisiones colegiadas trabajo social, farmacia, nutrición, psiquiatría, oncología (Villalobos, 2010).

Si bien ha aumentado la morbilidad de enfermedades crónico degenerativas y cáncer, y la adopción de estilos de vida no saludables por la población, igualmente se han generado avances en investigación y tratamientos cada vez más específicos que han logrado un aumento significativo en la sobrevivencia y calidad de vida de quienes los padecen. Esto ha ocasionado que las enfermedades avanzadas se estabilicen y alcancen períodos de sobrevida cada vez más largos, donde la “terminalidad” de la enfermedades cada día es un asunto de mayor importancia para el sistema de salud y para toda la sociedad en general (Villalobos, 2010).

Es necesario cambiar la concepción de que no se puede ofrecer ningún servicio a los pacientes con enfermedades oncológicas avanzadas, y crónico degenerativas, sino por el contrario, se debe poder ofrecer un abordaje y acompañamiento al paciente y su familia, cuyo objetivo sea aliviar el sufrimiento y lograr una mejoría en los estándares de la calidad de vida del paciente, de manera que puedan vivir tan plena y confortablemente como sea posible hasta el proceso final de la enfermedad, creando un ambiente de preparación para garantizar un proceso de muerte digna (Villalobos, 2010).

La creación de una Fundación que apoye la gestión de la Clínica del Dolor del HSJD, viene motivada por la necesidad que tiene la población que padece enfermedades oncológicas avanzadas, y crónico degenerativas, para recibir atención en el proceso de

su enfermedad, de forma ágil y con criterios de calidad. En este sentido, la población que requiere de atención en cuidados paliativos y control del dolor crónico se incrementa anualmente, al igual que las necesidades de atención multiprofesional e interdisciplinaria (Villalobos, 2010).

La crisis de la CCSS, así como las nuevas políticas institucionales, han limitado la capacidad de brindar la atención y el cumplimiento de estándares de calidad, impacto que se ha evidenciado en la limitación de infraestructura que permita el desarrollo de nuevos escenarios de atención. Los cuidados paliativos no se han visto exentos de esta problemática, razón por la que el papel de la Fundación Pro Clínica para el Control del Dolor y Cuidados Paliativos del HSJD, viene a ser fundamental y se ha convertido en un eslabón para la atención de esta población (Villalobos, 2010).

El HSJD y la Fundación Pro Clínica para el Control del Dolor y Cuidados Paliativos han hecho un esfuerzo por mantener la atención a esta población, con estándares de calidad, con una cobertura caracterizada por facilidad de acceso y manteniendo criterios de eficiencia y eficacia. Sin embargo, las necesidades cada vez más demandantes de los pacientes, sus familias y de los profesionales mismos, han evidenciado una necesidad cada vez mayor de búsqueda de nuevas terapias y escenarios de atención que logren cumplir con los objetivos terapéuticos de calidad de vida, confort, alivio de síntomas y una muerte digna (Villalobos, 2010).

De esta manera, se evidencia la necesidad de crecimiento y de implementar nuevos escenarios de atención profesional a los pacientes y sus familias. Sin embargo, se ha visto rezagado por la limitación de espacios físicos en el hospital, razón por la que la Junta Administrativa de la Fundación ha visualizado la necesidad de descentralizarse y generar proyectos de expansión que permita el crecimiento profesional, un aumento en la capacidad de atención y de ofrecimiento de nuevas terapias y tecnologías que permitan cumplir con los objetivos terapéuticos para los fines con los que la misma fue fundada, siempre en beneficio de la población consultante, en cuidados paliativos y control del dolor crónico, del HSJD (Villalobos, 2010).

## **Inclusión y análisis de estadísticas**

Según la WHO (2017), el cáncer se encuentra dentro de las enfermedades que presentan mayor morbilidad y mortalidad a nivel mundial. En este sentido, se posiciona como la segunda causa de muerte más común, teniendo registro en 2015, la defunción de 8.8 millones de personas solo en ese año. Desde esta perspectiva, se estima que 1 de cada 6 muertes a nivel global, son a causa de cáncer. Sobresaltan de orden ascendente a descendente, el cáncer de pulmón, hígado, colorrectal, estómago y mama.

Debido a que resulta un problema de salud prioritario, los esfuerzos en investigación han logrado resaltar cinco factores centrales a nivel conductual que influyen en el desarrollo de esta enfermedad, a saber: alto índice de masa corporal, baja ingesta de frutas y vegetales, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol. Otro elemento que se ha podido detectar, y que resulta un agravante para la situación nacional, es que alrededor del 70% de las muertes por cáncer ocurren en países de ingresos bajos y medianos (WHO, 2017).

