

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

SEDE DE OCCIDENTE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA

Práctica Dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Psicología

INSERCIÓN PROFESIONAL EN INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA LA ATENCIÓN EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DEL CENTRO NACIONAL DE CONTROL DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL (C.C.S.S).

Estudiante:

Stephanie Montero Peraza

2020

Práctica Dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Psicología

INSERCIÓN PROFESIONAL EN INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA LA ATENCIÓN EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DEL CENTRO NACIONAL DE CONTROL DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL (C.C.S.S).

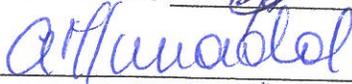
Presidente del Tribunal: Lic. Harlen Alpízar Rojas



Miembro invitado del Tribunal: Lic. Ingrid María Chacón Medrano



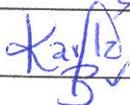
Directora: Dra. Ana María Jurado Solórzano



Lectora: Lic. Alicia María Sandoval Poveda



Lectora: Lic. Carla María Barrantes Valverde



Stephanie Montero Peraza

Sustentante

Dedicatoria

A mi mamá, por ser el pilar más fuerte, mi luz en oscuridad. Gracias por apoyarme en todas mis necesidades, gracias por escucharme todos los días, por ser fiel creyente de mis sueños y mi profesión. Estoy agradecida por alentarme a ser cada día una mujer más preparada. Gracias también por consentirme y hasta presumirme.
No tengo palabras para describir su amor.

A mi papá, por ser mi guía emocional y profesional, por enseñarme tanto, por escucharme y darme aliento para seguir, gracias por ser un gran ejemplo de vida, por ser una persona tan amorosa, un profesional tan completo. Toda mi vida estaré orgullosa del padre que la vida me regaló.

A Eric, por ser mi compañero, por apoyarme en cada minuto de este escalón profesional y no dudar nunca de mis capacidades. Gracias porque sus consejos me ayudan a ser una mujer más madura y que siempre piensa en su crecimiento profesional y personal.

A Dios, ser supremo de amor que nunca me suelta y siempre me lleva a cumplir todo lo que me he propuesto.

¡Les amo inmensamente!

Agradecimientos

Al Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos por abrirme la oportunidad de crecer a nivel académico y profesional en un espacio de atención interdisciplinaria de altísima calidad. A sus funcionarios de distintas áreas por su entrega y vocación humanista centrada en la calidad de vida del usuario y también en la calidad de su proceso de muerte. Aprendí muchísimo de ustedes.

Gracias al Dr. Javier Rojas porque más que mi tutor técnico, se convirtió en tutor de vida profesional, gracias por el apoyo, gracias por la confianza en mis capacidades, el trato amable y sobre todo tantísimo aprendizaje ofrecido.

Al equipo de psicología, inmensas gracias, me llevo muchísimo de su conocimiento y su calidez, valoro las supervisiones, recomendaciones y apoyo brindado, gracias también por la amistad cultivada, por hacer de mí una compañera más del departamento.

A la Dra. Ana María Jurado, porque como profesora y directora siempre dio todo su empeño. Gracias por enseñarme sobre la ética, el deseo de siempre ofrecer calidad en los servicios, gracias por las supervisiones llenas de comprensión, apertura y confianza. Gracias por su cariño y por apoyar mi sueño de estar hoy acá.

Gracias a Alicia Sandoval y Carla Barrantes, les admiro profundamente a nivel personal y profesional, gracias por creer en mi propuesta de trabajo y su apertura desde el inicio a asesorarme y apoyarme.

A cada uno de mis pacientes, por su compromiso y confianza en mis cualidades profesionales.

Montero, S. (2020). Inserción profesional en intervención psicológica para la atención en dolor y cuidados paliativos del departamento de psicología del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos de la Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S). (Práctica Dirigida para optar por Licenciatura). Universidad de Costa Rica.

Resumen

Las enfermedades crónicas, degenerativas y oncológicas requieren en gran medida de atención paliativa y de control del dolor. En Costa Rica, el mayor ente encargado de dicha atención del dolor y de cuidados paliativos es el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos (CNCDCP), centro especializado de los servicios de la Caja Costarricense del Seguro Social. Desde su enfoque de intervención, el CNCDCP considera que todo paciente tiene derecho a ser tratado desde múltiples disciplinas, que puedan abordar cada área de forma integral en la búsqueda de su calidad de vida y calidad de muerte. El servicio de psicología cubre gran parte de la población atendida en dicho centro por lo cual es un espacio de gran importancia, que hay que evidenciar, proteger y validar. Por ser un departamento de atención tan oportuna, se decidió realizar la presente práctica dirigida por medio de la inserción profesional en intervención psicológica, para la atención en dolor y cuidados paliativos de una estudiante avanzada en este departamento del CNCDCP. Esta intervención consistió en el desarrollo de objetivos que incluyeron: la atención clínica individual de pacientes del Centro y sus familiares o cuidadores, la realización de grupos psicoeducativos para pacientes del Centro que cubrieran temáticas de relevancia terapéutica, apoyo para el servicio de visita domiciliar de pacientes terminales o sus cuidadores, así como funciones varias que generaron aprendizaje sobre las funciones típicas de profesionales en psicología, de un departamento en atención de dolor y cuidados paliativos. Se realizaron sesiones de atención individual terapéutica intensiva a un total de 9 pacientes del servicio de consulta externa y sus familias, así como atención clínica individual a 1 paciente del servicio de visita domiciliar, dirigida específicamente hacia la cuidadora – familiar de una paciente en fase de enfermedad terminal. Se realizó

además la atención de 27 pacientes de valoración o sesión única. A nivel grupal se desarrolló y facilitó un grupo psicoeducativo sobre depresión y ansiedad a 8 pacientes de consulta externa, que fueron referidos por profesionales de medicina paliativa y psicología. A nivel grupal además y como parte de las funciones varias extra ordinarias, se realizaron charlas grupales breves: una de ellas fue dirigida al personal del servicio Redes del Centro, donde se abordaron estrategias para la mejora de relaciones interpersonales a nivel laboral y personal; otra dirigida al grupo de yoga del Centro donde se facilitaron estrategias terapéuticas de atención para la depresión y técnicas relacionadas al autocuidado. Como resultado se evidenció que las patologías más comunes de atención fueron: el cáncer, así como neuralgias y neuropatías, fibromialgia, lumbalgias, pacientes del programa de atención de Esclerosis Lateral Amiotrófica y dolor generalizado de difícil manejo. Con respecto a la atención grupal en depresión y ansiedad se evidenció mejoría en sintomatología de pacientes que fueron evaluados al final de las sesiones, así como la necesidad de promover estos espacios educativos y terapéuticos de manera continua. Esta práctica dirigida demostró ser una alternativa de aprendizaje profesional importante, en la que se puede crecer a nivel académico en áreas que no siempre se desarrollan a nivel universitario, y por lo tanto se puede recomendar para una siguiente aplicación.

Palabras clave: Control del Dolor, Cuidados Paliativos, Enfermedades crónicas, Trastornos de Ansiedad, Trastorno de depresión, Psicología.

Índice de contenidos

1. Introducción	1
2. Marco referencial e institucional	4
2.1. Antecedentes internacionales	4
2.2. Antecedentes nacionales	6
2.3 Contextualización de la instancia.....	8
3.1. Dolor	11
3.1.1 Regulación del dolor	14
3.1.2. Trastornos de depresión y ansiedad asociados al dolor.....	16
3.2 Cáncer	18
3.3. Cuidados Paliativos.....	19
3.3.1. Papel de las personas cuidadoras de pacientes en los cuidados paliativos.....	22
4. Problematización y objetivos	23
4.1 El problema	23
4.2. Objetivos	25
4.2.1 Objetivo General	25
4.2.2 Objetivos específicos.....	26
4.2.3 Objetivos externos	26
5. Marco metodológico – Descripción de funciones realizadas	26
6. Resultados	36

6.1 Resultados de rotación interdisciplinaria inicial	36
6.2 Resultados según objetivos específicos planteados	41
6.2.1. Brindar atención psicológica individual desde un enfoque cognitivo conductual a pacientes del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos para el abordaje del control del dolor y cuidados paliativos:	41
6.2.2. Realizar el planeamiento y desarrollo de sesiones de atención grupal psicoeducativa para el abordaje del control del dolor y cuidados paliativos de pacientes del departamento de psicología del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos y para quienes ejercen labor de cuidado no profesional:	46
6.2.3. Intervenir en el programa de atención domiciliaria para el abordaje del control del dolor y cuidados paliativos de pacientes y sus cuidadores en el departamento de psicología del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos desde un enfoque cognitivo conductual.	53
6.3 Resultados según funciones varias complementarias	55
6.4 Resultados según habilidades y competencias desarrolladas por la estudiante	60
7. Alcances y limitaciones	65
8. Discusión	69
9. Conclusiones	73
10. Recomendaciones	76
10.1 A la Carrera de Psicología - Sede Occidente:	76
10.2 Al Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos:	78
11. Referencias bibliográficas	80

12. Anexos	88
12.1 Afiche de divulgación e invitación de pacientes del servicio de consulta externa para grupo psicoeducativo sobre Ansiedad y Depresión.	88
12.2 Cronograma de actividades por sesión de grupo psicoeducativo sobre Ansiedad y Depresión.	90
12.3. Inventario de ansiedad de Beck (BAI). Adaptación española	104
12.4. Inventario de depresión de Beck (BDI-II). Adaptación costarricense.	105
12.5. Brochure de temáticas de taller sobre relaciones interpersonales.	107
12.5.2. Planeamiento de sesiones para taller relaciones interpersonales.....	109
12.5.3. Informe de resultados – taller relaciones interpersonales para departamento Redes	118
12.6. Sesión sobre depresión y autocuidado dirigido al grupo de yoga.....	122
12.7 . Lista de cotejo de actividades realizadas por la estudiante de Trabajo Final de Graduación Stephanie Montero Peraza, por parte del coordinador del departamento de psicología CNCDCP.....	126

Índice de tablas

Tabla 1. Líneas de orientación metodológica de práctica dirigida	32
Tabla 2. Diagnósticos psicológicos abordados en pacientes de atención individual semanal	42
Tabla 3. Temáticas por sesión abordadas en el grupo psicoeducativo sobre ansiedad y depresión	47
Tabla 4. Condiciones médicas diagnosticadas de valoración en sesiones de tipo únicas.	57

Índice de gráficos

Gráfico 1. Cantidad de pacientes observados en rotación interdisciplinaria	39
Gráfico 2. Diagnósticos médicos paliativos y de control del dolor observados en rotación interdisciplinaria.	40
Gráfico 3. Puntuaciones de instrumento BAI por participante	51
Gráfico 4. Puntuaciones de instrumento BDI-II por participante	52
Gráfico 5. Porcentaje de casos atendidos en práctica dirigida según actividad.....	64

1. Introducción

El abordaje de las enfermedades crónicas es crucial para la población a nivel mundial; esto debido al impacto psicosocial de los procesos de globalización que han instaurado en la salud del ser humano algunas conductas de riesgo, como lo son: las dietas altamente calóricas, el estrés crónico, el consumo abusivo de sustancias, la falta de hábitos de ejercicio físico, entre otras. Es por esta razón que surge la necesidad de una atención integral en salud para el desarrollo de resultados positivos en la intervención y seguimiento de estas condiciones crónicas (Londoño, 2017). Es esencial entonces, que se desarrollen tratamientos oportunos e interdisciplinarios para el abordaje de estas enfermedades; recordando así que este tipo de padecimientos o cualquier otro que requiera de apoyo paliativo y de control del dolor, como también lo son las enfermedades terminales de tipo oncológicas; pueden llegar a producir en quienes las padecen sentimientos de incertidumbre, dependencia a personas cuidadoras y familiares, así como deterioro físico y cambios psicosociales importantes (Vega y González, 2009).

Al considerar la necesidad de afrontar las enfermedades crónicas de forma integral, global y efectiva, el abordaje de los cuidados paliativos son reconocidos como derecho humano en el contexto de la salud mundial; precisamente la Organización Mundial de la Salud (2017) indica que son específicamente los sistemas de salud de cada país, quienes tienen la responsabilidad de proveer de atención paliativa a todas las personas con afecciones crónicas y por tanto, estos sistemas de atención deben contar con el financiamiento local para el abordaje de los mismos. La misma instancia indica que es un estimado de 40 millones de personas en el mundo quienes requieren de cuidados paliativos y además reitera que estos programas de atención son efectivos en el tanto brinden respaldo y contención por parte de diferentes áreas de atención médica, incluyendo al mismo tiempo el apoyo psicológico hacia el duelo y la calidad de vida y muerte de quienes padecen; esto respaldado por espacios de atención que se adecúen a las necesidades específicas del paciente como lo son las visitas de atención domiciliaria, así como los programas de intervención y

capacitación familiar y de personas cuidadoras de pacientes que se encuentren o no, en un estado de enfermedad terminal.

El dolor, en la modalidad de padecimiento crónico de corte biológico, psicológico, físico y social ha significado también para muchos de los pacientes, un generador de sensaciones estresantes inducidas por la experiencia consistente de la condición, y que, por tanto, tendría una incidencia a lo largo de toda la vida o en un largo período de tiempo. Es así, que los pacientes necesitan desarrollar ciertas conductas y estrategias de afrontamiento para sobrellevar las emociones, las sensaciones y su propia percepción a raíz del dolor. Por medio de tratamientos enfocados en la atención desde distintas disciplinas, se debe incluir la intervención psicológica para el acompañamiento de pacientes en todo lo que conlleva la experiencia subjetiva del dolor (Ruiz y López, 2012).

Es importante, tanto para la población con padecimientos físicos crónicos como para los profesionales en psicología, abrir espacios de intervención psicológica que bajo tratamientos científicos aplicados y actualizados colaboren con dicho trabajo interdisciplinario. Precisamente, gracias a su validez teórica – práctica y de intervención psicosocial, el enfoque de la Psicología de la Salud, ha sido ampliamente validado de forma ética y científica para el abordaje y desarrollo de tratamientos en este tipo de condiciones (Piña, 2010). Esta recomendación es abordada en Costa Rica por parte de la Presidencia de la República y el Ministerio de Salud (2015), donde indican en sus postulados que el abordaje del dolor crónico y de cuidados paliativos con intervenciones más allá de la médica son sumamente necesarias, lo cual evoca a la importancia y necesidad de plazas laborales para equipos interdisciplinarios en las Clínicas o Centros del Dolor a nivel nacional.

Una vez determinado el impacto de las enfermedades crónicas y su tratamiento desde el control del dolor y cuidados paliativos sobre ellas, se decide realizar la presente Práctica Dirigida como parte del Trabajo Final

de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Psicología de la Universidad de Costa Rica, Sede Occidente, y de este modo, poner al servicio el desarrollo de habilidades y conocimientos profesionales para ser aplicados en una instancia de trabajo sanitario sobre el dolor y cuidados paliativos a nivel costarricense con impacto interdisciplinario. Específicamente, esta Práctica Dirigida se llevó a cabo como una continuación de otro Trabajo Final de Graduación titulado: “Inserción profesional en el abordaje psicológico de pacientes con enfermedades crónicas y terminales y sus familiares en el Centro Nacional de Control de Dolor y Cuidado Paliativo de la C.C.S.S” (Ramírez, 2019).

Este espacio de intervención mencionado, consideró la inserción profesional de un estudiante avanzado de la carrera de psicología, de la Sede Rodrigo Facio, llevando a cabo las funciones de un psicólogo del departamento de psicología del Centro de atención especializada mencionado. Por medio de la inserción profesional de este estudiante y a raíz de la experiencia positiva y de alcance interdisciplinario que desarrolló, se propuso la realización de una continuación de funciones por parte de una estudiante avanzada de la carrera de Psicología, como un espacio de formación y aprendizaje en el abordaje del control del dolor y cuidados paliativos.

Concretamente, la presente intervención retomó entre sus objetivos y funciones, el abordaje terapéutico desde atención de casos clínicos individuales, atención a pacientes y cuidadores de pacientes del servicio de visita domiciliar, una aproximación en observación de campo de otras disciplinas de trabajo del centro médico, así como intervenciones de tipo grupal psicoeducativo para pacientes. Se generó para efectos de esta continuación, una línea de trabajo específica para el desarrollo de habilidades profesionales en psicología que generara el fortalecimiento de la instancia a nivel académico y al mismo tiempo un aprendizaje y desarrollo personal y profesional por medio de las intervenciones a realizarse, el mismo con una duración de seis meses a tiempo completo que inició en el mes de febrero del año 2019 y finalizó en el mes de julio 2019. A continuación se presentarán los apartados que explican y desarrollan la argumentación y relevancia de la

problemática elegida para la presente inserción profesional, así como el desarrollo del marco teórico metodológico y las actividades y funciones realizadas, resultados, recomendaciones y discusiones finales.

2. Marco referencial e institucional

Para lograr adentrarse en el contexto de funciones de la presente práctica dirigida y su espacio de trabajo, es importante conocer aspectos esenciales de contenido y campos de acción; así como lograr crear un acercamiento a intervenciones realizadas en el pasado en el marco del trabajo en instituciones que aborden el control del dolor y cuidados paliativos. Con respecto a las aproximaciones realizadas anteriormente sobre este tema, se muestran a continuación antecedentes de abordaje práctico y de investigación a nivel internacional y nacional en el tema.

2.1. Antecedentes internacionales

A nivel internacional se encuentra el trabajo realizado en Colombia por parte de Alfaya, Bueno, Montoro, Mancilla, Juárez y García (2016), donde se estudió el abordaje de cuidados paliativos, los efectos y expectativas de pacientes. El estudio se desarrolló por medio de observaciones de equipos interdisciplinarios de control del dolor y cuidados paliativos y el entorno de participación de pacientes y sus familias. Se muestra como resultado una importancia en la comunicación de síntomas para su debido control y tratamiento. Se mencionó, además, el constante agradecimiento expresado por los pacientes y familias hacia el personal de salud. Como situación desfavorable en este caso, se determinó la escasez de recursos para afrontar las demandas de la atención en cuidados paliativos, pero que se vio contrarrestada en el apoyo por medio de visitas domiciliarias para beneficio tanto del centro de salud como del paciente. Este estudio analizó, la forma en que las visitas domiciliarias facilitan procesos de intervención, así como la necesidad de control de síntomas por medio de una atención individual idónea.

Por otro lado, Alonso (2013), realiza en Argentina un estudio que analiza estrategias de los profesionales en la atención del dolor en un Centro de cuidados paliativos de la ciudad de Buenos Aires, con respecto a la adherencia de las personas a ese tratamiento. Específicamente se contrastó la información por medio de entrevistas al personal y a sus pacientes. Como resultado determinó que es necesaria una mejor psicoeducación sobre las condiciones y su tratamiento, pues muchos participantes desconocían la funcionalidad del fármaco que consumían. Por otro lado, los profesionales estudiados hacían énfasis en la necesidad de poder realizar una serie de registros de sensaciones sobre el dolor que evoque a experiencias físicas y psicológicas y a partir de ello realizar la prescripción del tratamiento adecuado, lo cual fue funcional para los pacientes. Específicamente este antecedente refiere a los tratamientos y evaluaciones del dolor más adecuados y de mejor acogida por parte de los y las participantes.

En Argentina igualmente, un grupo de investigadores de áreas pluri paradigmáticas realizaron un análisis sobre el servicio de interconsultas en un hospital general de la zona de Buenos Aires; se identificó el modus operandi de las especialidades, abordaje de tratamientos y las dificultades desde las intervenciones en cuidados paliativos. Se determinó que se atendieron 168 casos en el tiempo determinado, los mismos relacionados a estados de terminalidad y a casos con o sin posibilidad de ser atendidos desde oncología; desde sus discusiones se indica que se descubre la necesidad de enfocar las intervenciones siempre de forma interdisciplinaria que permita acercarse a las demandas de la población de la unidad de cuidados paliativos y su heterogeneidad (Peirano, Bertolino, Rodríguez, Bunge, Armesto y Dran, 2019).

Otro estudio llevado a cabo en España y desarrollado por los autores Almendro, Clariana, Hernández, Rodríguez, Camarero, y del Río en el año 2011, implicó la realización de una investigación en un centro hospitalario en la Unidad de atención al dolor crónico. Este antecedente muestra igualmente el estudio de tratamientos prácticos validados para la atención del dolor, así como de métodos de evaluación psicológica individual como instrumentos y entrevistas, para medición del estado del dolor de la persona y su calidad de

vida. La investigación se realizó con 46 participantes adultos diagnosticados mayormente con Fibromialgia o con Síndrome de dolor miofascial. Como parte de los resultados, se muestra que el abordaje de tratamientos que incluían: capacitaciones grupales e individuales sobre emociones asociadas a la experiencia de dolor, las técnicas de relajación, psicoeducación sobre condiciones y sus tratamientos así como capacitación sobre el papel del ejercicio físico en el dolor crónico; no generaba en los pacientes una disminución específica en el nivel de dolor individual; sin embargo, la mayoría de participantes reportó mejorías en sus estrategias de afrontamiento y en la manera en la que el dolor interfería en sus vidas cotidianas, sintiendo menos rigidez y cansancio diario.

2.2. Antecedentes nacionales

Se presenta a continuación una recopilación de experiencias prácticas y de investigación con respecto a intervenciones dentro del área de la psicología en centros de salud a nivel costarricense, relacionados al abordaje del dolor y cuidados paliativos en enfermedades crónicas.

Considerando específicamente los resultados positivos en el acompañamiento hacia condiciones crónicas que impliquen dolor por medio de la Psicología de la salud y el enfoque Cognitivo Conductual, el autor Pérez (2010), elabora un manual Cognitivo Conductual Emocional específico para psicoterapeutas y el abordaje de la fibromialgia. Se considera a partir de esta tesis, que se deben conocer los beneficios de una intervención psicológica para trabajar el dolor; esto para aplicarla y mejorar la calidad de vida de pacientes. Se recomendó en grandes áreas, el trabajo sobre un programa de atención que incluya el entrenamiento en la solución de conflictos, aspectos relacionales, reestructuración cognitiva conductual, asertividad y psicoeducación de cada paciente. Por otro lado, y siguiendo desde la línea de Trabajos Finales de Graduación, Valverde (2012), realizó en formato de Práctica Dirigida, una intervención aplicada en el acompañamiento a pacientes con dolor crónico de la Clínica del Dolor y de Cuidado Paliativo de Puriscal. Su intervención, realizada con 14 personas en total al finalizar su tiempo de práctica; fue importante para reconocer la necesidad de un

acompañamiento desde la Psicología de la salud en sesiones individuales particulares, para abordar situaciones vividas comúnmente con personas que padecen de algún tipo de dolor crónico benigno, así como para el desarrollo de una terapia cognitivo conductual que con sus técnicas específicas lograron resultados prometedores y consistentes como: una mejor apertura de los pacientes a actividad física continua, una menor incidencia de conducta de dolor y aceptación y verbalización positiva de su condición.

Con respecto a la evaluación de resultados positivos en la atención del dolor y cuidado paliativo de centros especializados en el país, Medina, Sanabria y Ávalos (2015), desde la carrera de Medicina de la Universidad de Costa Rica, realizan un estudio sobre los resultados de la atención en cuidados paliativos de adultos reportado en expedientes médicos de pacientes del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos de Costa Rica. La edad promedio encontrada con respecto a pacientes en consulta, era de los 69 años de edad en su mayoría mujeres residentes de la provincia de San José. La mayoría de casos son pacientes oncológicos con neoplasias gástricas, de hígado y de mamas. Se indica que no se logra esclarecer la razón por la que al momento de la recolección de datos se denota que a más del 50% de pacientes no se les brindó atención psicológica a pesar de contar con un programa de atención domiciliaria. Sin embargo, sí se encuentra una referencia de un abordaje de la condición, de manera interdisciplinaria. Positivamente, la mayoría de pacientes contaban con una red de apoyo personal involucrada en sus procesos de intervención.

Para finalizar este apartado de antecedentes, es importante mencionar la realización del Trabajo Final de Graduación que se desarrolló en el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, y que da pie al desarrollo de la presente Práctica Dirigida. Esta intervención es una Práctica Dirigida para optar por el grado de Licenciatura de la Carrera de Psicología en la Universidad de Costa Rica por parte de Ramírez (2019). Dentro del desarrollo de la misma se planteó un abordaje de funciones típicas de un psicólogo del departamento de Psicología del Centro y que se apegue a una formación de habilidades y conocimientos que son comunes en ambientes hospitalarios. Específicamente, el estudiante se enfrentó con retos propios de la

diversidad de pacientes que llegan a un centro hospitalario especializado como lo son: la formación y capacitación bibliográfica y supervisada sobre padecimientos que acompañan la experiencia de dolor, tales como: trastornos comórbidos que acompañan el dolor, presencia de terminología técnica y médica al trabajar en espacios interdisciplinarios, así como los objetivos no esperados que emergen sesión tras sesión: como los pacientes que no se presentan al consultorio, la búsqueda de espacios físicos de atención grupal, así como la variedad de edades y condiciones específicas de la enfermedad crónica que padecen los pacientes.

Los antecedentes anteriores reflejan que los cuidados paliativos son un esfuerzo por conseguir una calidad de vida y muerte; además se indica en la mayoría de casos la notable experiencia positiva de la atención psicológica científica y validada desde ambientes hospitalarios sobre la atención y control del dolor. Específicamente se concluye a nivel nacional e internacional, que se responde de manera efectiva al contar con: la posibilidad de atención domiciliaria que beneficia en el ahorro de recurso material y económico, así como la búsqueda de la comodidad del paciente, espacios de escucha y comunicación de emociones y vivencias personales, psicoeducación sobre los padecimientos e implicaciones del dolor para así colaborar en la adherencia a tratamientos, así como con capacitaciones sobre técnicas activas para el afrontamiento del dolor y el lograr marcar pautas para nuevos estilos de vida.

Es importante además, hacer incapié en el marco institucional de trabajo elegido ya que fue por medio de su sello normativo, espacio estructural y eje de recurso humano y servicios que se delimitaron los objetivos llevados a cabo.

2.3 Contextualización de la instancia

Los cuidados paliativos nacen en Costa Rica a partir de los años 1990 con la creación de las primeras áreas de atención al dolor en hospitales públicos, así como en Organizaciones No Gubernamentales del país. Específicamente con la creación de la Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Rafael

Ángel Calderón Guardia crece la atención de este tipo de abordajes, por lo que la misma pasó a convertirse en un centro nacional de referencias llamado Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos (CNCDCP). Para el año 1999 se aprueba el Centro como coordinador político en el área de atención a estas condiciones y por tanto funcionaría desde un tercer nivel de atención en salud a nivel costarricense (Brenes, Brenes y Núñez, 2013). En la actualidad la Caja Costarricense de Seguro Social coordina la atención, creación y regulación de alrededor de 57 Clínicas del Dolor a nivel nacional por medio de dicho Centro. Específicamente, en el CNCDCP se atienden casos de pacientes referidos por cáncer y enfermedades degenerativas crónicas no oncológicas; esto por medio de la atención de profesionales como médicos paliativos, enfermeros, psicólogos, terapeutas respiratorios, nutricionistas, trabajadores sociales, fisioterapeutas, farmacéuticos y personal administrativo capacitado. Es gracias a la coordinación y relevancia de atención y acompañamiento paliativo y del dolor, que Costa Rica se distingue de otros países a nivel mundial por la eficacia de servicios en búsqueda de la calidad de vida, brindados a pacientes y sus seres cercanos con respecto a cuidados paliativos (Solís, 2015). Específicamente, el departamento de psicología del Centro tiene como objetivo general de trabajo la disminución del sufrimiento emocional y la mejora de calidad de vida de la población atendida por dolor crónico benigno, agudo, crónico o terminal. Cabe destacar que dentro de las áreas de atención se incluye el abordaje de enfermedades degenerativas y casos de Esclerosis Lateral Amiotrófica. El departamento ofrece los siguientes servicios de atención psicológica: consulta externa, atención grupal, interconsulta al Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia y visita domiciliar. Según el Manual de Funcionamiento del departamento de psicología, la visión del mismo es brindar atención psicosocial a personas que sufren dolor de difícil manejo, así como a su grupo familiar haciendo uso de sus propios recursos, la coordinación de redes y la capacitación de sus profesionales. La misión del departamento se relaciona a poder ofrecer atención psicosocial de forma eficiente, oportuna y multidisciplinaria con respecto al dolor de difícil manejo por cáncer, enfermedad terminal y /o crónica para brindar calidad de vida (Rojas, 2009).

