

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
PROGRAMA DE POSGRADO EN PSICOLOGÍA  
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

**La Psicología de la Salud en el Primer Nivel de Atención:  
atención clínica psicológica, manejo del dolor crónico benigno y  
actividades de promoción de la salud**

Trabajo final de investigación aplicada sometido a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Psicología para optar por el grado de Magister en Psicología de la Salud

KATHERINE SOLANO ARAYA

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2009

## DEDICATORIA

A mis padres, mis hermanas y mi familia por amarme y creer en mi siempre.

A mis amigos y amigas. De forma especial a: Rafael Moya, Luz Herrera y Juan Cambronero, por el ánimo y el apoyo que me ofrecieron.

A “Jóvenes Profesionales Católicos” de la Parroquia de San Ramón por ser la inspiración espiritual a lo largo del proceso.

## AGRADECIMIENTOS

A Dios quien me brindó la posibilidad de que este trabajo se realizara.

Al coordinador académico del Programa de Atención Integral de Salud, Fernando Chavarría y a mis compañeros y compañeras del Núcleo de Salud de San Pedro de Montes de Oca, quienes me brindaron apoyo profesional y humano para desarrollar la tarea.

A los usuarios y usuarias de los servicios brindados durante el proyecto, sin los cuales la realización del mismo no habría sido posible.

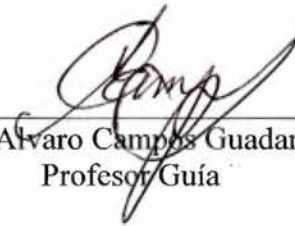
A todas las personas que de una u otra manera fueron parte de esta empresa.

Este Trabajo Final de Investigación Aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Psicología de la Universidad de Costa Rica, como requisito para optar por el grado de Magíster en Psicología Clínica y de la Salud



---

Msc. Lynnthe Chaves Salas  
Representante de la Decana del SEP



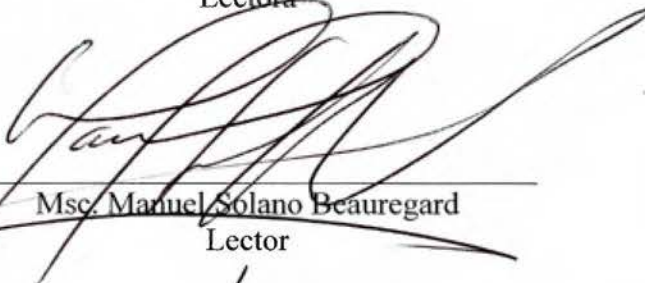
---

M.A. Alvaro Campos Guadamuz  
Profesor/Guía



---

Msc. María del Rocío Monge Quirós  
Lectora



---

Msc. Manuel Solano Beauregard  
Lector



---

Dr. Jorge Sanabria León  
Director del Programa de Posgrado en Psicología



---

Katherine Solano Araya  
Sustentante

## TABLA DE CONTENIDO

Portada.....	i
Dedicatoria y agradecimientos.....	ii
Hoja de aprobación.....	iii
Tabla de contenido.....	iv
Resumen.....	v
Lista de cuadros.....	vi
Lista de tablas.....	vii
Lista de abreviaturas.....	viii
INTRODUCCIÓN.....	1
A. Descripción del campo de intervención.....	5
B. Contextualización del lugar de intervención.....	5
C. Objetivos de la práctica.....	6
<i>Objetivos generales</i> .....	6
<i>Objetivos específicos</i> .....	6
D. Beneficios de la práctica.....	7
<i>Teóricos</i> .....	7
<i>Prácticos</i> .....	7
MARCO DE REFERENCIA.....	9
A. Antecedentes.....	9
<i>Antecedentes Nacionales</i> .....	9
<i>Antecedentes Internacionales</i> .....	14
B. Marco Conceptual.....	18
<i>Sistema Público de Atención de Salud en Costa Rica</i> .....	18
<i>Atención primaria</i> .....	18
<i>Promoción de la Salud</i> .....	20
<i>La Prevención</i> .....	21
<i>Psicología Clínica</i> .....	23
<i>Psicología de la Salud</i> .....	25
<i>La atención de la salud mental en Costa Rica</i> .....	26
<i>Terapia cognitivo conductual</i> .....	27
<i>Dolor Crónico Benigno</i> .....	29
METODOLOGÍA.....	32
A. Delimitación de funciones y tareas a realizar regularmente.....	32
B. Propuesta de programas específicos.....	33
<i>Programa 1: Clínica de Atención Psicológica</i> .....	34
<i>Programa 2: Intervención integral cognitivo conductual para el manejo del dolor crónico benigno</i> .....	36
<i>Programa 3: Actividades de Prevención Primaria y Promoción de la Salud</i> .....	37
C. Descripción de las relaciones interdisciplinarias.....	39
D. Descripción del sistema de supervisión.....	39
E. Proceso de evaluación de resultados e impacto de la práctica.....	40
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	41
Programa 1: Clínica de Atención Psicológica.....	42



I. Presentación de resultados.....	42
II. Análisis de resultados.....	82
Programa 2: Intervención Integral Cognitivo Conductual para el manejo del dolor crónico benigno.....	89
I. Presentación de resultados.....	89
II. Análisis de resultados.....	104
Programa 3: Actividades de Prevención Primaria y Promoción de la Salud.....	108
I. Presentación de resultados.....	108
II. Análisis de resultados.....	115
CONCLUSIONES .....	118
RECOMENDACIONES.....	123
BIBLIOGRAFÍA .....	125
ANEXOS .....	132
Anexo 1: Consentimiento informado	
Anexo 2: Aspectos de la entrevista del paciente	
Anexo 3: Entrevista Conductual de Muñoz, Labrador y Cruzado (2002),	
Anexo 4: Dibujo de dolor	
Anexo 5: Inventario Multidimensional de Dolor de West Haven-Yale	
Anexo 6: Cuestionario de discapacidad por dolor lumbar de Oswestry (adaptación)	
Anexo 7: Escala numérica para la evaluación de la intensidad subjetiva de dolor	
Anexo 8: Formato de entrevista para el programa: Clínica de Atención Psicológica	

## RESUMEN

En la actualidad contamos con evidencia suficiente para asegurar que la salud está estrechamente vinculada a nuestra conducta, nuestros pensamientos y relaciones sociales.

En ese sentido, la Psicología de la Salud ofrece un modelo que incluye acciones útiles para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la atención de personas con enfermedades y sus secuelas, y la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de la población (Martin, 2003). Al mismo tiempo que la Psicología Clínica sigue siendo el marco por excelencia de atención de los problemas psicológicos.

A pesar lo anterior, Costa Rica aún no cuenta con un modelo de salud que incorpore a profesionales en Psicología en el nivel primario. Es por ello que el presente documento expone los resultados de la aplicación de los principios de la Psicología Clínica y de la Salud en este nivel de atención en las áreas de atención psicológica clínica, atención a personas con diagnóstico de dolor crónico benigno y promoción de la salud.

## LISTA DE CUADROS

Cuadro 1.1 Descripción de los casos de intervención en crisis atendidos.....	68
Cuadro 1.2 Descripción de los casos de orientación psicológica para un problema específico .....	72
Cuadro 3.1 Cuadro general de actividades .....	109
Cuadro 3.2 Metodología y temáticas desarrolladas en el programa 3 .....	113

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1.1 Número de personas según tipo de atención.....	47
Tabla 1.2 Población atendida.....	49
Tabla 1.3 Número de personas atendidas por grupos de edad.....	51
Tabla 1.4 Número de personas según motivo de consulta por grupos de edad .....	52
Tabla 1.5 Número de personas atendidas y porcentaje según sexo .....	53
Tabla 1.6 Número de personas referidas y porcentaje según sexo .....	53
Tabla 1.7 Número de personas según motivo de consulta por sexo .....	55
Tabla 1.8 Número de personas por grupo de edad según sexo.....	57
Tabla 1.9 Número de personas según estado civil.....	58
Tabla 1.10 Número de personas según nivel educativo.....	59
Tabla 1.11 Número de personas por ocupación.....	60
Tabla 1.12 Número de personas según lugar de residencia .....	61
Tabla 1.13 Número de personas según motivo de consulta.....	62
Tabla 1.14 Número de personas según problemáticas secundarias .....	63
Tabla 1.15 Número de personas según el número de sesiones.....	65
Tabla 1.16 Número de personas según modalidad de intervención .....	66
Tabla 2.1 Número de personas según tipo de atención.....	95
Tabla 2.2 Número de personas según motivo de referencia .....	96
Tabla 2.4 Número de personas según estado civil.....	98
Tabla 2.5 Número de personas según nivel educativo.....	98

## **LISTA DE ABREVIATURAS EMPLEADAS EN EL DOCUMENTO**

- APA: American Psychological Association  
ATAP: Asistente Técnico de Atención Primaria  
CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social  
EBAIS: Equipo Básico de Atención Integral de Salud  
IAFA: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia  
IASP: Asociación Internacional para el Estudio del Dolos (siglas en inglés)  
IMAS: Instituto Mixto de Ayuda Social  
MTSS: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social  
OMS: Organización Mundial de la Salud  
OPS: Organización Panamericana de la Salud  
PAIS: Programa de Atención Integral de Salud  
REMES: Registros Médicos  
SEPT: Síndrome de Estrés Postraumático  
UCR: Universidad de Costa Rica

**LISTA DE ABREVIATURAS EMPLEADAS EN EL DOCUMENTO**

APA: American Psychological Association

ATAP: Asistente Técnico de Atención Primaria

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social

EBAIS: Equipo Básico de Atención Integral de Salud

IAFA: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia

IASP: Asociación Internacional para el Estudio del Dolos (siglas en inglés)

IMAS: Instituto Mixto de Ayuda Social

MTSS: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PAIS: Programa de Atención Integral de Salud

REMES: Registros Médicos

SEPT: Síndrome de Estrés Postraumático

UCR: Universidad de Costa Rica



## INTRODUCCIÓN

El presente documento tiene por objetivo la exposición de los resultados de la Práctica Profesional para optar por el grado de magíster en Psicología Clínica y de la Salud, de la Universidad de Costa Rica. Este proyecto de graduación desarrolló como eje orientador el papel del/la profesional en Psicología Clínica y de la Salud en el primer nivel de atención en las áreas de: atención clínica psicológica, atención a personas con diagnóstico de dolor crónico benigno y promoción de la salud.

Como punto de partida, es importante ubicar el nacimiento de la Psicología de la Salud dentro del marco de una nueva concepción de la salud humana, que surge como consecuencia de los cuestionamientos del modelo biomédico y el cambio en los patrones de enfermedad, caracterizado por el incremento de enfermedades crónicas. Es decir, nace como una respuesta específica de la Psicología al nuevo estado de la cuestión en el estudio y trato de la salud y la enfermedad (Roales-Nieto, 2004).

De acuerdo con Matarazzo (1979), esta disciplina se desarrolla teniendo como metas principales aplicar las contribuciones de la psicología al conocimiento de la salud y la enfermedad, alentando la integración de la información biomédica con el conocimiento psicológico y la investigación, así como la promoción de la educación y los servicios de psicología de la salud (en Oblitas & Becoña, 2000).

Dentro del sistema de salud, la atención primaria es el nivel de atención en el cual la actividad del/la profesional en psicología puede ser de mayor utilidad (Morales, 1999). Según Martín (2003) la Psicología de la Salud ofrece acciones útiles para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la atención de las personas con alguna enfermedad y la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de la población.

En esta dirección, la práctica profesional realizada, estructuró su planteamiento en tres programas de intervención, que ofrecen respuesta a necesidades de salud en el primer nivel de atención:

- Programa 1: Clínica de Atención Psicológica
- Programa 2: Intervención integral cognitivo conductual para el manejo del dolor crónico benigno
- Programa 3: Actividades de Promoción de la Salud

En cuanto a la atención psicológica, Rodun y Stone (1987, citados por Roales-Nieto) proponen una subdivisión de la Psicología de la Salud en dos ramas, una clínica y otra no clínica. La psicología clínica de la salud se ocupa de aquellos aspectos o fenómenos de la salud y la enfermedad en los que el estado psicológico o la conducta del individuo son el problema central. Mientras que la psicología de la salud incluye cualquier aspecto de la psicología que trate sobre la experiencia de la salud y la enfermedad y la afectación de la conducta al estado de salud.

Esta propuesta de subdivisión fue acogida parcialmente, en términos prácticos, en la práctica profesional realizada. Sin caer en el debate respecto al dualismo mente -cuerpo, se aceptó la mencionada diferenciación por motivos epistemológicos y de diseño de intervenciones.

De esta manera, un primer programa estuvo dirigido a la atención psicológica clínica. Dicho programa se sustentó en el hecho de que Costa Rica presenta condiciones favorables que han influido en el perfil de salud de la población, que ocasionan que en la actualidad las tasas de morbilidad por enfermedades infectocontagiosas han sido sobrepasadas por las correspondientes a las enfermedades crónicas, entre ellas los trastornos mentales y del comportamiento (OPS, 2004).

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, en su Informe sobre la Salud en el Mundo (2001), más del 25% de la población mundial es víctima de trastornos mentales y del comportamiento en algún momento de su vida. El impacto que estos problemas de salud mental producen en la población es muy importante, ya que se refleja no sólo en el bienestar individual, sino también en la economía de los países, su grado de desarrollo y el funcionamiento de los sistemas de salud (OPS, 2004)

De acuerdo con la OPS (2004) los hallazgos de diferentes investigaciones internacionales han evidenciado que los trastornos mentales constituyen una de las causas más frecuentes de consulta en el primer nivel de atención; pero la mayoría de los trastornos que ocurren en la comunidad son identificados y tratados en ella por los/as médicos/as generales, y tan solo un pequeño número de consultantes requieren atención especializada.

En cuanto al segundo programa, fuera de toda duda, el dolor crónico es un problema de salud multidimensional que afecta la calidad de vida de las personas que lo presentan. Tal y como lo señalan Araoz, Burte & Carrese (1998), el dolor crónico no se limita exclusivamente a una cuestión orgánica, sino que tiene un importante componente psicológico, es una experiencia de sufrimiento que toma posesión de la vida emocional, cognitiva y social del individuo que la sufre.

De acuerdo con Donker (en Buela, Casal & Caballo, 1991), las personas con dolor crónico representan un problema tanto social como individual a raíz del impacto del sufrimiento sobre sus familias, el tiempo de trabajo perdido, los gastos médicos, los costos asociados con la indemnización de la incapacidad y la sobreutilización de servicios del cuidado de la salud. Incluso diversos autores como Brennan & Cousins (2005), promueven el concepto del alivio del dolor como un problema de salud pública, de tal importancia, que constituye un derecho humano universal.

En cuanto al tercer programa, resulta imprescindible, reconocer que la intervención en promoción de la salud y prevención primaria, constituyen dos de las principales áreas de intervención en Psicología de la Salud. Históricamente, desde 1986 la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe “Psicología y Salud” concluye que los/as psicólogos/as son profesionales que pueden contribuir a los objetivos del mantenimiento de la salud y el bienestar, y estableció como una de las cuatro actividades principales de los/as psicólogos, la mejor comprensión y utilización de factores psicosociales en la promoción de la salud y el desarrollo humano (Roales-Nieto, 2004).



### ***A. Descripción del campo de intervención***

La Práctica Profesional para optar por el grado de magíster en Psicología Clínica y de la Salud, de la Universidad de Costa Rica, fue llevada a cabo en el nivel primario de atención en salud, de forma específica en el Núcleo de Salud de San Pedro de Montes de Oca, el cual comprende tres Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS): Barrio Pinto, San Pedro Norte y San Pedro Sur. Así mismo, el Núcleo forma parte del Programa de Atención Integral en Salud (PAIS).