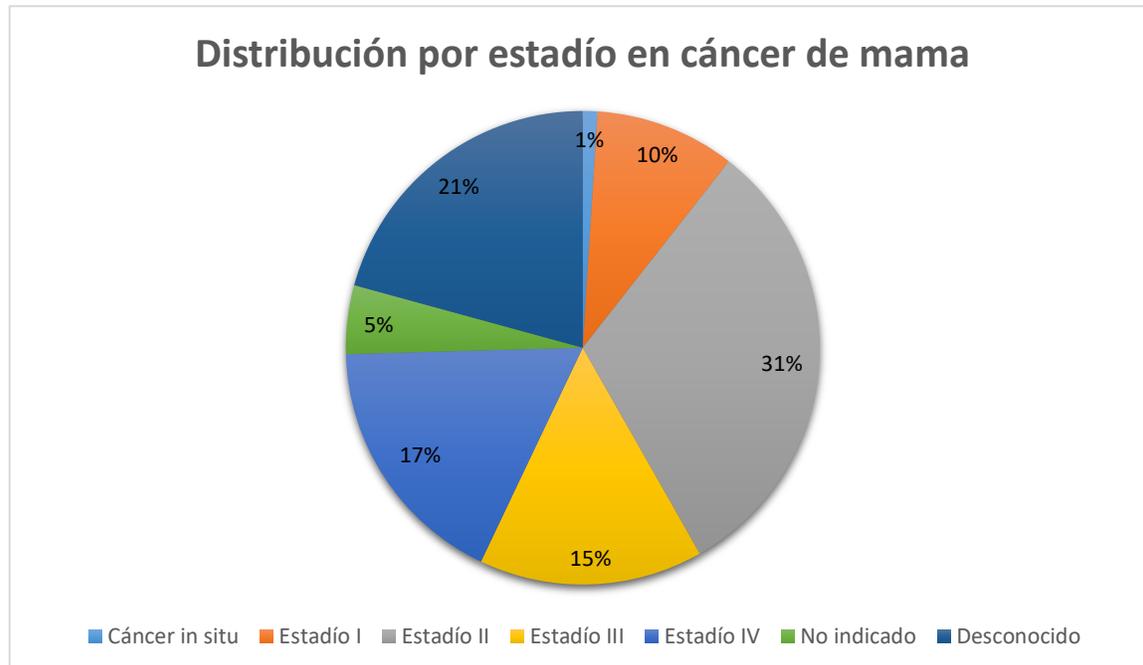
En el caso específico del cáncer de seno, las estadísticas estadounidenses reflejan un crecimiento en la incidencia de esta enfermedad. En este sentido, en 2013 se presentaron 232.340 casos de cáncer invasivo, y 64.640 in situ (ACS, 2013), en contraste con los casos en 2016, pues se dio en 246.660 y 61.000 respectivamente, aunado a 2600 casos en pacientes masculinos (Cancer.Net, 2016). Finalmente, siguiendo esta lógica se estima que para el 2017 se den 255.180 casos (ACS, 2017). Si bien los números no presentan una disminución de la enfermedad, para este tipo de cáncer si existen buenos registros en cuanto al riesgo de muerte. A nivel general se habla de un 2.6% de probabilidad de fallecer (Cancer.Net, 2016), y de forma más detallada se tiene que existe un 89% de probabilidad de sobrevivir 5 años posterior a la detección del cáncer, 83% para 10 años después, y 78% para 15 (Cancer.Net, 2016). Esto según estadísticas mundiales.

Con respecto a Costa Rica, en el año 2008 se registran un total de 9.652 nuevos casos de cáncer, donde el 51,95% corresponde al sexo femenino. En el año 2012 se reconoce que en el sexo femenino, en cuanto a la incidencia de cáncer, el primer lugar lo ocupa el cáncer de piel seguido por el de mama, el cual se ha mantenido a lo largo de los años en los primeros puestos de esta tabla (Ministerio de Salud, 2015).

En el año 2010, el primer lugar en mortalidad por cáncer le corresponde al cáncer de mama con un total de 288 defunciones, lo cual corresponde a un 15.45% del total de muertes por cáncer en mujeres; lo mismo sucede en el 2013 donde los índices de mortalidad asociados al cáncer de mama fueron los más elevados, con una tasa ajustada del 13.42. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2012; Ministerio de Salud, 2015).

Es necesario destacar que la incidencia de cáncer de mama ha presentado un alza durante el período 2000-2008, donde existen inicialmente 617 y para el año 2008 la cifra es de 945. La mortalidad mientras tanto se ha mantenido a lo largo de los últimos años (Caja Costarricense del Seguro Social, 2012).