Para el año 2018 se inauguraron las nuevas instalaciones del CNCDCP como parte de los proyectos de mejoría como centro de atención especializado. Estas instalaciones son de alto nivel arquitectónico, cuenta con tres niveles cubriendo una construcción de 5950 metros cuadrados que incluyen alrededor de 15 consultorios de consulta externa especializada, áreas de procedimientos, espacio para fines educativos y de docencia, farmacia, extensión de terapia física, y un servicio de Hospital de día (Acuña, 2017).

Actualmente y como parte de la constante actualización, avances y búsqueda de abordajes alternativos, el CNCDCP consideró necesaria la apertura de grupos terapéuticos que colaboren en el objetivo central de la disminución del sufrimiento y alivio en los niveles de dolor reportados. Como parte de estas nuevas técnicas se incluyen grupos de yoga, grupos de relajación, meditación y auto masaje, así como planes piloto de hipnosis clínica para el manejo del dolor crónico y de difícil manejo (Méndez, 2019).

Es importante señalar que el departamento de psicología en el lapso de tiempo en que se realizó la presente práctica dirigida, estuvo constituida por siete profesionales quienes realizan funciones varias desde su espacio de consulta externa, interconsulta, dirección y visitas domiciliarias. Para efectos de esta práctica dirigida, se realizaron supervisiones clínicas con todos los miembros del departamento liderada por la supervisión del director del departamento como asesor /tutor técnico. No obstante, se contó además con la aprobación y supervisión de funciones y revisión de resultados por parte de la directora general del CNCDCP.

3. Marco teórico – conceptual

Una vez llevadas a cabo las funciones planificadas y los objetivos planteados, es necesario sustentar los resultados obtenidos y la problemática atendida, por medio de un marco teórico que evidencie el estilo de trabajo utilizado por el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos desde enfoques biológicos, espirituales, sociales y psicológicos así como los alcances y la variedad de condiciones

fisiológicas y psicosociales abarcadas en la presente práctica dirigida. A continuación se detallan las premisas teóricas esenciales para la comprensión del sistema de intervención en la presente práctica dirigida.

3.1. Dolor

El dolor es definido como una experiencia sensorial y emocional que es desagradable y está relacionada con un daño fisiológico. Desde la autoría pionera sobre dolor y cuidados paliativos se habla de la existencia de un dolor total, conformado por agentes tanto físicos como emocionales, sociales y espirituales. Es por eso que la integralidad de la atención al dolor es prioritaria, y es necesario además considerar en el paciente la percepción sobre su imagen corporal, la visión del pasado y futuro así como pensamientos y sensaciones relacionados a su condición en general. Se debe entender además, que el dolor es subjetivo y por tanto no hay una forma específica o definida para comprenderlo (Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 2012).

La condición y sensación de dolor es una necesidad humana, la función del mismo es indicar a la persona que algo se encuentra mal o enfermo; gracias a esta cualidad se protege al cuerpo, se alerta y se detecta un daño específico. Es por ello, que es una responsabilidad del personal de salud darle atención y seguimiento a estas sensaciones de forma temprana (Rathmell & Fields, 2016). Los autores Zas, Rodríguez y Silva (2013) realizan una explicación sobre las formas de clasificar el dolor según su duración y características fisiológicas. Según duración el dolor puede ser:

- **Agudo:** La persistencia del mismo puede variar entre menos de un mes a menos de tres meses. Tiene causas de lesión reconocibles, el tratamiento suele ser sencillo y rápido. Es un dolor necesario y productivo ya que alerta sobre algún diagnóstico y su naturaleza, así como el nivel de intensidad. Es común que este tipo de dolor se acompañe de sintomatología ansiosa que puede controlarse.
- **Crónico:** Se genera una fijación del dolor, no se considera productivo pues no se relaciona con funciones reparadoras o de alerta específica. El dolor persiste luego de tratamientos sencillos en un

tiempo razonable que puede ser superior a los tres meses. Esta condición de tipo crónica, comúnmente se identifica como causa de constantes incapacidades laborales – productivas que pueden repercutir en la estabilidad socioeconómica de la población. Además, debe ser trabajado interdisciplinariamente pues genera con frecuencia estrés crónico e incertidumbre en quienes le padecen como a su grupo familiar o personas cuidadoras.

Según las características fisiológicas, el dolor puede clasificarse en:

- Nociceptivo: Es un dolor comúnmente de tipo somático por estimulación de receptores de dolor en tejidos de la piel que pueden ser superficiales. El dolor es visceral; producido por lesiones, distensiones o inflamaciones de órganos de tipo torácicos, áreas pélvicas o abdominales.
- Neuropático: Se reconoce por lesiones o estrago en nervios ubicados en el sistema nervioso central o periférico. Es un dolor de difícil manejo descrito por quienes lo sufren como un dolor de tipo “latigazo”.
- Mixto: Obedece a la unión de características de dolores nociceptivos y neuropáticos o a la vivencia de lesiones de distinta etiología. (Zas, Rodríguez y Silva, 2013).

Dentro de las clasificaciones del dolor se deben reconocer componentes tanto sensoriales como afectivos o emocionales; el primero, relacionado a la ubicación del dolor y la tolerancia al mismo, su intensidad y tipo de molestias que causa; y el segundo, en relación con la forma en la que se identifique a la experiencia de dolor como una de tipo dolorosa, angustiante y en gran medida difícil de controlar (Eisenberg, 2015).

Por estos componentes mencionados y al ser una condición tan compleja y de orígenes y significados subjetivos, el dolor, y en mayoría el dolor de tipo crónico, ha conllevado a una necesidad de evaluación. Gracias a la medición precisa del dolor, se logra confiabilidad en la comprensión de su intensidad y su duración; se colabora en la búsqueda tanto de estrategias de diagnóstico diferencial efectivas como en el

entendimiento de la necesidad de actualización científica e investigación al respecto; así como en la validación de tratamientos de calidad (Melzack & Katz, 2013).

Justamente por sus signos difícilmente observables, se ha optado por la medición de dolor en relación a sus consecuencias psicosociales o a las estrategias de afrontamiento al mismo por medio de escalas subjetivas básicas para determinar estados basales y observar de una u otra manera modificaciones en sensaciones y percepciones de dolor (Moretti y Medrano, 2014).

En sintonía con el uso de las escalas, en el tiempo de tratamiento se suelen considerar factores como: entrevistas que consideren las características del dolor que aqueja así como la forma en que este genera limitantes en las actividades sociales y productivas, la valoración del papel de los medicamentos asociados a la disminución del dolor y sus efectos secundarios, las estrategias de afrontamiento del paciente así como sus creencias y pensamientos alrededor de su experiencia de dolor y el apoyo de personas cuidadores o agentes que colaboren como red de apoyo (Kane, Ouslander, Resnick & Malone, 2018).

Una de las escalas mayormente utilizadas de forma interdisciplinaria en centros especializados es el VAS (Visual Analog Scale en sus siglas en inglés) o traducido al español el EVA; este es un instrumento basado en una línea recta con diez centímetros de longitud en la que cada centímetro en ascendencia indica un aumento en la percepción del nivel de dolor en la persona, donde 0 se refiere a la ausencia del dolor y el 10 el peor dolor sentido; se reportan resultados donde la descripción de 0 a 0,4 signifique la no presencia de dolor, de 0,5 a 4,4 una sensación de dolor leve, de 4,5 a 7,4 un dolor de moderada intensidad y de 7,5 a 10 un dolor grave o severo (Alves, Gonçalves, Detogni, Vieira & Tarragô, 2019).

Es importante recalcar que en casos de pacientes con alteraciones cognitivas, la estrategia de medición del dolor se podría modificar. El uso de escalas de dolor analógicas comunes, las entrevistas y los auto informes son útiles y de fácil evaluación general, sin embargo, en presencia de pacientes con afectaciones en su

cognición o con dificultades en la comunicación verbal, este tipo de evaluaciones se realizan por medio del historial de conductas que comunican las personas cuidadoras (Kane, Ouslander, Resnick & Malone, 2018).

En relación con la necesidad de evaluación, la vivencia subjetiva del dolor y las dificultades alrededor de sus implicaciones psicológicas, el impacto del dolor crónico a nivel pluridimensional se encarga de colocarlo como una de las condiciones o padecimientos de mayor incidencia socioeconómica mundial. Esto relacionado a los costos en servicios profesionales de salud, el acceso a seguros o medidas para incapacidades laborales así como los efectos por la disminución de producción económica de pacientes en estado de cronicidad. Masedo y Camacho (2016), reflejan en sus estudios realidades socioeconómicas alrededor de la incidencia del dolor crónico, indicando que los usuarios que sufren de dolor crónico y que se encuentren en niveles económicos más bajos suelen funcionar con un mayor grado de discapacidad y requieren de un tratamiento mayormente oportuno que los pacientes en una condición económica de mayor estabilidad. Justamente la vulnerabilidad de este tipo de población hace referencia a la necesidad de accesos a centros de salud especializados e interdisciplinarios desde servicios públicos en gran medida accesibles.

Es debido a la subjetividad y variedad implícita en la vivencia del dolor explicada anteriormente, que una intervención adecuada del dolor crónico requiere de atención que incluya farmacología, asesoramiento o terapia psicológica y no descartar tratamiento quirúrgico (Rathmell & Fields, 2016).

3.1.1 Regulación del dolor

Todo dolor, ya sea agudo o crónico es considerado un estresor importante; por lo tanto, se genera una mayor presión arterial, contracciones musculares locales y concentraciones de cortisol. Es de enorme influencia la relación de estos aspectos psicofisiológicos y la modulación de la forma en que trabajan las vías que transmiten el dolor. Según estudios de Rathmell & Fields (2016), hay indicios de trastornos emocionales que generan casos de dolor crónico difíciles de identificar, como lo son la presencia de sintomatología depresiva, dolores recurrentes desde la infancia o desde algún trauma emocional sin tratamiento oportuno; los

cuales podrían ser la pérdida de un ser querido, presencia de abuso y violencia o tendencia al consumo excesivo de sustancias.

La intervención para el control del dolor, radica en el tratamiento sobre factores de tipo ambiental, relacional, individual que favorecen o sabotean la adaptación a la experiencia del dolor. Según Rojas (2009), para cumplir estas funciones se requiere de programas de adherencia a tratamientos, ajuste a la condición crónica de la enfermedad, entrenamiento en nuevas habilidades y trabajar por evitar conductas de afectación negativa. Es además necesario reconocer la existencia de otros diagnósticos que pueden acompañar a pacientes con enfermedad crónica, como lo son además: la sintomatología ansiosa y algunos trastornos de personalidad.

Retomando la relación psicosocial y emocional en la incidencia del dolor, la presencia de un dolor crónico puede verse modificado según estados emocionales y hay ciertos casos en los cuales la vivencia del dolor no radica a raíz de una lesión física real. Por ello, es importante considerar teorías como la denominada Modelo de la puerta de control, que se explica a través de una de las funciones de la médula espinal, que trabaja bajo comandos de acción reguladores del mensaje de dolor neuronal según estados físicos como emocionales, que pueden ser detonados tras ciertos pensamientos, actitudes o focalización del dolor, cansancio, falta de sueño, etcétera. Otras teorías consideran que es a razón del estrés que la condición del dolor se afronta de una manera u otra, por tanto el trabajo sobre este padecimiento radicaría en llevar a cabo estrategias de afrontamiento activas que disminuyan niveles de ansiedad y estrés y por tanto, así generar una experiencia del dolor que no deje afectaciones riesgosas en la calidad de vida. Estas visiones que le otorgan al dolor cualidades de acción y tratamiento más allá de la médica, visibiliza la relación positiva del control del dolor por medio de intervenciones psicológicas eficaces (Almendro, Clariana, Hernández, Rodríguez, Camarero, del Río, 2011).

3.1.2. Trastornos de depresión y ansiedad asociados al dolor

Tal cual se mencionó anteriormente, es necesario considerar la común presencia de sintomatología depresiva y ansiosa en pacientes con dolor crónico y de difícil manejo. La vivencia de estos síntomas podría generar que la regulación del dolor sea mayormente complicado de sobrellevar y cause que la intervención sea exclusivamente interdisciplinaria y de larga data.

Si bien la ansiedad y la depresión son trastornos que pueden aparecer de forma aislada o que permanecieron en las personas antes de que sufrieran una enfermedad crónica; las situaciones que median la vivencia de condiciones crónicas como el cambio repentino por estado de salud, duelos y nuevas estrategias de afrontamiento generan sensaciones de miedo y descontrol que muchas veces sin mediación terapéutica y / o farmacológica causan sintomatología desagradable y constante (Rodríguez, 2011).

Para iniciar con el abordaje terapéutico de la sintomatología ansiosa y depresiva es esencial considerar el manejo de emociones así como los esquemas cognitivos relacionados a la percepción y vivencia del dolor, para así lograr identificar cuáles de ellos son funcionales para los pacientes y poder educar a los mismos en estrategias para reestructurar aquellos que sean poco adaptativos en su condición. Aquellos factores cognitivos que no son funcionales son los encargados de que el proceso de cronificación del dolor crezca en gran medida. Algunos de estos esquemas a considerar son: las estrategias de afrontamiento activas o pasivas, de tipo cognitivo o conductual alrededor del dolor, las ideas y creencias irracionales, la percepción de autocontrol y regulación emocional así como el papel del grupo primario de apoyo y la posibilidad del paciente de crear una buena adherencia a su tratamiento (Bello, Benítez y Oviedo, 2017).

Con respecto a algunos padecimientos de dolor crónico generalizado como la fibromialgia, dolor neuropático y lumbalgia; los estudios clínicos consideran que sí existe relación directa entre la percepción de dolor de los pacientes que sufren este padecimiento y la presencia de trastornos mayores del estado de ánimo

o trastornos de ansiedad. Igualmente, desde una visión en perspectiva se ha validado la existencia de sintomatología dolorosa en una gran parte de la población que presenta sintomatología ansiosa recurrente, así como comunes indicaciones de baja tolerancia al dolor y presencia de estrategias de afrontamiento al mismo, relacionadas a los pensamientos catastróficos alrededor de su condición. Esta categoría de pensamientos considera una visión totalmente negativa sobre el progreso y pronóstico de una condición que comúnmente genera baja tolerancia al estrés y en ciertos casos sensación de desesperanza. Algunas teorías además, hacen referencia a factores sociales – ambientales considerados de riesgo en la comorbilidad de sintomatología asociada al dolor. Algunos de ellos pueden incluir el enfrentamiento a estresores psico sociales constantes, antecedentes de trastorno depresivo mayor, presencia de insomnio o sintomatología ansiosa común sin tratamiento. Estos postulados refieren además que la investigación a nivel biomédica ha considerado factores biológicos de riesgo en esta producción de síntomas alrededor del dolor; algunos de ellos incluyen ciertos determinantes genéticos encargados de la falta de regulación de neurotransmisores, disfunciones del eje hipotálamo – hipofisis – adrenal así como alteraciones en la interacción glía – neurona que genera una común sensibilización en la tolerancia al dolor asociada a la manifestación de síntomas depresivos y alteraciones del sueño. Esto se respalda además por medio de estudios de resonancia magnética que han indicado que la transmisión del dolor de tipo emocional así como el dolor de tipo fisiológico comparten vías y tractos comunes a nivel del sistema nervioso central (Arango y Rincón, 2018).

Una vez determinadas las características diagnósticas y etiologías relacionadas, es importante considerar el estilo de intervención terapéutica basada en evidencia necesaria en la intervención de esta sintomatología depresiva y ansiosa relacionada al dolor crónico. La revisión de emociones es primordial considerando que la regulación emocional es clave para la identificación de pensamientos y conductas irracionales generalizadas. Los objetivos de intervención incluyen la medición de la intensidad del dolor mientras se evalúa la

sintomatología ansiosa y depresiva así como una psicoeducación desde el enfoque cognitivo conductual que contemple aspectos importantes como:

- Promover la práctica y entrenamiento de hábitos saludables, técnicas de autocuidado y de búsqueda de un bienestar espiritual e integral.
- Mejora en la higiene del sueño.
- Considerar la actividad física controlada y adaptada a necesidades fisiológicas del paciente en colaboración con las indicaciones interdisciplinarias.
- Educación sobre su condición crónica y pronóstico: considerar el dolor como uno de posible alivio, mas no de cura generalizada y total.
- Preservar la funcionalidad social, familiar y laboral. Se considera minimizar al máximo la discapacidad producida por la condición de dolor.
- Educación y preservación de conductas de adherencia a tratamientos farmacológicos y medidas o técnicas terapéuticas.
- Validar la terapia farmacológica interdisciplinaria que trate la sintomatología ansiosa y depresiva en caso de ser necesaria.

Finalmente es necesario considerar espacios terapéuticos que logren que los usuarios puedan crear un programa de entrenamiento constante en nuevas habilidades y que sean útiles como prevención de recaídas y mantenimiento de resultados prometedores (Berrocoso, Arriba y Arcega, 2018).

3.2 Cáncer

El cáncer es una enfermedad que se origina en el momento en que ciertas células de algún órgano del cuerpo crecen descontroladamente. Estas células específicas son de tipo cancerosas por alteraciones del ácido desoxirribonucleico (ADN) que contienen. En una célula normal, si el ADN tiene alteraciones, esta busca

repararse o muere. Este tipo de células cancerosas deben tratarse a brevedad evitando que se proliferen en nuevas células, creando metástasis a siguientes órganos y evitando enfermedades nuevas o la muerte (Ruiz, Meneses, López, Marchat, Guadarrama, de la Garza y Astudillo, 2017).

Según la Organización Mundial de la Salud (2018), el cáncer es la principal causa de muerte; entre sus mayores incidencias se encuentran: el cáncer pulmonar, hepático, gástrico o de mamas. Las causas del dolor en los pacientes con cáncer pueden variar en razón y frecuencia. Según Longo (2016), aproximadamente un 70% de los casos son originados por causa del mismo tumor; ya sea, por la permanencia de células cancerosas en huesos, nervios, vasos sanguíneos, membranas mucosas, entre otras. Otro 20% de casos de dolor pueden explicarse a raíz de un tratamiento quirúrgico invasivo como lesiones por radiaciones o afectaciones debido al proceso de quimioterapia; es un porcentaje exclusivo de un 10% de casos donde el dolor no tiene relación directa con el cáncer o su debido tratamiento.

Con respecto a la prevalencia de dolor crónico en población oncológica costarricense, este varía en mayor medida en casos de enfermedad avanzada con presencia de metástasis, en mediana medida en pacientes en tiempo de tratamiento y en menor medida en pacientes en tiempos posteriores a su tratamiento curativo. Se indica que es un menor porcentaje de pacientes en el país quienes fallecen sin haber recibido control de dolor oportuno, por tanto los cuidados paliativos siguen siendo de primera mano en la calidad de vida y muerte de pacientes con cáncer (Vargas, 2014).

3.3. Cuidados Paliativos

Los cuidados paliativos se refieren a la alternativa para mejorar la calidad de vida de personas que estén atravesando problemáticas inherentes a enfermedades que pueden ser mortales o incurables; estos cuidados tratan el alivio de sintomatología con evaluación y procesos de tratamiento ante el dolor y sus consecuencias físicas y psicosociales (E.Hall, Angelos, Dunn, Hinshay & Pawlik, 2015).

Es necesario recalcar el papel ineludible de los cuidados paliativos en búsqueda no solo del bienestar de un paciente que se encamina hacia el final de su vida, sino además del beneficio de sus familiares o cuidadores primarios, así como de las personas profesionales que se hacen cargo de sus atenciones físicas y psicológicas. Si bien, el camino hacia la muerte no puede evitarse; sí se puede llegar a esa etapa culminante con un acompañamiento de calidad. Las condiciones mayores que llevan a la intervención en cuidados paliativos son las de pacientes con dolor crónico oncológico; sin embargo, es reduccionista ubicar a las disciplinas paliativas como las que alivian el dolor en específico. Los cuidados paliativos se encargarían de aliviar molestias típicas de las condiciones crónicas o terminales de la manera más efectiva posible. (Rodríguez, 2011).

Algunas técnicas validadas en el tratamiento de los cuidados paliativos a nivel integral incluyen una serie de pasos y estrategias necesarias como las siguientes: Realizar una evaluación. Independientemente de la disciplina que lo trabaje es necesaria la recolecta de información del paciente por medio de entrevistas tanto para el usuario como para sus cuidadores, que incluyan medidas de evaluación del dolor lo más detalladas posible que colabore como punto de partida en el tratamiento. Estas entrevistas y búsqueda de datos basales deben contener información como las características de sus síntomas, si existe o no presencia de dolor y una descripción detallada del mismo, consumo de medicamentos, papel de las redes de apoyo en el paciente así como las estrategias de afrontamiento del mismo ante la sintomatología que genere molestia, valorar el papel de la vivencia de la espiritualidad a nivel personal y social, así como considerar el contexto cultural del paciente y su filosofía de vida (Rodríguez, 2011).

Según el modo de ofrecer información confiable y detallada al paciente sobre su condición, así sería el papel que los cuidados paliativos tendrían sobre el mismo. Es necesario validar que los pacientes contextualizados y con datos fiables sobre su condición, lograrían mejores estrategias de afrontamiento hacia

el mismo y sus consecuencias, así como una mejora en la búsqueda del alivio y rehabilitación (Rodríguez, 2011).

El dolor específicamente, en su mayoría es tratado de forma farmacológica con opiáceos para trabajar desde el alivio del síntoma y apoyo a la dignidad del paciente (Organización Mundial de la Salud, 2017). Es importante recalcar que todo tratamiento que mejore la calidad de vida y alivio de sintomatología es válido siempre y cuando genere la mejoría del paciente, por tanto las intervenciones quirúrgicas son un ejemplo de tratamiento de atención paliativa aunque no genere una cura a la condición en todos los casos (E.Hall, Angelos, Dunn, Hinshay & Pawlik, 2015). Con respecto a las fases terminales, existen opiniones divididas sobre el papel de la hospitalización constante en contraposición con las atenciones de visita domiciliar o cuidados médicos permanentes en casa; sin embargo, lo esencial es que las personas cuidadoras junto con el paciente en posibilidad de decisión, valoren estas opciones de cuidado con información veraz y de la mano de servicios de salud de calidad y en constantes capacitaciones y actualizaciones (Rodríguez, 2011).

Es indispensable en la atención paliativa implementar estrategias que mejoren la calidad de vida de los pacientes, sin importar su edad, así como la calidad de vida de sus cuidadores. Por esta razón, los cuidados paliativos significan un eje fundamental en la atención sanitaria de todos los países y regiones. El objetivo radica en el desarrollo de programas y tratamientos que alivien el sufrimiento mas no el dolor en su totalidad en condiciones de enfermedad terminal o crónica (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Existe una gran variedad de condiciones no oncológicas por las que se puede hacer uso de una atención paliativa interdisciplinaria, entre ellas enfermedades como las insuficiencias evolucionadas, las enfermedades neurológicas degenerativas, casos de Esclerosis Lateral Amiotrófica, sintomatología tras accidentes cerebrovasculares así como síndromes dolorosos comunes y de deterioro progresivo (Pérez, García y Petronila, 2019).

3.3.1. Papel de las personas cuidadoras de pacientes en los cuidados paliativos

Es indispensable dentro del marco de integralidad de la atención al control del dolor y cuidados paliativos, considerar el papel de cuidadores y familiares de los pacientes de enfermedades oncológicas y de control del dolor. Tanto la vivencia de una condición crónica como la amenaza de perder para siempre a un ser querido pueden ser generadores de dinámicas familiares disfuncionales. Los y las profesionales en salud deben considerar la carga de cuidadores de pacientes de cuidados paliativos, quienes en su mayoría, son familiares cercanos. Ante la necesidad de un abordaje integral con cuidadores, es importante destacar pautas de intervención como lo son: mantener una comunicación clara y constante, considerar la atención desde visitas domiciliarias, así como enfrentarse al proceso con empatía y una atención al duelo en caso de la muerte de un paciente (Rabow & Pantilat, 2017).

Es importante recalcar que Costa Rica cuenta a nivel de cuidados paliativos con la existencia de la ley 7756 modificada en la ley 8600. Esta ley considera el beneficio de un cuidador principal de pacientes en caso de que este se encuentre en fase de terminalidad. Esta ley colabora con estos cuidadores en el tanto sea un trabajador asegurado que haya cotizado al seguro social de la Caja Costarricense de Seguro Social al menos en seis cuotas para lograr optar por una licencia de cuido de paciente y por ello recibir subsidios determinados según su monto salarial. Esta licencia se actualiza cada cierto tiempo con colaboración de los médicos de funciones paliativas los cual darían fe de que el paciente se encuentra con una enfermedad incurable y en un pronóstico de muerte cercana. Esta ley es de gran utilidad en la búsqueda de calidad de vida para cuidadores de pacientes como un medio para afrontar las dificultades emociones, de proceso de duelo y psicosociales (Acuña, Ferrandino y Quesada, 2012).

García, Grau e Infante (2014), consideran el término “claudicación familiar” como la dificultad de la familia para poder enfrentar el acompañamiento de pacientes en el proceso de su condición; esto debido a demandas constantes o dificultad de comunicación del centro de salud con la familia o cuidadores del

paciente. Algunas otras condiciones que pueden sufrir los cuidadores son: fatiga, ansiedad, depresión, consumo abusivo de sustancias o de comida o trastornos del sueño. Es por lo anterior que una familia o cuidadores atendidos, capacitados y en comunicación con el personal de salud hacen fortalecer el apoyo dirigido hacia el paciente en el proceso de su tratamiento, la prevención de recaídas y el seguimiento.

Es importante considerar la preparación de las personas cuidadores ante la muerte y la vivencia del duelo. El duelo genera sensaciones psicológicas, físicas y espirituales que se desarrollan en duración e intensidad variables según la pérdida. Un duelo no abordado podría generar la presencia de sintomatología aversiva y que puede traer consigo complicaciones psiquiátricas y alteraciones fisiológicas mayores. Con respecto a la atención del duelo se deben considerar los cuidados de tipo bio psicosociales así como espirituales, además la atención debe ser cercana y en el tiempo oportuno con personal capacitado a raíz de la diversidad del proceso, esto considera entonces, que los centros de atención a pacientes valoren atención a cuidadores aún luego del fallecimiento del paciente (García, Grau e Infante, 2014).

4. Problematización y objetivos

4.1 El problema

La psicología enfocada al control del dolor y a la atención de los cuidados paliativos es de suma importancia en la búsqueda de la calidad de vida, dignidad del paciente y abordaje oportuno de los derechos humanos. Es gracias a la apertura, ampliación y desarrollo de departamentos de psicología en centros de atención al dolor, que se integran campos de especialización de la psicología de la salud dirigidos a cumplir los objetivos de esos cuidados paliativos específicamente. Según el director del departamento de psicología del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, el doctor Rojas (2009), la psicología enfocada en la atención del dolor y cuidados paliativos se especializa en la aplicación de evaluaciones, diagnósticos y tratamientos dirigidos al afrontamiento de síntomas o trastornos emocionales generados a

partir de la vivencia de una enfermedad crónica o terminal. El trabajo de la psicología en este ámbito se encarga de integrar la formación teórica y la visión de distintas disciplinas sobre las enfermedades abordando las condiciones desde aspectos sociales, biológicos y psicológicos; y es precisamente desde esta metodología de trabajo que la Organización Mundial de la Salud (2017), recomienda el abordaje de estas condiciones.