### ***B. Contextualización del lugar de intervención***

El PAIS, es un programa vinculado a la Vicerrectoría de Acción Social de la Universidad de Costa Rica (UCR), el cual se inicia en el mes de mayo de 1999 mediante la firma de un convenio entre las autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y la Universidad de Costa Rica.

Se fundamenta en una relación interinstitucional con la CCSS, quien aporta el recurso financiero, da los lineamientos generales y se negocian y evalúan los Compromisos de Gestión anuales para cada Área de Salud.

El Programa pretende desarrollar un modelo de atención integral de salud para el primer nivel, con base comunitaria, en los cantones de Montes de Oca, Curridabat y cuatro distritos del cantón de La Unión: San Ramón, adscrito al Área de Montes de Oca, y una tercer Área de salud constituida por Concepción, San Diego y San Juan . Los ejes en que se sustenta el modelo son: atención integral de salud; actividades de docencia-servicio, investigación y acción social de la Universidad y la participación social en salud.

La UCR asume el reto de este programa con la intención de colaborar con el sector salud en su proceso de reforma hacia modelos organizativos más eficientes y de calidad, acercar a los estudiantes y docentes a la problemática de las comunidades urbanas y periurbanas y colaborar en forma conjunta y organizada en la promoción social de la salud.



### *C. Objetivos de la práctica*

#### *Objetivos generales*

1. Realizar intervención clínica psicológica en el primer nivel de atención.
2. Desarrollar un programa de intervención integral cognitivo conductual para el manejo de la persona que presenta dolor crónico benigno en el primer nivel de atención de la CCSS.
3. Realizar actividades de promoción y prevención primaria en función de las necesidades en salud del lugar de práctica.

#### *Objetivos específicos*

- 1.1 Implementar el servicio de atención psicológica clínica en el Núcleo de Salud de San Pedro de Montes de Oca.
- 1.2 Describir las características de la atención psicológica en el lugar de práctica: principales motivos de consulta, número de consultantes, necesidades de atención, entre otros.
- 2.1 Diseñar un plan de intervención integral conductual para el manejo del dolor crónico benigno en personas en el primer nivel de atención.
- 2.2 Aplicar el programa de intervención en población diagnosticada con dolor crónico benigno en el Área de Salud de San Pedro de Montes de Oca.
- 2.3 Evaluar los resultados de la aplicación del programa de intervención integral conductual para el manejo del dolor crónico benigno.
- 3.1 Determinar las necesidades de promoción de salud y de prevención primaria del Núcleo de Salud.
- 3.2 Diseñar e implementar actividades de promoción y prevención en función de las necesidades identificadas tras el logro del objetivo anterior.

Rev AMR

#### *D. Beneficios de la práctica*

La modalidad de práctica profesional en el primer nivel de atención brindó importantes beneficios teóricos y prácticos, entre los que se encuentran:

##### *Teóricos*

- Sistematización teórica y metodológica de la experiencia de atención en Psicología de la Salud en el primer nivel de atención, en el marco de los tres programas que conforman la práctica; cuyo aporte fundamental radicó en ser de las primeras experiencias de este tipo en el sistema de salud costarricense.
- Descripción de los principales motivos de consulta clínica en psicología en el primer nivel de atención, así como de las demandas al rol del profesional en psicología en ese ámbito.
- Diseño, ejecución y evaluación de una propuesta integral para el manejo del dolor crónico benigno.
- Aportes a la comprensión del papel de la psicología en la promoción de la salud y la prevención primaria en el primer nivel de atención.

##### *Prácticos*

- Apoyo a la labor desarrollada por el Equipo de Salud del Núcleo, primordialmente en cuanto a la integralidad de la atención.
- Atención clínica psicológica, que ofreció a la población beneficiaria un diagnóstico preciso desde su atención en el primer nivel. Lo que entre otros factores contribuye a la determinación de estrategias de intervención más eficientes y oportunas.
- Oferta de diversas modalidades de atención psicológica (intervención en crisis, psicoeducación, terapias breves) a la población que asiste al Núcleo, y elaboración de referencias para aquellos casos que requirieran ser atendidos en otras instancias de la CCSS u otras instituciones según las necesidades de intervención.
- El programa de intervención integral para manejo del dolor crónico benigno, ofreció aportes tanto teóricos como metodológicos, por ser una propuesta de intervención

integradora, que de comprobarse su efectividad tendría un impacto significativo en términos de costos en salud, incapacidades y reinserción laboral; pero primordialmente, en cuanto al mejoramiento de la calidad de vida, de quienes presentan dolor crónico benigno.

- Aportes directos a las actividades de promoción de salud y prevención primaria que realiza el Núcleo.

## MARCO DE REFERENCIA

### *A. Antecedentes*

En este apartado se describen algunas de las principales contribuciones en investigación relacionadas a las áreas de interés de la Práctica Profesional. Para efectos prácticos, los antecedentes se exponen en dos grandes apartados de antecedentes nacionales e internacionales.

#### *Antecedentes Nacionales*

A nivel nacional, como investigación en el campo de la atención en salud mental, se encuentra el Análisis Sectorial de Salud-Costa Rica (2002). Dicho análisis, realizado por el Ministerio de Salud, con la cooperación técnica de la OPS y la OMS, en su capítulo de Salud Mental, pretendió “la revisión de estudios e informes internacionales y nacionales sobre la salud mental y sus determinantes en Costa Rica, identificando posibles tendencias y asuntos críticos, con el propósito de dar recomendaciones sectoriales e institucionales para el mejoramiento de la salud mental de la población y la reducción de trastornos mentales” (p. 76). Entre otras fortalezas identificadas en el sistema de atención se encuentran:

- Se cuenta con dos hospitales nacionales especializados, el Hospital Nacional Psiquiátrico y el hospital Dr. Chacón Paut y servicios de Psiquiatría en 5 hospitales nacionales. En los 7 hospitales regionales y 13 hospitales periféricos se cuenta con un psiquiatra que atiende consulta externa, interconsultas, emergencias y hospitalizaciones, con gran recargo de funciones. También se dispone de consulta externa en 9 clínicas del área metropolitana.
- El Hospital Nacional Psiquiátrico es un centro de referencia y tiene además funciones de docencia e investigación.
- Un servicio de psiquiatría en el Hospital Calderón Guardia, creado en 1961.



- La Caja cuenta actualmente con la propuesta de un modelo readecuado para la atención de la salud mental: Nuevo Modelo de Atención en Salud Mental. Perfil de Proyecto. Caja Costarricense del Seguro Social. Marzo, 2002; en el cual se propone una transformación de la organización y el funcionamiento de la red de atención, con acciones en los tres niveles.

Entre las debilidades señala:

- Inexistencia de Políticas y de un Plan de Salud Mental integrador de acciones o proyectos intersectoriales de salud mental nacionales.
- Enfoque de la atención de la enfermedad y no de la salud mental.
- Falta de coordinación intersectorial e interinstitucional de entidades nacionales públicas y ONGs que realizan acciones en salud mental, lo que genera desarticulación y duplicación de acciones.
- Acciones desarticuladas para la promoción, prevención, atención integral y rehabilitación de la Farmacodependencia
- Limitada participación de la comunidad y otras instituciones en la promoción y sostenibilidad de las acciones dirigidas a fortalecer la salud mental.
- Carencia de investigaciones epidemiológicas para determinar la magnitud de la patología y necesidades prioritarias de salud mental. También se carece de investigaciones científicas para llenar vacíos de conocimiento.
- El modelo actual para el abordaje de los trastornos mentales está centrado en el tercer nivel de atención, con ausencia de la promoción de la salud mental, acciones aisladas de prevención e insuficientes intervenciones en el área de la rehabilitación psicosocial de los enfermos mentales.
- Iniquidad y falta de acceso oportuno para la atención de los problemas de salud mental.
- Ausencia de la salud mental en el nivel primario de atención.



- Falta de capacitación y sensibilización del personal de salud para brindar una atención de calidad en salud mental, especialmente en el primer y segundo nivel.
- Entre muchas otras.

Un documento que merece mención en este apartado es “Situación actual de la salud mental en Costa Rica” (2004), elaborado por la OPS y el Ministerio de Salud. El cual constituye en un análisis de la situación de la salud mental en el país, sus consecuencias en el individuo, la familia y la sociedad, los factores que la condicionan y las necesidades que su alteración genera. Entre las principales conclusiones que expone se encuentran:

- Hasta hace poco los enfoques de promoción de la salud mental, prevención de la enfermedad y rehabilitación integral no habían llegado a incorporarse en las políticas, planes y programas nacionales.
- Al presente la participación comunitaria y la vinculación y cooperación intersectorial todavía es muy restringida y que los proyectos de extensión comunitaria apenas empiezan a tomar vida.
- Las políticas y estrategias nacionales para el fomento de esas actividades se ven coartadas en su implementación por la ausencia de asignación de recursos tanto en la CCSS como en el Ministerio de Salud.
- Con el fin de corregir las debilidades del sistema es preciso emprender la reestructuración de los servicios existentes, la redistribución de los recursos, la modificación de las políticas institucionales y la asignación de presupuestos adecuados en concordancia con los nuevos lineamientos de políticas de salud.
- La información sobre salud mental derivada de los registros de los centros de salud es sucinta. En general, forma parte de la información agregada de los servicios de salud general. Las estadísticas disponibles no permiten un análisis profundo de la patología atendida ni dan cuenta de la calidad de la atención. Con la información disponible no se pueden apreciar adecuadamente las necesidades de la población ni determinar con certeza la magnitud y naturaleza de la demanda real.

- Urge crear un sistema único de información en salud mental que sirva de guía para las acciones de atención, promoción y prevención que fundamente la investigación epidemiológica y facilite el monitoreo permanente.
- No existe un plan nacional intersectorial de salud mental debidamente aprobado por las autoridades competentes. Se han elaborado varios anteproyectos que no han llegado a implementarse.
- Entre otras.

No fue posible encontrar a nivel nacional propuestas o investigaciones que se refieran a la atención de personas que presentan dolor crónico benigno. El mayor volumen de trabajo realizado en el país se centra en la atención a personas con dolor crónico maligno, primordialmente cáncer. Por lo que la clasificación de las investigaciones que se citan a continuación se realizó considerando investigaciones lo más cercanas posibles al tema de interés.

En 1995, Agüero y Fallas presentaron a la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, su informe de práctica dirigida: “Modelo de Autocuidado a Pacientes Usuarios de la Clínica del Dolor del Hospital Calderón Guardia”. El proceso constó de varias etapas, entre ellas: 1) la determinación de las necesidades de atención de enfermería de los individuos con dolor crónico y su familia y 2) la planeación, ejecución, evaluación de planes de atención de enfermería aplicando la teoría de autocuidado de la Dra. Dorotea Orem.

Burgos, Fernández, & Morales (1995), en su trabajo final de graduación: “Sistematización del Programa de Atención Social al paciente con dolor del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia”, hacen una revisión de los problemas psico-sociales y físicos que enfrentan las personas que sufren de una enfermedad oncológica en fase terminal, así como las repercusiones en su familia y en su entorno social inmediato.

En su práctica dirigida, Ortiz, Herrera & Ulate (1999) “Programa de atención de enfermería a nivel domiciliar a personas con dolor crónico y/o fase terminal”, se plantearon como objetivo el desarrollo de dicho programa en el cantón de Corredores. El diseño está orientado a ofrecer fuentes de apoyo profesional frente a los cambios que presenta la persona enferma y que causan sufrimiento: aislamiento, pérdida de autoestima y autonomía, temores, dolor mal controlado, ansiedad causada por la desinformación, entre otros. Es un programa con una visión integral y humana que abarca aspectos como: la intervención en crisis, la evaluación de necesidades, educación acerca del dolor, medición del dolor y síntomas que lo acompañan, entre otros. Dentro de las conclusiones los investigadores señalan la necesidad de establecer programas para la población, que abarquen aspectos como la educación y la incorporación de habilidades y otras alternativas de tratamiento además de las farmacológicas.

Por su parte Cubero (2003), en su trabajo “Análisis de la participación del profesional de enfermería en el manejo del dolor y el cuidado paliativo” se planteó como objetivo el análisis de la participación de la enfermería en el manejo del dolor y el cuidado paliativo. Su metodología fue de tipo cualitativo mediante técnicas de entrevista a profundidad y observación no participante. Dentro de las conclusiones más importantes se menciona que existe necesidad de formación específica en el tema, ya que existe ausencia de conocimiento en los profesionales con respecto a técnicas alternativas al manejo del dolor, intervención en crisis, duelo, comunicación y muerte, que resultan herramientas importantes para la adecuada atención. Se señala también como recomendación, el realizar mayor investigación en técnicas no farmacológicas y su efecto en el control del dolor.

El trabajo final de graduación de Rodríguez (2006) “Percepción de pacientes y familiares de la atención del programa domiciliario de enfermedades crónicas no oncológicas en el Centro Nacional de Control del dolor y cuidados paliativos”, tuvo como objetivo analizar la atención brindada por el programa, mediante una metodología de entrevistas abiertas y



análisis de las bases de datos para caracterizar a la población de personas que se benefician de la atención. La investigación tuvo como resultado que la atención brindada es catalogada por pacientes y familiares como buena y acertada en cuanto al manejo de los componentes físicos, el trato, la frecuencia de las visitas, la educación y el préstamo de equipo; sin embargo se considera que existen áreas que no han sido cubiertas a plenitud como la espiritual. Se concluye también que el área psicológica requiere especial atención.

Vargas (2006) en su trabajo final de graduación: “Manual con un enfoque Cognitivo Conductual, para la disminución de los niveles de dolor crónico en paciente diagnosticados con cáncer, dirigido a psicólogos” de la Universidad Católica de Costa Rica Anselmo Llorente y la Fuente, desarrolla una propuesta de técnicas cognitivo conductuales para la reducción del dolor en personas con dolor crónico diagnosticadas con cáncer.

Finalmente, resulta importante agregar que nuestro país cuenta con el “Manual de Normas para el Control del Dolor y Cuidados Paliativos del I y II Nivel de Atención Médica”, cuyo objetivo general es: “contar con un instrumento técnico que contenga las normas generales y específicas, que rigen la provisión de servicios, la educación, la capacitación y la disponibilidad de opiáceos, para el control del dolor y el cuidado paliativo, en el primero y segundo nivel de atención, con el fin de contribuir a disminuir el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de las personas con padecimientos incurables, mediante una atención integral, eficiente y eficaz, generada por un equipo interdisciplinario”. En el cual se habla de menciona la participación de profesionales de psicología a partir del II nivel de atención.

### *Antecedentes Internacionales*

Como experiencias internacionales resalta la experiencia pionera en Argentina de la “Residencia en Psicología Comunitaria” (2008) en la provincia de Salta. Dicho programa, “apunta a acompañar a los equipos de salud de los Centros de Salud de Primer Nivel de

Atención en su labor cotidiana, fortaleciendo su formación y creando un espacio donde APS sea más que una promesa”. Su objetivo general es “Procurar a profesionales psicólogos una formación que integre la perspectiva clínica, institucional y comunitaria de las problemáticas de Salud en general y Salud Mental en particular de la población de referencia del sistema de salud de la Provincia de Salta”

En el campo del dolor crónico benigno, destacan los estudios enfocados en: estrategias de afrontamiento, depresión, locus de control, influencia del sexo y el nivel de estudios en las estrategias de afrontamiento y la evaluación de intervenciones cognitivo conductuales; cuyos hallazgos se exponen a continuación:

Aplicando el modelo transaccional de Lazarus y Folkman al dolor crónico Soucase, Soriano, Monsalve & de Andrés (2003), pretendieron explicar las diferencias en la adaptación al dolor crónico en relación al nivel de depresión presente en los pacientes. En líneas generales, los resultados muestran que el nivel de depresión de la totalidad de la muestra es moderada, asociándose dicha variable, con las variables de valoración que implican la percepción del dolor como amenazante y como limitante en la vida diaria, y correlacionando de forma negativa con la estrategia de afrontamiento de autoafirmación.