Con respecto a la distribución relativa de los casos de cáncer de mama según su estadio, Ortiz (2007) plantea que en Costa Rica del año 1995 al 2000 esta distribución se comportó de la siguiente manera: cáncer in situ 1%, Estadio I 9.54%, Estadio II 31.08%, Estadio III 15.22%, Estadio IV 17.44%, no indicado 4.67% y desconocido 20.66%.



Es necesario además conocer la distribución geográfica según la provincia del cáncer de mama, en el año 2012 la provincia con la tasa ajustada más alta corresponde

a San José con un 52.97 por cada 100.000 mujeres, seguido por Cartago con un 40.70 y Alajuela en tercer lugar con 38.21; Guanacaste y Puntarenas presentan las incidencias más bajas. Con respecto a los cantones con tasas de incidencia más altas se destaca el cantón central de San José, Tibás, Escazú y Montes de Oca en orden descendente (Ministerio de Salud, 2015).

Finalmente, se identifican las poblaciones etarias que se ven afectadas por el cáncer de mama, donde se ven afectadas mujeres desde los 25 años de edad hasta mujeres mayores de 75 años de edad, dentro de este rango el grupo etario que presenta una mayor incidencia de cáncer de mama es el que abarca de 70 a 74 años, en el año 2013 (Ministerio de Salud, 2015).

### **Inclusión de la legislación**

Como marco legal destaca la Norma para la Atención Integral de Personas con Cáncer de Mama (Decreto Ejecutivo 38377, 2014), en la cual se detallan diversos componentes y procedimientos que deben estar presentes en el abordaje de pacientes con cáncer de mama, a saber: incidencia nacional, prevención, detección temprana, recomendaciones para el tamizaje de cáncer de mama, tipos de biopsia e indicaciones en patología mamaria, carcinomas mamarios in situ, cáncer de mama temprano, cirugía oncoplástica, ganglio centinela, rehabilitación, tratamiento psicológico, cáncer de mama localmente avanzado, cáncer recidivante locoregional, tratamiento médico por estadio de enfermedad, cáncer de mama metastásico, metástasis axilares de cáncer primario desconocido, sarcomas de mama, cáncer de mama en hombres, cáncer de mama en el embarazo y lactancia, seguimiento de pacientes con cáncer de mama, radioterapia en el cáncer de mama, estudio histopatológico. Cabe destacar, que el contenido de esta norma es mucho más específico de lo mencionado anteriormente, sin embargo los temas más generales sí fueron señalados.

### **Definición de beneficios**

A partir de la implementación de los diferentes grupos y sesiones comentadas anteriormente, se espera cumplir con los objetivos planteados, obteniendo resultados

diferenciados para cada modo de intervención, los cuales corresponderá a los siguientes:

*Pacientes hospitalizadas sesión pre-operatoria:*

- Disminuir los niveles de ansiedad presentados en las pacientes producto de la psicoeducación sobre los procedimientos quirúrgicos y la educación en estrategias para el manejo de la ansiedad.
- Mayor aceptación a nivel emocional por la pérdida de un seno o cambios en la imagen corporal por la cirugía.

*Pacientes hospitalizadas sesión post-operatoria:*

- Mayor aceptación a nivel cognitivo y emocional debido al cambio de imagen producido por la pérdida de un seno o cambios en la imagen corporal por la cirugía.
- Mejores estrategias de autocuidado y adherencia al tratamiento.
- Mejores habilidades de comunicación que permiten en las pacientes activar sus redes de apoyo, delegar funciones y mejorar sus habilidades en el establecimiento de límites.

*Pacientes en consulta externa:*

- Promoción del duelo anticipado por pérdida del seno afectando la imagen corporal de la paciente.
- Menores niveles de ansiedad asociados al aumento en la información obtenida por las participantes con respecto a la enfermedad y tratamientos, además de la educación en la utilización de estrategias de relajación.
- Mayores prácticas de autocuidado incidiendo en una mayor adherencia al tratamiento y por ende una mejor recuperación.

## **Metas**

Además del cumplimiento de los objetivos del proyecto como meta principal, se plantean como meta el desarrollo del presente proyecto durante 48 semanas al año,

incidiendo en dos grupos de pacientes hospitalizadas en cada semana, unas correspondientes al área de oncología de mujeres internadas en el salón de mama, otras en el servicio de gineco-oncología.

Con respecto al grupo de consulta externa, se pretende realizar cuatro sesiones semanales, una vez finalizado este ciclo se inicia con un nuevo grupo dos meses después.