Según Rojas (2009), Costa Rica es un país privilegiado en cuanto a la atención paliativa integral, contando con un centro especializado para la atención de cuidados paliativos como parte de las funciones de la Caja Costarricense del Seguro Social; sin embargo, a razón de la creciente poblacional mencionada, así como las múltiples necesidades de cumplimiento de labores y funciones de alta demanda; la intervención en el Centro Nacional de Cuidados Paliativos así como en distintas clínicas del dolor alrededor del país, va dejando áreas de trabajo limitadas que podrían ser abordadas con mayor profundidad como lo son: los espacios de atención grupal psicoeducativos en temas de abordaje del dolor, y la capacitación de pacientes por medio de sesiones terapéuticas individuales sobre temas relacionados a condiciones crónicas específicas y sus vivencias. Esta gran demanda mencionada, se puede visualizar por medio de la cantidad de consultas recibidas por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social a través de los años; específicamente en el área de atención a la medicina paliativa, la institución aumentó de 3.635 casos de consulta anual en el año 2005 a la atención de 35.008 consultas para el año 2016 (Caja Costarricense de Seguro Social, 2016). Precisamente, es debido a este aumento de casos y a las implicaciones que estas condiciones crónicas generan a nivel físico, social, psicológico y relacional; que es cada vez más necesario una intervención integral fortalecida en la atención al dolor y cuidados paliativos, que ofrezcan un abordaje psicológico en el acompañamiento hacia una calidad de vida y calidad de muerte.

En Costa Rica, para el año 2015 se actualiza el Manual de normas de atención del dolor y cuidados paliativos de I y II nivel, el cual, determinado en función de la atención integral costarricense pública o privada hacia la intervención sobre esta población; ofrece un listado específico de pautas importantes de

trabajo. Entre las mismas se encuentran, la posibilidad de provisión de servicios que refiera al tipo de personas capacitadas que se requieren para estos tipos de intervención, entre los que se denotan: profesionales en medicina, enfermería, asistentes técnicos, colaboradores de registros médicos, farmacéuticos, trabajadores sociales y psicólogos, así como una referencia a la importancia de justificar la necesidad de una atención integral para una mejor intervención con la población determinada (Presidencia de la República y Ministerio de salud, 2015).

Según el Ministerio de Salud (2017), es una necesidad fundamental el poder contar con una atención temprana en la intervención de cuidado paliativo y control del dolor que considere acompañamiento familiar, espacios de psicoeducación y atención individual y grupal; y son precisamente este tipo de funciones recomendadas por este Ministerio, las que se desarrollan por parte del departamento de psicología del Centro Nacional de control del Dolor y Cuidados Paliativos, y que serán llevadas a cabo en la presente Práctica Dirigida. Este tipo de actividades o funciones incluyen: capacitación grupal a pacientes y cuidadores así como sesiones de atención terapéutica individual y abordaje terapéutico desde programas de visita domiciliaria.

Es debido a lo anteriormente mencionado, que facilitar el desarrollo de habilidades profesionales como estudiante avanzada, así como poder visibilizar públicamente las posibilidades de acción de la psicología en ambientes hospitalarios, es una oportunidad para generar resultados positivos y colaborar con un espacio de múltiples demandas en el trabajo por la calidad de vida de la población costarricense.

4.2. Objetivos

4.2.1 Objetivo General

Desarrollar una intervención desde la Psicología de la Salud para el control del dolor y cuidados paliativos de pacientes con enfermedades crónicas provenientes del departamento de psicología del Centro Nacional de

Control del Dolor y Cuidados Paliativos, de la Caja Costarricense del Seguro Social a través de estrategias de abordaje terapéutico individual y grupal desde la ciencia psicológica.

4.2.2 Objetivos específicos

1. Brindar atención psicológica individual desde un enfoque cognitivo conductual a pacientes del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos para el abordaje del control del dolor y cuidados paliativos.
2. Realizar el planeamiento y desarrollo de sesiones de atención grupal psicoeducativa para el abordaje del control del dolor y cuidados paliativos de pacientes del departamento de psicología del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos y para quienes ejercen labor de cuidado no profesional.
3. Intervenir en el programa de atención domiciliaria para el abordaje del control del dolor y cuidados paliativos de pacientes y sus cuidadores en el departamento de psicología del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos desde un enfoque cognitivo conductual.

4.2.3 Objetivos externos

1. Ofrecer habilidades y conocimientos profesionales como estudiante avanzada para el fortalecimiento de las funciones del departamento de psicología del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos.
2. Visibilizar el papel fundamental de la psicología en la atención al dolor y cuidados paliativos de intervención integral e interdisciplinaria desde ambientes hospitalarios.

5. Marco metodológico – Descripción de funciones realizadas

Con respecto a las funciones y al estilo de intervención realizados de la presente práctica dirigida, la metodología se fundamentó en la inserción profesional de una estudiante avanzada de la carrera de

Psicología, Sede Occidente, Universidad de Costa Rica; específicamente en el Departamento de Psicología del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos ubicado en San José, Costa Rica; para ofrecer habilidades y conocimiento profesional y cumplir con las funciones establecidas para los profesionales de psicología de dicho espacio hospitalario.

Según el Manual de funciones del Departamento de Psicología, las funciones varias del personal de este departamento, se basan en conocimientos, habilidades, técnicas, evaluaciones desde el área de la Psicología de la Salud y los cuidados paliativos para el abordaje y tratamiento de enfermedades crónicas y atención al dolor (Rojas, 2009).

Al llevarse a cabo las intervenciones desde un ámbito hospitalario proveniente de la Caja Costarricense de Seguro Social, todo criterio diagnóstico fue basado en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), avalado por la Organización Mundial de la Salud. Cabe destacar que las intervenciones también consideraron la atención de cuidadores o familiares de pacientes, así como capacitaciones, grupos psicoeducativos, supervisiones, presentación de casos clínicos individuales y rotación interdisciplinaria en fases de observación.

Es necesario recordar que una de las funciones de la presente Práctica Dirigida fue darle seguimiento práctico-metodológico a un anterior desarrollo de Práctica Dirigida de la Carrera de Psicología, Sede Rodrigo Facio, en el mismo centro de salud (Ramírez, 2019). Es gracias a los prometedores resultados de aprendizaje profesional y académico y al apoyo de la coordinación de psicología del Centro, que se decide mantener abierto el espacio para adquirir conocimientos y generar experiencias de inserción profesional desde ámbitos de atención hospitalaria que no siempre son abordados desde prácticas de cursos clínicos de la Carrera de Psicología y que vayan más allá de ser un recurso humano extra a una institución. Esta intervención fue

realizada en un lapso de seis meses a tiempo completo con alrededor de 950 horas de trabajo de distinta índole.

Es importante considerar algunos puntos de trabajo al realizar una Práctica Dirigida en un centro hospitalario proveniente de la Caja Costarricense del Seguro Social que se determinan como criterios de inclusión: La población meta de trabajo es una de tipo variada, heterogénea y que llegan al servicio según consultas referidas al área de consulta externa o por parte de otro profesional de áreas médicas alternas, pacientes ya atendidos desde el servicio de psicología o pacientes entrantes referidos por parte de algún otro centro médico del país.

Por motivo de protección ética del paciente de la C.C.S.S y el resguardo firmado en el consentimiento informado adjuntado a cada expediente físico; no es posible en este informe desplegar información sensible ni biográfica de casos individuales o grupales. Otro punto a considerar es que el uso de manuales diagnósticos, baterías de pruebas o consentimientos informados que fueron partícipes en la metodología en la presente práctica dirigida, estuvieron determinados por el uso oficial que se decidió a nivel de la coordinación de psicología y dirección médica.

Por el tipo de población elegida y su marco institucional, se desarrollaron las funciones de profesionales en psicología que consideraron todas las obligaciones éticas de intervención que solicita el Código de ética del Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica. Además, todos los pacientes intervenidos tanto a nivel individual como grupal fueron informados sobre la supervisión constante de la estudiante; además se utiliza el consentimiento informado oficial de la Caja Costarricense de Seguro Social donde se deja implícito que ningún procedimiento sería de corte invasivo, que se mantendría el derecho a la confidencialidad y no pondría en riesgo la integridad física o emocional de la persona.

Es necesario recalcar que para la solicitud de inicio de práctica dirigida en un centro de la C.C.S.S fue necesario cumplir con el requisito de solicitud de campo clínico ante lineamientos del CENDEISS. Así como el pago de seguro de intervención por parte del Instituto Nacional de Seguros (Seguro de responsabilidad civil profesional). Esta solicitud se basa en la premisa de una supervisión intensiva y acompañamiento educativo con el resguardo profesional de asesores técnicos calificados considerando que esta práctica dirigida no comprendió un componente investigativo con seres humanos.

Esta práctica consideró espacios de supervisión constante. Estas se llevaron a cabo basadas en el tipo de población nueva y subsecuente atendida, considerando aspectos de ética en el servicio esperado para los funcionarios de la Caja Costarricense del Seguro Social y pasantes o practicantes. La frecuencia de las supervisiones con el asesor técnico del Centro fue diaria; estas supervisiones se realizaban al finalizar cada intervención individual realizada con el fin de: recibir recomendaciones sobre la redacción de información de sesiones en el Expediente Digital Único en Salud (EDUS), así como para considerar propuestas de intervención para próximas sesiones. Se realizaron constantes supervisiones con funcionarios del departamento de psicología que acompañaron en la rotación al inicio del proceso, así como en las intervenciones en sesiones únicas de tipo individual o abordaje grupal.

Con respecto a las supervisiones con la directora de práctica dirigida, estas fueron semanales; en las mismas se consideraron:

- Objetivos terapéuticos por discutir, luego de las primeras sesiones de intervención con cada paciente individual y su motivo de consulta determinado.
- Resultados de cada sesión de psicoterapia individual así como avances y limitaciones del proceso.
- Técnicas y temáticas por considerar en el abordaje de las sesiones de grupos psicoeducativos.

- Recomendaciones de literatura y bibliografía sobre temáticas por trabajar a nivel clínico individual y grupal.
- Validación de emociones y expectativas de la estudiante sobre su proceso académico y profesional alrededor de los seis meses de intervención.

Otro espacio de supervisión creado fue la presentación de casos clínicos, donde por medio de la reunión interdisciplinaria o del personal de psicología en su totalidad, se realizó la exposición de casos clínicos individuales para lograr abordar con ello: a) dudas sobre casos de difícil manejo o pluralidad de diagnósticos, b) discusión de enfoques terapéuticos elegidos, c) recomendaciones sobre las estrategias terapéuticas utilizadas con los pacientes y sus familias en caso de ser citadas, d) contextualizar diagnósticos clínicos y motivos de consulta interdisciplinarios de pacientes que son atendidos en la consulta clínica individual, para lograr un abordaje que considere áreas de manejo integral, e) ofrecer exposiciones teóricas o recomendaciones de literatura y bibliografía utilizada como apoyo para la intervención de casos clínicos o grupales y f) realizar referencias interdisciplinarias internas para que los pacientes reciban los servicios de las disciplinas y departamentos necesarios.

Además, cada 35 días de trabajo, se realizó la entrega de informes de funciones al equipo asesor restante con el fin de corroborar las tareas llevadas a cabo, las horas de trabajo totales, así como nuevos aprendizajes y limitaciones encontradas en el proceso; esto con el propósito de generar recomendaciones y sugerencias en el estilo de trabajo.

La metodología abordada se constituyó por las siguientes fases de trabajo:

1. Rotación interdisciplinaria inicial: La realización de esta práctica consideró de forma introductoria y con el objetivo de generar conocimiento teórico práctico inicial, el desarrollo de una fase de rotación interdisciplinaria. Esta consistió en una fase de observación participativa y no participativa en un

lapso de 5 semanas en los servicios de consulta y atención de la mayor parte de disciplinas que ofrece el CNCDCP.

2. Cumplimiento de objetivos específicos planteados y actividades incluidas en el desarrollo de los mismos: Una vez finalizada la fase de rotación de observación interdisciplinaria se procede a la realización y cumplimiento de los objetivos específicos planificados. Las líneas de orientación se describen en la Tabla 1.

Tabla 1. Líneas de orientación metodológica de práctica dirigida

Actividad	Objetivo	Función	Tareas básicas	Productos esperados
<ul style="list-style-type: none"> Atención psicológica individual para pacientes 	<p>Brindar atención psicológica individual desde un enfoque cognitivo conductual a pacientes para el abordaje del control del dolor y cuidados paliativos desde el departamento de psicología del Centro Nacional de Control del Dolor Cuidados Paliativos</p>	<p>Realización de sesiones terapéuticas individuales dirigidas a pacientes del departamento de psicología para el abordaje de la condición del dolor y vivencia de su enfermedad con el uso de programas de tratamiento basados en psicoeducación, entrenamiento en estrategias de afrontamiento de la condición ante la cotidianidad y aspectos relacionales.</p> <p>Realización de reuniones del personal de salud de distintas disciplinas para comentar, supervisar y</p>	<p>- Constante actualización bibliográfica sobre estrategias de intervención y técnicas científicas y validadas desde el enfoque cognitivo conductual en el área de la Psicología de la salud, sobre el abordaje de las enfermedades crónicas y control del dolor y cuidado paliativo.</p> <p>- Planeamiento y desarrollo de sesiones de psicoterapia dirigidas a pacientes referidos al departamento de psicología del Centro.</p> <p>- Uso de escala visual analógica</p>	<p>Informes / bitácora de sesiones para los expedientes necesarios.</p> <p>Resultados de adaptación a condiciones de enfermedad y atención al dolor en pacientes tras sesiones individuales psicoterapéuticas.</p> <p>Informes de sesiones de supervisión para expedientes de casos.</p>

sesiones de atención grupal para pacientes o cuidadores.	y desarrollo de sesiones de atención grupal para el abordaje del control del dolor y cuidados paliativos de pacientes y sus cuidadores desde el departamento de psicología del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos	y de desarrollo de sesiones de atención grupal para pacientes o cuidadores.	estrategias de intervención a nivel grupal, necesidades sobre psicoeducación en el control del dolor y cuidados paliativos; así como estudio de técnicas pedagógicas y de manejo de grupos adecuadas.	de formar parte de siguientes sesiones dentro o fuera del departamento de psicología.
			- Creación de material pedagógico para el uso en sesiones de atención grupal.	Sistematización de resultados para la creación de informe final.
			- Solicitud de retroalimentación y sugerencias por parte de los pacientes sobre el desempeño y desarrollo en sesiones grupales.	Evaluación inicial y final para conocer resultados en la población que recibe la intervención grupal por medio de instrumentos psicométricos básicos.
			Sistematización de resultados	
• Intervención en el acompañamiento de pacientes desde el programa de atención domiciliaria	Intervenir en el programa de atención domiciliaria para el abordaje del control del dolor y cuidados paliativos de pacientes y sus cuidadores desde el	Realizar y desarrollar intervenciones psicoterapéuticas como co terapeuta a pacientes y cuidadores del departamento de psicología en modalidad domicilio por dificultades de	Observación de campo por medio de una observación participativa alrededor de las intervenciones desde el programa de atención domiciliaria de psicología y de otros profesionales de salud del Centro.	Redacción de informes / bitácora de sesiones para los expedientes necesarios.

<p>departamento de psicología del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos</p>	<p>transporte o movilidad a las instalaciones del Centro.</p> <p>Realizar intervenciones de atención clínica individual a una familiar de paciente de visita domiciliar en fase de terminalidad.</p>	<p>personas encargadas de la atención domiciliar de psicología en el Centro.</p> <p>- Planeamiento y desarrollo de sesiones de psicoterapia dirigidas a cuidadores de pacientes referidos al departamento de psicología en consulta externa del Centro.</p>
--	--	---

Fuente: elaboración propia

6. Resultados

En el presente apartado se desarrollará un informe detallado de resultados obtenidos alrededor de la totalidad de tiempo de práctica dirigida; los mismos se clasificaran en los siguientes sub apartados:

1. Resultados de rotación interdisciplinaria inicial.
2. Resultados según objetivos específicos planteados.
3. Resultados según funciones varias complementarias.
4. Resultados según habilidades y competencias desarrolladas por la estudiante.

6.1 Resultados de rotación interdisciplinaria inicial

A continuación se presentan los resultados observados en la fase de rotación inicial, por medio de la observación participante y no participante en las consultas e intervenciones de distintas disciplinas que ofrece el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos. Las disciplinas y servicios considerados en esta fase inicial fueron:

- a) Consulta externa del departamento de psicología.
- b) Interconsultas del departamento de psicología dirigidas hacia pacientes del área de Oncología del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.
- c) Visita domiciliar del departamento de psicología.
- d) Consulta externa del servicio de medicina paliativa.
- e) Visita domiciliar del servicio de medicina y enfermería paliativa.
- f) Consulta externa del servicio de nutrición.
- g) Consulta y sesiones del servicio de terapia física paliativa.
- h) Intervenciones de emergencia en medicina paliativa, desde los servicios de Hospital de día.

El estilo de rotación realizado implicó que se desarrollara en las primeras semanas de práctica dirigida una observación no participante y en algunas, por solicitud del profesional encargado, de tipo participante con intervenciones basadas en la necesidad del caso o situaciones en las que se requería colaboración por intervención en crisis o apoyo familiar.

La realización de este período de rotación fue llevada a cabo de forma introductoria y con el objetivo de generar conocimiento teórico práctico inicial de estilo interdisciplinario, en el cual la estudiante contemplara el tipo de espacio en el que se estaría desarrollando en fases posteriores, así como el poder adentrarse en la comprensión de la terminología técnica y médica necesaria para las futuras intervenciones. En esta etapa también fue necesaria la realización de glosarios técnicos por medio de la búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas, que colaboraran con la revisión actualizada de patologías oncológicas y de tipo crónicas no oncológicas que sean comúnmente abordadas en el CNCDPC. Esta revisión fue de las tareas más arduas y completas ya que no solamente se realizó en el tiempo de rotación introductoria, sino que se mantuvo alrededor de todo el semestre de práctica dirigida, pues comúnmente los profesionales en psicología se enfrentan a patologías distintas, en estados iniciales o avanzados y con comorbilidad de sintomatología; además otro reto importante se relaciona al poco conocimiento y educación de algunos de los pacientes que llegan a la consulta de psicología sobre su padecimiento médico y sobre las implicaciones de sus tratamientos.

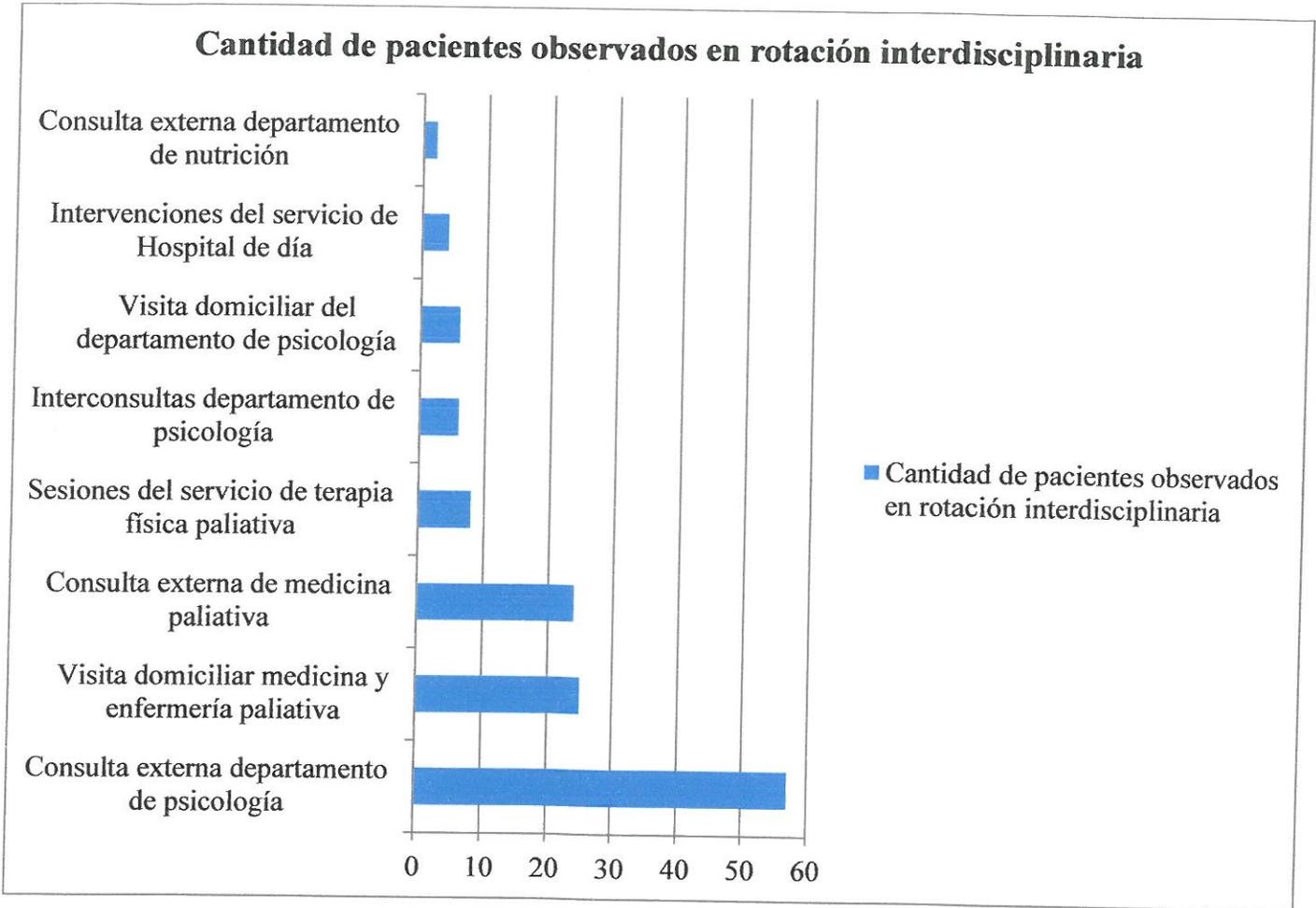
Esta etapa de rotación tuvo una duración total de 5 semanas, en las dos últimas se realizó, desde las intervenciones que implicaban la atención de psicología en el servicio de consulta externa y de visita domiciliaria, una observación de tipo participante que colaborara con funciones de co terapeuta al lado del profesional encargado, así como la posibilidad de realizar con algunos pacientes el espacio de encuadre y entrevista inicial de la primera sesión psicoterapéutica. Estas intervenciones como co terapeuta fueron de gran enseñanza académica ya que los profesionales del departamento de psicología, al finalizar cada sesión

atendida, consideraban un espacio de supervisión que contemplara: la validación de sensaciones y emociones tras lo expuesto en consulta, recomendaciones sobre las acotaciones e intervenciones hechas, el desempeño mostrado, así como la estructura que solicita la redacción de cada sesión atendida en el expediente EDUS (Expediente Digital Único en Salud), la creación del examen mental y la información necesaria para exponer en este expediente por cada sesión y en próximas atendidas por la estudiante de forma individual.

Considerando el tiempo y las consultas observadas de tipo participante como no participante, el servicio al cual se le dedicó la mayor atención de sesiones fue el servicio de consulta externa del departamento de psicología, con un total de 57 casos observados de forma participativa y no participativa, seguidamente el servicio de visita domiciliar de medicina y enfermería paliativa con un total de 25 casos, el servicio de consulta externa de medicina paliativa con un total de 24 pacientes observados, un total de 8 casos atendidos en el servicio de terapia física paliativa, 6 pacientes observados en internamiento hospitalario de Oncología del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia por medio del servicio de interconsultas del departamento de psicología, 6 casos de pacientes en observación participativa del servicio de visita domiciliar del departamento de psicología, 4 intervenciones observadas desde los servicios de Hospital de día así como la observación de 2 casos de pacientes del servicio de consulta externa del departamento de nutrición; esta valoración de cantidad de casos se ilustra en el Gráfico 1. Con respecto a los diagnósticos médicos observados en rotación se destacan múltiples condiciones oncológicas y de tipo crónico – degenerativo; el padecimiento que se observó con más frecuencia fue el cáncer de mama y cáncer de hígado con respecto a los casos de los padecimientos oncológicos; y la lumbalgia y casos de pacientes con fibromialgia como parte de las condiciones de tipo crónico doloroso, los mismos se detallan en el Gráfico 2. En conclusión, el servicio multidisciplinario fue valorado y evidenciado alrededor de la etapa de rotación como una de las experiencias de mayor aprendizaje y reconocimiento de trabajo en toda la institución; este tiempo favoreció el poder realizar un acercamiento desde la mayoría de áreas y departamentos a los padecimientos y condiciones más

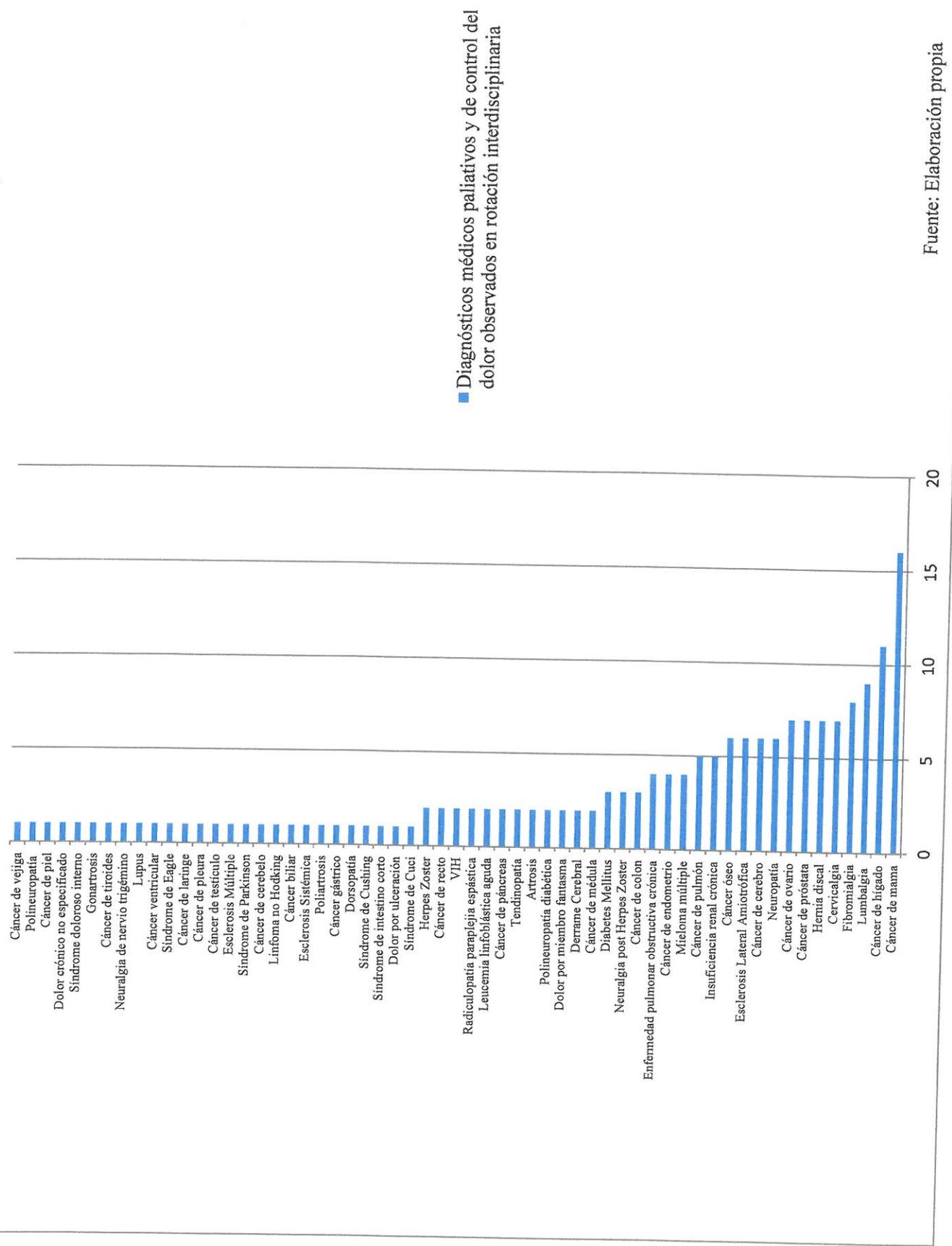
comunes del trabajo en el CNCDCP y en general en el marco de los cuidados paliativos de contexto costarricense.