Por su parte, el objetivo del estudio de Biurrun, Fernández & Josué (2002) fue evaluar los efectos de un programa de tratamiento cognitivo-conductual en el locus de control, para personas de dolor crónico. En los resultados se encontró que las percepciones de control personal sobre el dolor aumentan en la evaluación post-tratamiento, es decir, se internaliza el locus de control. Este estudio muestra la eficacia del programa de manejo del dolor en el cambio de las creencias de control sobre el mismo. El incremento de la autoeficacia de las personas en su control sobre el dolor y la disminución en sus atribuciones externas son esenciales en el adecuado manejo del dolor.



En la actualidad el dolor es considerado como una experiencia perceptiva compleja debida a la interacción de procesos fisiológicos, cognitivos y afectivos. En este sentido, el estudio de Soucase, Monsalve, Soriano & de Andrés (2005) amplía la perspectiva y tratamiento del dolor resaltando la necesidad de abordar tanto los factores físicos como los psicológicos. En relación a la variables sociodemográfica sexo, encontraron diferencias significativas estadísticamente, donde las mujeres, en comparación con los hombres, informan de un mayor nivel de dolor, perciben una menor autoeficacia ante el manejo del dolor y utilizan en mayor medida la religión como estrategia de afrontamiento ante el dolor. En relación a la variable sociodemográfica nivel de estudios, también se encontraron diferencias significativas. En este sentido, los pacientes con un nivel de estudios alto, en comparación con los que presentan un nivel de estudios bajo, informan de una menor puntuación en el EVA, una menor percepción de que el dolor supera sus recursos para hacerle frente, siendo la religión la estrategia de afrontamiento más utilizada por personas con un nivel de estudios bajo.

El objetivo de la investigación (PAIN, 2001), fue evaluar los efectos consecutivos a la implementación de medidas preventivas de una terapia cognitivo conductual en personas de la comunidad que presentaban dolores en cuello, espalda o región escapular, para evitar el desarrollo de un problema más grave que ocasione discapacidad. Teniendo en cuenta que la prevención siempre se orienta hacia factores económicos relevantes en salud, las variables claves consideradas fueron las licencias por enfermedad y la utilización de servicios asistenciales. Otras variables incluidas fueron percepción del dolor, calidad de vida y funcionalidad.

La investigación concluye que las intervenciones preventivas de tipo cognitivo conductual ofrecidas a un grupo de personas de la comunidad con dolores de columna, pero con escasa o ninguna discapacidad, produjo significativamente mejores resultados (menor número de licencias por enfermedad) que en personas sometidas a intervenciones preventivas de tipo convencional.

Finalmente, en cuanto a la participación de la Psicología en la promoción de la salud, destaca el trabajo de Werner, Pelicioni & Chiattonne (2002) “La Psicología de la Salud Latinoamericana: hacia la promoción de la salud”. Dicho artículo presenta una reflexión sobre las propuestas y acciones de la Psicología de la Salud Latinoamericana centradas en programas de promoción de la salud y el desarrollo humano, basándose en estudios desarrollados OMS y OPS. Se estudian las actividades del psicólogo de la salud en sus trabajos de asistencia y promoción de la salud, defendiendo la importancia de implementación del nuevo modelo de atención a la salud con énfasis en la interdisciplinariedad y en la intersectorialidad. Se discute la propuesta de acciones integradas relacionadas con la salud y su promoción en Latinoamérica, así como propuestas para la implementación de las actividades del psicólogo de la salud en los campos de la promoción, asistencia, enseñanza e investigación para el nuevo milenio.

### ***B. Marco Conceptual***

En las siguientes secciones se describen los principales conceptos en los se enmarca la Práctica Profesional.

#### ***Sistema Público de Atención de Salud en Costa Rica***

Los servicios de atención de salud pública en Costa Rica se encuentran organizados por niveles de atención, de acuerdo a la complejidad tecnológica de los recursos que utilizan, su diferente capacidad resolutive y la cartera de servicios que ofrecen. Desde este marco, la conceptualización que se ofrece a continuación, involucra únicamente los servicios que proporciona la CCSS, por ser el único proveedor público reconocido oficialmente para cubrir el seguro de enfermedad y maternidad (OPS, 2004a).

#### ***Atención primaria***

A pesar de que cada país cuenta con definiciones oficiales de la atención primaria, de forma general, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Alma Ata (1978) la define como: “el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.

Desde la definición anterior se desprende que, las acciones desarrolladas en el primer nivel de atención deben tener un máximo nivel de accesibilidad para la población y con el uso de recursos idóneos para satisfacer las necesidades de salud de un lugar determinado. Como puede inferirse, dichas acciones no pueden ser solamente sobre los individuos, sino que deben alcanzar a las familias, las instituciones, la comunidad en general, sus líderes y el medio ambiente en general (Morales, 1999).



De esta forma, el primer nivel de atención ofrece servicios de promoción de la salud, prevención, curación de la enfermedad y rehabilitación de menor complejidad, los que se realizan en los ámbitos domiciliario, comunitario, escolar y en la consulta externa de los establecimientos de salud (OPS, 2004a). Dicho en otras palabras, la Atención Primaria es la estrategia esencial para facilitar el acceso oportuno a la asistencia de la salud y la participación de las familias y las comunidades. Dicha estrategia, se aplica por igual a la salud general y a la salud mental (OPS, 2004b).

Los servicios se agrupan en dos categorías:

- 1) programas de atención integral que incluyen prevención y promoción, de acuerdo a diferentes grupos de edad y tomando en cuenta necesidades de género
- 2) atención de la demanda por morbilidad prevalente.

Ambos tipos de servicios se proporcionan a través de la consulta externa del primer nivel y de los servicios de urgencias de las clínicas y hospitales. Los programas de atención integral fueron definidos a mediados de los años noventa, en el contexto de la reforma sectorial y a partir del análisis de la situación de salud nacional. Los programas están dirigidos a la atención de niños, adolescentes, mujeres, adultos y adultos mayores, y están a cargo de las áreas de salud (OPS, 2004a).

De acuerdo con Morales (1999), las prioridades de trabajo en atención primaria van a depender de los problemas específicos de la comunidad en que se trabaja, a partir de la identificación de esos problemas mediante diagnósticos de situación de salud, y de una concepción integral de promoción de salud, prevención y atención de enfermedades.

La estrategia de Atención Primaria en Salud significa, un avance para superar los enfoques previos que enfatizaban una atención secundaria dirigida hacia la enfermedad, que privilegiaba servicios curativos, basados en una infraestructura hospitalaria localizada en el medio urbano; en tanto que enfatiza los servicios preventivos, y con una infraestructura

basada en pequeños centros de atención en la que tienen un papel relevante los agentes comunitarios de salud.

Dos conceptos estrechamente relacionados a la atención primaria son: 1) promoción de la salud y 2) la prevención.

### ***Promoción de la Salud***

La Carta de Ottawa (1986), es considerada el documento más importante como marco de referencia de la Promoción de la Salud, y señala que:

“consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control, sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe, pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana [...]. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como sus aptitudes físicas”.

La agenda de Promoción de la Salud, de acuerdo con este documento contempla cinco grandes áreas:

1. Construir Políticas Públicas Saludables.
2. Crear los entornos favorables (ambientes físicos, sociales, económicos, políticos, culturales).
3. Fortalecer la acción comunitaria.
4. Desarrollar aptitudes personales (estilos de vida).
5. Reorientar los servicios de salud.



De esta manera puede afirmarse que las acciones de promoción de la salud deben tener un carácter multisectorial (no son exclusivas del sector salud) y multidisciplinario (no son exclusivas de la medicina) y deben implicar un importante compromiso con las autoridades políticas (Morales, 1999).

En cuanto a las personas a las cuales se dirigen las acciones, para Roales-Nieto (2004), la promoción de la salud se dirige a la población en general y no sólo a los grupos de riesgo. Al respecto, Restrepo y Málaga (2002) consideran que estas se dirigen “a sistemas múltiples, interdependientes y a procesos sociales, culturales y políticos que influyen sobre la calidad de vida y la salud de la población” (p.35).

Morales (1999) realiza seis recomendaciones para el trabajo de profesionales en ésta área: 1) identificar los problemas que requieren atención prioritaria; 2) para esa identificación, la información sobre la comunidad es la fuente para la toma de decisiones; 3) trabajar en equipo con profesionales de otras disciplinas; 4) evaluar los resultados teniendo un modelo de intervención; 5) utilización de diferentes procedimientos con un carácter creativo; y 6) estimular la participación activa de los miembros de la comunidad.

### ***La Prevención***

En la actualidad existe evidencia epidemiológica que permite identificar poblaciones y factores de riesgo, para los cuales es posible desarrollar acciones preventivas. De acuerdo con Backett, Davies y Petrós-Barvasián (citados por Morales, 1999), se puede considerar como factor de riesgo a “toda característica o circunstancia determinada de una persona o grupo de personas que según los conocimientos que se posee asocia a los interesados a un riesgo anormal de sufrir un proceso patológico o de verse afectados desfavorablemente por tal proceso” (p.148). Existen diferentes tipos de riesgos (físicos, químicos, entre otros),

pero a los/as profesionales en psicología les interesa especialmente aquellos que se asocian al comportamiento y las circunstancias del ambiente social.

La prevención tradicionalmente ha sido dividida en tres niveles, sin embargo, para Reynoso & Seligson (2005), es posible considerar cuatro categorías:

- a. Prevención primaria: consiste en intervenciones para prevenir enfermedades (p. ej., vacunas o cambios conductuales o medioambientales)
- b. Prevención secundaria: intervención temprana que quizá incluya un tratamiento de la enfermedad y que sirve para minimizar su seriedad (p. ej., la detección temprana de cáncer)
- c. Prevención terciaria. Intervención que busca minimizar las complicaciones de una enfermedad establecida, en la cual probablemente se incluya la medicina clínica (p. ej., un régimen dietético o insulínico para pacientes con diabetes, que ayude a prevenir un daño orgánico)
- d. Prevención cuaternaria. Esfuerzos de rehabilitación capaces de impedir un mayor deterioro después que la enfermedad ha sido tratada, haciendo énfasis en reducir al máximo la incapacidad o incrementar habilidades de afrontamiento (p. ej., terapia física o de lenguaje) (p.17-18).

Tal y como lo señalan Restrepo y Málaga (2002), la distinción entre la Promoción de la Salud y la prevención de la enfermedad es difícil y existen diferencias en conceptos y opiniones al respecto. Sin embargo, puede afirmarse que la Promoción de la Salud difiere de la Prevención de la Enfermedad en el objeto de intervención, ya para la primera es lo que considera “saludable” mientras que para la segunda, la enfermedad y los riesgos de enfermar. Así mismo, estas mismas autoras apuntan que la promoción de la Salud se dirige principalmente a la población y la Prevención de la Enfermedad al individuo.

A pesar de que podría concluirse que el objetivo de la prevención primaria es el mantenimiento de la salud y la promoción de los determinantes para una buena salud, en la

práctica resulta difícil encontrar intervenciones de promoción de la salud que a su vez no prevengan la enfermedad y viceversa (Roales-Nieto, 2004).

En el campo de la salud mental, la prevención primaria se refiere a actividades dirigidas a grupos vulnerables de la comunidad quienes no han sido catalogados como enfermos psiquiátricos y para quienes se pueden desarrollar medidas para evitar problemas emocionales o mejorar su nivel de salud mental positivo (Golston, 1984)

### *Psicología Clínica*

De acuerdo con los planteamientos de Roales-Nieto (2004), históricamente la psicología clínica precede a la Psicología de la Salud, y cubría gran parte del conjunto de fenómenos que ahora cubre esta última. Sin embargo, la psicología clínica tiene que ver fundamentalmente con desajustes emocionales. Es una disciplina aplicada que, a pesar de sus múltiples definiciones, puede delimitarse su objeto de estudio como el tratamiento de la enfermedad mental o psíquica, de la conducta desadaptativa y de los procesos cognitivos alterados.

Para Hall y Marzillier (citados por Oblitas y Becoña, 2000) los/as profesionales en psicología clínica trabajan en el cuidado de la salud mental de forma predominante en la salud mental. Entre las actividades principales que realizan se encuentran: a) la evaluación psicológica, b) el tratamiento psicológico, y c) la investigación psicológica.

De esta manera, cuando se hace una distinción entre psicología clínica y psicología de la salud, se valora que el campo de la salud mental corresponde a la psicología clínica (trastornos de ansiedad, depresión, esquizofrenia, etc.) y los trastornos relacionados con la salud física (asma, artritis, diabetes, etc.) a la psicología de la salud.

Sin embargo, desde una aplicación coherente con el modelo “biopsicosocial”, los autores Rodin y Stone (citados por Roales-Nieto, 2004), entienden la psicología de la salud como una subdivisión de la psicología concerniente al estudio e intervención en salud, estructurándola en una rama clínica y otra no clínica; es decir la inclusión de cualquier aspecto de la psicología que trate sobre la experiencia de la salud y la enfermedad, comprendiendo desde los mecanismos fisiológicos que enlazan la ocurrencia de eventos ambientales con las alteraciones de la salud, hasta la promoción de conductas potenciadoras de la salud.

Al respecto, el mismo Roales-Nieto (2004) apunta que las interconexiones entre la psicología clínica de la salud son tantas y están tan cercanas en el quehacer diario de ambas, que sería un error concebir psicólogos/as especializados en una de ellas y sólo con conocimientos generales en la otra.



### *Psicología de la Salud*

Martin (2003) considera que la Psicología de la Salud es el resultado de una nueva forma de pensamiento en salud que considera la dimensión psicosocial en el proceso de salud-enfermedad, en los niveles conceptual, metodológico y en la organización de los servicios de atención de la población. Igualmente señala que, su nacimiento ha sido resultado de las propias limitaciones del modelo biomédico, del fracaso de los sistemas sanitarios con su concepción restrictiva y descontextualizadora de la salud y de la posibilidad cada vez más clara de comprender las variables sociales y personales que mediatizan el proceso.

En concordancia con lo expuesto anteriormente, la División de Psicología de la Salud de la American Psychological Association (APA) la conceptualiza como:

“... el conjunto de contribuciones específicas educativas, científicas profesionales de la disciplina de la Psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, y la identificación de correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas” (Matarazzo citado por Roales-Nieto, 2004, p.67)

Definición a la que en su versión oficial se le agregó al final la frase “[...] y el análisis y mejora del Sistema de Salud y la política sanitaria”.

De acuerdo con la OMS (1986) en su informe “Psicología y Salud”, los/as profesionales en psicología pueden contribuir a los objetivos de mantenimiento de la salud y el bienestar, como protagonistas de la comprensión y utilización de los factores psicosociales en la promoción de la salud y el desarrollo humano (Roales-Nieto).

En la línea que comprende la psicología de la salud como el estudio de las relaciones entre conducta y salud, Krantz, Grunberg y Baum (citados por Roales-Nieto, 2004), distinguen tres posibles tipos de relaciones: “a) la ocurrencia de comportamientos que pueden tener

efectos fisiológicos directos sobre la salud; b) estilos de vida y hábitos diarios que pueden hacer peligrar o potenciar la salud a medio o largo plazo, y c) la forma en la que la gente percibe y enfrenta a la enfermedad, como un factor de facilitación o empeoramiento” (p.68)

La *American Psychological Association (APA)* destaca como atribuciones del/la profesional en Psicología de la Salud:

1. La identificación precoz de personas en situación de riesgo, definido en términos psicológicos, comportamentales y socioculturales.
2. El desarrollo de programas efectivos de promoción de conductas saludables, considerando particularmente las cuestiones ambientales a las cuales normalmente se somete al individuo.
3. La investigación, la comprensión y la intervención en factores que permitan una buena calidad de vida en personas portadoras de enfermedades crónicas.
4. La necesidad de realizar estudios e intervenciones en el campo comunitario y de la salud pública.
5. La necesidad urgente de enfocar los problemas de salud desde una perspectiva global. (Werner et al, 2002)

### ***La atención de la salud mental en Costa Rica***

En el sector público, la atención de la salud mental corresponde a la CCSS, mediante la gestión de su dependencia especializada, el Departamento de Salud Mental. Éste establece pautas que orientan la atención y coordina las acciones de los diferentes proveedores de servicios en el campo de su competencia. Las actividades del sector privado no están sistematizadas ni tienen un programa propio (OPS, 2004b).