## Referencias bibliográficas

Ambry Genetics Corporation. (2016). *BRCA1 y BRCA2. Prueba genética para cáncer de mama y de ovario hereditarios*. Recuperado de [https://www.ambrygen.com/sites/default/files/Patient\\_Guide\\_BRCA1\\_2\\_SPANISH\\_3.pdf](https://www.ambrygen.com/sites/default/files/Patient_Guide_BRCA1_2_SPANISH_3.pdf)

American Cancer Society. (2013). *Breast Cancer Facts & Figures 2013-2014*. Recuperado de <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/breast-cancer-facts-and-figures-2013-2014.pdf>

American Cancer Society. (2016). *Emotions and Breast Cancer*. Recuperado de <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/living-as-a-breast-cancer-survivor/emotions-and-breast-cancer.html>

American Cancer Society. (2017). *About breast cancer*. Recuperado de <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/about/what-is-breast-cancer.html>

American Cancer Society. (2017). *Reconstrucción de senos con implantes*. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/cirugia-reconstructiva/opciones-de-reconstruccion-del-seno/reconstruccion-de-senos-con-implantes.html>

American Cancer Society. (2017). *Cancer Statistics Center*. Recuperado de <https://cancerstatisticscenter.cancer.org/#/>

- American Cancer Society. (2017). *Tratamiento del cáncer del seno según su etapa*. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/tratamiento-del-cancer-del-seno-segun-su-etapa.html>
- American Cancer Society. (2017). *Tratamiento del cáncer de seno*. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento.html>
- Asociación Española Contra el Cáncer. (2014). Cáncer de mama. Recuperado de [https://www.aecc.es/Comunicacion/publicaciones/Documents/Cancer-Mama\\_2014.pdf](https://www.aecc.es/Comunicacion/publicaciones/Documents/Cancer-Mama_2014.pdf)
- Brannon, L., Feist, J. & Updegraff, J. (2014). Behavioral factors in cancer. En L. Brannon, J. Feist y J. Updegraff, *Health Psychology. An introduction to behavior and health* (pp. 231-252). Belmont, Estados Unidos: Cengage Learning.
- Caja Costarricense del Seguro Social. (2012). Situación actual de la atención del cáncer de mama en la CCSS. Recuperado de <http://www.ccss.sa.cr/cancer?v=38>
- Cancer. Net. (2016). Breast Cancer: Statistics. Recuperado de <http://www.cancer.net/cancer-types/breast-cancer/statistics>
- Creswell, J., Way, B., Eisenberger, N., & Lieberman, M. (2007). Neural correlates of Dispositional mindfulness during affect labeling. *Psychosomatic Medicine*, 69, 560-565.
- Díaz, J., González, E., & Varela, C. (2001). *Programa de Actualización Continua en Psiquiatría. Psicoeducación. Modelos para esquizofrenia, depresión, trastorno por déficit de atención, trastornos de la alimentación*. México: Libro 6. Pfizer.
- Fernández, C., Padierna, C., Villoria, E., Amigo, I., Fernández, R., & Peláez, I. (2011). Repercusión de la ansiedad y depresión en el estado físico y funcionalidad de enfermos oncológicos durante el tratamiento con quimioterapia. *Psicothema*, 23(3), 374-381. ISSN 0214 - 9915
- Garssen, B., Boomsma, M., de Jager, E., Porsild, T., Berkhof, J., Berbee, M., Visser, A., Meijer, S., & Beelen, R. (2013). Stress management training for breast cancer surgery patients, 22, 572-580. DOI: 10.1002/pon
- Golden, A. (2017). Pre/post Surgery Support. Recuperado de <http://drannmariegolden.co.uk/services/prepost-surgery-support/>