Gráfico 1. *Cantidad de pacientes observados en rotación interdisciplinaria*



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 2. Diagnósticos médicos paliativos y de control del dolor observados en rotación interdisciplinaria



Fuente: Elaboración propia

6.2 Resultados según objetivos específicos planteados

A continuación se detallará el tipo de funciones, población, características y resultados observados en el desarrollo de los objetivos específicos planteados:

6.2.1. Brindar atención psicológica individual desde un enfoque cognitivo conductual a pacientes del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos para el abordaje del control del dolor y cuidados paliativos:

El primer objetivo específico consideró la intervención psicológica clínica individual dirigida a pacientes del servicio de consulta externa del CNCDCP para el control del dolor y cuidados paliativos en caso de ser necesario. La atención individual inició una vez finalizada la fase de rotación interdisciplinaria, contando con un bagaje teórico práctico mayor que facilitó que las intervenciones se llevaran a cabo de la mejor manera posible y con un conocimiento necesario sobre algunas condiciones, sus tratamientos y mecanismos de intervención médica.

La elección de casos para atención individual la realizó el asesor técnico buscando que se abarcaran aspectos variados como: edades, diagnósticos, casos nuevos o subsecuentes del servicio o motivos de consulta comunes. Las sesiones fueron planificadas bajo las siguientes cláusulas encuadradas con los pacientes: sesiones de tipo intensivas, de una hora de duración cada una, con frecuencia de una sesión por semana, alrededor de diez sesiones, con la posibilidad y apertura para realizar sesiones familiares o de pareja en los casos que esto sea posible y así como, el cumplimiento de objetivos terapéuticos desde un enfoque cognitivo conductual; las sesiones fueron pactadas directamente con la estudiante para poder llevar un orden en agenda de cada caso, la estudiante se haría cargo además de apartar el espacio de consultorio para la atención de cada paciente así como de la incorporación del paciente en agenda y apertura de su expediente digital por sesión.

Los resultados específicos de las intervenciones individuales intensivas fueron los siguientes:

- Se atendió a un total de 9 pacientes desde el servicio de consulta externa en modalidad semanal. Del total, 8 pacientes de sexo femenino y 1 paciente de sexo masculino. Las edades de los pacientes se encontraban en un rango entre los 21 y 72 años de edad. Algunas de las patologías médicas por las que los pacientes eran atendidos en el CNCDCP incluían: fibromialgia, polineuropatía diabética, neuralgia post herpes Zoster, síndrome de Cushing, cáncer de mama así como insuficiencia renal crónica. Los pacientes atendidos contaban con los siguientes diagnósticos psicológicos según el CIE-10: episodio depresivo moderado, trastorno depresivo recurrente, problemas relacionados con hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar, trastorno de ansiedad generalizado, examen consecutivo de psicoterapia, problemas especificados relacionados con el grupo primario de apoyo . En la Tabla 2, se contabilizan los casos de atención intensiva que cubren estos motivos de consulta psicológicos.

Tabla 2. Diagnósticos psicológicos abordados en pacientes de atención individual semanal

Motivos de consulta	Número de casos
Episodio depresivo moderado	1
Examen consecutivo de psicoterapia	1
Problemas especificados relacionados con el grupo primario de apoyo	1
Trastorno de ansiedad generalizado	2
Trastorno depresivo recurrente	2
Problemas relacionados con hechos estresantes que afectan a la familia y el hogar	2

- Por cada paciente individual semanal atendido se consideraron objetivos terapéuticos que lograran dar una atención oportuna a su diagnóstico psicológico, así como validar la experiencia vivida por su condición médica atendida y pronóstico de su enfermedad, las cuales comúnmente se relacionaba a su estado de ánimo y funcionalidad. Específicamente entre los resultados se observaron respuestas positivas hacia la metodología aplicada: 1. Reconocimiento y validación de emociones como preámbulo para la regulación de las mismas. 2. Un mejor acercamiento y conocimiento técnico sobre sus padecimientos y condiciones crónicas, así como la relevancia de siempre acudir a fuentes confiables y recomendaciones de sus médicos paliativistas. 3. Detección en algunos casos de aspectos de riesgo que debieron ser referidos a otras instancias interdisciplinarias, algunos de estos relacionados con: presencia de víctimas de violencia basada en género, maltrato infantil y adolescente, presencia de trastornos psiquiátricos mayores que implicaban la necesidad de un abordaje farmacológico adicional, pobreza extrema. 4. Variaciones en la medición VAS – EVA como escala de dolor subjetiva que hacia el final del proceso de atención mostraba una mejoría. 5. Respuesta de familiares y cuidadores con una mayor expresión y acción de compromiso hacia el proceso de psicoterapia.
- Se planificaron 10 sesiones, una por semana para cada paciente; sin embargo, solo en 5 de los casos pudieron ser abarcadas en su totalidad. Los tres restantes tuvieron que ausentarse luego de unas 6 sesiones por razones varias como: intervenciones quirúrgicas o dolores de difícil manejo.

Es importante recalcar como parte de los resultados de esta intervención individual intensiva, que los pacientes se mostraron receptivos y comprometidos hacia las sesiones terapéuticas que fueron de mucho beneficio, según su criterio personal manifestado, pues las sesiones de atención psicológica en el Centro comúnmente son de tipo mensual o a cupo y no se permite la posibilidad de abordar los casos con tanto detalle, detenimiento y supervisión paralela.

La oportunidad de atención intensiva individual desde el enfoque cognitivo conductual permitió a nivel académico, que el abordaje de los casos se manejara con una constante actualización teórica metodológica, que lograra bajo protocolos validados de forma científica que los objetivos terapéuticos cumplieran con un tratamiento oportuno para las sintomatologías y motivos de consulta reportados, considerando un abordaje que retomara el mantenimiento de las herramientas aprendidas así como un acercamiento hacia las alternativas para la prevención de recaídas. Cabe destacar, que, de los pacientes atendidos, 2 de ellos fueron referidos a la continuación de sesiones desde el departamento de psicología con otros profesionales del mismo, lo anterior debido a que fueron identificados como casos que requerían de una atención de mayor duración y seguimiento.

Con respecto al abordaje familiar, 3 de los casos pudieron ser atendidos considerando sesiones de tipo familiar. Las sesiones contemplaron citas con la familia, así como sesiones de pareja. Algunos de los temas abordados incluían: 1) la sensibilización y psicoeducación sobre las patologías del paciente en cuestión, así como recordar la necesidad de un acompañamiento, comprensión y contención emocional hacia el paciente identificado. 2) validar las necesidades emocionales de familiares y cuidadores de pacientes con respecto a sus expectativas y procesos de duelo, 3) sistematizar y triangular la información manifestada por los pacientes relacionada a estilos de vida, funciones y dinámica familiar, 4) psicoeducar a los cuidadores de pacientes sobre la necesidad de las prácticas de autocuidado 5) educar al familiar o a la pareja sobre las posibilidades de delegar funciones a otras personas del núcleo familiar cuando sea oportuno y 6) buscar la comprensión de la necesidad de privacidad en los pacientes así como evitar conductas de sobreprotección o limitación de actividades beneficiosas (ejercicio físico y recreación).

Por la naturaleza de los diagnósticos, así como de los motivos de consulta a nivel psicológico, se observó la necesidad (supervisada y validada por parte de la dirección y asesoría de esta práctica dirigida) de realizar los objetivos terapéuticos considerando la atención a nivel emocional y de vivencia de sintomatología

depresiva, así como de la intervención basada en técnicas de activación conductual. Con respecto a la sintomatología de tipo depresiva fue necesario abordar pensamientos irracionales o dicotómicos, catastrofización alrededor de su condición, la presencia de redes de apoyo, así como la referencia a nivel médico para que se considerara en algunos casos, la medicación psiquiátrica.

En relación con los planes de activación conductual; el considerar de forma irracional que el dolor crónico es uno incapacitante en su totalidad, y el encargado de la pérdida de funcionalidad y productividad total; fue justamente lo que reforzó la percepción de inutilidad y de generalización de eventos catastróficos y limitantes, por lo tanto fue necesario el espacio de reestructuración de pensamientos basados en la generalización de estrategias de afrontamiento a su condición, de tipo pasivas y desadaptativas para así buscar estrategias de activación conductual que permitan el acercamiento al dolor con aceptación, validación de emociones y búsqueda de estrategias de autocuidado alternativas.

Con respecto a las fases de psicoeducación uno de los temas necesarios de abordaje fue la necesidad de adherencia a tratamientos. Se observó de forma constante un faltante educativo con respecto a la funcionalidad de la medicación, así como en relación a sus mecanismos de acción, por lo tanto, y por conductas aprendidas, los pacientes mostraban una tendencia a utilizar la medicación solo en caso de picos altos de síntomas, ya sea dolorosos, ansiosos o depresivos. Por esta situación, llegan a consulta psicológica con quejas alrededor del funcionamiento de su tratamiento y que al mismo tiempo repercutían en su percepción de autocontrol y estado de ánimo. El objetivo terapéutico alrededor de la adherencia a tratamientos consideró la educación del paciente con respecto a mecanismos de acción, así como sobre la necesidad de adherirse a otro tipo de tratamientos: de tipo psicológico, terapias alternativas prescritas, terapia física y a otras disciplinas a las que fueron referidos para una atención interdisciplinaria.

En conclusión, se realizó una intervención basada en una amplitud de condiciones que logra poner en práctica el conocimiento u habilidad en el uso de estrategias y técnicas necesarias y eficaces aplicadas a una población adulta variada en edad y en padecimientos crónicos u oncológicos.

6.2.2. Realizar el planeamiento y desarrollo de sesiones de atención grupal psicoeducativa para el abordaje del control del dolor y cuidados paliativos de pacientes del departamento de psicología del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos y para quienes ejercen labor de cuidado no profesional:

El segundo objetivo específico consideró el planear y facilitar sesiones de atención grupal psicoeducativa. Con respecto a esta intervención se identificó por parte del departamento de psicología una necesidad importante de considerar una aproximación en el tema de Ansiedad y Depresión para pacientes exclusivamente. Los pacientes considerados idóneos y que podían verse beneficiados con esta intervención grupal fueron referidos y elegidos por el personal de medicina paliativa y psicología; los mismos debían cumplir algunos criterios de inclusión como:

- a) ser pacientes de consulta externa del CNCDCP y ser atendidos por una condición de dolor crónico.
- b) considerar pacientes que indiquen sintomatología ansiosa o depresiva sin reportar riesgo por presencia de algún posible plan suicida.

Los temas abordados fueron basados en protocolos de acción validados desde el enfoque cognitivo conductual considerando las propuestas de autores varios como: Clarck & Beck (2012), Martell, Dimidjian y Hernán (2010) y Berrocoso, Arriba y Arcega (2018); así como el abordaje de algunas temáticas sugeridas por los participantes que puedan acompañar de la manera más completa un proceso psicoeducativo sobre el tema. Se elaboraron y planificaron al respecto 11 sesiones grupales con una duración aproximada de dos horas cada una; del total, 1 de ellas fue dirigida por una invitada médica paliativista del CNCDCP; la temática abordada

por sesión se detalla en la Tabla 3. Además del objetivo psicoeducativo de estas intervenciones grupales, se consideró importante añadir un componente terapéutico donde se practicaran técnicas grupales e individuales para el tratamiento psicoterapéutico de la sintomatología ansiosa y depresiva; por lo tanto se optó por realizar una evaluación inicial y final del proceso con el uso de instrumentos de medición de sintomatología ansiosa y depresiva por medio de los test BAI (Inventario de Ansiedad de Beck) en su validación y traducción española por Sanz (2014) así como el test BDI-II (Inventario de Depresión de Beck) en su validación al contexto costarricense por Redondo (2015). Los detalles de cronograma de cada sesión se ilustran de forma detallada en el anexo 12.2.

Para la invitación de participantes se entregó al personal de medicina paliativa y psicología un afiche de divulgación de información sobre el taller (incluido en el anexo 12.1) y finalmente se contó con una base de datos de 20 personas interesadas. Se logró contactar a 15 de ellas a las cuales se les realizó una pequeña entrevista vía telefónica para conocer datos personales que funcionarían para las estadísticas del departamento de psicología, su diagnóstico por dolor, tratamientos farmacológicos relacionados al mismo o a sintomatología ansiosa o depresiva; así como para brindar la información relacionada a horarios establecidos para las sesiones, lugares y fechas planificadas.

Para la sesión inicial se contó con 11 participantes, 9 personas de sexo femenino y 2 de sexo masculino; la asistencia se fue disminuyendo alrededor de las sesiones contando con un promedio de 8 personas por sesión y siendo evaluadas inicial y finalmente 6 personas en total.

Tabla 3. Temáticas por sesión abordadas en el grupo psicoeducativo sobre Ansiedad y Depresión

Sesión	Temáticas abordadas
1. Bienvenida – introducción	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación y encuadre sobre las sesiones y contenidos por tratar.

-
- Consentimientos informados y evaluación pre – test.
 - Introducción: Papel de las emociones en el tema de ansiedad y depresión.

2. Emociones

- Identificación de las emociones y sus funciones.
- Uso y entrenamiento en la creación de autoregistros diarios - semanales: antecedentes / estímulos, emociones, pensamientos / cogniciones, reacciones fisiológicas, conductas.

3. Autocontrol y regulación emocional

- Funciones y técnicas de autocontrol y regulación emocional.
- Introducción a las técnicas de relajación.

4. Técnicas de relajación

- Técnicas de relajación en el tratamiento de sintomatología ansiosa y depresiva.
- Práctica de respiración diafragmática – imágenes guiadas.

5. Trastornos del estado de ánimo - Depresión

- Emociones negativas y presencia de pensamientos irracionales alrededor de la depresión.
 - Mitos sobre la depresión
 - Clasificación de trastornos del estado de
-

ánimo, depresión como enfermedad mental, factores de alerta, signos y síntomas comunes, tratamientos interdisciplinarios eficaces.

6. Trastornos de ansiedad

- Conceptualización sobre ansiedad: el miedo, la preocupación, preocupaciones productivas vs preocupaciones patológicas, ansiedad, clasificación de trastornos de ansiedad.
- Sintomatología física, cognitiva, conductual -
- Tratamientos interdisciplinarios eficaces.

7. Duelo y dolor

- Duelo y pérdida más allá de la visión de muerte.
- La escucha activa
- Tareas de resolución de duelo
- Dolor crónico
- Papel de las estrategias de afrontamiento hacia el dolor conductuales y cognitivas de tipo activas vs pasivas.

8. Tratamiento farmacológico: Sintomatología ansiosa – depresiva – dolor crónico.

- Exposición magistral por parte de la médica paliativista. Dra. Nicole Torres Hernández (tratamientos farmacológicos, efectos secundarios, mecanismos de acción en medicación comúnmente prescrita para: dolor

crónico, sintomatología ansiosa,
sintomatología depresiva).

9. Importancia de las relaciones interpersonales
sanas.

- Relevancia
- Comunicación efectiva (verbal – no verbal)
- Estilos de comunicación (agresiva – pasiva vs asertividad).
- Práctica y entrenamiento en resolución de problemas.

10. Práctica y evaluación de conocimientos

- Actividad lúdica sobre evaluación y reincorporación de conocimientos psicoeducativos aprendidos de forma teórica alrededor de todas las sesiones por medio de un “juego de mesa humano”.
- Evaluación post – test.

11. Cierre – mantenimiento de las estrategias aprendidas para nuevos objetivos de vida.

- Evaluación grupal de resultados (Cambios, beneficios, limitaciones, aprendizajes y presencia de sintomatología desde sesión 1 a sesión 11).
-

Con respecto a las evaluaciones iniciales de medición de sintomatología relacionada a la ansiedad (pre – test) consideradas para el grupo psicoeducativo por medio del instrumento BAI (Inventario de Ansiedad de Beck), las puntuaciones obtenidas por los 6 participantes arrojaron un promedio de 38,8 puntos. Los rangos para la medición de síntomas se distinguen con los siguientes cortes: 0 – 7 (rango normal), 8-15 (rango leve),

16-25 (rango moderado) y 26-63 (rango grave); considerando los rangos anteriores, el promedio de puntuaciones ubican a los participantes en un rango grave de sintomatología ansiosa al inicio de las sesiones del grupo. En relación con las evaluaciones finales de medición de sintomatología (post – test), con el uso del mismo instrumento; las puntuaciones obtenidas por los participantes arrojaron un promedio de 33,8 puntos; por lo tanto, de igual manera los participantes se encuentran incluidos en el rango de sintomatología grave, aunque en menor medida; en tres de los participantes evaluados se evidenció una baja en la sintomatología ansiosa. La descripción de las puntuaciones individuales pre test y post test se detallan en el Gráfico 3:

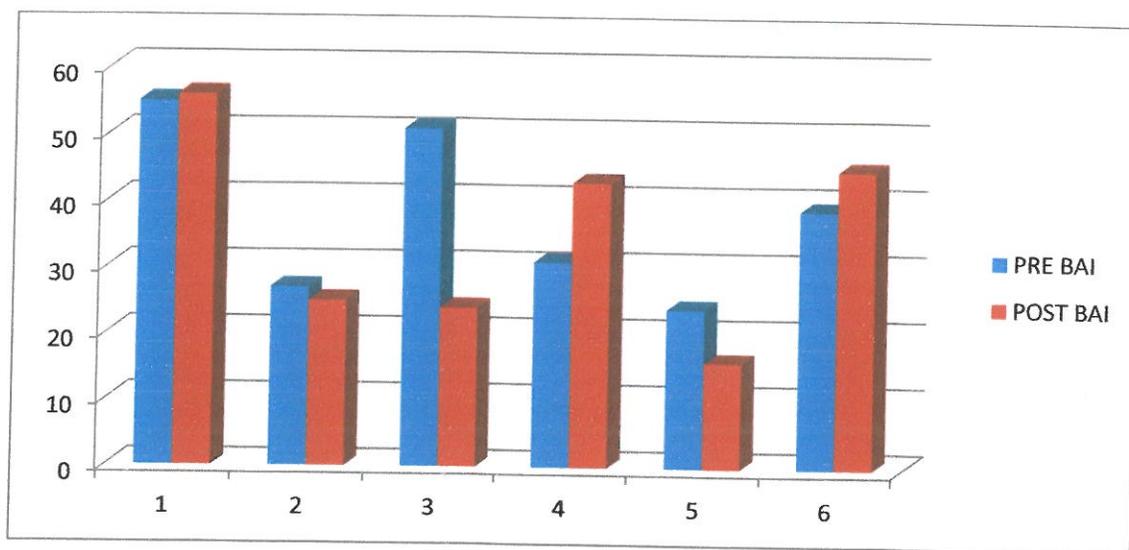


Gráfico 3. Puntuaciones de instrumento BAI por participante

En cuanto a la evaluación inicial (pre – test) de sintomatología depresiva considerada para el grupo psicoeducativo por medio del instrumento BDI-II (Inventario de Depresión de Beck), las puntuaciones obtenidas por los 6 participantes arrojaron un promedio de 33,0 puntos. Los rangos para la medición de síntomas se distinguen con los siguientes cortes: 0-7 (puntuación mínima), 8 – 20 (rango leve), 21 – 34 (rango moderado) y 34 – 63 (rango severo); considerando los rangos anteriores, el promedio de puntuaciones

ubican a los participantes en un rango moderado de sintomatología depresiva al inicio de las sesiones del grupo. Con respecto a las evaluaciones finales de medición de sintomatología (post – test), con el uso del mismo instrumento; las puntuaciones obtenidas por los participantes arrojaron un promedio de 20, 7 puntos; por lo tanto, los participantes se encuentran incluidos en el rango de sintomatología leve a moderada lo que evidencia una mejoría significativa y disminución de sintomatología depresiva hacia el final de las sesiones.

La descripción de las puntuaciones individuales pre test y post test se detallan en el Gráfico 4:

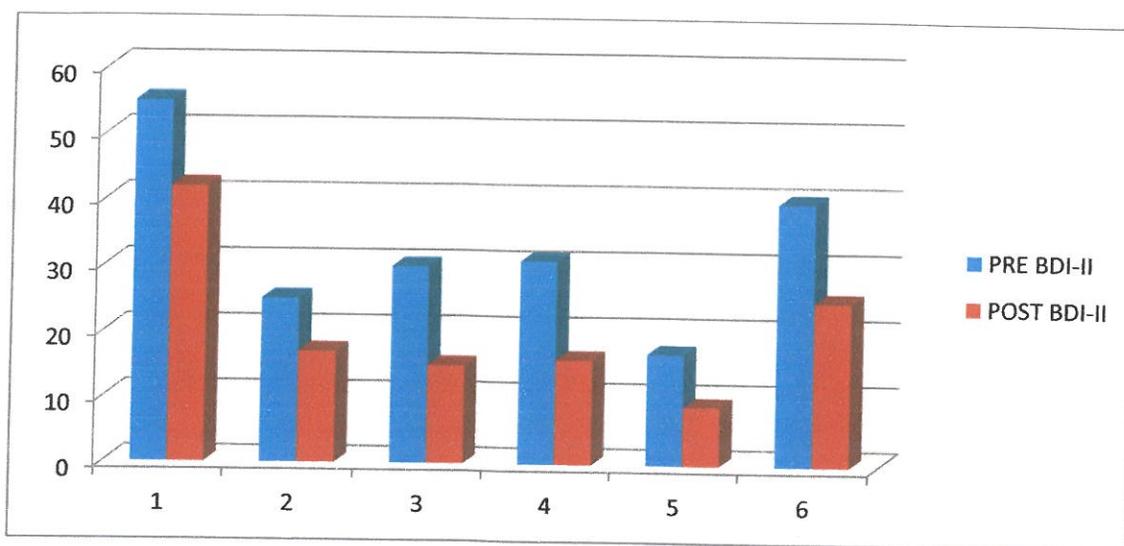


Gráfico 4. Puntuaciones instrumento BDI-II por participante

Los resultados reportados de forma cualitativa y en el discurso de los participantes al finalizar las sesiones se relacionan a la interiorización de técnicas y aprendizajes dirigidas hacia sus propias necesidades y que las mismas fueron justamente las que pudieron colaborar con los resultados prometedores evidenciados en la puntuación de las evaluaciones pre y post test. Con respecto a las sugerencias reportadas de forma anónima, los participantes indican no considerar la necesidad de cambios con respecto a la facilitadora o a su metodología de trabajo empleada; sin embargo sí consideran importante que estos espacios de atención grupal se mantengan varias veces al año para lograr captar a la gran población que según los participantes,

suelen sufrir de sintomatología ansiosa y depresiva de forma constante, así como considerar horarios de mañana para evitar congestión vial o efectos climáticos de los horarios en la tarde.

A modo de conclusión, el planeamiento, desarrollo y sistematización de resultados de este espacio psicoeducativo colaboró como un método de aprendizaje profesional, como un espacio de formación para las personas participantes en relación con su propia condición médica y la erradicación de mitos alrededor de ella; como una estrategia terapéutica en metodología grupal que generó espacios de escucha activa y de validación de emociones; así como una forma de visibilizar la importancia de fomentar estas oportunidades de atención interdisciplinaria y de agrado para la población con condiciones crónicas.

6.2.3. Intervenir en el programa de atención domiciliar para el abordaje del control del dolor y cuidados paliativos de pacientes y sus cuidadores en el departamento de psicología del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos desde un enfoque cognitivo conductual.

El cumplimiento del tercer objetivo específico consideró la intervención en el programa de visita domiciliar del CNCDCP. Este servicio fue ofrecido en casos de pacientes que se encontraran en fase de terminalidad y que requieren un acompañamiento a nivel psicológico para los mismos, así como para sus cuidadores de forma equivalente. El acercamiento realizado se desarrolló en tres tipos de espacio de atención:

1. Rotación interdisciplinaria por medio de la observación participante y no participante desde el servicio de visita domiciliar de medicina y enfermería paliativa: Esta intervención consideró la observación de un total de 25 consultas y sesiones de intervencionismo paliativo. De las anteriores, en 5 de los casos los profesionales de medicina indicaron la necesidad de una observación participativa en la cual se interviniera con los siguientes objetivos: a) Creación de referencias internas al departamento de psicología del servicio de visita domiciliar para el paciente atendido en sesión, b) valoración sobre el estado de ánimo y estabilidad emocional del pacientes y sus cuidadores presentes,

- c) intervención en crisis y contención a nivel emocional dirigido a cuidadores y familiares en caso de visita de pacientes en estado de agonía, d) psicoeducación relacionada a técnicas de autocuidado.
2. Rotación desde el servicio de visita domiciliar del departamento de psicología por medio de la observación participante y no participante: Este tipo de intervención consideró un acercamiento de tipo participante en su mayoría, esto significó el estudio del caso desde el expediente EDUS con respecto a diagnósticos médicos, motivos de consulta psicológica, así como objetivos terapéuticos establecidos en sesiones anteriores y su plan de seguimiento. Algunos de estos motivos de consulta fueron:
- i. Trastorno de adaptación por duelo de enfermedad y muerte
 - ii. Educación sobre licencia para cuidadores por medio de la legislación actual
 - iii. Sesiones familiares relacionadas a la organización de cuidadores
 - iv. Dificultad en manejo de límites
 - v. Sintomatología ansiosa y depresiva

Por medio de una de las observaciones participantes y con la supervisión de la encargada del servicio; se consideró idóneo el acompañamiento para una cuidadora de paciente en fase de terminalidad desde una intervención clínica individual.

3. Atención clínica individual dirigida a una cuidadora principal de paciente del servicio de visita domiciliar: Esta intervención consideró las mismas cláusulas de atención del objetivo de atención individual a pacientes de consulta externa. Se citó a la paciente a las instalaciones del Centro para una primera sesión terapéutica en la que por medio de una entrevista se repasara el motivo de consulta. Las sesiones de intervención se basaron en temas como: la organización de labores y tiempo libre en caso de uso de la licencia de cuidadora principal, evitar la presencia de un duelo de muerte anticipado, preparar a la paciente para un actual o futuro proceso de duelo ante la muerte o pérdida de salud de la

paciente, así como evitar sintomatología negativa como cuidadora agotada por medio del uso de técnicas de autocuidado. La intervención fue planificada para 10 sesiones, sin embargo, la paciente del servicio fallece durante el proceso de intervención, se limita la comunicación y la paciente cuidadora no vuelve a solicitar continuación de su proceso; por lo tanto, se realizaron en total 6 sesiones de atención clínica individual.

Con respecto a este tipo de intervención domiciliaria es importante reconocer que es una experiencia valiosa que permite, tal cual se ha mencionado, un acercamiento con la realidad de los pacientes, no solo alrededor de la vivencia de su condición; sino también en relación con el real acompañamiento que las personas cuidadoras o sus familiares ejercen hacia los mismos. Además, se recalcó el papel que tiene este modo de atención médica y psicológica en la calidad de vida y muerte de pacientes en cuidados paliativos, esto relacionado a la posibilidad existente de crear espacios íntimos desde su hogar donde se realicen procedimientos, curaciones y atenciones psicológicas; este beneficio hace que las personas no requieran movilizarse a un centro de salud donde se vea comprometido su bienestar. Específicamente este tiempo de intervención generó espacios de aprendizaje no solo relacionados a la metodología de atención psicológica desde el hogar; sino también sobre la necesidad que tienen las personas profesionales en psicología de generar conocimiento sobre procedimientos médicos y de cuidado de pacientes. Estos temas son relevantes ya que infieren al mismo tiempo en la salud mental de los pacientes en cuestión y por tanto en la de sus familiares y encargados.