El modelo asistencial prevaleciente se caracteriza por un énfasis en la atención psiquiátrica en centros especializados en donde se concentran recursos humanos y materiales. En la

práctica, la atención de problemas mentales en el nivel primario es insuficiente aunque la meta establecida es ampliar la cobertura de estos servicios (OPS, 2004b).

En Costa Rica se han hecho en el pasado diferentes ensayos dirigidos al establecimiento de una política nacional de salud mental. Inclusive se han redactado planes y programas nacionales para su implementación; pero esos esfuerzos han sido infructuosos y casi siempre han tenido el valor de ejercicios académicos. En la práctica siempre han existido políticas implícitas, inicialmente en consonancia con las ideas tradicionales de la beneficencia pública y posteriormente con los principios de la seguridad social, orientadas en ambos casos casi exclusivamente a la atención de pacientes mentales en centros especializados, aislados de la comunidad (OPS, 2004b)

### *Terapia cognitivo conductual*

Bajo el término de terapia cognitivo conductual se encuentran una amplia variedad de técnicas terapéuticas basadas en distintos modelos conceptuales, que tienen entre ellas el común denominador, del interés en la naturaleza y modificación de las cogniciones del paciente, y la utilización de procedimientos derivados de la terapia conductual para promover el cambio (Reynoso & Seligson, 2005).

Para Lega, Caballo y Ellis (2002) la terapia cognitivo conductual es un término referido a la terapia en la que se incorpora tanto la intervención conductual como la cognitiva, las cuales se basan en el supuesto de que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente consecuencias desadaptativas, de manera que el propósito de la intervención consiste en reducir la conducta no deseada por medio de nuevas experiencias de aprendizaje más adaptativas. Además ambos enfoques coinciden en que la cognición media en la disfunción emocional y conductual, de manera que si se modifican las cogniciones pueden cambiar las emociones y la conducta.



De acuerdo con Olivares & Méndez (2001), la directriz de la terapia se encuentra en el principio de que el modo en que construimos el mundo percibido (externo e interno a nosotros mismos) es lo que determina nuestras emociones y conductas. La tarea del terapeuta será ayudar al consultante a darse cuenta de cómo construye el mundo que percibe y cómo ese modo de construir el mundo se encuentra en la base de sus emociones y conductas.

Este modelo, considera fundamentales las circunstancias presentes que mantienen el problema, y solo recurre a procesos pasados cuando éstos guardan una “relación funcional” con los eventos mantenedores actuales (reforzadores dinámicos). En otras palabras, el pasado está presente como probabilidad conductual cuyas formas e intensidad están seleccionadas por el ambiente (Perez Alvarez, 1991)

Por razones de desarrollo histórico y de aspectos conceptuales, existe una estrecha relación entre la terapia cognitivo conductual y la Psicología de la Salud. De acuerdo con Taylor (1990) la teoría brinda un marco particularmente apropiado para el trabajo en modificación de conductas de salud. Las conductas que son importantes para mantener una buena salud involucran cambios que pueden ser incorporados en los repertorios conductuales de las personas, siguiendo los principios de aprendizaje. Sin embargo, también se reconoce la importancia el papel de las cogniciones sobre la conducta, ya la misma es considerada el resultado de eventos externos como el control de estímulos o el reforzamiento y de eventos internos como lo que las personas piensan acerca del mundo

Otro ejemplo claro de la aplicación de los principios cognitivo conductuales a la Psicología de la Salud es la adopción de la evaluación conductual, como modelo de medición acorde al modelo biopsicosocial (Roales-Nieto, 2004). Entre los principios básicos que deben dirigir la evaluación en psicología de la salud y que coinciden con la evaluación conductual se encuentran: 1) la consideración de los comportamientos o fenómenos objeto de evaluación en términos observables y medibles; 2) atención especial a la evaluación de la interacción



entre comportamiento y fenómenos ambientales y fisiológicos; 3) un énfasis en la conexión del proceso evaluador con el de aplicación del programa o tratamiento; 4) la repetición de la medida a través del tiempo y 5) el mantenimiento de un espíritu evaluador a lo largo de la aplicación del programa.

### *Dolor Crónico Benigno*

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés) plantea una de las definiciones más ampliamente aceptadas, en ella se conceptualiza el dolor como una “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión mística real (actual) o potencial o descrita en términos de la misma” (citado por Miró, 2003, p.28). Sin embargo en revisiones posteriores se añade que el dolor es un fenómeno subjetivo que se asocia a un daño en los tejidos y que siempre comprende una experiencia emocional desagradable.

Cuando se hace referencia a dolor crónico, lo que se está considerando es el criterio de duración para la clasificación del dolor. De esta forma, se entiende por dolor crónico a un tipo de dolor persistente, duradero, que no remite utilizando el tratamiento médico habitual. Por su parte, el dolor crónico benigno, consiste en un dolor relacionado a trastornos o enfermedades benignas, lo que significa que está asociado a condiciones diferentes al cáncer (no está relacionado con procesos neoplásicos), por ejemplo: cefaleas, migrañas, artritis, entre otras (Miró, 2003).

En el sentido más amplio, el dolor debe ser visto como un fenómeno complejo, multideterminado y multidimensional, que comprende la interrelación de factores sensoriales o físicos con factores emocionales, cognitivos y sociales; que la persona experimenta de forma particular (Miró, 2003). Es por ello que, en términos de evaluación, cabe señalar que si bien distintos autores coinciden en señalar las variables implicadas en la evolución del dolor crónico, existen dificultades en la selección de los instrumentos que

deben ser utilizados, esto debido a que, lo que se pretende, es la medición de aspectos de carácter eminentemente subjetivos asociados con el dolor, tal es el caso de la percepción del mismo que presenta cada paciente (Pérez-Pareja, Borrás, Sesé & Palmer, 2005). Sin embargo se han desarrollado diversas estrategias para evaluar el dolor en los pacientes, entre ellas: entrevistas, observación conductual, autorregistros, escalas, entre otras.

Uno de los factores responsables de que una parte de la población desarrolle un síndrome de dolor crónico incapacitante es la resistencia a las terapias farmacológicas simples, físicas o quirúrgicas (Collado, Torres, Arias, Ruiz-López & Muñoz-Gómez, 2004). Esta refractariedad, unida al reconocimiento de la importancia que tiene la interacción entre los factores psicológicos y el proceso biológico en el dolor y la incapacidad, explica el lugar de la Psicología en su tratamiento.

Los autores van-der Hofstadt & Quiles (2001), exponen que las tres aportaciones fundamentales de la psicología para el manejo del dolor provienen de: a) desde lo fisiológico; b) desde el condicionamiento operante y c) desde la perspectiva cognitivo conductual. La primera aproximación se dirige a romper el circuito olor-tensión-dolor y reemplazarlo por una reacción incompatible con la situación de tensión mediante técnicas de autocontrol fisiológico. Desde el enfoque operante se pretende modificar las consecuencias positivas que obtiene la persona con las conductas de dolor y resolver los problemas derivados del exceso de incapacidad y las expresiones de sufrimiento. Por su parte, la aproximación cognitivo-conductual considera la forma en que los pacientes construyen su mundo y atribuyen significado a sus eventos.

Collado, Alijotas, Benito, Alegre, Romera, Sañudo, Martín, Peri y Cots (2002) consideran que las intervenciones en el ámbito psicológico sobre el dolor se derivan de la teoría cognitiva de la emoción, que postula la interacción del trinomio cognición-emoción-conducta. En concordancia con las citadas tres aportaciones de la psicología al tema, estos autores consideran que una intervención psicológica completa debe incluir los tres

aspectos: entrenamientos en habilidades para la autorregulación como las técnicas de relajación, programas de modificación de conducta para aumentar el grado de funcionamiento y suprimir los reforzadores ambientales de las conductas de dolor, y procedimientos de reestructuración cognitiva, de distracción y de transformación imaginativa del dolor y del contexto.

Respecto a los factores cognitivos, se ha estudiado la influencia de cogniciones desadaptativas en el mantenimiento y empeoramiento del dolor crónico, donde en algunas ocasiones se sugiere que la patología física podría iniciar la sintomatología, pero que serán la percepción e interpretación de los síntomas la que contribuye mayoritariamente a una representación disfuncional sobre el dolor, facilitando con ello un mayor sentimiento de incapacidad, estrés y dolor (Soucase, Monsalve, Soriano & de Andrés, 2004). Por su parte, la intervención a nivel conductual se orienta a atender aspectos relativos a la eliminación de conductas desadaptativas de dolor, implementación de conductas que contribuyen al manejo del dolor y generalización de habilidades en la vida cotidiana.

## METODOLOGÍA

### *A. Delimitación de funciones y tareas a realizar regularmente*

Considerando la labor del/la profesional en Psicología en el primer nivel de atención, se plantean las siguientes funciones y tareas a realizarse regularmente durante la práctica profesional:

#### *Función 1:*

Realizar atención individual a la población en general del EBAIS que así lo requiera y en función de las posibilidades espacio temporales, desde el marco de la Psicología Clínica y de la Salud.

#### *Tareas:*

- Coordinar un espacio psicoterapéutico individual para las personas que necesiten atención desde la Psicología Clínica y de la Salud.
- Brindar psicoeducación a los(as) usuarios(as) que lo requieran.
- Aplicar diferentes instrumentos de evaluación y diagnóstico como examen mental, escalas de depresión, instrumentos para evaluar adherencia, entre otras, según sea el caso.
- Elaborar y desarrollar un plan de intervención desde la Psicología Clínica y de la Salud para cada una de las personas que así lo requieran.
- Elaboración de expedientes con información de cada usuario(a) atendido(a).
- Coordinar referencia a otros profesionales en el área de la salud u otras instituciones según la situación de cada usuario(a).



*Función 2*

Desarrollo de un programa de intervención integral cognitivo conductual para personas que presenta dolor crónico benigno.

*Tareas:*

- Contactar telefónicamente a las personas con dolor crónico benigno referidas por el personal del Núcleo.
- Realizar el proceso de entrevistas individuales a cada uno/a de los/as participantes.
- Evaluar la idoneidad de los/as participantes.
- Diseñar el programa de intervención.
- Desarrollar el programa.
- Evaluar el programa.

*Función 3*

Realizar actividades de promoción y prevención primaria en función de las necesidades del Núcleo de Salud de San Pedro de Montes de Oca.

*Tareas:*

- Evaluar las necesidades de promoción y prevención de salud que presenta el Núcleo.
- Coordinar con los/as compañeros/as del núcleo actividades de prevención y promoción de salud, ya sea apoyando iniciativas que ya existen (como los grupos de personas con enfermedades crónicas) o generando nuevas propuestas para problemáticas que aún no están siendo atendidas.
- Diseñar y llevar a cabo actividades.
- Sistematizar experiencias.

### *B. Propuesta de programas específicos*

El trabajo de campo de la práctica profesional consta de 12 horas de práctica institucional distribuidas de la siguiente manera:

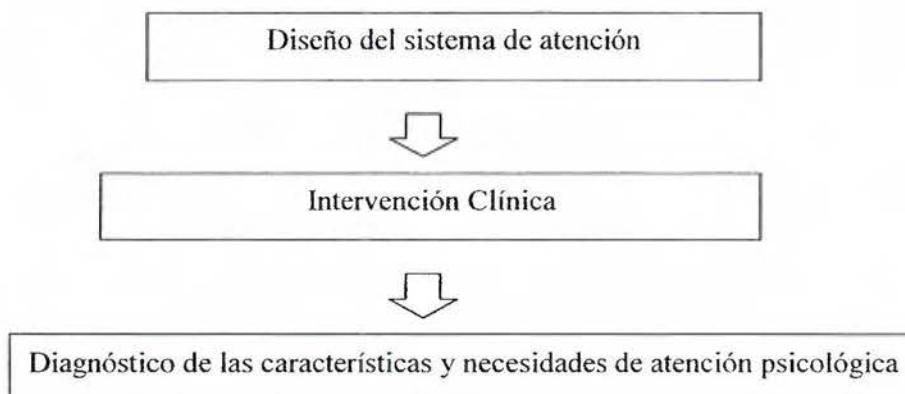
<i>Programa</i>	<i>Número de horas semanales</i>
Clínica de Atención Psicológica	4 horas
Intervención integral cognitivo conductual para el manejo del dolor crónico	4 horas
Actividades de promoción de la salud	4 horas
<b>TOTAL</b>	<b>12 horas</b>

#### *Programa 1: Clínica de Atención Psicológica*

##### **a) Objetivos:**

1. Implementar un sistema de atención clínica en el primer nivel de atención.
2. Realizar un diagnóstico de las necesidades de atención psicológica clínica en el lugar de práctica.

##### **b) Esquema de trabajo**



**c) Población beneficiaria**

Personas del Núcleo de Salud que requieran atención en psicología clínica o de la Salud.

**- Criterios de exclusión**

- ✧ Trastornos psicóticos o problemas mentales que lo/la incapaciten para realizar el programa.
- ✧ Presencia de lesiones extremadamente importantes.
- ✧ Toma de medicación que dificulte su capacidad de concentración y atención.
- ✧ No mostrar deseo de participar en el programa.

**d) Procedimiento:**

La forma de trabajo seguirá el siguiente procedimiento:

- ✧ Determinación de condiciones administrativas, logísticas y de espacio para la implementación del servicio de clínica de atención psicológica.
- ✧ Identificación de usuarios(as) del servicio
- ✧ Asignación de citas según disponibilidad
- ✧ Realización de entrevista psicológica
- ✧ Aplicación de instrumentos e inventarios que se requieran para un diagnóstico
- ✧ Formulación de objetivos terapéuticos
- ✧ Proceso terapéutico
- ✧ Cierre y seguimiento del caso

***Programa 2: Intervención integral cognitivo conductual para el manejo del dolor crónico benigno***

**a) Objetivos**

Partiendo del reconocimiento de que el dolor genera una incapacidad muchas veces superior a la de la patología física identificada y que su tratamiento requiere una intervención integral se propone como objetivos:

1. Evaluar los niveles de dolor percibido presentes en el/la consultante para establecer la línea base.
2. Identificar y describir los síntomas dolorosos físicos y psicosociales que acompañan la manifestación de dolor crónico.
3. Brindar psicoeducación respecto al dolor crónico.
4. Entrenar en el uso de técnicas de respiración y relajación.
5. Detectar y potenciar los propios recursos para disminuir, eliminar o prevenir su sensación de impotencia, aumentando así su percepción de control.
6. Corregir pensamientos disfuncionales respecto a la percepción de dolor.
7. Evaluar los cambios en los niveles de dolor percibido después del tratamiento.

**b) Esquema de trabajo**





### **Población beneficiaria**

La propuesta está dirigida a personas mayores de 18 años, de ambos sexos, con diagnóstico de dolor crónico benigno (ej. Fibromialgias, lumbagias, artritis, entre otras), que presenten un nivel de lectoescritura suficiente para responder a necesidades del programa de intervención (ej. cumplimentación de autorregistros).