- Guzmán-Santos, K., Morales-Cordero, K., Hernández-Rodríguez, A., Torres, E., García, F., & Sánchez-Rodríguez, H. (2012). Carcinoma ductal infiltrante, el tipo de cáncer de mama más común. *Archivos de medicina*, 8(1:1), 1-8. Doi: 10.3823/082
- Kiecolt-Glaser, J., Page, G., Marucha, P., MacCallum, R., y Glaser, R. (1998). Psychological Influences on Surgical Recovery. *American Psychologist*, 53 (11), 1209-121
- Marín, C., Martínez, D., Vera, F., Echeverri, S., Muñoz, D., Quelal, K., Sánchez, D., & Urbano, S. (2013). Calidad de vida en pacientes en tratamiento de cáncer de mama, Pereira, Colombia 2010. *Investigaciones Andina*, 27(15), 811-823. ISSN 0124-8146
- Meza-Rodríguez, M. (2007). Guía clínica de intervención psicológica de la mujer con cáncer de mama y ginecológico. *Perinatol Reproducción humana*, 21(2), 72-80.
- Ministerio de Salud. (2015) *Boletín estadístico de mortalidad por tumores malignos más recurrentes en Costa Rica en 2014*. Recuperado de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/estadisticas-y-bases-de-datos/estadisticas/estadistica-de-cancer-registro-nacional-tumores/boletines-de-mortalidad-de-cancer/2789-boletin-de-mortalidad-por-cancer-2014/file>
- Narod, S., y Rodríguez, A. (2011). *Predisposición genética para el cáncer de mama: genes BRCA1 y BRCA2*. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53n5/a10v53n5.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Temas de salud. Salud mental*. Recuperado de [http://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](http://www.who.int/topics/mental_health/es/)
- Ortiz, A. (2016). *Situación de cáncer de mama en Costa Rica*. Recuperado de [http://portal.medicos.cr/documents/20183/1116035/PPT\\_Simposio+Cancer+de+Mama+2016.pptx.pdf/8440cc5e-16d2-4f03-882f-9e07f1e0c6fd](http://portal.medicos.cr/documents/20183/1116035/PPT_Simposio+Cancer+de+Mama+2016.pptx.pdf/8440cc5e-16d2-4f03-882f-9e07f1e0c6fd)
- Payné, R. (2002). *Técnicas de relajación. Guía Práctica* (3ra ed). Barcelona: Editorial Paidotribo.
- Presidencia de Costa Rica. (21 de abril del 2014). Norma para la Atención Integral de Personas con Cáncer de Mama [Decreto Ejecutivo 38377]. Recuperado de [http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_articulo.aspx?param1=NRA&nValor1=1&nValor2=77287&nValor3=96776&nValor5=4](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_articulo.aspx?param1=NRA&nValor1=1&nValor2=77287&nValor3=96776&nValor5=4)

- Singh, U., y Verma, V. (2007). Psychopathology among Female Breast Cancer Patients. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 33 (1), 61-71.
- Tamblay, A., Bañados, B. (2004). *Psicooncología del cáncer de mama*. Recuperado de [http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2004/banados\\_b/sources/banados\\_b.pdf](http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2004/banados_b/sources/banados_b.pdf)
- Villalobos, J. (2010). *Fundación Pro-Clínica para el control del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios*.
- World Health Organization. (2017). *Cancer*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
- Zeidan, F., Grantb, J., Brown, C., McHaffiea, J., & Coghill, R. (2012). Mindfulness meditation related pain relief: Evidence for unique brain mechanisms in the regulation of pain. *Neuroscience Letters*, 1-9.

## Anexos

### Material de consulta

Si desea tener más información con respecto a estrategias de relajación puede acceder a los siguientes enlaces:

[http://www.psicologia-online.com/articulos/2008/04/respiracion\\_diafragmatica.html](http://www.psicologia-online.com/articulos/2008/04/respiracion_diafragmatica.html)  
<http://www.duffhieppsych.com/stopanxiety/>

#### Bibliografía:

Meza-Rodríguez, M. (2007). Guía clínica de intervención psicológica de la mujer con cáncer de mama y ginecológico. *Perinatal Reproducción Humana*, 21, 72-80.  
World Health Organization. (2017). Cancer. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>  
Becerra, J. (2017). Pautas de respiración diafragmática lenta ante la hiperventilación. Recuperado en: [http://www.psicologia-online.com/articulos/2008/04/respiracion\\_diafragmatica.html](http://www.psicologia-online.com/articulos/2008/04/respiracion_diafragmatica.html)

Fundación Pro Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos

Bach, Stiefannie Morales Esquivel

### Cáncer de mama

Técnicas de relajación



Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, Hospital San Juan de Dios



### ¿Cómo me puedo sentir luego del diagnóstico?

Si bien el cáncer de mama es una enfermedad física, también puede afectarnos psicológicamente, luego de un diagnóstico podemos sentir:

- ◊ Ansiedad
- ◊ Temor o miedo
- ◊ Enojo
- ◊ Negación
- ◊ Depresión

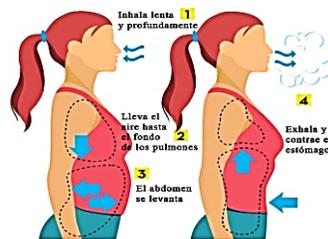
Por esto, la psicología puede brindar apoyo y herramientas en este nuevo proceso, el cual será diferente para cada paciente. Existen grupos de apoyo y procesos de terapia individual que facilitarán las diferentes etapas que experimentaras.