6.3 Resultados según funciones varias complementarias

Como parte del cumplimiento de labores típicas de un funcionario del departamento de psicología del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, fue necesario considerar la realización de funciones y tareas adicionales a los objetivos específicos propuestos. Estas tareas complementarias iniciaron a partir de la finalización del proceso de rotación interdisciplinaria introductoria. Fue debido a la experiencia

clínica adquirida en esta etapa de rotación, que se procede a la atención de pacientes de intervención individual del servicio de consulta externa para una única sesión; estas sesiones se llevaron a cabo en los siguientes casos:

- Pacientes con motivos de consulta asociados a temas ya abordados anteriormente.
- Realización de la primera sesión psicoterapéutica y la formulación de una entrevista inicial y encuadre clínico.
- Casos de intervención en crisis y primeros auxilios psicológicos.
- Atención en Interconsultas de Psicología para pacientes oncológicos en internamiento del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.
- Sustitución de emergencia de otros funcionarios del departamento.

Con respecto a las atenciones de sesión única, se atendió a un total de 27 usuarios siendo parte de los servicios y casos mencionados anteriormente. En este tipo de intervenciones se valoraron pacientes con condiciones de tipo crónicas, condiciones dolorosas de difícil manejo, así como de tipo oncológicas y de fase de terminalidad. Refiriéndose a los padecimientos específicos, la mayoría de las condiciones abordadas fueron los diagnósticos de cáncer de hígado o extra hepático, seguido de otras patologías como el cáncer de mama y las neuropatías. Los casos se detallan en la Tabla 4; sin embargo, las condiciones mencionadas son las patologías primarias, ya que en algunos de los casos los usuarios reportan más de un solo diagnóstico oncológico o crónico de tipo secundario o terciario; además es importante recalcar que por los criterios de atención del CNCDGP cada sesión debe ser evaluada por medio del VAS- EVA donde se logre identificar la percepción de sensación de dolor de cada paciente en la sesión y la relación con sus padecimientos primarios o secundarios.

Tabla 4. Condiciones médicas diagnosticadas de valoración en sesiones de tipo únicas.

Diagnóstico	Número de casos atendidos en sesión única
Cáncer de hígado	6
Cáncer de mama	2
Neuropatía	2
Gonartrosis	2
Síndrome de Cuci	2
Lumbalgia	2
Cáncer de páncreas	1
Neuralgia post Herpes Zoster	1
Cáncer de tiroides	1
Cáncer de próstata	1
Radiculopatía	1
Leucemia	1
Hernia de disco	1
Síndrome de Sjorgen	1
Polineuropatía diabética	1
Fibromialgia	1
Mieloma Múltiple	1

Como parte de la atención de pacientes de sesión única, se realiza desde el servicio de psicología, una rotación con el servicio de oncología del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, con el objetivo de lograr identificar casos de pacientes hospitalizados que requieran atención psicológica desde interconsultas con el Centro Nacional de Control Del Dolor y Cuidados Paliativos. Esta rotación se realiza comúnmente una vez por semana y determinan posibles casos de atención en cuidados paliativos de consulta externa o del servicio de visita domiciliar. Estos espacios se realizaron alrededor de todo el tiempo de práctica dirigida en 4 ocasiones, valorando en forma de rotación con observación participativa y no participativa y haciendo la referencia de 8 casos en conjunto con la profesional del departamento de psicología encargada.

De forma simultánea y como parte del cumplimiento de tareas típicas de un funcionario del departamento de Psicología del CNCDCP, se solicita al servicio y exclusivamente a la estudiante, la colaboración con la creación y el desarrollo de sesiones de taller sobre el tema de relaciones interpersonales, por parte de la

jefatura del área “Redes” del Centro, para ser dirigidos al personal de dicho departamento. La necesidad surge luego de los resultados de evaluaciones del desempeño donde se evidenció una deficiencia en el tema de relaciones interpersonales entre el equipo de trabajo. Este Departamento es el encargado de funciones administrativas y de archivo de expedientes médicos del Centro, tareas de recepción de documentos, citas médicas y referencias interdisciplinarias.

Se realizaron tres sesiones de taller y se culmina de forma exitosa con una formulación de sugerencias con respecto a la continuación de talleres / capacitaciones de esta índole, dirigidas hacia otras áreas o departamentos del Centro, así como un agradecimiento expresado sobre las sesiones recibidas. Las temáticas abordadas y cronogramas de sesiones se detallan en el anexo 12. 5. Una vez finalizadas las sesiones y habiendo reportado las percepciones de los participantes, se realiza un informe de resultados (presente en anexo 12. 6) dirigido a la dirección médica y jefatura de dicho departamento, para que el mismo sea utilizado en mejoría de sus colaboradores y sus servicios; estos resultados reiteran la necesidad de espacios de autocuidado para el personal administrativo, así como la sugerencia de creación de espacios para estos talleres dirigidos a otras áreas de trabajo en el Centro.

Otra de las funciones solicitadas incluye la realización de una sesión de taller dirigida al grupo de yoga del CNCDCP con el objetivo de abordar de forma psicoeducativa un acercamiento hacia la conceptualización de la depresión, mitos alrededor de la enfermedad, así como las prácticas de autocuidado para búsqueda de una salud integral, esta presentación educativa se adjunta en el anexo 12.7. Este tipo de tareas cumple con el objetivo educativo y de sensibilización hacia el tema; los participantes indican en su discurso un agradecimiento por la apertura de estos espacios que realmente colaboran en la comprensión de los conceptos de bienestar, salud integral y calidad de vida. En esta línea, se solicita además la creación de la pizarra informativa del período, ubicada en las cercanías de los consultorios de psicología; la misma relacionada igualmente a la educación sobre la depresión y su incidencia a nivel mundial.

En relación con las tareas de tipo administrativo y de mejora del equipo de psicología, se formó parte de las reuniones de departamento, llevadas a cabo dos días al mes con el fin de abordar temas varios como : a) discusión de casos clínicos, b) validación emocional y de autocuidado del personal, c) discusión de decisiones relacionadas a funciones de cada integrante del equipo; su estilo y énfasis utilizado en sus intervenciones, d) reunión con profesionales invitados que colaboren en capacitaciones breves y actualizaciones sobre legislación, ética y diagnóstico, e) otras relacionadas a comunicación con otros departamentos del servicio de salud integral del CNCDCP. Estos espacios fueron de mucho provecho ya que la labor de práctica dirigida implicó que el trabajo realizado fuera contemplado para estas sesiones, que la estudiante fuera considerada como una funcionaria más del equipo y por tanto estas reuniones se convirtieron en sesiones de evaluación de casos y sugerencias de trabajo para la estudiante. Recibir sugerencias, críticas y asesoría fue de suma importancia para el cierre de casos de atención individual, así como para el reporte de la presente práctica dirigida y la formación profesional en general de la estudiante.

En adición a las anteriores funciones administrativas, se incorporaron a las labores algunos espacios utilizados para la convocatoria de pacientes participantes de nuevos grupos, incluyendo la creación del nuevo grupo de memoria, grupo de duelo, de manejo del dolor crónico, planes piloto en hipnosis, entre otros. Además, como rutina del personal del CNCDCP, se realiza por parte de la dirección del Centro, una convocatoria todos los lunes para los funcionarios del Centro con objetivos relacionados a la discusión de temas de interés, los mismos contemplando temas como: 1) capacitaciones breves sobre temáticas en tendencia para el trabajo en salud con la población beneficiada, 2) actualizaciones sobre legislación relacionada a salud, dolor y cuidados paliativos, 3) espacios de comunicados del departamento de recursos humanos, 4) noticias y cambios estructurales y administrativos en el Centro, así como celebraciones por la conmemoración de fechas de importancia para el mismo y para la Caja Costarricense de Seguro Social.

Finalmente, se consideró oportuno ofrecer la invitación a la estudiante para ser parte de una capacitación de interés institucional sobre el tema de Violencia basada en género y actualizaciones. La misma fue realizada por parte del Instituto Nacional de la Mujer; en el mismo se abordó por alrededor de 24 horas de formación, un espacio de sensibilización y datos sobre legislación nacional en el tema. Este espacio fue de gran provecho para lograr una intervención oportuna en casos de violencia contra las mujeres, comúnmente reportadas en las sesiones de atención clínica individual y grupal; sin dejar de lado, que es una oportunidad de formación profesional de gran utilidad para la estudiante y su quehacer general en el ámbito de la atención psicológica de mujeres y sus familias.

Finalmente, participar en este tipo de intervenciones típicas de un psicólogo del departamento de psicología de un centro de atención al dolor y cuidados paliativos, complementó los objetivos específicos planificados para esta práctica dirigida; al mismo tiempo generó aprendizaje y desmitificó la labor tan importante, variada y multidisciplinaria que asumen los funcionarios de la Caja Costarricense del Seguro Social. Esto evidenció que no siempre las labores están relacionadas exclusivamente al campo de acción profesional sino además a tareas administrativas básicas, a sustitución de roles de trabajo, a cambios según emergencias nacionales en temas de salud de relevancia para todo el país, implica apertura al cambio y a la actualización académica constante.

6.4 Resultados según habilidades y competencias desarrolladas por la estudiante

Como parte de la caracterización y objetivo de las prácticas dirigidas, se espera que los estudiantes apliquen conocimiento teórico académico en un área de la psicología para su puesta en acción en una institución. Se espera, además, bajo estilos de abordaje específicos, que estos estudiantes logren aportar a una población y espacio de trabajo, sus habilidades y competencias y así lograr fortalecerlas, no obstante, el mayor objetivo se refiere al aprendizaje y a la experiencia de una inserción de campo donde se logre una formación profesional que genere en los y las estudiantes un perfil de salida importante y de alto dominio

sobre el campo o el área elegida. El anexo 12.7 incluye una lista de cotejo, creada por el asesor técnico de la presente práctica y además coordinador del departamento de psicología CNCDCP, en la que se detalla el perfil de salida de la estudiante luego de la finalización práctica del presente trabajo final de graduación.

Con respecto a la descripción de las habilidades y competencias profesionales más importantes, es necesario mencionar la importancia que tuvo el desarrollo de una práctica dirigida en un espacio médico público con una visión integral de salud, en la que se le reconoce a la misma como un beneficio mayor y no solamente como la ausencia de enfermedad. En este tipo de visión de salud la búsqueda del bienestar emocional es prioritaria; más aún cuando se espera que la población atendida cuente no solo con una calidad de vida, sino también con calidad en su proceso de muerte.

Esta visión e ideología de trabajo mencionada, justamente es la que describe la necesidad de un enfoque de intervención psicológica desde la integración de áreas biológicas, sociales, psicológicas y espirituales. Este modelo, se relaciona a espacios de atención que incluyan los efectos biológicos de las condiciones médicas y psicológicas abordadas, el impacto social que tienen las mismas para su entorno psicosocial y redes de apoyo, así como la necesidad de reconocer y validar la necesidad de muchos pacientes de encontrarse con espacios de corte espiritual que benefician al proceso de desarrollo de sus patologías o casos de terminalidad como un factor protector.

Por la gran cantidad de sesiones atendidas, ya sea en los 27 casos de atención única como en la atención semanal de los pacientes de consulta externa, se logró sin duda, una aproximación a la práctica constante en la caracterización de criterios diagnósticos necesarios para realizar un correcto diagnóstico diferencial así como un aprendizaje en la identificación de casos de riesgo. Con respecto a los casos de riesgo, se logró indagar con detenimiento desde la entrevista inicial; situaciones de riesgo de muerte, por motivos relacionados a consumo de sustancias, falta de adherencia a tratamientos, presencia de violencia doméstica o violencia basada en género, pocas redes de apoyo en casos de vulnerabilidad como en el caso de abandono de

personas adultas mayores, así como por presencia de ideación suicida con planes pre meditados. Este tiempo logró formar en la estudiante habilidades clínicas que colaboren con buenas aproximaciones a diagnósticos certeros y responsables a nivel ético por medio de evaluaciones psicométricas básicas y respaldo de información en discurso del paciente y familiares. Además, se logró captar conocimiento sobre los protocolos de referencia interdisciplinaria externa o interna de emergencia en los anteriores casos de riesgo.

Como resultado de los aprendizajes de rotación se logró crear un bagaje teórico experimental en la estudiante que colaboró con el conocimiento necesario para la comprensión de las patologías por abordar en las consultas clínicas individuales o intervenciones grupales; esto respaldado por la constante búsqueda bibliográfica que colaboró con la actualización sobre estudios recientes y el uso de nueva terminología técnica- médica aprendida.

Lo anterior así como la aproximación clínica generó que la estudiante tuviera noción del estilo de trabajo de los servicios de consulta externa en este tipo de centros especializados que podrían colaborar como experiencia para oportunidades laborales en las que se considere óptimo el conocimiento sobre el manejo de la atención en ambientes hospitalarios; inclusive, esta práctica necesitó que la estudiante se familiarizara y comprendiera las últimas actualizaciones del uso del Expediente Digital Único en Salud (EDUS) que al final de las intervenciones se tornó sencillo y se contó con mejores habilidades en el resumen de la información y la abstracción de datos clave y concisos necesarios para lograr una redacción que posibilitara la comprensión interdisciplinaria del caso en el expediente.

Otro tema por destacar es el hecho de lograr percibir en la práctica lo que la teoría denomina la relación dolor – emoción, donde el estado de ánimo modifica percepciones de dolor del usuario y más aún, las estrategias de afrontamiento, hacia el mismo, que el paciente decida llevar. Por otro lado, se pudo percibir en todos los casos la forma en que el dolor, se relaciona al estado de ánimo de la persona o en casos más específicos, la forma en que la presencia de sintomatología de tipo ansiosa y depresiva sumada a estrategias de afrontamiento pasivas o des adaptativas se relacionan a percepción de mayores sensaciones dolorosas y

menor percepción de control sobre el mismo. Lo anterior, igualmente estudiado a nivel teórico, práctico y discutido en el desarrollo del grupo psicoeducativo de ansiedad y depresión.

Otro aprendizaje y competencia desarrollada fue la posibilidad de atención de grupos de distinta índole, grupos ya consolidados por un lado o el manejo de grupos nuevos con los que se necesita crear enganche, considerar prepararse en estrategias de comunicación que funcionen para el manejo de la atención, así como actividades que de forma lúdica colaboren con un aprendizaje más efectivo y que se convirtiera además en una estrategia terapéutica que pudiera ser evaluada con resultados prometedores.

La construcción del conocimiento en su mayoría fue generada gracias al proceso de atención clínica individual y grupal psicoeducativo, sin embargo, la integralidad del conocimiento se logró por medio de las intervenciones interdisciplinarias, el acercamiento a rotación en varias áreas con algunas oportunidades de realizar observación participativa así como por la confianza ofrecida a la estudiante para entrevistar profesionales, solicitar aclaraciones de temas así como para compartir experiencias de casos. Por tanto, una vez sumado el conocimiento académico, la experiencia personal de aprendizaje extra académico – curricular, las habilidades blandas y la posibilidad de compartir este espacio de intervención interdisciplinaria, se logró crear en la estudiante un bagaje que destaca a nivel de otras experiencias académicas – profesionales ofrecidas en la universidad o por medio de pasantías específicas, y que hacen de la estudiante una profesional mejor preparada a nivel integral; el Gráfico 5 detalla el porcentaje de casos atendidos según actividades realizadas, en el mismo se hace énfasis en la cantidad de tiempo considerado para la atención y estudio de casos con observación tanto participativa como no participativa del período de rotación.

- Casos de rotación (observación participativa y no participativa)
- Atención psicológica intensiva de tipo individual
- Grupo psicoeducativo - atención grupal
- Atención psicológica (sesión única)
- Casos referidos en rotación Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia - Oncología

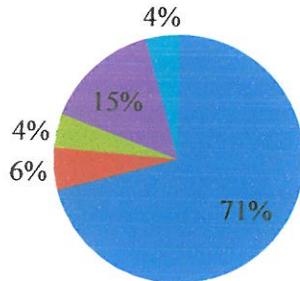


Gráfico 5. Porcentaje de casos atendidos en práctica dirigida según actividad.

Con respecto a los aspectos de aprendizaje menos visibles pero de igual importancia se encuentran los nuevos conocimientos sobre tareas administrativas importantes, como por ejemplo, el correcto manejo de expedientes y uso de consentimientos informados de la Caja Costarricense de Seguro Social, este documento no se encuentra editado ni personalizado con los criterios y estilos de intervención del Centro, por lo tanto esto requiere que se pueda detallar en el mismo una descripción fiel de las intervenciones que se realizarían con los pacientes nuevos. Otras de las tareas fue lograr una adaptación y adecuación a lugares de atención clínica individual, esto porque según disponibilidad y necesidades del momento, se necesitó facilitar la sesión en espacios distintos, así como lograr la comodidad del paciente con algunas limitaciones físicas o discapacidades.

Otra habilidad de igual importancia es la capacidad de aprendizaje y negociación con profesionales del departamento de psicología que ejercen desde paradigmas teóricos psicológicos distintos. En algunas ocasiones se requirió darle continuidad a casos que fueron abordados anteriormente por otro funcionario del servicio, por tanto, se requiere un aprendizaje de los objetivos de trabajo propuestos y descritos en el

expediente para así darles continuidad. Este es un aprendizaje en el que se requiere apertura hacia nuevos enfoques de trabajo, aunque estos impliquen diferencias metodológicas en gran medida; no se puede olvidar que el estilo de trabajo del Centro implica una unión de equipo y respeto en sus estilos de trabajo donde se reconozcan los beneficios de cada enfoque propuesto, esto justamente fortalece las capacidades de trabajo del departamento.

En general y a modo de conclusión, el aprendizaje obtenido por medio de este Trabajo Final de Graduación, fue generado tanto por cumplimiento de los objetivos específicos planteados como del trabajo extra objetivos que consideró ser parte, por seis meses, de un departamento de psicología especializado de la Caja Costarricense del Seguro Social, institución costarricense de altísima calidad y relevancia.

7. Alcances y limitaciones

Para poder describir los resultados de una experiencia de práctica dirigida es necesario resaltar que surgieron tanto alcances y aspectos positivos como aquellos obstáculos o limitaciones que influyeron en el desarrollo de los objetivos de trabajo propuestos. Es importante visibilizarles ya que, gracias a su recopilación, se podrían controlar algunos aspectos y hacer del desarrollo de una práctica profesional dirigida, un aprendizaje más enriquecedor.

Con respecto a los alcances y beneficios de la realización de la presente práctica dirigida, se considera de altísima importancia la oportunidad de poner en acción los conocimientos y habilidades profesionales y académicas en un espacio de atención en salud pública. Específicamente el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos es pionero en atención integral y de primer nivel en el país, la posibilidad de aprendizaje con el personal de salud favoreció en la formación científica integral.

La rotación realizada en diferentes áreas de trabajo permitió el afrontamiento a realidades importantes en los trabajos interdisciplinarios. Todas las áreas deben estar informadas del seguimiento y control de cada

paciente, por tanto, el uso del Expediente Digital Único en Salud (EDUS) fue de gran beneficio; gracias a este sistema, de forma tecnológica y con acceso a internet, cada profesional en salud puede tener a mano desde su usuario personal los diagnósticos adquiridos, el estado objetivo y subjetivo de salud del paciente, los medicamentos, así como las últimas atenciones médicas recibidas tanto internamente como fuera del Centro, dentro de las instituciones de la Caja Costarricense del Seguro Social.

Otra función y beneficio de la rotación es el poder empaparse de temáticas de otras disciplinas de salud para así poder iniciar una revisión bibliográfica de aquellos términos y conceptos nuevos que desde el área psicológica no siempre se tienen claros, pero que son necesarios para la comprensión de condiciones, patologías y tratamientos de los pacientes que asisten al servicio de psicología. Esta oportunidad colaboró en una atención clínica individual y grupal dirigida a pacientes con un mejor acercamiento y comprensión de las condiciones, tratamientos, así como situaciones adversas relacionadas.

El tipo de trabajo del CNCDCP es de tipo integral por tanto la formación implicó acercamientos de aprendizaje interdisciplinario. La atención se realizó dentro de un marco interdisciplinario incluyendo espacios en distintas áreas de salud como: Medicina Paliativa, Farmacia, Enfermería, Psicología, Terapia Física, Terapia respiratoria, así como servicios de Visita Domiciliaria y de atención emergente en el servicio de “Hospital de día”. A estas atenciones se le suman los grupos psicoeducativos que incluyeron espacios como: charlas para cuidadores, grupos para pacientes sobre condiciones / enfermedades específicas, grupos de meditación, ansiedad y depresión, hipnosis entre otros. Además de ofrecer espacios de inter consulta al Hospital Calderón Guardia. El Centro adicionalmente cuenta con una infraestructura de calidad y cuenta con reuniones interdisciplinarias semanales para discutir temas de corte ético, exposición de casos clínicos, autocuidado del personal, entre otras. Contar con estos espacios favoreció la adaptación a las funciones típicas de los funcionarios de psicología de este Centro; lo cual así mismo prepara a la estudiante para el enfrentamiento laboral típico en espacios de atención en salud pública integral.

Realizar un tiempo de rotación interdisciplinaria además permitió visualizar vivencias de pacientes, como los que llegan al servicio de psicología, con incertidumbre, consultas, temores y procesos de adaptación a sus condiciones y a sus tratamientos; sean nuevos o subsecuentes. El aprendizaje sobre nuevas patologías consideradas en búsquedas bibliográficas amplía el panorama y bagaje teórico, así como la comprensión de condiciones y enfermedades crónicas comunes que consultan en la Caja Costarricense del Seguro Social.

En relación con la realización de las sesiones de talleres sobre Relaciones interpersonales, estas generaron espacios de discusión por parte de los funcionarios participantes, que permitieron, luego de una supervisión con profesionales del departamento de psicología, que fueran considerados nuevos espacios para otras áreas de trabajo del CNCDCP. Asimismo, fue de gran utilidad la escucha de sugerencias por parte de los funcionarios donde indican impresiones como, un gusto por el trabajo lúdico de las sesiones, que la facilitadora fuera una persona no funcionaria del Centro, indican que las sesiones podrían ser más extensas o un mayor número de ellas, así como una validación positiva sobre el tema de autocuidado expuesta dentro del taller. Se realizó una devolución a la dirección del Centro médico y se facilitó la comunicación de resultados para valorar nuevas necesidades por atender en los funcionarios de dicho espacio.

La experiencia de atención de pacientes de sesión única generó un aprendizaje importante y enriquecedor sobre el modo de operar del CNCDCP y del Servicio de Oncología y de Emergencias del Hospital Calderón Guardia. Parte del aprendizaje incluyó el uso del sistema EDUS en repetidas ocasiones, la creación de referencias interdisciplinarias a lo interno o externo de los centros de salud así como un alcance con respecto a la práctica de técnicas de identificación de vulnerabilidades, casos de riesgo y mejorar las habilidades de escucha activa y bagaje clínico con respecto a la creación de diagnósticos diferenciales.

Contar con pacientes de atención psicológica individual implicó mantener el orden de citas, un acercamiento al servicio de Redes para la activación de pacientes en el sistema EDUS, así como la búsqueda de espacios disponibles en el Centro para poder realizar la respectiva sesión. Esta experiencia requirió

esfuerzos en anticipar el uso del espacio disponible, así como negociar horas de sesiones y compartir consultorios de otras disciplinas. Además, es importante reconocer el beneficio de contar por cada caso atendido una doble supervisión de casos clínicos por parte de la directora de práctica, asesor y tutor técnico, así como por otros profesionales clínicos del departamento de psicología de gran preparación y conocimiento.

Con respecto a los alcances del grupo psicoeducativo sobre ansiedad y depresión, los participantes indicaron alrededor de las sesiones realizadas, que muchas veces el personal de salud que les atiende les prescriben el uso de antidepresivos y ansiolíticos a través de los años, sin recibir una psicoeducación que les enseñe si tienen o cuentan con algún diagnóstico en particular o si se les indica para el tratamiento de algún síntoma en particular; esta situación ha implicado que muchos de los participantes se autodenominen personas con determinado diagnóstico sin información alguna al respecto. Este tema debió ser aclarado en sesiones por medio de espacios educativos sobre sintomatología específica, así como con la presencia en sesiones de una especialista en Medicina que acompañe dudas alrededor de su medicación lo cual generó una comprensión integral de estas condiciones valorando la información validada de forma científica e identificando mitos existentes y situaciones de riesgo.

Aunado a lo anterior, se logró un acercamiento con el servicio de consulta farmacéutica, lo que colaboró en la referencia oportuna de pacientes que fueran considerados aptos para un acompañamiento en el consumo de medicación prescrita.

Se impartió para los funcionarios y este caso, incluyendo a la estudiante practicante, una capacitación sobre sensibilización y legislación nacional en el tema de Violencia contra las mujeres por parte del Instituto Nacional de la Mujer (INAMU), esta oportunidad fue de gran enriquecimiento a nivel personal, académico y profesional ya que se contó con actualización sobre referencias, casos de emergencia, diagnóstico y vigencia

de legislación sobre diferentes tipos de violencia, esta actividad fue llevada a cabo en tres días consecutivos en las instalaciones del CNCDPCP.

Con respecto a la atención de pacientes en sesiones de psicología, se encontraron dificultades con respecto al uso de espacios de trabajo o consultorios para la atención, por lo cual fue necesario, considerar con el paciente, un espacio de espera para luego indicarle su lugar de atención diferente de cada día / sesión. Este tiempo de acomodo implicó en ciertos casos un atraso de 10 a 15 minutos de sesión.

Una limitación clara es el hecho de que el departamento de psicología no cuente hasta el momento con pruebas psicológicas aprobadas por el centro médico donde se priorice la validación a contexto costarricense o al menos contexto iberoamericano lo más actualizado posible. Esto implicó que las labores de evaluación básicas en el grupo de atención a depresión y ansiedad como en las sesiones de atención psicológica requirieran de instrumentos que incluyera la estudiante y fueran supervisados por su equipo asesor. No obstante, en el equipo de psicología hay un profesional encargado de indagar, sugerir y aplicar pruebas psicológicas y que, en conjunto con las recomendaciones de todo el equipo de psicología, ha logrado avances importantes en relación a temáticas como la simulación de síntomas.

En general, el tiempo de funciones de estos seis meses implicaron una gran cantidad de tareas, variadas en cuanto a aprendizajes, que han considerado esfuerzos físicos, mentales, económicos, necesidad de espacios de autocuidado y de supervisiones constantes; que sin embargo y sin duda alguna, fueron de gran provecho personal.

8. Discusión

Las enfermedades de tipo crónico o en algunos casos conocidas como enfermedades no transmisibles son el resultado de la unión de factores fisiológicos, ambientales y genéticos que traen consigo una sintomatología que perdura en el tiempo (Fei & Hongyu, 2018). Por la condición crónica y constante, estos

padecimientos requieren de cuidado específico a largo plazo basado en un trabajo interdisciplinario, ya que la falta de adherencia al tratamiento genera retrocesos y recaídas significativas, así como repercusiones económicas y psicosociales (Mora, Tamallo, de las Mercedes, del Pino y Guerra, 2017). Justamente este tipo de intervenciones son las que destaca el servicio de cuidados paliativos y de control del dolor y que al mismo tiempo colabora en la corrección del mito relacionado a que los cuidados paliativos son específicos y exclusivos para personas que se encuentren en una fase de terminalidad. Es gracias a la creación y apertura de estos servicios en clínicas del dolor independientes de la Caja Costarricense del Seguro Social, de organizaciones no gubernamentales y fundaciones, así como de forma primordial por parte del Centro Nacional de Control de Dolor y Cuidados Paliativos que los pacientes con padecimientos incurables o degenerativos logran obtener una calidad de vida y muerte.

Costa Rica es un país privilegiado a nivel latinoamericano por lograr hacer énfasis en materia legal sobre la importancia del ejercicio de profesiones en salud, que abarquen tratamientos integrales en espacios de salud pública, ya que por medio de la Constitución Política se intenta que los cuidados paliativos y los derechos humanos caminen de la mano buscando en ambos sentidos, que las personas cuenten con un desarrollo de enfermedad crónica o degenerativa controlada interdisciplinariamente así como un proceso de muerte digna (Acuña, 2017). Específicamente y con respecto al papel de la psicología en espacios de salud, el CNCDP se encarga de utilizar desde el área de la Psicología de la salud, un espacio de atención idónea para el acompañamiento de personas con condiciones crónicas dolorosas incurables, degenerativas o terminales.