#### **- Criterios de exclusión**

- ✧ Diagnóstico de dolor crónico maligno.
- ✧ Trastornos psicóticos o problemas mentales que lo/la incapaciten para realizar el programa.
- ✧ Presencia de lesiones extremadamente importantes.
- ✧ Toma de medicación que dificulte su capacidad de concentración y atención.
- ✧ No mostrar deseo de participar en el programa.

#### **- Protección a los participantes**

La protección a los/as participantes se dará mediante la firma del consentimiento informado (Ver anexo I)

#### **c) Procedimiento**

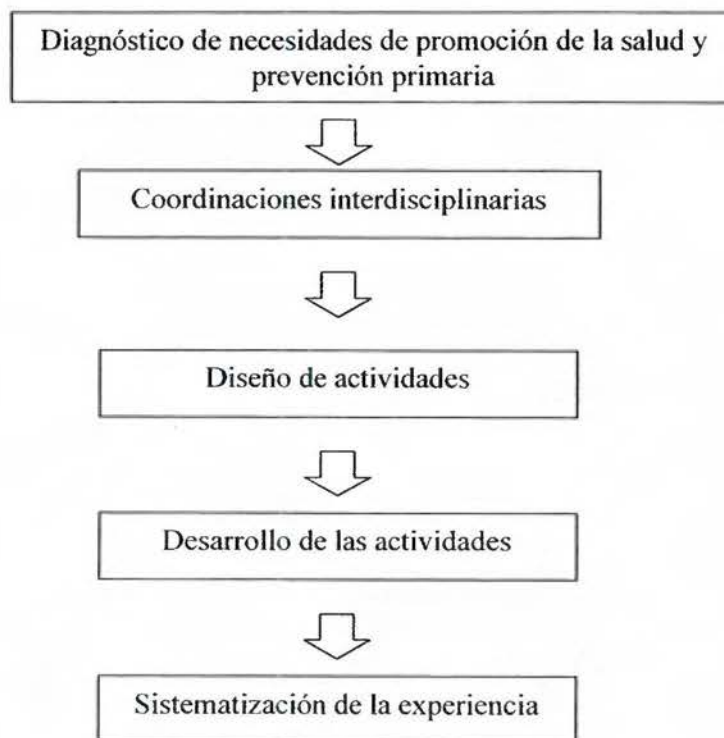
- ✧ Determinación de condiciones administrativas, logísticas y de espacio para la implementación del programa.
- ✧ Diseño del programa de intervención.
- ✧ Identificación de usuarios(as) del servicio
- ✧ Asignación de citas para la realización de entrevista conductual.
- ✧ Entrevista conductual y aplicación de instrumentos de evaluación.
- ✧ Desarrollo del programa de intervención en su fase grupal.
- ✧ Evaluación de resultados.

**Programa 3: Actividades de Prevención Primaria y Promoción de la Salud**

**a) Objetivos**

- 1) Determinar las necesidades de promoción de salud y de prevención primaria del Núcleo
- 2) Diseñar e implementar actividades de promoción y prevención.
- 3) Sistematizar la experiencia

**b) Esquema de trabajo**



**c) Población beneficiaria**

Usuarios/as del Núcleo de Salud de San Pedro de Montes de Oca.

### ***C. Descripción de las relaciones interdisciplinarias***

Las relaciones interdisciplinarias serán primordialmente aquellas llevadas a cabo con el personal del Núcleo de Salud que brindan atención directa, es decir médicos, enfermeras y ATAPS; y de forma indirecta con demás personal administrativo.

Adicionalmente, por las particularidades administrativas del contexto de práctica, es posible que se tenga también contacto con personal de la Coordinación del Área de Salud (que incluiría además de las disciplinas ya citadas, profesionales en Psicología, Nutrición, Sociología y Trabajo Social).

### ***D. Descripción del sistema de supervisión***

#### **- Supervisión del Equipo Asesor**

##### **Director:**

M.A. Álvaro Campos Guadamúz, Psicólogo Clínico, docente de la Universidad de Costa Rica, Coordinador de la Maestría en Psicología de la Salud y Director del Instituto WEM.

Las supervisiones se realizarán mediante reuniones semanales o quincenales, en las cuales se hará informe de los avances y resultados que se vayan dando con forme evoluciona el proceso de ejecución de la práctica

##### **Lectora**

Máster María del Rocío Monge Quirós, enfermera, docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, Directora del Programa de Posgrado en Ciencias de la Enfermería.

Las supervisiones se realizarán mediante reuniones mensuales y vía correo electrónico de ser necesario.

**Lector**

MSc. Manuel Solano Beauregard, Psicobiólogo, docente de la Escuela de Psicología y del Posgrado de Psicología de la Universidad de Costa Rica. Coordinador del Área de Psicobiología de la Universidad de Costa Rica. Terapeuta en práctica privada.

Las supervisiones se realizarán mediante reuniones mensuales y vía correo electrónico de ser necesario.

**-Supervisión por parte de la institución**

La supervisión por parte de la institución estará a cargo de Fernando Chavaría Lizano, en su cargo de Coordinador Académico del Programa de Atención Integral de Salud y de la Dra. Gabriela Salguero López.

***E. Proceso de evaluación de resultados e impacto de la práctica***

La evaluación de los resultados de la práctica se llevará a cabo mediante registros detallados de las intervenciones realizadas. De igual manera se realizarán informes de los resultados de cada uno de los programas según sus particularidades. Asimismo se entregará un informe final al terminar la práctica.



## **PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS**

El siguiente apartado expone los resultados obtenidos a lo largo del proceso de “Práctica Profesional en Psicología de la Salud en el Núcleo de Salud de San Pedro de Montes de Oca”, requisito de graduación del Programa de Posgrado en Psicología de la Salud.

Los resultados se presentan siguiendo la articulación de la Práctica Profesional en sus tres programas:

Programa 1: Clínica de Atención Psicológica

Programa 2: Intervención integral para el manejo del dolor crónico benigno

Programa 3: Actividades de Promoción de Salud

Cada programa será expuesto individualmente en dos apartados, el primero con una descripción de las principales características del programa, las actividades realizadas y logros obtenidos en función de sus particularidades; y el segundo con un análisis y discusión crítica de los resultados desde la perspectiva de la Psicología Clínica y de la Salud.

### ***Programa 1: Clínica de Atención Psicológica***

#### **I. Presentación de resultados**

La presentación de resultados del programa: Clínica de Atención Psicológica se divide en tres apartados:

- A. Descripción del sistema de atención psicológica
- B. Descripción de la población atendida
- C. Descripción de la intervención terapéutica

Los cuales a su vez se subdividen en función de las particularidades que requieren ser descritas.

##### **A. Descripción del sistema de atención psicológica**

Para la implementación del servicio de atención psicológica se requirió establecer un marco de condiciones de espacio físico, logísticas y administrativas para el desarrollo del programa. Los siguientes apartados pretenden una caracterización de dichas condiciones.

##### **✓ Espacio físico**

El espacio físico asignado se ubica en el segundo piso de las instalaciones del Núcleo de Salud de San Pedro de Montes de Oca. El mismo contaba con condiciones adecuadas en cuanto a privacidad y ausencia de elementos distractores, lo mismo que en relación a iluminación y ventilación. En lo que respecta a mobiliario, si bien el lugar presentaba recursos acordes para las necesidades de intervención, es posible incluir mejoras si se planifica la permanencia de un servicio de atención de esta índole.

No obstante, una dificultad con la que contaba el consultorio, fue el acceso mediante gradas, ya que ello constituía una barrera para personas con limitaciones de movilidad (adultos mayores, personas con presencia de dolores articulares, mujeres en los últimos meses de periodo de embarazo u otras). Esta situación debió resolverse mediante la

búsqueda de espacios alternativos de atención que no contaban con las mismas condiciones que el espacio oficialmente asignado. Resulta de suma trascendencia señalar este aspecto, considerando el número significativo de personas que se atendieron como parte de la práctica, que presentaban esta limitación de acceso.

✓ **Sistema de referencia e interconsulta**

El proceso de referencia de casos al programa fue el siguiente: previo conocimiento de las características del programa, todo el personal del Núcleo (médicos, enfermeras, REMES y ATAPs) podía referir casos directamente a la responsable del programa. Después de recibida la referencia, la responsable del programa realizaba una llamada telefónica a la persona referida para ofrecerle el servicio y si era de su interés asignarle una cita.

El tiempo transcurrido entre la recepción de la referencia y la búsqueda de contacto telefónico en ningún caso excedió las dos semanas. En los casos en los cuales el/la compañero/a del Núcleo señalaba el carácter de urgencia en una referencia, el contacto telefónico se realizó a la mayor brevedad posible, lo mismo que la asignación de citas.

Resulta importante señalar que al cierre de la práctica no quedaron referencias pendientes de atención. Además, paralelamente se desarrolló un sistema de interconsulta con el objetivo de notificar a los/as compañeros/as la condición de la atención de las personas referidas al programa, mediante el cual se realizaron informes personales para cada funcionario/a que había realizado alguna referencia.

En este punto es importante considerar que la interconsulta se limitó a informar al compañero(a) cual fue el resultado de la atención brindada a la persona referida o aspectos necesarios de coordinación, sin brindar información de particularidades del caso que pudieran atentar contra el secreto profesional. La razón fundamental de brindar respuesta a una referencia mediante un sistema de interconsulta, radica en el compromiso ético que se

tiene con el/la profesional que nos confía la responsabilidad de atención de un/a usuario/a, y quien por tanto merece conocer si fue o no posible responder a la solicitud. De esta manera, es necesario realizar este tipo de informes sin brindar información adicional del caso, salvo la estrictamente necesaria para describir el tipo de atención que se brindó.

✓ **Sistema externo de interconsulta**

Debido a que la responsable del programa no contaba con la calidad de “funcionaria” del Núcleo, cualquier referencia debía ser canalizada a través de la psicóloga del Área de Salud del PAIS. Sin embargo, no fue necesario hacer uso de este sistema de referencia institucional durante el desarrollo de la práctica. De la misma manera, tampoco fue necesario desarrollar un sistema externo de contrarreferencia, ya que no se recibieron referencias externas al Núcleo.

✓ **Asignación de citas, manejo de información de las personas atendidas, expedientes y confidencialidad**

El manejo de la agenda de citas, la información de las personas atendidas y sus expedientes de atención psicológica, fue de uso exclusivo de la responsable del programa. La confidencialidad se mantuvo en extremo resguardo y no se realizaron anotaciones en los expedientes médicos.

Desde una perspectiva administrativa, no existe una persona desde la estructura formal que tenga dentro de sus funciones el manejo de agendas y expedientes de profesionales en psicología en el primer nivel de atención, razón por la cual la labor recayó en este caso, en la profesional responsable del servicio. Sin embargo, si se considera la posibilidad de instaurar de forma permanente la atención psicológica, es importante reflexionar respecto a las implicaciones y responsabilidades de asignar esta función a otro/a profesional.



✓ **Relaciones interdisciplinarias, interinstitucionales e intersectoriales**

Para el caso de este programa, debido a sus características de privacidad en el manejo de información, las relaciones interdisciplinarias fueron escasas y se limitaron a la información necesaria para los procesos de referencia e interconsulta. Sin embargo, la excepción se dio con el sector médico en dos casos específicos: un caso en el que se requirió prescripción farmacológica antidepressiva, para lo que fue necesaria la coordinación médica respectiva, y otro caso en el que se solicitó una evaluación debido a una condición de alopecia en una persona atendida.

Aunque escasos, en comparación con el número total de casos atendidos, estas dos situaciones ponen en evidencia la necesidad de establecer y clarificar los vínculos y atenciones articuladas, tanto con otros/as profesionales como con otro tipo de servicios del sector salud.

Para el desarrollo de este programa, además de las relaciones interdisciplinarias, resultó de suma importancia, conocer información relacionada a recursos comunitarios que pueden ser utilizados por los/as consultantes para mejorar su condición: grupos de adultos/as mayores, de jóvenes, que realizan actividades deportivas, entre otros. Para ello se contó con el apoyo de los compañeros/as del Núcleo que cuentan con dicha información.

Así mismo, resultó necesario el manejo de contactos con instituciones públicas y privadas que brindan servicios de diferente índole (educativos, de formación, apoyo, entre otros) y que fueron pertinentes como coadyuvantes para la atención psicológica e incluso de orden psicosocial (IMAS, MTSS, AIFA, entre otros) en casos que así lo requirieron, situación que quedará más clara en la descripción de los procesos terapéuticos.

### ✓ **Necesidades logísticas**

El Núcleo brindó los recursos básicos de oficina y el resto de materiales que fueron requeridos, corrieron por cuenta de la responsable del programa.

En lo que se refiere propiamente a material de trabajo, fue posible identificar elementos que resultan indispensables para el servicio de atención en un primer nivel. Dentro de los elementos que destacan se encuentran:

- \* Archivo con llave
- \* Folders para expedientes y archivar documentos.
- \* Pizarra acrílica, pilot de colores y borrador.
- \* Hojas blancas, lapiceros, lápiz de escribir y lápices de color.
- \* Pañuelos desechables.
- \* Inventarios y escalas, tales como: escala de depresión de Beck, escala de ideación suicida, entre otras.
- \* Elementos básicos para terapia de juego.
- \* Material diagnóstico básico (Bender, Neuropsi, Mini Mental, entre otros)
- \* Así como elementos de uso técnico tales como un sillón confortable, un espejo de cuerpo entero, almohadones, entre otros elementos, acordes con el enfoque del/la profesional a cargo.

La lista anterior no busca ser exhaustiva, lo que pretende es describir las necesidades que fueron identificadas a partir de la apertura de un servicio de atención psicológica en un primer nivel de atención y sus requerimientos básicos. En esa medida, resulta claro que los elementos de intervención no se agotan en ella, sino por el contrario pueden y deberían ser ampliados en función de los recursos materiales disponibles y el estilo personal del/la profesional a cargo.

## B. Descripción de la población atendida

En esta sección se pretende exponer una descripción de la población beneficiada por el Programa. Se procura así mismo, dilucidar las necesidades de atención y las posibles estrategias de atención.

### ✓ Referencias recibidas

La siguiente tabla muestra el número de referencias recibidas y la resolución de las mismas:

Tabla 1.1 Número de personas según tipo de atención

Tipo de atención	Número de personas
La persona no pudo ser contactada	9
No mostró interés por el servicio	5
Mostró interés pero no puede asistir	1
Está siendo atendido(a) en otro servicio	1
Se le asignó cita pero no se presentó	7
<b>Personas atendidas en el programa</b>	<b>22</b>
<b>Total de personas referidas</b>	<b>45</b>

Tal y como puede apreciarse en la Tabla 1.1, el número de personas referidas es mayor al número de personas atendidas en el programa. Algunas de las razones que explican esta diferencia y que pueden verse reflejadas en los datos de la tabla anterior son:

- ✓ Un número importante de personas no pudieron ser contactadas, esto debido a números telefónicos erróneos, que ya no corresponden a la persona o en los cuales nadie contestaba.
- ✓ Algunas de las personas fueron referidas al servicio de atención psicológica pero a la hora de contactarlas no muestran interés en recibir atención.
- ✓ Una persona expresó que si tenía interés en el servicio pero por dificultades de orden laboral, veía limitada su posibilidad de seguir un proceso terapéutico.

- ✓ Otro grupo importante de personas les fue asignada una cita pero no se presentaron al servicio de atención.

En una reunión de evaluación parcial de resultados realizada con los Equipos Básicos de Atención en Salud del Núcleo, fueron identificadas las condiciones anteriormente citadas y se propuso como alternativas para reducir estos problemas las siguientes acciones: que los(as) funcionarios/as les explicaran a las personas de qué trataba el servicio, les preguntaran si estaban interesadas/os en asistir a una cita y en caso de una respuesta positiva, solicitarles el número de teléfono para ser contactados(as) para ese fin. Con estas medidas fue posible mejorar el número de referencias efectivas al programa.