### ¿Qué puedo hacer?

Existen diferentes ejercicios que nos permiten controlar los síntomas relacionados con la ansiedad, tales como la agitación motora, la sudoración, las dificultades para respirar, taquicardia, entre otros. Un ejemplo de estos es:

#### Respiración diafragmática:

1. Busca un lugar tranquilo, sentada o acostada, sin cruzar piernas ni brazos.
2. Puedes cerrar los ojos, usar música o velas aromáticas.
3. Pon una mano sobre tu pecho y otra sobre el estómago, nos aseguramos de que en cada respiración se hinche un poco el estómago sin mover el pecho.
4. Al tomar aire por la nariz se hincha un poco el estómago, se retiene el aire en esa posición un momento y se libera el aire lentamente.



#### Aprender a respirar más lentamente:

5. Debes tomar el aire lentamente, contando de uno hasta cuatro.
6. Retener el aire contando de uno a tres.
7. Soltar el aire lentamente contando de uno a cinco.
8. Realiza el ejercicio al menos durante 5 minutos.

#### Consejos para su uso:

- ◊ Inicialmente practica cuando te sientas tranquilo, para que puedas utilizarlo después cuando sientas ansiedad.
- ◊ Es preferible inhalar por la nariz y exhalar por la boca.
- ◊ Practica al menos dos veces al día por 10 minutos.
- ◊ En cada exhalación elimina las sensaciones desagradables, para que puedas aumentar tu estado de relajación.

Fundación Pro Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos

Teléfonos  
(506) 2233-1427

Correo electrónico  
[clinicalodolhsjd@gmail.com](mailto:clinicalodolhsjd@gmail.com)

## Reconstrucción del seno

Se deben tener en cuenta los siguientes factores:

- Estado de salud general
- El tamaño y la ubicación del cáncer
- El tamaño del seno
- La complejidad de la cirugía del cáncer de seno
- Si necesitará tratamientos diferentes a la cirugía para el cáncer
- La cantidad de tejido disponible

Se pueden realizar dos tipos principales de operaciones para reconstruir la forma del seno o senos: implantes de senos, (silicona) procedimientos de colgajo de tejido (tejidos del propio cuerpo). Además se puede hacer reconstrucción del pezón y la aureola.

### Bibliografía

American Cancer Society. (2017). Cáncer de seno. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/>

Teléfonos  
(506) 2233-1427 / (506) 2547-8189 / (506) 8399-2611

Correo electrónico  
[clinicadolorhsjd@ice.co.cr](mailto:clinicadolorhsjd@ice.co.cr)

Página web

"Si puedes curar, cura,  
si no puedes curar, alivia,  
si no puedes aliviar, consuela"  
(anónimo)

## Cáncer de mama

### Información básica



Fundación Pro Clínica del Dolor y Cuidados  
Paliativos del Hospital San Juan de Dios



## ¿Qué es el cáncer de mama?

El cáncer de mama se origina cuando las células en el seno comienzan a crecer en forma descontrolada.

Estas células normalmente forman un tumor que a menudo se puede observar en una radiografía o se puede palpar como una protuberancia (masa o bulto).

El tumor es maligno (cáncer) si las células pueden crecer penetrando (invadiendo) los tejidos cercanos o propagándose (metástasis) a áreas distantes del cuerpo.

## Tipos de cáncer de mama

### -Carcinoma ductal in situ:

El carcinoma ductal in situ (DCIS) es un cáncer de seno no invasivo o preinvasivo.

### -Carcinoma lobulillar in situ:

También se denomina neoplasia lobulillar (LCIS). Las células con aspecto de células cancerosas crecen en los lobulillos de las glándulas productoras de leche del seno, pero no atraviesan la pared -de los lobulillos.

### -Carcinoma ductal invasivo:

El carcinoma ductal invasivo (IDC) es el tipo más común de cáncer de seno. Este cáncer comienza en un conducto lácteo del seno, penetra a través de la pared del conducto y crece en el tejido adiposo del seno.

### -Carcinoma lobulillar invasivo:

El carcinoma lobulillar invasivo (LIC) comienza en las glándulas productoras de leche (lobulillos). Al igual que el IDC, se puede propagar a otras partes del cuerpo.

### -Otros:

Cáncer de seno inflamatorio, enfermedad de Paget del pezón, tumores flioides, angiosarcoma.