La Psicología de la Salud es la especialidad construida desde la psicología, de la mano con otros subcampos de atención clínica que se encarga de determinar, colaborar y modificar procesos emocionales y conductas de las personas que les conducen a ciertos padecimientos de salud; y así colaborarles en su recuperación oportuna (Sarafino & Smith, 2011). A pesar de que los padecimientos no siempre llevan a una

cura en específico, la psicología de la salud en sus postulados considera estrategias de intervención útiles en la prevención de otras condiciones asociadas a las ya crónicas presentes. Este campo de trabajo se ve influenciado por el conocimiento educativo – científico de la psicología para así ubicarlo en la promoción y el mantenimiento de la salud; abordándolo desde la prevención de enfermedad, el tratamiento y la promoción de la salud. Estas influencias teóricas – prácticas deben ser estudiadas desde evaluaciones científicas que validen su utilidad y funcionalidad para así, responder a la necesidad de ubicar a la psicología en un espacio propicio y confiable para tratamientos y abordajes interdisciplinarios (Reyes, 2011). Estas funciones se ven evidenciadas en las tareas programadas por la estudiante donde el trabajo con la población del Centro, se vuelve un espacio de múltiples labores individuales, grupales, familiares, administrativas y educativas. Justamente crear espacios de atención evaluados ofrece la posibilidad de evidenciar estados basales y finales de los pacientes y por tanto justificar estrategias alternativas de atención.

Los resultados con la población atendida en el grupo psicoeducativo de depresión y ansiedad es un claro ejemplo del estilo de evaluación práctica y de una metodología de intervención que se ve reforzada por una general mejoría en sintomatología depresiva y ansiosa. Los resultados pudieron haber sido aún mejores si se hubiese contado con algunas de las sugerencias de los participantes, como por ejemplo, un mejor horario o sesiones extendidas a tres horas, ya que hay situaciones ambientales difíciles de controlar, cómo el tráfico, el clima, distancia, citas médicas que coinciden con el tiempo de atención en grupo o la presencia de dolor que impide que los pacientes puedan mantenerse mucho tiempo en una posición corporal y en una sala o aula en un tiempo determinado. A pesar de inconvenientes comunes, y tomando en cuenta además una atención intensiva prometedora a nivel clínico individual, la psicología de la salud es aplicada en este Centro médico de forma exitosa. Es importante recordar la necesidad de evaluación del dolor en cada sesión de atención individual por medio del VAS –EVA; evaluar el dolor es el primer paso dentro del protocolo de acción de control del dolor, por tanto, es de suma importancia considerarlo para conocer si las intervenciones logran

resultados prometedores, donde la cura no sea el objetivo sino, el alivio. Igualmente es necesario considerar que este instrumento trabaja en la medición del dolor, que dentro de su integralidad, es un factor subjetivo.

Las funciones de las y los psicólogos en la intervención de cuidados paliativos y terminalidad, forman parte de las tareas que se asumen en el campo de la psicooncología, la cual es una sub área de la oncología que se dedica a dar soporte, atención y tratamiento, así como acompañamiento en el proceso de la enfermedad terminal. Se busca desde los cuidados paliativos que cada paciente asuma con compromiso la adherencia a tratamientos o dietas prescritas, así como el abordaje de la psicoeducación y capacitación de pacientes, del personal de salud y de personas cuidadoras. Además, es importante señalar la atención psicológica individual o grupal que capacite a pacientes sobre las estrategias de afrontamiento hacia su condición, hacia la percepción del dolor y hacia la muerte (Rivero, Piqueras, Ramos, García, Martínez y Oblitas, 2008).

Es relevante agregar que en el caso de las enfermedades incurables crónicas o degenerativas, la dificultad de diagnóstico y tratamiento, así como lo incierto de su pronóstico, genera a menudo sensaciones de impotencia o ansiedad en quienes las padecen; es por esta razón que la atención no debe ser centralizada en aspectos fisiológicos sino también psicosociales (Londoño, 2017). Las funciones llevadas a cabo en la presente práctica dirigida lograron atender los objetivos propuestos a nivel legislativo, a nivel de cuidado paliativo y a nivel de la psicología de la salud para que desde una intervención bio psico social ambiental y espiritual y específicamente desde un enfoque teórico cognitivo y conductual, las personas usuarias logaran ver atendidas sus necesidades integrales y las de sus familiares. Los modelos teóricos basados en las teorías bio psicosociales han sido ampliamente criticadas; sin embargo, la evidencia práctica – clínica no ha hecho más que decir que los modelos de atención estrictamente biomédicos dejan por fuera aspectos esenciales para un tratamiento eficaz. Aspectos como deseos y aspiraciones de vida, ideologías, creencias espirituales, así como el papel de las personas cuidadoras y el ambiente en el que se desenvuelven las personas con

enfermedades crónicas físicas o mentales; son determinantes para la mejoría en relación al pronóstico, la adherencia a medicamentos y hasta hospitalizaciones reiteradas (Ramos, 2015). Es por ello que el abordaje metodológico y de acción institucional del CNCDCP es uno de alta calidad y con resultados de atención interdisciplinaria y que permite seguirlo visualizando en espacios académicos como este.

9. Conclusiones

Como punto de partida y en relación con los objetivos externos propuestos para la presente práctica, se destacan los efectos positivos obtenidos por la realización de trabajos finales de graduación en espacios de atención en salud pública, específicamente de la Caja Costarricense de Seguro Social. Esta práctica dirigida permitió un acercamiento idóneo a la realidad nacional, abordando e interviniendo en casos de pacientes con características heterogéneas como posiciones y clases socioeconómicas, niveles de educación recibida, zonas del país donde residen, nacionalidades y contextos migratorios distintos y redes de apoyo contenidas. Lo cual ubica al estudiantado en un espacio de atención típica alrededor del contexto costarricense en las áreas de atención pública de la psicología.

Específicamente en relación con el objetivo general propuesto; los estudiantes de psicología de la Universidad de Costa Rica cuentan con capacidades para afrontarse a realidades nacionales de esta índole, lo cual es otra razón para reforzar los lazos con instituciones públicas en salud para las prácticas dirigidas finales de los estudiantes como una forma de conclusión de la formación académica clave para su futuro laboral.

Esta experiencia refuerza además la necesidad de consolidación de departamentos de psicología en centros de atención en control del dolor y cuidado paliativo. Es gracias a estas intervenciones que los servicios se vuelven integrales y se logra un bienestar y calidad de vida y de muerte. Si bien, el objetivo de este tipo de intervenciones no se relaciona a la cura del usuario, sí se entiende que los planes de trabajo deben estar

relacionados con la colaboración en el alivio del dolor y aprendizaje de mejores estrategias de afrontamiento a su condición, adaptación a su proceso y adherencia a sus tratamientos. Recordando además que no solo es necesaria la atención al paciente en cuestión sino también en muchos casos a sus familiares o cuidadores. Esto lleva a los grandes beneficios a nivel de bienestar integral y manejo de atención familiar que se obtienen por el modelo de atención domiciliar que es la única alternativa para valorar, desde la intimidad del paciente, si se encuentra en estado de atención óptima por parte de las personas cuidadoras, la única estrategia o alternativa para ofrecer atención paliativista a las personas usuarias hasta sus últimos días y asegurando así el cumplimiento de sus deseos de muerte y calidad en la misma.

Se reconoció con esta práctica dirigida que no solamente se debió considerar el diagnóstico médico de cada paciente para el abordaje psicológico, sino además otros motivos de consulta y emergentes encontrados. Al respecto se tuvieron que elaborar tratamientos para la sintomatología ansiosa y depresiva, abordar duelos no resueltos, considerar dinámicas familiares disfuncionales, así como los efectos de situaciones económicas desfavorables; que influenciaron el estilo de abordaje terapéutico y las necesidades específicas de atención que, en todo caso, fueron prioridades pues tenían relación con la percepción de auto control del paciente sobre su padecimiento.

Otra consideración abordada fue la importancia de la fase de rotación que significó uno de los aportes más significativos para la comprensión de las realidades por trabajar así como de la terminología médica, estilos de abordaje clínico a nivel de consulta externa, intervencionismo o visita domiciliar y así conocer ejemplos de futuros casos comunes de atención que llegan referidos al servicio de psicología.

Se destacó, además, en relación con los objetivos específicos propuestos, la funcionalidad de las intervenciones grupales psicoeducativas tanto para pacientes como para funcionarios. En el caso del grupo dirigido a pacientes, fue provechoso realizar una evaluación inicial y final en los participantes para valorar el

punto entrada y salida en relación con la sintomatología abordada en las sesiones. Gracias a estas evaluaciones se logra reconocer el estado basal del paciente, el perfil de participantes y sus necesidades, así como poder evidenciar si al final de la intervención realizada se logró mejorar la sintomatología del paciente y con ello reforzar este tipo de intervenciones apoyadas en la atención clínica individual de cada paciente. Con respecto a los espacios psicoeducativos para funcionarios se reconoce la necesidad de considerar que en espacios externos al Centro y con personal nuevo exclusivo para temas de autocuidado, los funcionarios puedan reforzar temas que mejoren su desempeño laboral y personal y con ello validar la importancia de la apertura de espacios de autocuidado constantes para profesionales y funcionarios de distintas áreas ya que la realidad a la que se enfrentan implica un acercamiento a casos que podrían generar afectación emocional así como por tener un gran volumen de trabajo diario en temas de tanta meticulosidad e integralidad como la salud y enfermedad de seres humanos.

Se reconoce las intervenciones de este Centro de salud en cuestión como uno de altísima calidad y efectividad, lo que refuerza la importancia del Seguro Social para la población costarricense, así como la iniciativa del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos de buscar una actualización constante a nivel nacional e internacional que permita ofrecer siempre las mejores alternativas de atención interdisciplinaria, los mejores equipos médicos y tratamientos.

Con esta práctica dirigida y su respaldo teórico se logró desmitificar la función de los cuidados paliativos como esos exclusivos a las personas en etapa de terminalidad, es realmente necesario constatar la funcionalidad de estos en casos de enfermedades degenerativas o crónicas dolorosas, gracias a estas atenciones interdisciplinarias los pacientes logran una mejor adaptación al curso, gravedad y pronóstico de su condición alrededor de su vida en áreas psicológicas, sociales, médicas y espirituales.

10. Recomendaciones

10.1 A la Carrera de Psicología - Sede Occidente:

- Ofrecer y fomentar en los estudiantes el papel de las Prácticas Dirigidas en los servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social como una opción de Trabajo Final de Graduación de muchísima oportunidad de crecimiento académico y profesional. Las solicitudes de campos clínicos, así como el acercamiento a los Centros y departamentos de atención hospitalario desde la creación del anteproyecto, son claves para dar a conocer la carrera de Psicología – Sede Occidente como una encargada de formar estudiantes en distintas áreas de atención, con deseos de aprendizaje. Para esto es importante estrechar lazos con instancias de la Caja Costarricense de Seguro Social, así como conocer las necesidades de trabajo desde departamentos de psicología para que los futuros estudiantes que formulen su anteproyecto de Trabajo Final de Graduación logren con sus habilidades y conocimientos colocarse en espacios de atención en salud pública de gran aprendizaje profesional y que fortalecerían espacios de atención en salud de la región.
- Otro punto es reconocer que las intervenciones que se realizan desde los módulos prácticos de carrera no tienen un acercamiento hacia las funciones de la psicología clínica hospitalaria por lo que hay vacíos en la formación del estudiantado no solo en términos de contexto sino en el manejo de expedientes o diagnóstico diferencial. Aunado a esto, no contamos los estudiantes con módulos que preparen en el manejo de desechos hospitalarios, seguros médicos y asesoría sobre programas de vacunación relacionados a aspectos básicos para la atención en espacios de intervención médica pública – privada en Costa Rica.
- Es importante además, considerar en discusión de cátedras de toda la Carrera de Psicología y sedes de la Universidad de Costa Rica que la imparten, la importancia de un avance en la formación académica de los estudiantes en relación con los cuidados paliativos, esto debido a que la formación profesional

de los funcionarios del departamento de psicología del CNCDCP tuvo que ser por medio de posgrados académicos específicos y no por medio de su formación base en psicología. Podría ser funcional que se contara con un acercamiento básico desde la carrera ya que es un tema de mucha importancia y que se ha abordado no solo desde centros especializados sino también en clínicas y hospitales; sin dejar de lado la consulta privada.

- Poder ofrecer al estudiantado un abordaje de temas de diagnóstico clínico diferencial basado en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con Salud (CIE). Este último por ser el utilizado desde los protocolos diagnósticos de la Caja Costarricense de Seguro Social. Es necesario considerar la realidad nacional e institucional alrededor de la experiencia con manuales diagnósticos; por tanto, sería ideal que la academia prepare al estudiantado con bases éticas y científicas al respecto.
- Considerar como opciones válidas de Trabajo Final de Graduación la adaptación al contexto costarricense de test psicométricos básicos (para medición de estrés, sintomatología ansiosa o depresiva, trastornos de personalidad, simulación de síntomas, entre otras) que puedan ser utilizados en la Caja Costarricense de Seguro Social, ya que por medio de esta población se podrían crear estudios de adaptación de ítems basados en el tipo de población típica y común atendida en los centros de salud pública costarricense.
- Es importante recalcar la recomendación de considerar módulos de carrera que trabajen desde las intervenciones médicas hospitalarias ya que es una de las oportunidades para acercarse a realidades comunes de la psicología en espacios de atención sanitaria públicos, que son áreas de trabajo necesario tal cual se evidencio anteriormente y que debería visualizarse y considerarse en el aprendizaje academicista universitario del psicólogo costarricense. Para ello se requiere hacer contacto con las entidades médicas necesarias como el CENDEISS y las coordinaciones médicas

oportunas y además respaldos legales para profesionales y pago de seguros que respalden la intervención de los estudiantes y sus tutores.

- Con respecto a estudiantes de la carrera, considerar adentrarse en el mundo de la atención hospitalaria; que de una u otra forma colaboraría como preámbulo para la formación en posgrado clínico y como oportunidad de formación a nivel de teoría sobre cuidados paliativos, terminología técnica médica, aprendizaje interdisciplinario y validación de enfoques de trabajo diversos.

10.2 Al Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos:

- Considerar una apertura hacia la continuación de este tipo de prácticas dirigidas de Trabajo Final de Graduación con nuevos estudiantes de psicología. Una vez realizadas las primeras dos intervenciones semestrales se logró observar resultados prometedores tanto para validar el trabajo del departamento de psicología del Centro, como para colaborar y fortalecer la formación académica del estudiantado de la carrera de psicología de la Universidad de Costa Rica de distintas sedes.
- Retomar con carácter de urgencia la validación de espacios de autocuidado para todo el personal del CNCDPCP como parte inclusive de su protocolo de acción profesional; esto para considerar tanto la mejoría en temas de clima laboral, relaciones interpersonales como de la salud mental de los funcionarios en general, quienes se exponen a una importante carga de trabajo. El personal se expone a casos de acercamiento a realidades complicadas por tanto es importante considerar un trabajo desde la empatía pero con mucha atención al beneficio emocional de todo el personal.
- Continuar fomentando la creación de espacios para la discusión de casos clínicos de forma interdisciplinaria. Estas reuniones de forma constantes, abren el panorama y refuerza el beneficio de la atención integral de los pacientes, donde la capacidad de trabajo de las distintas disciplinas realmente demuestren trabajar de la mano y conozcan fortalezas y debilidades para mejoría de cada paciente.

- Se recomienda procurar el uso de las pruebas psicológicas con acceso a todo el personal de psicología, donde cada profesional pueda hacer uso de ellas como estrategia de evaluación terapéutica y poder visualizar el perfil de entrada de sus pacientes. Además, es importante considerar, en la medida de lo posible, el uso de instrumentos psicométricos actualizados y mejor aún, con validación al contexto costarricense; esto para medición de criterios relacionados a la sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva, estrés en cuidadores o simulación de sintomatología en población atendida que busque ganancias secundarias. Los anteriores como casos comunes de atención en el CNCDCP.

11. Referencias bibliográficas

- Acuña, C. (2017). Cuidados Paliativos en Costa Rica. *Rev. Ter.* Pp. 15-25. Universidad Santa Paula.
- Acuña, C., Ferrandino, M. y Quesada, L. (2012). Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica. Costa Rica. IAHPC Press
- Alfaya, M., Bueno, M., Montoro, C., Mancilla, P., Juárez, R. y García, M. (2016). Palliative care team visits. Qualitative study through participant observation. *Colombia Médica.* 47 ed. Recuperado de: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=1a2e4309-0eaa-4611-b2f6-b6537d7a4e3a%40sessionmgr4008>
- 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. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 31 ed. Pp. 213-227. Recuperado de: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=339b5763-15b1-4d38-b6e0-dd68b2d1e72d%40sessionmgr4008>
- Alves, M., Gonçalves, E., Detogni, E., Vieira, A. & Tarragô, C. (2019). Correlación entre morfología cervical, dolor, funcionalidad y ADM en individuos con cervicalgia. *Columna.* 18 ed. Pp 101-105. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/s1808-185120191802188667>
- Arango, C. y Rincón, H. (2018). Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común. *Revista Colombiana de Psiquiatría.* Pp.46-55. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.10.007>

- Bello, A., Benítez, M. y Oviedo, O. (2017). Características del dolor, aspectos psicológicos, calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con dolor de espalda crónico en una ciudad de Colombia. *Revista Colombiana de Anestesiología*. Pp. 310-316.
- Berrocoso, A., Arriba, L. y Arcega, A. (2018). Abordaje del dolor crónico no oncológico. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. Pp. 154-159. Recuperado de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2018000300154&lng=es&tlng=es.
- Brenes, M., Brenes, J. y Nuñez, C. (2013). Pasado y presente de los cuidados paliativos en Costa Rica. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXX*. Pp. 71-76. Recuperado de:
<http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/605/art13.pdf>
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Anuario estadístico 2016. Área de estadísticas en salud, Caja Costarricense de Seguro Social.
- E.Hall, D., Angelos, P., Dunn, G., Hinshay, D. & Pawlik, T. (2015). Ética, cuidados paliativos y atención al final de la vida. *Principios de Cirugía*. 10 ed. McGraw – Hill Interamericana Editores. Recuperado de: <https://accessmedicina-mhmedical-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/book.aspx?bookid=1513>
- Eisenberg, N. (2015). Social pain and the brain: Controversies, Questions, and where to go from here. *Annu. Rev. Psychol.* Recuperado de: <https://www-annualreviews-org.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/doi/pdf/10.1146/annurev-psych-010213-115146>
- Fei, H. & Hongyu, L. (2018). Factors influencing integrated wellbeing in older Chinese outpatients with chronic diseases. *Australian Journal of Primary Health*. 24 ed. Recuperado

de:<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=ec8c944e-71c4-4bf8-bbbd-1dbbdf836725%40pdc-v-sessmgr01>

García, C., Grau, J. y Infante, O. (2014). Duelo y proceso salud – enfermedad en la Atención Primaria de Salud como escenario para su atención. *Revista Cubana de Medicina Integral*. 30ed. Pp. 121- 131.

Recuperado de:

<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=17&sid=ec8c944e-71c4-4bf8-bbbd-1dbbdf836725%40pdc-v-sessmgr01>

Kane, R., Ouslander, J., Resnick, B. & Malone, M. (2018). Evaluación del paciente geriátrico. *Principios de geriatría clínica*. 8 ed. (Moreno, D. Traducción). New York, NY: McGraw-Hill. Recuperado de:

<http://accessmedicina.mhmedical.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/content.aspx?bookid=2409§ionid=188130207>

Londoño, E. (2017). Las enfermedades crónicas y la ineludible transformación de los sistemas de salud en América Latina. *Revista Cubana de Salud Pública*. 43 ed. Recuperado de:

<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=ec8c944e-71c4-4bf8-bbbd-1dbbdf836725%40pdc-v-sessmgr01>

Longo, D. (2016). Estudio del paciente con cáncer. *Principios de Medicina Interna*. 19 ed. Harrison.

Recuperado de: [https://accessmedicina-mhmedical-](https://accessmedicina-mhmedical-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/content.aspx?bookid=1717§ionid=114914231#1137920444)

[com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/content.aspx?bookid=1717§ionid=114914231#1137920444](https://accessmedicina-mhmedical-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/content.aspx?bookid=1717§ionid=114914231#1137920444)

Martell, C., Dimidjian, S. y Herman, D. (2010). Activación conductual para la depresión. Una guía clínica.

Guilford Press. Traducida por Juan Antonio Medina López.

- Masedo, A. y Camacho, L. (2016). Nivel socioeconómico bajo y el dolor incapacitante en pacientes de la unidad del dolor. *Ciencia y Enfermería*. XXII. Pp. 77-84. Recuperado de:
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v22n3/0717-9553-cienf-22-03-00077.pdf>
- Medina, A., Sanabria, K. y Ávalos, D. (2015). Servicios brindados a los usuarios mayores de 18 años con enfermedad oncológica terminal en el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos de Costa Rica, desde su ingreso hasta su fallecimiento 2010- 2012. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD*. Vol. 5.
- Melzack, R. & Katz, J. (2013). Pain measurement in Adult Patients. *Wall & Melzack's Textbook of Pain*. 6a ed. Saunders. Recuperado de: <https://www-clinicalkey-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/#!/content/book/3-s2.0-B9780702040597000218?scrollTo=%23hl0000469>
- Méndez, C. (2019). ¿Qué son los cuidados paliativos? (Gómez, S, Entrevistadora). Costa Rica. Noticias Caja Costarricense de Seguro Social. Recuperado de:
https://www.ccss.sa.cr/noticias/entrevista_noticia?pSKpP47TwCQ
- Ministerio de Salud (2017). Plan Nacional de Cuidados Paliativos y Control del Dolor 2017-2021. Dirección de Servicios de Salud. Recuperado de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politcas-y-planos-en-salud/planes-en-salud/3681-plan-nacional-de-cuidados-paliativos-2018/file>
- Mora, G., Tamallo, K., de las Mercedes, T., del Pino, B., y Guerra, C. (2017). Adherencia terapéutica en pacientes con algunas enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Cubana de Medicina Integral*. ed 33. pp. 270 - 280. Recuperado de:
<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=e8c944e-71c4-4bf8-bbbd-1dbbdf836725%40pdc-v-sessmgr01>

- Moretti, L. y Medrano, L. (2014). Validación del cuestionario de conductas de dolor en estudiantes universitarios con cefaleas. *Revista Peruana de Psicología*. Pp. 101-107. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68631260009>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). 10 datos sobre los cuidados paliativos. Recuperado de: <http://www.who.int/features/factfiles/palliative-care/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Cáncer. Hechos clave. Recuperado de: [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer 2018](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer-2018).
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Cuidados paliativos. Nota descriptiva. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es/>
- Peirano, G., Bertolino, M., Rodriguez, M., Bunge, S., Armesto, A. y Dran, G. (2019). Interconsultas de cuidados paliativos para pacientes con cáncer en un hospital general. Características y oportunidad. *Medicina Buenos Aires*. Pp 337-344. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v79n5/v79n5a01.pdf>
- Pérez, B., García, M. y Petronila, L. (2019). Los cuidados paliativos en pacientes ancianos con patologías no oncológicas. *Gerokomos*. Pp. 6-11. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v30n1/1134-928X-geroko-30-01-00006.pdf>
- 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. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica

- Piña, J. (2010). El rol del psicólogo en el ámbito de la salud: de las funciones a las competencias personales. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(2), 233-255. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29215980001>
- Presidencia de la República y Ministerio de salud (2015). Manual de normas de atención del dolor y cuidados paliativos de I y II nivel. San José. Recuperado de: <http://portal.medicos.cr/documents/20183/532492/Manual+de+Normas+de+Atenci%C3%B3n+del+Dolor+y+Cuidados+Paliativos+del+Nivel+I++y+II.pdf/7cc95bcf-fb6c-44d0-936d-b1aee05b2ff3>
- Rabow, M. & Pantilat, S. (2017). Atención paliativa y tratamiento del dolor. *Diagnóstico clínico y tratamiento*. 56ed. McGraw- Hill Interamericana editores. Recuperado de: <https://accessmedicina-mhmedical-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/content.aspx?bookid=2197§ionid=174390758>
- Ramírez, J. (2019). Inserción profesional en el abordaje psicológico de pacientes con enfermedades crónicas y terminales y sus familiares en el Centro Nacional de Control de Dolor y Cuidado Paliativo de la C.C.S.S. Práctica Dirigida para optar por el grado de Licenciatura de la Carrera de Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Ramos, S. (2015). Una propuesta de actualización del modelo bio- psicosocial para ser aplicado a la esquizofrenia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*.pp. 511-526. Universidad de Barcelona. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v35n127/original4.pdf>
- Rathmell, J., & Fields, H. (2016). Dolor: Fisiopatología y tratamiento. *Principios de Medicina Interna*. 19 ed. Recuperado de: <https://accessmedicina-mhmedical-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/book.aspx?bookid=1717>

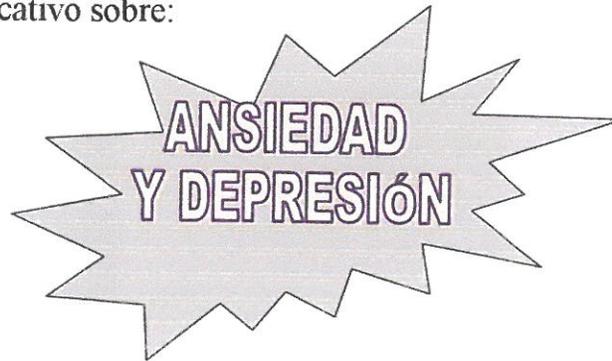
- Reyes, B. (2011). ¿Cuál es el aporte de la Psicología dentro de la atención de la salud en Costa Rica? *Rev Reflexiones*. Pp. 87 -104. Recuperado de:
http://iip.ucr.ac.cr/sites/default/files/Curriculum/Benjamin_Reyes/reflexiones-90-1-05.pdf
- Rivero, R., Piqueras, J., Ramos, V., García, L., Martínez, A., y Oblitas, L. (2008). Psicología y Cáncer. *Suma Psicológica*. Vol 15. Colombia. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134212604007>
- Rodríguez, R. (2011). El final de la vida: cómo enfrentar el proceso de morir. En *Práctica de la Geriatria*. 3ed. McGRAW-HILL. Recuperado de: <https://accessmedicina-mhmedical-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/content.aspx?bookid=1500§ionid=98102513&jumpsectionid=98102550>
- Rojas, J. (2009). Manual de Funcionamiento del Departamento de Psicología. Caja Costarricense de Seguro Social - Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos: San José.
- Ruiz, G. y López, A. (2012). Resiliencia psicológica y dolor crónico. *Escritos de Psicología - Psychological Writings*, pp. 1-11. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=271024367001>
- Ruiz, E., Meneses, A., López, C., Marchat, L., Guadarrama, J., de la Garza, J. y Astudillo, H. (2017). Angiogénesis, invasión y metástasis. *Manual de Oncología*. McGraw Hill Interamericana Editores. Recuperado de: <https://accessmedicina-mhmedical-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/content.aspx?bookid=2306§ionid=180361023#1150223284>
- Sarafino, E., & Smith, T. (2011). Health Psychology. Biopsychosocial Interactions. JOHN WILEY & SONS, INC Seventh edition. United States of America

- Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. (2012). Medicina Paliativa y el tratamiento del dolor en la atención primaria. Paliativos sin Fronteras. Recuperado de:
<http://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/6/MEDICINA%20PALIATIVA.pdf>
- Solís, M. (2015). Red de control y cuidados paliativos de Costa Rica es modelo en el mundo. Blog de Comunicación. CCSS. Costa Rica. Recuperado de: <https://www.ccss.sa.cr/noticia?red-de-control-del-dolor-y-cuidados-paliativos-de-costa-rica-es-modelo-en-el-mundo>
- Vargas, A. (2014). Manejo no adecuado del dolor por cáncer en Costa Rica:¿un problema de formación académica. *Acta Médica Costarricense*. 56 ed. Recuperado de:
<https://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v56n2/art05v56n2.pdf>
- Valverde, C. (2012). Uso de la terapia Cognitivo – Conductual en la atención a personas con Trastorno de Dolor Crónico Benigno en la Clínica de Dolor Crónico y Cuidados Paliativos de Puriscal. Práctica Dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Vega, O. y González, D. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Revista electrónica cuatrimestral de enfermería – Enfermería global*. Recuperado de:
<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n16/revision2.pdf>
- Zas, V., Rodríguez, J., y Silvia, E. (2013). El dolor y su manejo en los cuidados paliativos. *Panorama Cuba y Salud*. Ed 8. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477348951008>

12. Anexos

12.1 Afiche de divulgación e invitación de pacientes del servicio de consulta externa para grupo psicoeducativo sobre Ansiedad y Depresión.