Sin embargo, muchas personas eran referidas al servicio por condiciones que habían sido valoradas por el personal de salud antes de que el servicio existiera, por lo que era necesario contactarlas mediante los números telefónicos registrados en sus expedientes. Esta situación lleva a reflexionar respecto al hecho de que, si las personas contaran con un servicio permanente y fueran ellas mismas quienes solicitaran la atención psicológica, probablemente el número de personas atendidas tendería a crecer.

#### ✓ **Descripción general de la población atendida**

La siguiente tabla muestra de forma general a la población atendida en el servicio de atención psicológica. En posteriores apartados se hará una caracterización por rasgos específicos.



Tabla 1.2 Población atendida

<b>Género</b>	<b>Edad</b>	<b>Motivo de consulta</b>	<b>No. de sesiones</b>
Mujer	28	Crianza de hijos	2
Mujer	12	Alopecia	3
Mujer	31	Crianza de hijos	4
Hombre	14	Bajo rendimiento académico y problemas de conducta	4
Mujer	34	Problemas familiares	2
Mujer	52	Problemas de pareja	10
Hombre	49	Síndrome de Estrés Postraumático (SEPT)	5
Mujer	86	Depresión por enfermedad	5
Mujer	79	Ansiedad	2
Mujer	20	Maternidad y embarazo	9
Hombre	42	Ataque de pánico	5
Mujer	20	Maternidad y embarazo	4
Mujer	80	Problemas familiares	1
Mujer	33	Estrés	1
Mujer	62	Problemas familiares	2
Mujer	47	Estrés	4
Hombre	15	Bajo rendimiento académico y problemas de conducta	4
Mujer	45	Crianza de hijos	4
Mujer	42	Duelo	2
Mujer	49	Problemas familiares	2
Hombre	25	Problemas de pareja	1
Hombre	35	Adicciones	4

En términos generales, la tabla anterior muestra una amplia diversidad de características de las personas que hicieron uso del servicio, de sus motivos de consulta y por ende, de las modalidades de intervención que fueron empleadas.

La práctica permitió desarrollar un total de **80 sesiones de atención psicológica**, lo cual pone en evidencia la importante cantidad de demanda del servicio. Sin embargo, como se discutirá posteriormente en el apartado de intervención terapéutica, los procesos terapéuticos no se caracterizan por ser extensos en el tiempo.

En este punto es importante recalcar que no fue necesario referir a ninguna persona a otro nivel del sistema de salud (secundario o terciario), lo que significa que los motivos de consulta pudieron ser atendidos desde el primer nivel del sistema de salud.

#### ✓ **Características de edad de la población atendida**

En el primer nivel de atención se atiende a todos los grupos etáreos, sin división de horarios de consulta por grupos de edad, por tanto el programa se abrió con iguales características.

La siguiente tabla muestra el número de personas atendidas por grupos de edad.

Tabla 1.3 Número de personas atendidas por grupos de edad

<b>Edades</b>	<b>Número de personas</b>
Menores de 10 años	0
De 10 a 19 años	3
De 20 a 29 años	4
De 30 a 39 años	4
De 40 a 49 años	6
De 50 a 59 años	1
De 60 a 69 años	1
De 70 a 79 años	1
De 80 años en adelante	2
<b>Total</b>	<b>22</b>

Tal y como puede apreciarse, más de la mitad de la población atendida se ubica entre los 20 y los 49 años. Así mismo, la población infantil fue la menos representada como beneficiaria del programa. Ambas condiciones, coinciden con la tendencia de cambios en la pirámide poblacional del país y del cantón de influencia del Núcleo.

En cuanto al análisis de los motivos de consulta por grupos de edad, es posible determinar cierta homogeneidad de acuerdo al momento del ciclo vital por el que atraviesan los/as consultantes.



Tabla 1.4 Número de personas según motivo de consulta por grupos de edad

Edades	Motivo de consulta	Número de personas
De 10 a 19 años	Bajo rendimiento académico y problemas de disciplina	2
	Alopecia	1
De 20 a 29 años	Maternidad y embarazo	2
	Crianza de hijos	1
	Problemas de pareja	1
De 30 a 39 años	Problemas familiares	1
	Crianza de hijos	1
	Estrés	1
	Adicciones	1
De 40 a 49 años	Problemas familiares	1
	Crianza de hijos(as)	1
	Ataque de pánico	1
	Síndrome de Estrés Postraumático	1
	Estrés laboral	1
	Duelo	1
De 50 a 59 años	Problemas de pareja	1
De 60 a 69 años	Problemas familiares	1
De 70 a 79 años	Ansiedad	1
De 80 años en adelante	Problemas familiares	1
	Depresión por enfermedad	1

La tabla anterior, permite determinar que se requiere una lectura de aspectos del desarrollo humano y de momentos del ciclo vital para poder comprender los factores que intervienen en los motivos de consulta por grupos de edad, ya que los factores biológicos, psicológicos y sociales que afectan a las personas cambian a lo largo de la vida.

Las problemáticas de niños, niñas y adolescentes se relacionan al ámbito educativo, las del grupo de 20 a 29 años al ámbito de pareja, maternidad y crianza de hijos, mismas que para



las edades de 30 a 59 años, edad en que se hacen presentes las condiciones clínicas como motivo de consulta, y para el grupo de edad posterior a los 60 años los problemas familiares, la angustia y la depresión son las problemáticas principales.

Esta diferencia por grupos de edad también puede ser comprendida desde los conceptos de “acontecimientos de la vida” o “eventos vitales”, que se puede definir como “aquellos hechos, deseados o no, que ocurren en la vida de un sujeto que tienen una importancia tal que ejercen un impacto en términos de vivencias emocionales o que pueden introducir cambios en los hábitos y costumbres y que requieren un esfuerzo adaptativo” (Morales, 1999, p.151). Como se verá posteriormente, dicho concepto también ayudará a comprender los tipos de intervenciones que se desarrollaron en este programa.

#### ✓ **Sexo de la población atendida**

En la distribución por sexo, resulta evidente que el Programa mostró un mayor número de usuarias que de usuarios a razón de 7 mujeres atendidas por cada 3 hombres aproximadamente, tal y como se aprecia en la siguiente tabla:

Tabla 1.5 Número de personas atendidas y porcentaje según sexo

Género	Número de personas atendidas	Porcentaje
Femenino	16	72.7%
Masculino	6	27.3%
TOTAL	22	100%

Situación que se mantiene cuando se compara con el número total de referencias recibidas en el Programa, donde la razón aproximada prácticamente es la misma, como se observa en la tabla 1.6.

Tabla 1.6 Número de personas referidas y porcentaje según sexo

Género	Número de personas referidas	Porcentaje
Masculino	12	26.7%
Femenino	33	73.3%
TOTAL	45	100%

Esta característica de diferencia entre el número de personas referidas y atendidas por sexo, genera cuestionamientos en torno a si efectivamente existe una mayor demanda de atención por parte de la población femenina o si existen elementos en la socialización, la construcción de género y en la relación salud-género que restringen el acceso de la población masculina a servicios de salud mental.

Para explicar esta diferencia de consulta entre ambos sexos, destacan dos grupos de formulaciones teóricas. El primer grupo postula que son los factores constitucionales, genéticos y/o endocrinos los que condicionan las diferencias de morbilidad psiquiátrica. Sin embargo, la mayor parte de los estudios en esta línea, son insuficientes para explicar el distinto comportamiento como consultantes. Como segundo grupo, las teorías ambientalistas defienden que son las variables socioculturales las que actúan a través de roles y patrones de conducta socialmente impuestos, y que son éstas, las que en última instancia condicionan el modo en que hombres y mujeres manifiestan su sufrimiento psicológico y las estrategias que adoptan para satisfacer sus necesidades de atención psiquiátrica (Montero, Aparicio, Gómez-Beneyto, Moreno-Küstner, Reneses, Usall & Vázquez-Barquero, 2004).

Por otra parte, cuando se compara el sexo con el motivo de consulta se obtiene:

Tabla 1.7 Número de personas según motivo de consulta por sexo

<b>Género</b>	<b>Motivo de consulta</b>	<b>Número de personas</b>
<b>Masculino</b>	Bajo rendimiento académico y problemas de disciplina	2
	Problemas de pareja	1
	Adicciones	1
	Ataque de pánico	1
	SEPT	1
<b>Femenino</b>	Problemas familiares	4
	Crianza de hijos	3
	Estrés laboral	2
	Maternidad y embarazo	2
	Alopecia	1
	Duelo	1
	Ansiedad	1
	Problemas de pareja	1
	Depresión por enfermedad	1

De tal manera que, si se analizan los motivos de consulta de la población masculina, se pone en evidencia que la mitad de las consultas (3 de cada 6) corresponden a problemáticas que podrían ser consideradas como clínicas: adicción, ataque de pánico y SEPT; lo cual refleja una mayor proporción de consultas de este tipo en la población masculina en comparación con la femenina. Situación que si se compara con análisis anteriores pone de manifiesto que los hombres consultan menos pero lo hacen por condiciones más graves.

Si se hace un contraste con el documento “Análisis de Indicadores de Género y Salud Costa Rica 2005”, encontramos datos de comparación importantes. Por ejemplo, sólo en el 2004



se registraron 215 homicidios en contra de hombres, lo cual representa el 87,4% del total de homicidios. De igual manera, el 97% de los fallecimientos en accidentes de tránsito, corresponde a hombres, y de 292 suicidios registrados para ese mismo año, el 88% fueron cometidos por hombres. Estos datos ponen de manifiesto el hecho de que la población masculina nacional se ve expuesta a múltiples situaciones que ponen en riesgo su salud, y por ende su vida de forma diferente a la población femenina.

Igualmente, existe una mayor tendencia de las mujeres a consultar por problemas familiares (la mitad de las consultantes) en comparación con los varones, aspecto que coincide con elementos de construcción de la feminidad, relacionados a la exigencia que recae sobre las mujeres de atender y cuidar a los/as otros, en especial pareja y familia.

Esta situación, si bien no es representativa por el tamaño de la muestra, nos señala demandas de atención diferentes por sexo, que deben ser consideradas, ya que ponen en evidencia condiciones psicosociales que influyen diferencialmente en ambos sexos y que requieren de un análisis más exhaustivo, más aún si se piensa en una perspectiva integral de salud y de intervenciones con perspectiva de género.

Como complemento de este análisis, la tabla 1.8 muestra el número de personas por grupo de edad según sexo:



Tabla 1.8 Número de personas por grupo de edad según sexo

Grupos de edad	Masculino	Femenino
De 10 a 19 años	2	1
De 20 a 29 años	1	3
De 30 a 39 años	1	3
De 40 a 49 años	2	4
De 50 a 59 años	0	1
De 60 a 69 años	0	1
De 70 a 79 años	0	1
De 80 años en adelante	0	2
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>16</b>

cuyos datos reflejan que no se atendieron hombres mayores de 49 años, lo cual genera interrogantes respecto a las razones por las cuales este grupo poblacional de varones no se benefició del servicio. Este panorama, lleva a concluir que no solo existe una demanda de atención reducida por parte de la población masculina, sino también al hecho de que esta necesidad de atención se reduce a un grupo de población con edades inferiores a los 49 años.

Como información adicional, es importante agregar que 2 de los 6 varones atendidos, fueron llevados al programa por sus madres, debido a su condición de menores de edad; y ambos por el mismo motivo de consulta: bajo rendimiento académico y problemas de disciplina.

En contraste, para el caso de las mujeres, se atendieron personas de todos los grupos de edad representadas; a pesar de que existe también, una mayor tendencia de participación en la población con edades inferiores a los 49 años.

✓ **Estado civil**

En cuanto al estado civil, en la población atendida existe un predominio de personas casadas, tal y como puede apreciarse en la siguiente tabla:

Tabla 1.9 Número de personas según estado civil

Estado civil	Número de personas
Soltero/a	6
Casado/a	10
Unión libre	3
Viudo/a	2
Divorciado/a	2

Debe tenerse además en consideración que dentro de la población atendida se encuentran 3 menores de edad, cuyo estado civil es de soltería.

Esta situación además coincide con el predominio de los motivos de consulta, como se analizará posteriormente.

✓ **Nivel educativo**

La mayor cantidad de población atendida cuenta con un nivel educativo de secundaria incompleta (8 personas), seguida de aquellas personas que cuentan con una capacitación técnica (5 personas).

Tabla 1.10 Número de personas según nivel educativo

Nivel educativo	Número de personas
Primaria incompleta	2
Primaria completa	3
Secundaria incompleta	8
Secundaria completa	1
Universitaria incompleta	1
Universitaria completa	2
Formación técnica	5

Sin embargo, tal y como puede apreciarse existe diversidad en el nivel educativo de las personas usuarias del programa.

#### ✓ **Ocupación**

Al igual que en el caso del nivel educativo la ocupación de las personas atendidas fue muy diversa, siendo las amas de casa y los/as estudiantes la población más numerosa.

Tabla 1.11 Número de personas por ocupación

Ocupaciones	Número de personas
Ama de casa	4
Estudiante	4
Empleada doméstica	3
Persona pensionada	3
Cocinera	2
Estilista	1
Artesano	1
Panadero	1
Vendedor asalariado	1
Trabajador independiente	1
Desempleada	1
<b>Total</b>	<b>22</b>

Debe considerarse que esta característica puede estar explicada por el hecho de que las horas de atención del programa coinciden con la jornada laboral pública, y son justamente las amas de casa y los/as estudiantes quienes cuentan con mayores posibilidades de acceso a servicios en dicho horario.

#### ✓ Lugar de residencia

En cuanto al lugar de residencia de las personas consultantes, todas pertenecen al área de influencia del Núcleo de Salud, siendo San Pedro y Barrio Pinto la zona más representativa.



Tabla 1.12 Número de personas según lugar de residencia

Lugar de residencia	Número de personas
San Pedro	12
Barrio Pinto	9
Barrio la Granja	1

Resulta importante agregar que dos de las personas atendidas son de origen nicaragüense, lo cual pone de manifiesto la situación de la presencia de población migrante en los servicios de salud costarricenses.

✓ **Motivos de consulta**

Tal y como se ha apreciado en cuadros y tablas anteriores, existe una gran multiplicidad de necesidades y problemáticas en el primer nivel de atención.

Tabla 1.13 Número de personas según motivo de consulta

Motivo de consulta	Número de personas
Problemas familiares	4
Crianza de hijos(as)	3
Maternidad embarazo	2
Problemas de pareja	2
Estrés laboral	2
Bajo rendimiento académico y problemas de conducta	2
Adicciones	1
Ataque de pánico	1
Síndrome de Estrés Postraumático	1
Alopecia	1
Depresión por enfermedad médica	1
Ansiedad	1
Duelo	1
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>

La tabla anterior muestra como, para un número de 22 personas atendidas en el programa, sus problemáticas pueden ser apenas agrupadas en 13 categorías. Sin embargo si es posible establecer que los motivos de consulta relacionada a la familia, pareja, maternidad, y crianza de hijos/as ocupan un lugar importante en las demandas de atención.

Igualmente resulta importante señalar que los motivos de consulta que merecieron diagnósticos que pueden ser consideradas de orden clínico, no presentaban un nivel de gravedad en su sintomatología a tal nivel que requiriera intervención a otros niveles, razón por la cual un abordaje psicoterapéutico en el primer nivel derivó en resultados positivos en todos los casos, tal y como se expondrá en posteriores apartados.