## Tratamiento

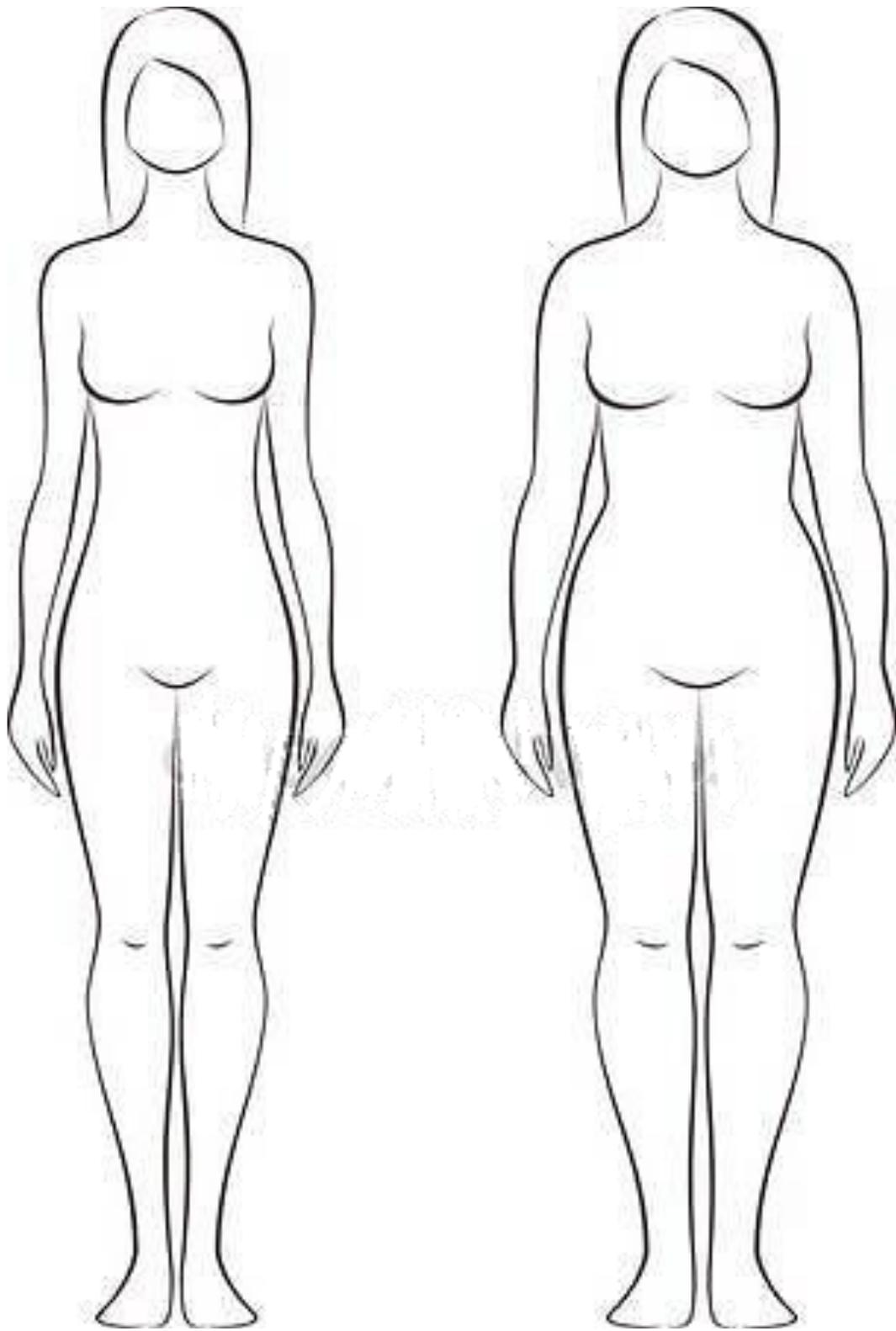
Los planes de tratamiento típicos se basan en el tipo de cáncer de seno, su etapa (0-IV) y cualquier situación especial.

### Tratamientos locales:

Algunos tratamientos se llaman *terapias locales*, lo que significa que tratan el tumor sin afectar al resto del cuerpo. Algunos tipos de terapia local utilizados para el cáncer de seno son la cirugía y la radioterapia. Estos tratamientos tienen más probabilidades de ser útiles para los cánceres en etapas más tempranas (menos avanzadas), aunque también se pueden utilizar en otras situaciones.