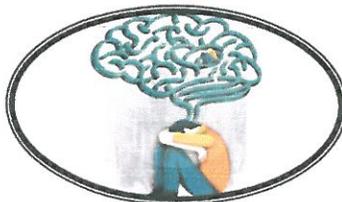
Grupo psicoeducativo sobre:



INICIO: Lunes 22 de abril 2019
HORARIO: 1:00pm a 2:30pm
DURACIÓN: 11 Sesiones
LUGAR: Aula tercer piso

Coordinación e información:
Departamento de Psicología

Información:
smp1394@hotmail.com / jrojasel@ccss.sa.cr



12.2 Cronograma de actividades por sesión de grupo psicoeducativo sobre Ansiedad y Depresión.

GRUPO: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos

Caja Costarricense del Seguro Social

Estudiante Practicante: Stephanie Montero Peraza

SESIÓN 1: INTRODUCCIÓN Y BIENVENIDA

Objetivos:

- Ofrecer un espacio de presentación, encuadre de sesiones, temáticas posibles y objetivos del grupo.
- Generar una evaluación del perfil de entrada de los y las pacientes por medio de la aplicación de test Ansiedad / depresión.
- Realizar una introducción sobre el papel de las emociones en el tema de ansiedad y depresión.

Tiempo estimado:

1 hora 30 minutos

TEMA	ACTIVIDADES	MATERIALES
Presentación	<ul style="list-style-type: none">• Bienvenida, saludo, uso y acomodo del espacio según necesidades físicas de los participantes.• Firma de consentimientos informados junto con funcionaria del departamento de psicología.• Desarrollo de actividad rompe hielo de presentación (estilo papa caliente).• Exposición de las reglas del grupo.• Pequeño resumen de temas por trabajar en sesiones• Documentar la lista de asistencia.• Ofrecer comprobantes de trabajo a participantes que lo solicitaron.	<ul style="list-style-type: none">• Presentación audiovisual• Computadora / Música• Bola / peluche de papa caliente / lana• Objeto para hablar• Lista de asistencia• Consentimientos informados de la C.C.S.S.
Evaluación	<ul style="list-style-type: none">• Evaluación de perfil de entrada de pacientes (ansiedad y depresión).	<ul style="list-style-type: none">• Lápices y lapiceros• Instrumentos: Test BAI -

		Test BDI – II.
Emociones	<ul style="list-style-type: none"> • Introducción sobre las emociones y su relación con la depresión y ansiedad. • Repartir a cada uno una rueda de emociones, cada uno elige una emoción de tarea, para trabajarla la próxima sesión (cada participante la define con sus propias palabras de forma creativa). • Despedida, recordatorio de puntualidad para próxima sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rueda de emociones • Presentación audiovisual

SESIÓN 2: LAS EMOCIONES

Objetivos:

- Generar un espacio de bienvenida y discusión de aspectos administrativos pendientes.
- Desarrollar un espacio de exposición y psicoeducación sobre las emociones, funciones y regulación y su relación con el tema de la ansiedad y depresión.

TEMA	ACTIVIDADES	MATERIALES
Inicio – bienvenida	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida, saludo, uso y acomodo del espacio. Revisión de aspectos administrativos (si faltó alguien de consentimientos informados, lista de asistencia en cuaderno de actas, lista de personas que ocupan comprobante de trabajo, entrega de carta de permiso laboral) • Consulta de forma anónima (temáticas que los y las participantes consideren necesario de abordar en sesiones por medio de una “cajita de sugerencias”). 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación audiovisual • Cartas de permiso laboral personalizadas. • Consentimientos informados de la C.C.S.S. • Comprobantes de trabajo C.C.S.S. • Cuaderno de actas • Cajita de sugerencias para sesiones. • Papelitos en blanco
Emociones	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar tarea sobre emociones, 5 voluntarios desde su silla exponen • Explicación rueda de emociones, considerar la existencia de múltiples emociones, así como sus estímulos y formas de manifestación. • Emociones y su relación con la depresión y ansiedad. • Actividad ubicación de emociones en 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación audiovisual • Silueta humana • Pilots • Lápices y lapiceros

		silueta humana según manifestaciones fisiológicas perceptibles (anotar las sensaciones físicas).	
Autoregistro de emociones	de	<ul style="list-style-type: none"> Explicación de técnica de autoregistro de emociones para el reporte de emociones constantes, sus antecedentes y formas de manifestación a nivel cognitivo, fisiológica y comportamental. 	<ul style="list-style-type: none"> Autoregistro

Autoregistro de emociones

	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO O DOMINGO
Emoción					
Antecedentes / estímulos provocadores					
Pensamientos o cogniciones manifestadas					
Reacciones fisiológicas percibidas					
Conductas llevadas a cabo					

Fuente: Elaboración propia, basado en criterios de autoreporte en Clark & Beck (2012).

SESIÓN 3: AUTOCONTROL Y REGULACIÓN EMOCIONAL

Objetivos:

- Considerar la importancia de la regulación de emociones ante la presencia de enfermedades crónicas y sintomatología ansiosa y depresiva.
- Ofrecer una exposición sobre técnicas específicas de autocontrol y regulación de emociones.

TEMA	ACTIVIDADES	MATERIALES
Inicio – bienvenida	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida, saludo, uso del espacio. Revisión de aspectos administrativos (lista de asistencia en cuaderno de actas, lista de personas que ocupan comprobante de trabajo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobantes de trabajo C.C.S.S. • Cuaderno de actas
Regulación y de autocontrol emociones	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición magistral (funciones de la regulación emocional, autocontrol emocional, exposición de tipos de técnicas de regulación emocional). 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación audiovisual
Autoregistro semanal	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar tarea de auto registro semanal, voluntarios. • Exposición de emociones manifestadas y revisar por medio de una reestructuración cognitiva el papel disfuncional de algunas cogniciones y conductas alrededor de determinadas emociones. • Psicoeducación sobre el papel de las distorsiones cognitivas. Visión de: “pensamiento como hipótesis”. 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoregistro • Pizarra • Pilots
Introducción a las técnicas de relajación	<ul style="list-style-type: none"> • Actividad: inicio en técnica de relajación (respiración diafragmática - imágenes guiadas). 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación audiovisual • Música de relajación

SESIÓN 4: TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

Objetivos:

- Realizar espacio de reestructuración cognitiva de pensamientos provenientes de la exposición de auto registros sobre emociones enviado de tarea semanal.
- Ofrecer un espacio de identificación de funciones de técnicas de relajación y la evidencia en el tratamiento de síntomas ansiosos o depresivos.

TEMA	ACTIVIDADES	MATERIALES
Inicio – bienvenida	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida, saludo, uso del espacio. Revisión de aspectos administrativos (lista de asistencia en cuaderno de actas, lista de personas que ocupan comprobante de trabajo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobantes de trabajo C.C.S.S. • Cuaderno de actas
Uso de auto registro emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas de autoregistro semanal por medio de exposición de casos que se escriben en pizarra, realización en conjunto de reestructuración cognitiva de pensamientos / conductas irracionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoregistros • Pizarra • Pilots
Técnicas de relajación	<ul style="list-style-type: none"> • Se valora en exposición magistral, la eficacia reportada sobre el beneficio de las técnicas de relajación como parte del tratamiento de sintomatología ansiosa depresiva y estresores de la cotidianidad. • Práctica en respiración diafragmática. • Auto registro de resultados de técnicas de relajación agregado al autoregistro de emociones 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación audiovisual
Introducción a la conceptualización de la depresión	<ul style="list-style-type: none"> • Video sobre depresión: “Falling Floyd”. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación audiovisual • Parlantes

SESIÓN 5: ¿QUÉ SÍ / QUÉ NO ES LA DEPRESIÓN?

Objetivos:

- Realizar una introducción sobre la conceptualización teórica de la depresión y trastornos del estado de ánimo.
- Realizar espacio de reestructuración cognitiva de pensamientos provenientes de la exposición de auto registros sobre emociones enviado en tarea semanal.
- Desarrollar una exposición sobre tratamientos eficaces para abordar los trastornos de depresión.

TEMA	ACTIVIDADES	MATERIALES
Inicio – bienvenida	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida, saludo, uso del espacio. Revisión de aspectos administrativos (lista de asistencia en cuaderno de actas, lista de personas que ocupan comprobante de trabajo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobantes de trabajo C.C.S.S. • Cuaderno de actas
Uso de auto registro emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas de autoregistro semanal por medio de exposición de 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoregistros • Pizarra

	casos que se escriben en pizarra, realización en conjunto de reestructuración cognitiva de pensamientos / conductas irracionales.	<ul style="list-style-type: none"> • Pilots
Conceptualizando la Depresión	<ul style="list-style-type: none"> • Mitos alrededor de la Depresión: Cada participante en una frase breve describe ¿qué es la depresión? • Se realiza una exposición amplia de los siguientes sub temas: emoción negativa, pensamiento irracional, síntoma depresivo, trastornos del estado de ánimo, sintomatología. • Tratamientos eficaces interdisciplinarios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación audiovisual
Espacio de imaginación guiada (técnica de relajación)	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer un cierre de sesión por medio de un espacio de relajación de 10 minutos con música relajante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Música relajante

SESIÓN 6: ¿QUÉ SÍ / QUÉ NO ES UN TRASTORNO DE ANSIEDAD?

Objetivos:

- Realizar una introducción sobre la conceptualización teórica alrededor de los trastornos de ansiedad.
- Realizar espacio de reestructuración cognitiva de pensamientos provenientes de la exposición de auto registros sobre emociones enviado de tarea semanal.
- Desarrollar una exposición sobre tratamientos eficaces para abordar los trastornos de ansiedad.

TEMA	ACTIVIDADES	MATERIALES
Inicio – bienvenida	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida, saludo, uso del espacio. Revisión de aspectos administrativos (lista de asistencia en cuaderno de actas, lista de personas que ocupan comprobante de trabajo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobantes de trabajo C.C.S.S. • Cuaderno de actas
Uso de auto registro emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas de autoregistro semanal por medio de exposición de casos que se escriben en pizarra, realización en conjunto de reestructuración cognitiva de pensamientos / conductas irracionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoregistros • Pizarra • Pilots
Conceptualización sobre trastornos de ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> • Mitos alrededor de la Ansiedad: Cada participante con una frase breve describe: ¿Qué es la ansiedad? • Exposición de los siguientes conceptos: miedo, preocupación productiva, preocupación patológica, ansiedad, síntomas cognitivos, 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación audiovisual

	<p>comportamentales y fisiológicos presentes en trastornos de ansiedad y sus tipologías.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos eficaces interdisciplinarios. 	
Espacio de imaginación guiada y respiración profunda diafragmática (técnica de relajación)	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer un cierre de sesión por medio de un espacio de relajación de 10 minutos con música relajante. • Práctica de respiraciones profundas de tipo diafragmáticas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Música relajante.

SESIÓN 7: DUELO – DOLOR CRÓNICO

Objetivos:

1. Ofrecer una exposición magistral sobre el tema de duelo y pérdida más allá de la visión de duelo por muerte.
2. Desarrollar una conceptualización sobre el dolor crónico y algunas técnicas de abordaje desde la visión de duelo por medio de la terapia de aceptación y compromiso.
3. Ofrecer una psicoeducación sobre la eficacia de las estrategias de afrontamiento activas ante la presencia del dolor crónico.
4. Realizar espacio de reestructuración cognitiva de pensamientos provenientes de la exposición de auto registros sobre emociones enviado de tarea semanal.

TEMA	ACTIVIDADES	MATERIALES
Inicio – bienvenida	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida, saludo, uso del espacio. Revisión de aspectos administrativos (lista de asistencia en cuaderno de actas, lista de personas que ocupan comprobante de trabajo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobantes de trabajo C.C.S.S. • Cuaderno de actas
Uso de auto registro emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas de autoregistro semanal por medio de exposición de casos que se escriben en pizarra, realización en conjunto de reestructuración cognitiva de pensamientos / conductas irracionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoregistros • Pizarra • Pilots
Exposición – duelo	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición magistral sobre la vivencia del duelo más allá de la visión de duelo por muerte (basado en las tareas de resolución de duelo) • Actividad de corte psicoeducativo y terapéutico sobre escucha activa, consignas y temas de abordaje por parte de la Dra. Erika Arroyo funcionaria del departamento de 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación audiovisual

	psicología.	
Duelo y adaptación en la condición del dolor crónico	<ul style="list-style-type: none"> Exposición magistral sobre el concepto de dolor y manejo de dolor crónico Espacio psicoeducativo sobre el concepto de estrategias de afrontamiento cognitivas – comportamentales de tipo: activas vs pasivas. 	<ul style="list-style-type: none"> Presentación audiovisual

SESIÓN 8: TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS: DEPRESIÓN, ANSIEDAD, DOLOR CRÓNICO

Objetivos:

- Desarrollar una exposición magistral sobre el uso de fármacos comúnmente prescritos en el tratamiento de sintomatología ansiosa y depresiva dirigida por parte de una profesional en medicina paliativa.
- Ofrecer un espacio de recepción de consultas relacionadas a dudas de participantes sobre farmacología prescrita para control del dolor crónico y sintomatología ansiosa y depresiva por parte de una profesional en medicina paliativa.
- Realizar espacio de reestructuración cognitiva de pensamientos provenientes de la exposición de auto registros sobre emociones enviado de tarea semanal.

TEMA	ACTIVIDADES	MATERIALES
Inicio – bienvenida	<ul style="list-style-type: none"> Bienvenida, saludo, uso del espacio. Revisión de aspectos administrativos (lista de asistencia en cuaderno de actas, lista de personas que ocupan comprobante de trabajo) 	<ul style="list-style-type: none"> Comprobantes de trabajo C.C.S.S. Cuaderno de actas
Uso de auto registro emocional	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de tareas de autoregistro semanal por medio de exposición de casos que se escriben en pizarra, realización en conjunto de reestructuración cognitiva de pensamientos / conductas irracionales. 	<ul style="list-style-type: none"> Autoregistros Pizarra Pilots
Tratamiento farmacológico común (Ansiedad – Depresión – Dolor crónico)	<ul style="list-style-type: none"> Exposición magistral sobre el uso de fármacos comúnmente prescritos en el tratamiento de sintomatología ansiosa y depresiva Recepción de consultas relacionadas a dudas de participantes sobre farmacología prescrita para control del 	<ul style="list-style-type: none"> Presentación audiovisual

	dolor crónico y sintomatología ansiosa y depresiva Exposición realizada por la Dra. Nicole Torres, médica paliativista del CNCDPCP.	
--	--	--

SESIÓN 9: RELACIONES INTERPERSONALES SANAS – COMUNICACIÓN ASERTIVA

Objetivos:

- Desarrollar psicoeducación y formación de espacio de trabajo sobre técnicas básicas de comunicación asertiva.
- Ofrecer un espacio de exposición sobre estrategias de resolución de problemas interpersonales.
- Realizar espacio de reestructuración cognitiva de pensamientos provenientes de la exposición de auto registros sobre emociones enviado de tarea semanal.

TEMA	ACTIVIDADES	MATERIALES
Inicio – bienvenida	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida, saludo, uso del espacio. Revisión de aspectos administrativos (lista de asistencia en cuaderno de actas, lista de personas que ocupan comprobante de trabajo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobantes de trabajo C.C.S.S. • Cuaderno de actas
Uso de auto registro emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas de autoregistro semanal por medio de exposición de casos que se escriben en pizarra, realización en conjunto de reestructuración cognitiva de pensamientos / conductas irracionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoregistros • Pizarra • Pilots
Relaciones interpersonales Comunicación asertiva – técnicas. Comunicación no verbal – técnicas para la resolución de problemas.	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición magistral sobre estilos de comunicación. • Actividad lúdica sobre práctica de estilos de comunicación en la cotidianidad. Dramatización de casos. • Exposición sobre técnicas de resolución de problemas personales e interpersonales 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación audiovisual • Casos dramatización

SESIÓN 10: PRÁCTICA DE CONCEPTOS – EVALUACIÓN DE ÁREA PSICOEDUCATIVA

Objetivos:

- Generar una evaluación del perfil de salida de los y las pacientes por medio de la aplicación de test Ansiedad / depresión.
- Realizar espacio de evaluación de conocimientos generales sobre las sesiones ya desarrolladas por medio de una actividad de tipo lúdica.

TEMA	ACTIVIDADES	MATERIALES
Inicio – bienvenida	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida, saludo, uso del espacio. Revisión de aspectos administrativos (lista de asistencia en cuaderno de actas, lista de personas que ocupan comprobante de trabajo) • Evaluación de perfil de salida de pacientes (ansiedad y depresión) 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobantes de trabajo C.C.S.S. • Cuaderno de actas • Lápices y lapiceros • Instrumentos: Test BAI - Test BDI – II.
Uso de auto registro emocional final, valoración final	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas de autoregistro semanal por medio de exposición de casos que se escriben en pizarra, realización en conjunto de reestructuración cognitiva de pensamientos / conductas irracionales. • Autoevaluación subjetiva por parte de los participantes con respecto a aprendizajes y mejoría en sintomatología tras el uso de auto registros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoregistros • Pizarra • Pilots
Evaluación de conocimientos	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación lúdica de aprendizaje en sesiones anteriores por medio de un juego de “mesa” con dados virtuales sobre preguntas y respuestas relacionadas a las temáticas de las sesiones anteriores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Juego de mesa humano • Dados virtuales • Sorpresas a los primeros dos ganadores.

SESIÓN 11: CIERRE– EVALUACIÓN DE ÁREA PSICOTERAPEUTICA – EMOCIONAL - EDUCATIVA

Objetivos:

- Ofrecer un espacio de conclusión de sesiones por medio de la creación de escalera de objetivos de vida.
- Generar espacio de cierre que incluya la validación de resultados, opiniones y espacio de sugerencias para la facilitadora.

TEMA	ACTIVIDADES	MATERIALES
Inicio – bienvenida	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida, saludo, uso del espacio. Revisión de aspectos administrativos (lista de asistencia en cuaderno de actas, lista de personas que ocupan comprobante de trabajo) • Evaluación de perfil de salida de pacientes (ansiedad y depresión) 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobantes de trabajo C.C.S.S. • Cuaderno de actas • Lápices y lapiceros • Instrumentos: Test BAI - Test BDI – II.
Nuevos objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • De forma creativa se crean nuevas metas una vez incorporados los nuevos conocimientos y reflexiones 	<ul style="list-style-type: none"> • Pizarra • Pilots • Lápices • Hojas de colores
Cierre – sugerencias – opiniones y resultados (devolución general de resultados hacia participantes).	<ul style="list-style-type: none"> • Devolver lo que me gustó y lo que no me gustó del grupo. Actividad lúdica de exposición por medio de gotitas de opinión y collage de aprendizajes. • Devolución de resultados generales del grupo por parte de la facilitadora. 	<ul style="list-style-type: none"> • Papel periódico • Pilots de colores • Lápices de color • Gotitas de opinión (qué aprendí, qué me llevo, qué me gustó, que no me gustó, qué necesito de ahora en adelante, qué agradezco de este proceso, qué se podría mejorar).

Referencias bibliográficas utilizadas:

Amaya, M. y Carrillo, G. (2015). Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno. *Aquichan* 15 ed. Pp. 161-474. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74142431002>

Arranz, V., Aguado, D. y Lucía, B. (2009). Autogestión. Programa de entrenamiento en habilidades. *Cuadernos de Apoyo*. Universidad Autónoma de Madrid. España. Recuperado de:
<http://www.digitaliapublishing.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/a/12853/programa-en-entrenamiento-de-habilidades>

Beck, J. (2011). *Cognitive Behavior Therapy*. The Guilford Press. Second edition.

- Chávez, K., y Tena, E. (2018). Depresión: Manual de intervención grupal en habilidades sociales. *Manual Moderno*. Recuperado de: <https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr>
- Clark, D. & Beck, A. (2012). Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad. *Serie Psicoterapias cognitivas*. Desclée de Brower. Traducción: Jasone Aldekoa
- Díaz, M., Ruiz, M. y Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Desclee de Brower.
- García, F. (2015). Algunas ideas e intervenciones en torno al duelo complicado. *Terapia Sistémica breve*. 2da ed. Ril Editores. Chile. Recuperado de:
<http://www.digitaliapublishing.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/visor/42552>
- Gobierno del Estado de México. (2011). Guía metodológica para la atención del desgaste profesional por empatía (Síndrome de Burnout). Secretaría de Desarrollo Social Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social. México. Recuperado de:
http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/EdoMex/edomex_meta5_2011.pdf
- Hooft, A. & Vink, P. (2013). Fallin Floyd. [Película]. Il Luster Productions. Netherlands. Recuperado de:
<https://www.imdb.com/title/tt3022442/>
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2019). Depresión. Información de Salud Mental. Estados Unidos de América. Recuperado de: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>
- Labrador, F. (2008). Técnicas de modificación de conducta. Psicología Pirámide. Ediciones Pirámide. España. Recuperado de: <http://es.scribd.com/doc/167243456/Tecnicas-de-Modificacion-de-Conducta-Labrador#scribd>

- Martell, C., Dimidjian, S. y Herman, D. (2010). *Activación conductual para la depresión. Una guía clínica*. Guilford Press. Traducida por Juan Antonio Medina López.
- Masedo, A. y Camacho, L. (2016). Nivel socioeconómico bajo y el dolor incapacitante en pacientes de la unidad del dolor. *Ciencia y Enfermería*. Pp. 77-84. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370451048007>
- Moretti, L. (2010). Variables cognitivas implicadas en la experiencia del dolor crónico. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*. Ed 3. Pp 21-29. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333427070004>
- Moretti, L. y Medrano, L. (2014). Validación del cuestionario de conductas de dolor en estudiantes universitarios con cefaleas. *Revista Peruana de Psicología*. Pp. 101-107. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68631260009>
- Olivares, J. y Méndez, F. (2010). *Técnicas de modificación de conducta*. Sexta edición. Biblioteca Nueva. Madrid. Recuperado de: <http://www.digitaliapublishing.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/visor/6645>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *La Depresión. Generalidades*. Recuperado de:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Redondo, D. (2015). *BDI-II Inventario de depresión de Beck*. Segunda Ed. Adaptación al contexto costarricense. Trabajo Final de Graduación para optar por el grado de licenciatura en psicología. Universidad de Costa Rica.
- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clinica y Salud*. Pp.39-48
- Sanz, J. (2013). El duelo al perder la pareja. *Duelo en Oncología*. Santander. Pp.103-119. Recuperado de:

<http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo10.pdf>

Vargas, A. (2014). Manejo no adecuado del dolor por cáncer en Costa Rica: ¿un problema de formación académica? *Acta Médica Costarricense*. Pp. 59-64.

12.3. Inventario de ansiedad de Beck (BAI). Adaptación española

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). – Adaptación española

(Sanz, 2014)

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

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

12.4. Inventario de depresión de Beck (BDI-II). Adaptación costarricense.

BDI-II (Redondo, 2015)

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

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

<p>1. Tristeza</p> <p>0 No me siento triste. 1 Me siento triste la mayor parte del tiempo. 2 Me siento triste todo el tiempo. 3 Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.</p>	<p>6. Sentimientos de castigo</p> <p>0 No siento que esté siendo castigado. 1 Siento que puedo ser castigado. 2 Espero recibir mi castigo. 3 Siento que estoy siendo castigado (a).</p>
<p>2. Pesimismo</p> <p>0 No me siento desanimado sobre mi futuro. 1 Me siento más desanimado sobre mi futuro de lo que solía estarlo. 2 No espero que las cosas vayan a funcionar para mí. 3 Siento que no tengo esperanzas en mi futuro y que más bien será peor.</p>	<p>7. Autodesprecio</p> <p>0 Me siento igual conmigo mismo(a) como antes. 1 He perdido la confianza en mí mismo (a). 2 Me siento decepcionado (a) de mí mismo (a). 3 No me gusto.</p>
<p>3. Fracasos del pasado</p> <p>0 No me siento como un(a) fracasado(a). 1 Siento que he fracasado más de lo que debí. 2 Cuando pienso en el pasado, recuerdo muchos fracasos. 3 Creo que soy un total fracaso como persona.</p>	<p>8. Autocrítica.</p> <p>0 No me critico ni me culpo más de lo usual. 1 Me critico más de lo que solía hacerlo. 2 Me critico por todos mis fallos y defectos. 3 Me culpo por todo lo malo que pasa.</p>
<p>4. Pérdida de satisfacción</p> <p>0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo. 2 Obtengo poca satisfacción de las cosas que solía disfrutar. 3 No obtengo ninguna satisfacción de las cosas que antes disfrutaba.</p>	<p>9. Pensamientos o deseos de Suicidio</p> <p>0 No tengo pensamiento alguno de matarme. 2 Tengo pensamientos de matarme pero no lo haría. 3 Me gustaría suicidarme. 4 Me suicidaría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p>
<p>5. Sentimientos de culpabilidad</p> <p>0 No me siento culpable por algo en particular. 2 Me siento culpable por algunas cosas que he hecho o que debí hacer. 3 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 4 Me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p>10. Llanto</p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo antes. 1 Llora más de lo que solía hacerlo antes. 2 Llora por cualquier pequeñez. 3 Siento ganas de llorar pero no puedo hacerlo.</p>

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

12.5. Brochure de temáticas de taller sobre relaciones interpersonales.

No olvidar...

- ** ¡Pienso en mi salud cuando me relaciono con otros / otras!
- ** Tengo derecho a NO llegar feliz a mi centro de trabajo,
- ** Evadir un conflicto genera conflictos mayores.
- ** Todo conflicto es trabajable.

MEJORANDO MIS
RELACIONES..

TEMARIO



Bach. Stephanie Montero Peraza

EMOCIONES

RECONOCER

EVALUAR

CONTROLAR



Inteligencia emocional

RELACIONES
INTERPERSONALES
MEDIAN LA CALIDAD DE
VIDA

ASERTIVIDAD

- ** Aprendo a decir NO
- ** ¿Cómo recibir la crítica?
- ** Pasivo / agresivo vs ASERTIVO

Resolución de conflictos

- ** Negociación vs mediación
- ** SOLUCIÓN (competición, evasión, colaboración, acomodación)

EL AUTOCUIDADO
MEJORA LA SALUD
INTEGRAL Y
RELACIONES
INTERPERSONALES



12.5.2. Planeamiento de sesiones para taller relaciones interpersonales

GRUPO: RELACIONES INTERPERSONALES (FUNCIONARIOS)

Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos

Caja Costarricense del Seguro Social

Estudiante Practicante: Stephanie Montero Peraza

Objetivo General:

- Ofrecer sesiones de atención grupal para desarrollar técnicas de relaciones interpersonales dirigido a funcionarios del departamento “Redes” del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos.