Por otra parte, es significativo resaltar que 18 (dieciocho) de las personas usuarias del servicio presentaban otro tipo de problemáticas que podrían considerarse secundarias al motivo de consulta, problemáticas que se resumen en la tabla 1.14

Tabla 1.14 Número de personas según problemáticas secundarias

<b>Problemáticas secundarias</b>	<b>Número de personas</b>
Crianza de hijos	5
Problemas familiares	4
Problemas de pareja	4
Adicciones	2
Estrés laboral	2
Maternidad/embarazo	1
<b>Total</b>	<b>18</b>

Estas problemáticas secundarias resultan dignas de analizarse, ya que ponen en evidencia relaciones de comorbilidad (como en el caso de las adicciones) y de multiplicidad de problemáticas psicosociales que acompañan a los principales motivos de consulta, lo cual necesariamente requiere de atención durante la intervención terapéutica.

Por ejemplo, para el caso de las dos personas con problemática secundaria de adicciones (una al uso de alcohol y otra al uso de cocaína), en el momento de la intervención no presentaban condiciones de consumo, sin embargo fue necesario trabajar durante la intervención como objetivo terapéutico la prevención de una recaída.

### **C. Descripción de la intervención terapéutica**

En este apartado, se pretende lograr una descripción de las características de la atención psicológica brindada en el programa, con especial énfasis en la respuesta a la demanda de atención de la población.

#### **✓ Enfoque terapéutico**

El enfoque terapéutico empleado fue predominantemente cognitivo conductual.

#### **✓ Formato de entrevista**

Si bien cada caso es particular, en pos de optimizar y estandarizar las intervenciones, se creó un formato básico de entrevista (Ver anexo 8)

#### **✓ Frecuencia y duración de la atención**

Las sesiones se establecieron con una duración aproximada de 1 hora y con una frecuencia no mayor a una semana entre una sesión y otra, salvo en los casos de sesiones de seguimiento en los que la fecha varió en función de los requerimientos del caso.

Para evitar inconvenientes con el logro de los objetivos terapéuticos, faltando un mes para el cierre del programa se cerró la recepción de referencias de casos.

#### **✓ Técnicas del tratamiento**

De forma general, las técnicas de tratamiento empleadas involucran tres componentes básicos: aspectos didácticos/psicoeducación, técnicas cognitivas y técnicas conductuales.

#### **✓ Número de sesiones**

La siguiente tabla muestra el número de personas que participaron del programa de acuerdo con el número de sesiones a las que asistieron.



Tabla 1.15 Número de personas según el número de sesiones

Número de sesiones	Número de personas
1 sesión	3
2 sesiones	6
3 sesiones	1
4 sesiones	7
5 sesiones	3
9 sesiones	1
10 sesiones	1
<b>Total</b>	<b>22</b>

Como puede apreciarse, la mayoría de personas vivieron procesos terapéuticos no mayores a las 4 sesiones (18 personas), situación que no debe interpretarse como falta de adherencia al proceso terapéutico, sino como una demanda de atención a problemas específicos cuya intervención no requiere de procesos terapéuticos extensos en el tiempo, situación que se expondrá en detalle en el siguiente apartado.

#### ✓ Modalidades de intervención empleadas

Una de las características del servicio de atención psicológica, fue el hecho de que no todas las personas necesitaban o demandaban un proceso terapéutico, por lo que fue necesario desarrollar otros tipos de intervención. Entre ellas:

- \* Intervención en crisis
- \* Orientación psicológica para un problema específico
- \* Terapia breve

Tabla 1.16 Número de personas según modalidad de intervención

Modalidad de intervención	Número de personas
Intervención en crisis	7
Orientación psicológica para un problema específico	10
Terapia breve	5
Total	22

En este sentido, es necesario considerar que no existe relación entre el número de sesiones y el motivo de consulta, ya que a pesar de que muchos consultantes comparten problemáticas, las particularidades de los casos son diferentes, lo mismo que sus objetivos terapéuticos. Por ende, se puede concluir también que no existe relación entre el motivo de consulta y la modalidad de intervención; salvo aquellos casos con diagnósticos clínicos que sí requirieron intervenciones más prolongadas.

#### **D. Descripción de los casos atendidos**

A continuación se expondrá una descripción de los casos atendidos de acuerdo a la modalidad de intervención.

##### ***Intervención en crisis***

De acuerdo con García (s.f.), una persona que atraviesa por un estado de crisis se encuentra en un momento vitalmente importante debido a un evento emocionalmente significativo que ha implicado un cambio importante en su vida. El individuo enfrenta un problema ante el cual sus recursos de adaptación, así como sus mecanismos de defensa usuales no funcionan satisfactoriamente. El problema rebasa sus capacidades de resolución y, se

encuentra en un estado de desequilibrio. La persona experimenta una mayor tensión y ansiedad, lo cual la inhabilita aún más para encontrar una solución.

Los objetivos de la intervención en crisis estarán dirigidos a:

- El alivio en lo inmediato de los síntomas de reacción.
- Restauración de un nivel de funcionamiento CASIC mínimo (cognitivo, afectivo, somático, interpersonal y conductual)
- Cierta comprensión de los eventos precipitantes relevantes que condujeron al desequilibrio.
- Identificación de los recursos de ayuda y rescate que se pueden utilizar: personales, familia, profesionales, comunidad, etcétera.
- Iniciar nuevas formas de percibir, pensar y sentir lo hasta ahora sucedido,
- Desarrollar habilidades de afrontamiento efectivo, autoestima, asertividad y solución de conflictos.
- Dar seguimiento a la intervención.

Cuadro 1.1 Descripción de los casos de intervención en crisis atendidos

<i>Información general del caso</i>	<i>Motivo de consulta</i>	<i>Objetivo de la intervención</i>	<i>Técnicas cognitivo conductuales empleadas</i>	<i>Logros de la intervención</i>
Mujer, 34 años, divorciada, empleada doméstica	Ella sospecha que su hija de 15 años, consume drogas, llega ebria a altas horas de la noche, tiene bajo rendimiento académico y problemas de límites.	Orientar a la madre en la toma de decisiones y el manejo de límites con su hija.	-Psicoeducación en consumo de sustancias y manejo de límites. -Búsqueda y elaboración de alternativas. -Toma de decisiones.	- Habla con su hija quien incluso accede a realizarse análisis de sangre para descartar consumo de sustancias. - Establece límites en cuanto a la frecuencia y hora de llegada al hogar. - Establece acuerdos en cuanto al desempeño académico.
Mujer, 80 años, casada, pensionada.	Hace un mes sufrió un ataque cardíaco y expresa sentirse triste porque su familia no considera su situación de salud ya que continúan demandando de ella el mismo trabajo doméstico.	Comprensión realista de la situación y toma de decisiones.	-Identificación y modificación de distorsiones cognitivas mediante prueba de realidad. -Búsqueda de soluciones. -Entrenamiento en comunicación asertiva.	- Conversa con su familia aspectos de su condición actual de salud, sus sentimientos y las limitaciones. - Se toman decisiones de reordenamiento familiar.



Mujer, 33 años, casada, cocinera.	Fue despedida de su trabajo a causa de su estado de embarazo (3 meses).	Valoración de recursos personales y sociales para enfrentar el despido en su condición de embarazo.	-Psicoeducación en cuanto a recursos sociales (MTSS e IMAS). -Reestructuración cognitiva: reatribución, contrastar predicciones catastróficas y búsqueda de soluciones.	-Compromiso de asesoría en el MTSS respecto a sus derechos. -Identificó recursos personales para trabajo independiente. -Identificó el recurso de su pareja para afrontar la situación.
Mujer, 62 años, casada, ama de casa.	Se presenta muy afligida a razón de los problemas que enfrentar sus dos hijos. Un hijo de 41 años con problemas de adicción a drogas y una hija de 22 años con problemas de pareja.	Identificación real de la responsabilidad respecto a la situación actual de vida de sus hijos y toma de decisiones	Reestructuración cognitiva: reatribución, identificación y modificación de distorsiones cognitivas (personalización, pensamiento dicotómico, entre otras).	-Cambio en la excesiva culpabilización de la consultante respecto a los problemas de sus hijos. -Interés en modificar el patrón de relación madre-hijo/a en el que ella siempre es la "salvadora".
Mujer, 42 años, ama de casa	Proceso de duelo de ambos padres, agravado por la necesidad de venta de una propiedad heredada por ellos que encuentra oposición familiar.	-Evaluación del proceso de duelo en sus manifestaciones cognitivas y conductuales. -Evaluación realista de la situación de venta de la propiedad.	Reestructuración cognitiva de distorsiones tales como: personalización ("mi familia va a sufrir por mi culpa") generalización ("todos se van a enojar conmigo"), magnificación ("nunca me lo van a perdonar"), entre otras.	-El patrón de duelo cognitivo y conductualmente es acorde con los esperado, sin ningún tipo de condición clínica. -Cambio en las cogniciones asociadas a la culpabilización por la venta de la propiedad por otras más adaptativas.

Mujer, 49 años, divorciada, ama de casa	Problemas familiares. Su hija mayor de 20 años está actualmente embarazada de su segundo hijo, es soltera y vive con ella. Sus dos hijas menores son gemelas y están presentando problemas educativos.	-Identificación de recursos de atención educativa para las niñas. -Identificación de recursos personales y de valía personal para hacer frente a la situación	-Reestructuración cognitiva de distorsiones tales como: razonamiento emocional (“soy una mala madre”), afirmaciones “deberías” (“yo debí haber hablado más con mi hija de novios y esas cosas”, externalización de la propia valía (“si no fuera por el apoyo de mi exesposo yo no se que sería de ellas”, entre otras. -Toma de decisiones.	-Las gemelas serán evaluadas en el centro educativo al que asisten. - Visión más realista de sus recursos personales para enfrentar la situación.
Hombre, 25 años, unión libre, soltero	Crisis debido a una recaída por consumo de sustancias (cocaína) por parte de su pareja.	Analizar las dimensiones del problema y apoyar la toma de decisiones.	-Psicoeducación respecto al consumo de sustancias. -Reestructuración cognitiva de distorsiones tales como la personalización (“es por mi culpa que pasó lo que pasó”). - Toma de decisiones.	-Visión realista de la situación de su pareja y toma de decisiones respecto a la separación si existe reincidencia en el consumo.

En muchos momentos de la vida de los seres humanos, se presentan situaciones que pueden llevar a estados de crisis emocional, la cual, de no ser resuelta adecuadamente resulta en un factor de riesgo de padecer problemas psicológicos y trastornos mentales más severos. Es por ello que, la intervención en crisis resulta básica en los servicios de atención primaria.

Si se analizan los motivos de consulta, se observará que la mayoría de personas buscaba estabilizarse emocionalmente en medio de una situación de crisis, y desgraciadamente nuestro sistema de salud no tiene este tipo de servicios en su oferta. Al respecto es importante reconocer que no existen síntomas inocuos, ya que el impacto del motivo de

consulta debe ser entendido en el contexto social y psicológico de quien acude a un servicio. Es por ello que dichas situaciones deben ser contempladas como contingencias potencialmente productoras de condiciones de mayor complejidad y de un impacto actual que requiere ser evaluado.

Por otra parte, las técnicas cognitivas, en especial de reestructuración cognitiva, y conductuales de toma de decisiones, fueron sumamente útiles y eficaces para el manejo de las situaciones de crisis, y con muy buenos resultados en cuanto a los logros alcanzados en el corto plazo.

#### ***Orientación psicológica para un problema específico***

La orientación psicológica para un problema específico, estuvo orientada primordialmente por los principios de la terapia de solución de problemas, la cual es considerada una estrategia cognitivo-conductual adaptada a problemas prácticos cotidianos. Consiste en la presentación y práctica de un método general, estructurado en una serie de pasos, con el fin de ayudar al cliente a resolver sus propios problemas vitales.

Los pasos propuestos por D'Zurilla y Goldfried (citados por Olivares y Méndez, 2001) son:

1. Orientación del problema: desarrollar una actitud facilitadora en el sujeto a la hora de enfrentarse al problema.
2. Formulación y definición del problema: definir el problema operativamente y plantear metas realistas.
3. Generación de alternativas: proponer una amplia variedad de soluciones para aumentar la probabilidad de solucionar el problema.
4. Toma de decisiones: valorar las consecuencias de cada alternativa y seleccionar la(s) que pueden resolver mejor la situación.
5. Ejecución y verificación de resultados (p.499).



Cuadro 1.2 Descripción de los casos de orientación psicológica para un problema específico

<i>Información general del caso</i>	<i>Motivo de consulta</i>	<i>Objetivo de la intervención</i>	<i>Técnicas cognitivo conductuales empleadas</i>	<i>Logros de la intervención</i>
Mujer, 31 años, viuda, estilista	Problemas de conducta y rendimiento académico de su hijo de 14 años	Orientar a la madre en el manejo de límites con el hijo.	-Entrenamiento en manejo de límites -Contrato de contingencias	-Efectivo establecimiento de límites con el hijo y cumplimiento del contrato de contingencia lo que resolvió el motivo de consulta.
Hombre, 14 años, estudiante de secundaria	Problemas de conducta y bajo rendimiento académico que puede provocar la pérdida del año escolar.	Incrementar la conducta de estudio con el fin de aprobar el año escolar. Disminuir las conductas problema.	-Análisis costo-beneficio. -Análisis de consecuencias. -Establecimiento de un horario de estudio.	-Disminución de los problemas de conducta. -Adherencia a un horario de estudio que le permitió aprobar el año.
Mujer, 28 años, casada, empleada doméstica	Su hijo de 3 años y 2 meses no deja los pañales y la señora que lo cuida mientras ella trabaja amenaza con no cuidarlo si la situación no se resuelve.	Brindar información a la madre de técnicas de modificación de conducta para que el niño controle esfínteres.	Psicoeducación para el entrenamiento del control de esfínteres.	Se le brindó la información pero no pudo darse seguimiento a los logros.
Mujer, 79 años, casada, pensionada	Refiere sentir "angustia" recurrente todos los días a las 5pm	Detener las crisis de angustia	-Entrenamiento en el control de la respiración y relajación -Distracción cognitiva y control de las autoverbalizaciones negativas.	Detención de las crisis de angustia.



Mujer, 20 años, soltera, desempleada	Se encuentra embarazada de su segundo hijo, no cuenta con trabajo y tiene dificultades para recibir apoyo económico de los padres de sus hijos	Propiciar la evaluación realista de su situación de vida. Promover la identificación de recursos personales, familiares y sociales para sobrellevar la situación. Toma de decisiones.	Reestructuración cognitiva: abstracción selectiva (“mis hijos van a crecer sin un padre”), culpabilización excesiva (“todo es mi culpa”), sobregeneralización y descalificación de lo positivo (“yo no he sido una buena mamá con mi primer hijo ¿cómo lo voy a ser con este?”)	Visión más positiva de su situación de vida gracias al reconocimiento de aspectos positivos de sí misma y de recursos familiares. Decisión de solicitar pensión alimenticia a los padres de sus hijos.
Mujer, 47 años, unión libre	Estrés laboral y riesgo de recaída de consumo de alcohol	Identificación de variables cognitivas, conductuales y contextuales asociadas al riesgo de recaída	-Entrenamiento en relajación. -Técnicas de control de estímulos. -Análisis de consecuencias	Prevención de recaída hasta la finalización del programa.
Mujer, 45 años, casada	Problemas de conducta y rendimiento académico de su hijo de 15 años	Orientar a la madre en el manejo de límites con el hijo.	-Entrenamiento en manejo de contingencias	-Efectivo establecimiento de límites con el hijo y cumplimiento del contrato de contingencia lo que resolvió el motivo de consulta.
Hombre, 15 años, estudiante de secundaria	Problemas de conducta y rendimiento académico	-Extinción de los problemas de conducta (ej. quedarse en la calle después del colegio sin avisar). -Mejorar el rendimiento académico.	-Análisis costo-beneficio -Análisis de consecuencias -Establecimiento de horario de estudio.	-Desaparición de los problemas de conducta. -Adherencia al un horario de estudio.