### Tratamientos sistémicos:

Se pueden utilizar medicamentos que es posible administrarlos por vía oral o directamente en el torrente sanguíneo. Estas son *terapias sistémicas* porque pueden alcanzar las células cancerosas en cualquier parte del cuerpo. Dependiendo del tipo de cáncer de seno, pueden utilizarse diferentes tipos de medicamentos, incluyendo



Yo \_\_\_\_\_ de ahora en adelante, en beneficio de mi salud integral, me comprometo conmigo misma a:



Hacer los ejercicios de relajación



Darle tiempo a mi cuerpo para sanar

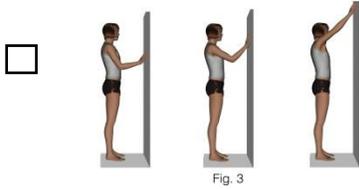


Fig. 3

Hacer los ejercicios de rehabilitación según mi tratamiento.



Tener un descanso reparador



Dedicar tiempo para comer y hacerlo de forma saludable



Tener un buen seguimiento médico



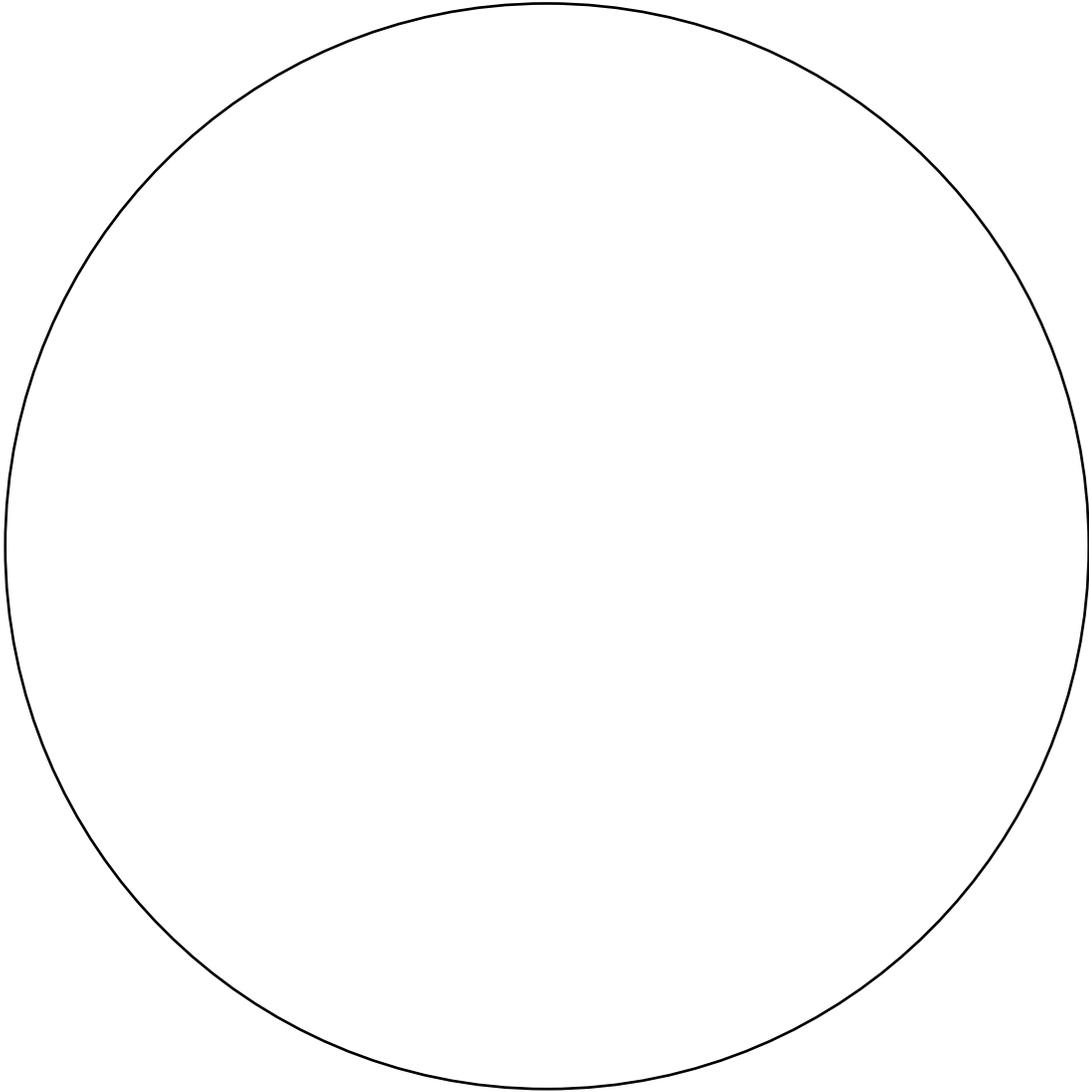
Pedir ayuda y permitir que otros me ayuden.

---

---

---

**¿Cómo distribuyo mi tiempo?**



## Pasado, presente y futuro