Planificación:

- Sesiones 1h 15min
- Miércoles de 7:15 am a 8:30am

SESIÓN	TEMA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	MATERIALES	REFERENCIA - OBSERVACIÓN
1 20/03/2019	Encuadre, bienvenida Emociones y relaciones interpersonales	1. Generar un espacio de presentación, encuadre y objetivos de las sesiones grupales. 2. Ofrecer un espacio de exposición sobre emociones y manejo de las mismas a nivel laboral.	<ul style="list-style-type: none"> • Saludo y actividad de presentación, rompe hielo. • Encuadre de sesiones (reglas y objetivos). • Exposición dinámica sobre emociones y control de emociones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación audiovisual • Una lana gruesa de color llamativo • Hojas blancas (dobladas simulando libro). Para diccionario ilustrado de emociones. • Lápices de color, pilots. 	<ul style="list-style-type: none"> • Para encuadre, reglas: <ol style="list-style-type: none"> 1. “En este taller soy María, no María la de Recepción, soy José, no José el de Proveeduría, soy Luis, no Luis el de Archivo”. 2. Puntualidad. 3. Celulares en silencio. • Actividad rompe hielo. Telaraña de lana (unión): cada persona dice su nombre, su comida favorita, fabula que veía de niño y le gustaba, un sueño por cumplir. • Exposición magistral:

		<ul style="list-style-type: none"> Exposición sobre el tema de inteligencia emocional y técnicas aplicables en ambientes laborales. “Estudio de la felicidad”, relaciones interpersonales y espacio laboral. Actividad lúdica práctica sobre percepción de emociones. Descripción de emociones: Rueda de emociones. 		<p>“Descubrir mis emociones para así controlarlas”.</p> <ul style="list-style-type: none"> Inteligencia emocional, ¿qué es? ¿cómo lo aplico a contexto laboral? “Estudio de la felicidad”, estudio longitudinal sobre total de horas laboradas en la vida cotidiana. Actividad: Diccionario ilustrado de emociones. Por ejemplo: Sé que tengo MIEDO cuando tengo /siento: *Presión en el pecho. * Frío y calor corporal. *Hormigueo. *Dificultad para respirar. Sé que tengo... (Frustración, enojo, tristeza, felicidad, vergüenza.). Rueda de emociones. Recordar: <ol style="list-style-type: none"> “Las emociones deben nombrarse al reconocerlas”. “Nadie me enoja, yo hago a otra persona la responsable de mis emociones, las vuelvo responsables de mí, o sea, pierdo poder sobre mi persona”. Vivir las emociones de
--	--	---	--	---

2 27/03/2019	Asertividad, papel de la comunicación verbal y no verbal Introducción en resolución de conflictos	1. Desarrollar una exposición sobre estilos de comunicación asertiva. 2. Ofrecer un espacio de exposición de técnicas de resolución de conflictos.	<ul style="list-style-type: none"> Exposición magistral sobre estilos de comunicación. Actividad lúdica sobre práctica de estilos de comunicación en la cotidianidad. Exposición magistral sobre técnicas de resolución de conflictos. 	<ul style="list-style-type: none"> Presentación audiovisual Disfraces y accesorios para práctica de casos de estilos de comunicación 	<p>forma controlada. No reprimirlas. “Cuando estoy enojado puedo: brincar, lavar mi cara, romper papel”. Luego, aplicar una técnica de autocuidado o relajación.</p> <ul style="list-style-type: none"> Exposición magistral estilos de comunicación, ejemplificar. Comunicación verbal y no verbal. Actividad de práctica sobre estilos de comunicación. Clasificación de frases y casos (ejemplos en notas) en: *Pasivo. *Agresivo. *Asertivo. Exposición resolución de conflictos, temas: 1. ¿Qué es un conflicto? 2. Resolución de conflictos con asertividad. 3. Negociación vs mediación. 4. Estilos de solución (competición, evasión, colaboración, acomodación). Por agregar: <ul style="list-style-type: none"> 1. Detalles de cordialidad: ¡Buenos días!, ¡Por favor!, ¡Hola!, ¡Discúlpeme!, Necesito ayuda con... 2. Tenemos derecho a NO llegar felices: *Tenemos
-----------------	--	---	---	--	---

<p>3 03/04/2019</p>	<p>Autocuidado Manejo del estrés</p>	<p>1. Generar un espacio de introducción sobre el tema de autocuidado y técnicas que apoyen la calidad de vida de funcionarios. 2. Ofrecer una exposición magistral sobre</p>	<ul style="list-style-type: none"> Exposición magistral sobre el tema del estrés. Exposición de técnicas de autocuidado (ejercicio físico, alimentación balanceada, espacios de 	<ul style="list-style-type: none"> Frases – temas positivos impresas, sobre sesión 1 2 y 3. Gotas de lluvia (se pegan alrededor del salón o consultorio). Masking - Pilots 	<p>familia *Pareja *Asuntos personales *Enfermedades *Frustraciones *Emociones.</p> <p>3. El sarcasmo /ironía es una falla de comunicación y relaciones interpersonales: ¡qué raro!, ¡qué bonito! Es violento.</p> <p>4. En conflictos debemos preguntarnos: 1. ¿Qué quiero ganar en esta situación? 2. ¿Voy a culpar o voy a ayudarlo a crecer al otro? 3. ¿Estoy en potestad de castigar, enseñar lección a otro? ¿Me corresponde?</p> <p>5. Todo conflicto es trabajable, evadir genera nuevos conflictos mayores (en vida laboral, vida familiar, pareja, etc).</p> <ul style="list-style-type: none"> Gotas de lluvia al azar para cada participante: <ol style="list-style-type: none"> ¿Qué aprendí? Algún aprendizaje que me llevo para mi vida personal Algo que no me gustó Sugerencias para la facilitadora Algo que quiera decirle a mis compañeros/as Sugerencias y
-------------------------	--	--	---	---	--

		<p>el estrés y técnicas para el manejo del estrés prácticas breves y efectivas.</p> <p>3. Desarrollar un espacio de conclusiones, aprendizaje y despedida.</p>	<p>recreación, apertura a la expresión emocional, técnicas de relajación).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividad lúdica “gotas de lluvia”, • Despedida, agradecimiento 	<p>recomendaciones para futuros talleres</p>
--	--	--	---	--

Referencias utilizadas:

- Acero, G. (2014). Métodos alternativos de resolución de conflictos. En E. Jowsey (Ed.), *Conceptos de bienes raíces: un manual* . Londres, Reino Unido: Routledge.
- Alves, M., Gonçalves, E., Detogni, E., Vieira, A. & Tarragô, C. (2019). Correlation between cervical morphology, pain, functionality, and rom in individuals with cervicalgia. *Columna*. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-18512019000200101&tlng=en
- Arranz, V., Aguado, D. y Lucía, B. (2009). Autogestión. Programa de entrenamiento en habilidades. *Cuadernos de Apoyo*. Universidad Autónoma de Madrid. España. Recuperado de: <http://www.digitaliapublishing.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/a/12853/programa-en-entrenamiento-de-habilidades>
- Beck, J. (2011). *Cognitive Behavior Therapy*. The Guilford Press. Second edition.
- Caballo, V. (2007). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Siglo 21 Editores. 7ma edición.
- Castro, P., Flores, A., Lagos, A., Porra, C. y Narea, M. (2012). La autoeficacia docente para la resolución de conflictos entre profesores. *Palabra clave*. Pp 265-288. Recuperado de: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2084/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=87911067&site=eehost-live&scope=site>
- Díaz, M., Ruiz, M. y Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Desclee de Brower.
- Espinoza, K. y Jofre, V. (2011). Guía metodológica para la atención del desgaste profesional por empatía (Síndrome de Burnout). Secretaría de Desarrollo Social Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar

Social. México. Recuperado de:

http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/EdoMex/edomex_meta5_2011.pdf

Wisler, R. (2008). Resolución de conflicto alternativa. *Enciclopedia de psicología y derecho*. Thousand Paks.

12.5.3. Informe de resultados – taller relaciones interpersonales para departamento Redes

Informe de resultados: Taller psicoeducativo sobre Relaciones Interpersonales – Departamento REDES

El taller sobre Relaciones Interpersonales fue llevado a cabo como respuesta a la solicitud de la jefatura del departamento REDES destinada al servicio de Psicología; en la misma se detalla la necesidad de apoyo práctico y psicoeducativo sobre estrategias y técnicas asociadas al tema de las relaciones interpersonales, dirigida a los funcionarios de dicho departamento.

El taller grupal se constituyó de 3 sesiones de intervención psicoeducativa, con dos horas aproximadas de duración, sobre temas aunados a las relaciones interpersonales, el contenido de las sesiones se desarrolló tomando en cuenta los siguientes tópicos:

- El reconocimiento, la validación y la regulación de emociones propias para la búsqueda de buenas relaciones interpersonales.
- La creación de relaciones interpersonales sanas en el marco de la salud integral y calidad de vida.
- Técnicas para lograr una comunicación asertiva.
- Estrategias para la resolución de conflictos en la vida cotidiana.
- Efectos del estrés laboral.
- Prácticas y técnicas de autocuidado y bienestar.

Resultados

Las sesiones se desarrollaron según el cumplimiento de objetivos en una secuencia que permita una evaluación práctica de las técnicas o tópicos planteados. Algunos resultados observados fueron:

- Las sesiones fueron realizadas en el espacio físico de consultorios del departamento de psicología. No se encontró problema con el acomodo del inmobiliario del lugar y se definió por los participantes como un lugar

idóneo para compartir experiencias de corte confidencial y que al mismo tiempo permite la escucha activa de sus compañeros.

- Los y las participantes se muestran cooperadores con cada actividad lúdica y magistral e indican disfrutar de espacios donde se tome en cuenta la necesidad del personal administrativo que va más allá del cumplimiento estricto de funciones.
- Se dedica un espacio de sesión ampliado para poder abarcar la práctica de técnicas de comunicación asertiva para los funcionarios, así como la funcionalidad de las mismas en su espacio de trabajo y su cotidianidad en general.
- Los participantes expresan la necesidad de la apertura de espacios de validación emocional, autocuidado y talleres psicoeducativos sobre habilidades para la vida cotidiana a nivel laboral y personal, de forma más constante, como una estrategia que promueva mayor productividad laboral diaria y mejores habilidades de comunicación.
- Se reporta como sugerencia final, una necesidad de espacios de taller que implique un mayor número de sesiones, así como menores limitaciones en cuanto al tiempo de duración de cada sesión.

Recomendaciones:

Dirigidas a Jefatura de departamento REDES:

- Desarrollar una flexibilidad en la apertura de espacios de reunión con el personal a cargo, para el abordaje de las necesidades observadas relacionadas a conflictos entre funcionarios, situaciones de cambio que generen necesidades de inducción o comunicación de variantes, validación de emociones y encuentro de opiniones.
- Poner en práctica las técnicas, habilidades y estrategias consideradas y aprendidas en las sesiones de taller que incluya un reforzamiento cada cierto tiempo sobre la temática desarrollada entre el mismo personal.

Dirigidas a Coordinaciones de Salud Mental - Psicología - Dirección médica:

- La creación de talleres psicoeducativos o capacitaciones sobre habilidades sociales y relaciones interpersonales, así como la apertura de sesiones para su debido reforzamiento, son necesarios para el

funcionamiento eficaz de un departamento laboral. El hecho de contar con funcionarios inmersos en espacios de atención a pacientes y servicios de salud en general, implica la validación de las emociones enlazadas a situaciones de corte laboral así como a las relacionadas con estresores constantes a los que está expuesto el personal (aprendizaje de una escucha activa, presencia de situaciones de emergencia médica, temores y emociones de pacientes, guía administrativa ante dudas de usuarios, enlace directo al personal de salud interdisciplinario, entre otras).

- Es necesario considerar la creación de sesiones de autocuidado general para todo el personal del CNCD y CP. Los espacios de autocuidado son los que colaboren con la mejora de la salud integral (emocional y física), hábitos saludables, así como prácticas para la mejora y reforzamiento de las relaciones interpersonales de los colaboradores de la institución.
- La validación y apertura de estos espacios anteriormente mencionados implican una serie de reuniones y negociaciones en las que se puedan plantear de forma diagnóstica las necesidades más puntuales, los lugares físicos dentro del Centro que sean aptos para estas actividades o considerar espacios externos a las instalaciones del CNCD y CP, así como la organización y acomodo del espacio requerido en agendas de consulta y funciones varias.

Agradecida por el espacio de intervención y aprendizaje,

Bach. Stephanie Montero Peraza

Estudiante de Trabajo Final de Graduación – Psicología

Universidad de Costa Rica



DMCNCD-761-2019
18 de junio del 2019

Bachiller
Stephanie Montero Peraza
Estudiante de Trabajo Final de Graduación-Psicología
Universidad de Costa Rica
CCSS

Asunto: Informe de resultados de taller psicoeducativo sobre Relaciones Interpersonales

Estimada Bach. Montero:

Con el fin de brindar a su nota de fecha 10 de junio del 2019, referente al asunto mencionado en el epígrafe, agradezco mucho tanto la realización como las recomendaciones brindadas que nos generan un espacio para crecer y fortalecernos como centro.

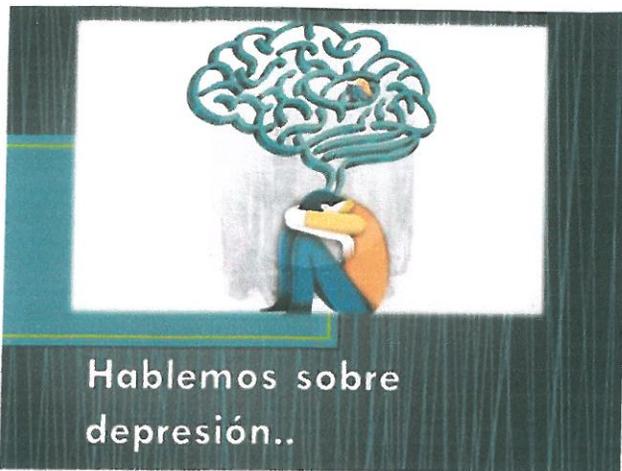
De nuevo le externo mi gratitud.

Sin otro particular,

MARIA CATALINA SAINT HILAIRE
ARCE (FIRMA)
Dra. Catalina Saint-Hilaire Arce
Directora Médica

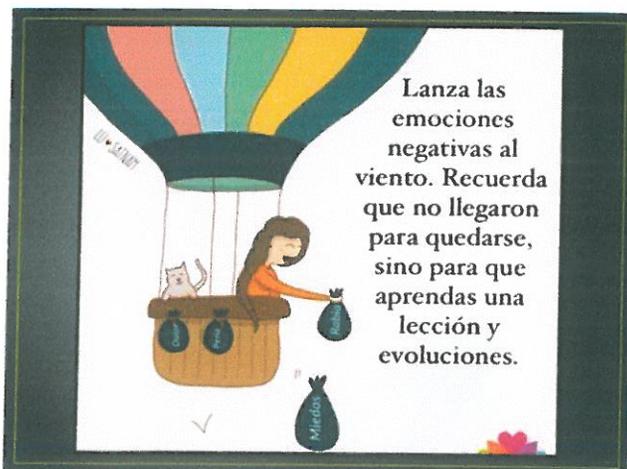
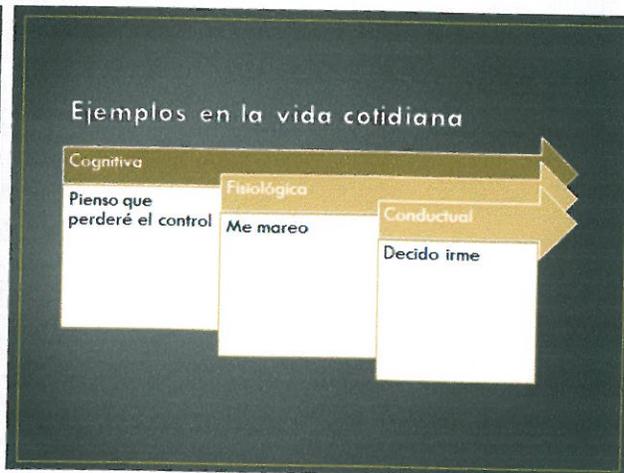
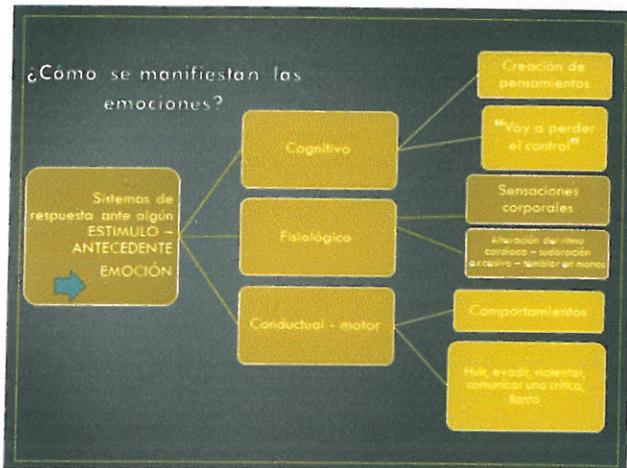
Timado digitalmente por
MARIA CATALINA SAINT HILAIRE
ARCE (FIRMA)
Fecha: 2019.06.18 14:56:07
+06:00

12.6. Sesión sobre depresión y autocuidado dirigido al grupo de yoga



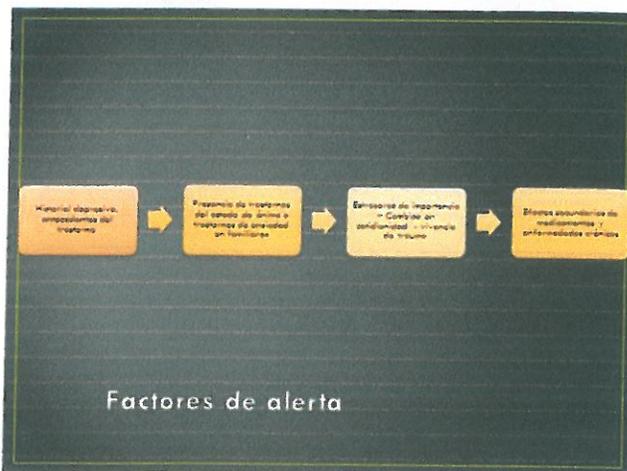
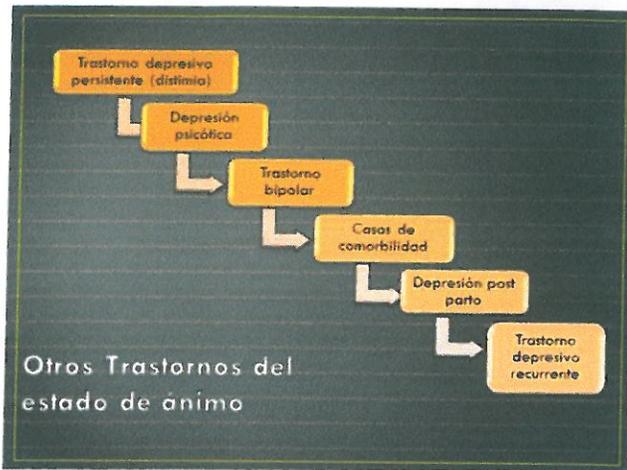
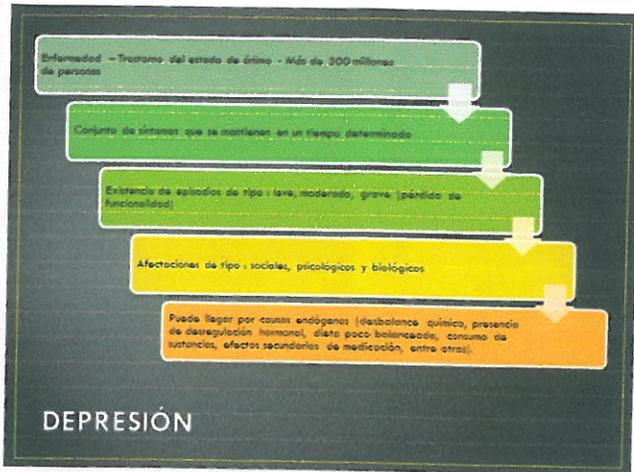
Emociones

- Manejo – control de emociones
- Razonamiento emocional como una distorsión cognitiva: sacar conclusiones por la emoción experimentada
- Para regular emociones es necesario conocerlas



- Vivencia y respuesta a emociones negativas
- Presencia de pensamientos irracionales
- Cambios habituales en estado de ánimo

¿Qué NO es depresión?



¿QUÉ DEBO HACER PARA AUTO-CUIDARME?

Si hay autocuidado, existe... :

Bienestar integral

Mantenimiento de la vida

Beneficio de la salud***

**Salud no es ausencia de enfermedad

EJERCICIO FÍSICO



Diagram showing benefits of physical exercise:

- Disminuir riesgo de enfermedades coronarias y crónicas
- Disminuir dolor: endorfinas y su papel
- Salud de sistema circulatorio (como un ejemplo), prevención de ataque cardíaco
- Aliviar tensiones— físicas y emocionales
- Control del peso
- Bajar niveles de ansiedad

.... SUPERANDO CREENCIAS Y PENSAMIENTOS

- "No me queda tiempo para eso"
- "No tengo condición física"
- "Es que no me gusta ni motiva"
Retomar redes de apoyo
- "No tengo un lugar para hacer ejercicio"

TIEMPO PARA MI – RECREACIÓN INDIVIDUAL

- No sustituye ninguna otra técnica de relajación
- Apasionante
- Tanto. Sin dependencia a otros
- Como en compañía
- Buscar la diversión




Relajación y respiración

- Nivelan ritmo cardíaco— bajan niveles de ansiedad — fundamentales ante estrés y tensión.
- Importante estarles practicando aunque no nos sintamos ante una crisis o momento que cause tensión / ansiedad
- Respiración diafragmática
- Relajación autógena (sentir cada sensación que genera el cuerpo: latidos, temperatura calor, musculatura, respirac.
- Imágenes guiadas



Salud integral ¿qué es?

- Salud mental y emocional, espacios para expresar mis emociones
- Revisarme desde la punta del cabello hasta la punta del pie
- Alimentación. Dedicarme a cuidarme primero
- Tiempo de sueño - ¿Es el suficiente?
- Habitos saludables generales – no nocivos (alimentación, adicciones, sexualidad integral, relaciones interpersonales)

RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA

Es una técnica de respiración que tiene como objetivo aprender a respirar correctamente y así lograr la relajación.

PROCEDIMIENTO

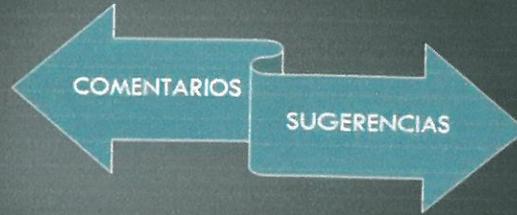


1. Coloque una mano sobre el pecho.
2. Coloque la otra mano sobre el ombligo, sin presionar.
3. Inhale e intente que sólo la mano del ombligo se mueva (infe el abdomen).
4. Exhale y repítalo, intente que solo la mano del ombligo se mueva. (Desinfla del abdomen)
5. Practíquelo cuando menos 5 minutos.

No se desespere si al principio no puede lograrlo, poco a poco ira mejorando a medida que practique. Además conforme vaya teniendo esta experiencia la necesidad de guiarse con sus manos desaparecerá.

http://cedoc.inmujeres.gob.mx/irpg/EdoMex/edomex_meta5_2011.pdf

GRACIAS!!



**12.7 . Lista de cotejo de actividades realizadas por la estudiante de Trabajo Final de Graduación
Stephanie Montero Peraza, por parte del coordinador del departamento de psicología CNCDCP**



Lista de cotejo de actividades realizadas por la estudiante de Trabajo Final de Graduación Stephanie Montero Peraza.

Formación Continuada	Cumplimiento
Asistió a cursos de actualización de puesta al día sobre aspectos relativos a la actividad profesional.	x
Realizó actualización bibliográfica sobre los temas profesionales, utilizando los medios de documentación y bases de datos de uso público y privado.	x
Utilizó reuniones profesionales y científicas para intercambiar conocimientos sobre intervenciones concretas realizadas.	x
Consultó con otros profesionales expertos cuando se intervino sobre casos o problemas en los que el psicólogo/a se vea necesitado de un apoyo o asesoramiento	x
Realiza fase de entrenamiento en rotación interdisciplinaria por los servicios: visita domiciliar médica, visita domiciliar psicológica, consulta externa médica, consulta externa psicológica, atención en nutrición, atención en terapia física, servicio médico de Hospital de día, rotación clínica oncológica del Hospital Calderón Guardia.	x
Area psico-educativa	
Realizó planes de intervención psicológicas con pacientes que consultan por dolor maligno y dolor crónico.	x
Se promueve el desarrollo de actividades académicas en relación con temas del área de psicología.	x
Asesoría de grupos familiares en la organización y desarrollo de estrategias de atención familiar.	x
Realizó un plan de inducción en el área emocional para las personas que sean atendidas por primera vez en el Centro de Control del Dolor y Cuidado Paliativo.	x
Implementa programas de formación y capacitación que conduzcan al fortalecimiento de la capacidad de gestión de la institución en el área de psicología.	x
Brindó educación al usuario y a la familia para su autocuidado emocional	x



Participó en la presentación de estudios y análisis de casos con el equipo interdisciplinario, para un manejo integral del paciente atendido en el Centro.	x
Adiestra el manejo de técnicas de relajación, visualización y otras relacionadas con el control de la ansiedad y depresión	x
Promueve el respeto de los valores, creencias e ideas del paciente y la familia, entre los miembros del equipo interdisciplinario.	x
Elabora programas para el mejoramiento de la calidad de atención al paciente.	x
Facilitó sesiones de grupo psicoeducativo y psicoterapéutico a pacientes del departamento de psicología sobre abordaje de sintomatología ansiosa y depresiva.	x
Elabora material educativo impreso relacionado con los aspectos emocionales del cuidado integral.	x
Realiza planes de intervención en talleres educativos para funcionarios del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidado Paliativo	x
Atención terapéutica	
Elabora el plan de atención de acuerdo a la jerarquía de síntomas emocionales que presenta el usuario	x
Actualiza los registros de los pacientes en los respectivos expedientes clínicos digitales.	x
Realiza actividades grupales relacionadas con el control y prevención del dolor.	x
Realiza interconsultas con pacientes hospitalizados que requieran atención psicológica.	x
Ejecuta pruebas psicológicas para valorar las condiciones emocionales del paciente cuando el caso así lo requiera.	x
Facilita intervención en crisis en pacientes que así lo requieran desde consulta externa o servicio de interconsultas	x
Brindó recomendaciones escritas respecto a los cuidados emocionales posterior a la consulta y programar para un lapso posterior la valoración y control	x
Coordina, en caso necesario, con otros centros de atención la atención integral del usuario	x



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
CENTRO NACIONAL DE CONTROL DEL DOLOR
Y CUIDADO PALIATIVO



TELEFAX: 223 39 15 E-mail: recdolor@ccss.sa.cr

Elabora diagnósticos diferenciales de las necesidades psicodinámicas del paciente que consulta en el Centro	X
Valora con las escalas de evaluación del dolor la evolución del tratamiento psicológico.	X
Promueve un tratamiento integral en relación con pacientes en crisis de sufrimiento en conjunto con el equipo interdisciplinario	X
Detecta condiciones psicológicas y sociales que dificulten lograr una buena calidad de vida en los pacientes que son atendidos en el Centro.	X
Jerarquiza la atención de acuerdo a la categorización de riesgo emocional	X
Propicia el espacio psicoterapéutico para el paciente terminal, que permita la expresión de sentimientos y emociones relacionados con la fase de transición emocional que atraviesa	X
Apoya al paciente para restaurar la confianza en sí mismo, en la toma de decisiones y en el manejo de sus problemas.	X
Entrena en técnicas conductuales de control del dolor a las personas que se encuentran en el programa de atención individual	X
Supervisión diaria de caso asignados	X
Atención en visita Domiciliar	
Coordina con el equipo las visitas a domicilio que permitan apoyar psico-terapéuticamente al paciente y su familia.	X
Detecta y reporta los factores de riesgo para garantizar la atención oportuna a los pacientes y referencias interdisciplinarias	X
Detecta e interpreta las necesidades emocionales, sociales y espirituales de cuidadores de pacientes	X
Da seguimiento y valoración de la calidad de vida de cada paciente desde el punto de vista psicológico.	X
Brinda psico-educación al usuario y grupo familiar.	X

INSTITUTO COSTARRICENSE DE INVESTIGACIONES Y SERVICIOS SOCIALES (ICISS)

Dr. Javier A Rojas Elizondo, Ph.D
Tutor técnico de Práctica Dirigida