Hombre, 35 años, unión libre, panadero	Recaída por consumo de sustancias	- Identificación y modificación de las variables cognitivas y conductuales asociadas a la recaída.	-Técnicas de autocontrol y de control de estímulos. -Reestructuración cognitiva de distorsiones cognitivas: sobregeneralización (“a mi lo que me da miedo es no poderme controlar en otros momentos”), pensamiento dicotómico y razonamiento emocional (“yo me siento un adicto”), entre otros	Ausencia de reincidencia de consumo.
--	-----------------------------------	--	---	--------------------------------------

Tal y como puede deducirse de las intervenciones terapéuticas, el manejo técnico del profesional en psicología debe ser vasto. Así mismo, las intervenciones cognitivo conductuales continúan mostrando su efectividad en este nuevo grupo de demandas de atención.

### Terapia breve

La terapia breve posee naturaleza focal, con un énfasis en la reducción de los síntomas. Con ello se facilita la motivación, se fomenta la formulación de una meta terapéutica clara y se mantiene una orientación centrada en problemas.

Para los casos considerados de terapia breve (5 o más sesiones) se describen individualmente en fichas clínicas que incluyen:

- ↳ Descripción del caso
- ↳ Objetivos terapéuticos

- ↳ Número de sesiones
- ↳ Técnicas terapéuticas empleadas
- ↳ Logros terapéuticos

María, 52 años, nicaragüense, empleada doméstica, sin hijos, casada hace 10 años con un costarricense de 54 años que trabaja como guarda. Refiere que desde hace tres años hasta la fecha su esposo se empezó a comportar indiferente y grosero con ella (por ejemplo, le señalaba defectos, le decía estaba gorda, que la comida le quedaba fea, que era tonta). Ella comenta que por ser la segunda esposa de su pareja, la familia de él nunca la aceptó y constantemente tenían discusiones al respecto. La situación se agrava y finalmente acabó en el abandono del hogar por parte de su esposo apenas ocho días antes de la primera cita en el servicio de psicología. Ella se encuentra en un estado de tristeza profunda, no desea trabajar ni levantarse de la cama por las mañanas, llora constantemente, se siente muy sola y tiene pensamientos negativos respecto a si misma.

#### *Objetivos terapéuticos*

Mejorar la motivación y el estado de ánimo.

Aumento de la confianza en si misma.

Prevenir complicaciones mayores.

Desarrollar sentimientos de optimismo respecto al futuro.

*Número de sesiones:* 10 sesiones

#### *Técnicas terapéuticas empleadas*

-Psicofármacos: se coordinó con su médico la prescripción de un antidepresivo por la gravedad de los síntomas y la cantidad de factores de riesgo.

-Identificación de creencias irracionales y reestructuración cognitiva de distorsiones tales como: culpabilización (“talvez si yo lo hubiera complacido en todo él no se hubiera ido”),

sentimientos de minusvalía (“¿qué voy a hacer yo sin él, si él era el centro de mi vida?”), razonamiento emocional (“yo soy una mala esposa, por eso me dejó), entre otras.

-Reatribución: con el fin de determinar la responsabilidad de cada una de las partes de la pareja.

-Detección y modificación de esquemas básicos preconcebidos respecto a la pareja, el matrimonio y el divorcio.

-Búsqueda de soluciones alternativas: por ejemplo la búsqueda de nuevos contactos sociales para no permanecer tanto tiempo sola en la casa.

-Control ambiental: visitar personas o lugares de interés.

*Logros terapéuticos:*

-Mejoría significativa del estado de ánimo.

-Aumento de contactos sociales (visitas a amistades e incorporación a grupos).

-Prevención de otras complicaciones asociadas.

-Desarrollo de planes futuros.

-Es importante agregar que cerca de las 5 sesiones fue posible retirar la medicación gracias a los resultados positivos del proceso terapéutico.

Federico, 49 años, casado, artesano, padre de cuatro hijas adultas. Antecedentes de consumo de drogas. Consulta porque hace algunos meses viene sintiendo miedo, “nervios”, sin motivo aparente, se siente inseguro, desmotivado y con miedo a acostarse y no despertar.

Cuando se indaga situaciones de vida importantes él menciona que hace nueve meses murió su cuñado en condiciones muy impactantes para él. Su cuñado tenía problemas de alcoholismo, lo habían echado de su casa y vivía con ellos a petición de su esposa, pero él reconoce que no lo quería, que le molestaba tenerlo ahí. Un día el cuñado no se levantaba y



la esposa lo fue a llamar para avisarle y que intentara abrir la puerta, cuando él logró ingresar a la habitación lo encontró muerto. Cuando hace el relato, Federico comenta que tiene imágenes “como recuerdos” de la situación constantemente.

Los síntomas son más intensos en la noche, “me la paso en un puro brinco” y hasta me empieza a faltar el aire.

*Objetivos terapéuticos*

- Eliminación de las manifestaciones que causan malestar
- Prevención de otras complicaciones, en especial la recaída en el uso de drogas.

*Número de sesiones:* 5 sesiones

*Técnicas terapéuticas empleadas:*

- Psicoeducación respecto a su condición y el modelo ABC.
- Identificación de las creencias que activan el desajuste.
- Reestructuración cognitiva, en especial se trabajó la identificación y modificación de esquemas básicos respecto a la muerte mediante diálogo socrático. Así mismo que trabajó en la detención de pensamientos automáticos asociados al miedo y la inseguridad.
- Entrenamiento en respiración y relajación.

*Logros terapéuticos:*

- Eliminación de manifestaciones fisiológicas, cognitivas y conductuales que causaban malestar en el consultante.
- Efectiva prevención de complicaciones mayores y recaídas.

Damaris, mujer de 86 años, viuda, madre de 8 hijos. La trae su nieto a consulta, ya que después de una hospitalización de una semana en la que fue sometida a una intervención

quirúrgica, ella ha mostrado un deterioro importante de su estado de ánimo. Al ser entrevistada ella comenta: “yo siento que ya no sirvo para nada”, “me siento inútil”, “yo ya no soy como antes”. Refiere además que no tiene ánimo de levantarse en las mañanas, que no quiere salir de la casa.

*Objetivos terapéuticos*

- Mejorar las estrategias de afrontamiento del proceso de envejecimiento y pérdida de la salud.

*Número de sesiones:* 5 sesiones

*Técnicas terapéuticas empleadas*

-Reestructuración cognitiva respecto a distorsiones tales como las expuestas en la descripción del caso, principalmente mediante diálogo socrático.

-Detección y modificación de esquemas básicos de pensamiento respecto al proceso de envejecimiento.

-Acompañamiento en la resolución de problemas (toma de decisiones) respecto a cambios de la dinámica familiar en función de su condición de salud.

-Identificación e impulso de redes familiares y sociales de apoyo.

*Logros terapéuticos:*

-Reincorporación al grupo de adultos mayores de la comunidad.

-Resignificación de su proceso de envejecimiento.

-Reordenamiento de la dinámica familiar en función de su condición de salud.

Ricardo, hombre de 42 años, casado, con dos hijas, trabajador independiente. Refiere que en una ocasión ante una situación de estrés laboral, tuvo una reacción de ansiedad severa

acompañada de sensación de ahogo, aumento de la frecuencia cardíaca y sensación de estar muriendo. Posterior a este hecho, en varias ocasiones ha tenido episodios repetidos en los que, en una situación sin elementos ansiosos ha presentado el mismo cuadro: en el área de comidas de un mall, en un museo y al menos en 4 ocasiones mientras duerme. Esto ha generado a que la situación se siga presentando, y a desarrollado evitación a lugares cerrados como ascensores, buses, cine, entre otros.

*Objetivos terapéuticos:*

Eliminar las respuestas asociadas al ataque de pánico.

*Número de sesiones:* 5 sesiones

*Técnicas terapéuticas empleadas:*

- Psicoeducación sobre ataques de pánico.
- Explicación del modelo ABC
- Entrenamiento en técnicas de respiración y relajación.

*Logros terapéuticos:*

- Desaparición de ataques de pánico.

Ana, joven de 20 años de edad, soltera, estudiante universitaria, proveniente de una zona costera del país, condición socioeconómica media, embarazada de 32 semanas. Asiste al servicio por referencia de la doctora que le da control en el EBAIS, la cual teme síntomas de depresión. Su actitud durante la primera entrevista es pesimista y desesperanzadora. Reconoce como su principal problemática la falta de apoyo emocional por parte del papá de su bebé y de su familia debido a la distancia geográfica y a problemas con su padrastro. Antecedentes de consumo de alcohol y drogas y consecuente riesgo de recaída.

*Objetivos terapéuticos*

Prevención de depresión posparto.

Prevención de recaída en el consumo de drogas.

Empoderamiento, búsqueda de autoapoyo recursos personales

*Número de sesiones:* 9

*Técnicas terapéuticas:* apoyo emocional, reestructuración cognitiva, prueba de realidad, diálogo socrático, entre otras.

*Logros terapéuticos*

- Ausencia de depresión posparto.
- Ausencia de recaída en el uso de drogas.
- Mejoría notable del ánimo, actitud alegre y optimista respecto a la maternidad.
- Fortalecimiento del vínculo materno.
- Mantenimiento en el sistema de educación superior y aprobación de todas las materias matriculadas.
- Fortalecimiento de proyecto de vida.

**E. Logros del Programa**

El programa obtuvo importantes resultados, entre ellos:

- La organización eficiente y eficaz de un servicio de atención psicológica en el primer nivel de atención, acorde con las necesidades de las personas beneficiadas y en concordancia con aspectos administrativos.
- La satisfacción de las necesidades de atención mediante respuesta a todas las referencias recibidas.
- La respuesta mediante interconsulta a todos los funcionarios/as.



- Una importante cantidad de personas beneficiadas por el servicio (22 personas) y un número significativo de sesiones terapéuticas realizadas (80 sesiones).
- La capacidad de atención a una multiplicidad de motivos de consulta.
- La alta adherencia a los procesos terapéuticos por parte de las personas que hicieron uso del servicio.
- La satisfacción de las personas atendidas por contar con un servicio de atención psicológica en su propia comunidad, así como por la resolución de sus motivos de consulta.
- La experiencia de incorporación de una profesional en psicología a los equipos de salud
- Compatibilidad de los objetivos del proyecto con los objetivos y compromisos del Núcleo.
- El apoyo institucional, profesional y humano con el que se contó.

#### **F. Limitaciones**

Las limitaciones fueron escasas y se refirieron a aspectos de orden administrativo que fueron señalados anteriormente y que fueron solventadas durante la práctica.

## II. Análisis de resultados

### A. Sistema de atención psicológica

La psicología clínica tradicional ha desarrollado su labor en espacios diferentes al modelo de un primer nivel de atención. Por tanto, la apertura de un servicio como este, requirió contemplar una serie de aspectos que involucran condiciones administrativas, logísticas y de espacio físico, acordes con las necesidades del ejercicio de la profesión, las necesidades y características de la población atendida y el sistema de salud público; entre ellas:

- ✓ Delimitación de las características del puesto, sus funciones dentro del marco de atención en salud, relaciones interdisciplinarias, interinstitucionales e intersectoriales, entre otros.
- ✓ Establecimiento de sistemas internos de interconsulta, que no solo coincidan con la administración, sino que también respondan a las particularidades del centro de salud, sus características de atención y las particularidades de sus usuarios/as.
- ✓ Establecimiento de sistemas externos de externos que coincidan con la administración pública y del sistema de salud en su dimensión más amplia.
- ✓ Clara delimitación de aspectos relacionados con la confidencialidad y al manejo ético de la información de los/as usuarios.
- ✓ Asignación de recursos en función de los presupuestos disponibles y en concordancia con las particularidades de la atención.
- ✓ Identificación de recursos institucionales y comunitarios que coadyuven a los procesos de atención psicológica y contribuyan a brindar una atención integral en salud.
- ✓ Consideración de las necesidades especiales de la población atendida.

Los cuales requieren una visión, no solo psicológica, sino también administrativa, política y social del servicio.

### **B. Población atendida**

Los datos muestran una clara necesidad de atención psicológica en el primer nivel de atención. Esta aseveración se sustenta, entre otras razones, en:

- ✓ El alto número de personas referidas y atendidas en el programa.
- ✓ Las limitadas opciones de atención, dentro del sistema de salud costarricense, de muchas de las problemáticas que fueron motivo de consulta.
- ✓ Las dificultades (principalmente atrasos en la atención) para obtener servicios en otras instancias del sistema de salud, en caso de contar con una referencia del primer nivel para ser atendido/a en el segundo o tercer nivel.
- ✓ La posibilidad de realizar prevención de condiciones clínicas, así como de evitar condiciones discapacitantes y de deterioro del estado emocional de los/as consultantes, así como de recaídas en el caso de adicciones, desde el primer nivel de atención.

Es importante recalcar que el servicio de atención psicológica clínica en un primer nivel, debe atender a todos los grupos de edad correspondientes al área de cobertura, y por su parte, cada grupo cuenta con características y necesidades de atención diferentes que deben ser valoradas. Si se piensa desde la perspectiva de la interinstitucionalidad y la intersectorialidad, para el caso de los niños(as) y adolescentes, resulta pertinente la coordinación de acciones con centros educativos, y demás instituciones gubernamentales y no gubernamentales que atienden problemáticas psicosociales de este grupo de edad. Igualmente, resulta una opción de atención la creación de grupos de apoyo y educativos para padres y madres que comparten determinadas problemáticas de interés respecto a crianza de hijos.

En cuanto a la población adulta, resulta necesario comprender que si las preocupaciones familiares, laborales y de pareja, constituyen demandas importantes de atención, es posible que se requieran intervenciones más allá del ámbito individual. Por ejemplo, es posible

requerir de intervenciones familiares y de pareja, e incluso contemplarse la posibilidad de realizar intervenciones en ámbitos laborales, que pueden ser de orden preventivo (ver como ejemplo en el Programa 3 actividades con la Municipalidad de Montes de Oca)

Por otra parte, sin lugar a duda, la atención a la población de adultos mayores representa uno de los retos más importantes que enfrenta, tanto la psicología como las diversas disciplinas que tienen interés directo en la salud y el bienestar de las personas. La esperanza de vida de nuestro país continúa aumentando, y la creación de condiciones de atención en salud para las personas en esta etapa del ciclo vital es una necesidad imperante.

El predominio de población femenina sobre la masculina en el programa, coincide con lo encontrado en otros estudios. De acuerdo con Montero, et.al. (2004), en la mayoría de los estudios, las mujeres tienden con mayor frecuencia que los hombres a buscar ayuda para sus problemas psiquiátricos en los servicios ambulatorios especializados, y las diferencias son más patentes en el ámbito de la atención primaria, cualquiera que sea la causa e independientemente de la región geográfica.

Esta situación, pone en evidencia la necesidad de realizar investigaciones con enfoque de género más amplias; que permitan esclarecer cuáles son las problemáticas y necesidades de hombres y mujeres. Resulta necesario indagar, si existen barreras de acceso por sexo a los servicios de atención psicológica, si existen factores de riesgo diferenciales, si se requieren o no servicios especializados por sexo, entre otros temas fundamentales, cuando se trabaja desde una perspectiva de la salud con principios de equidad.

Igualmente, la multiplicidad de motivos de atención pone en evidencia la necesidad de varios requerimientos por parte de profesionales en psicología en el primer nivel atención: una formación clínica y psicosocial amplia, un encuadre terapéutico flexible que se adapte a las demandas propias de la población, experticia en el manejo técnico, actualización permanente, así como la búsqueda de alternativas de intervención eficientes y eficaces.



Por otra parte, si se analizan los motivos de consulta de la población atendida, y más aún los logros de atención derivados de la intervención, se puede apreciar que los casos no alcanzaban a considerarse de una gravedad o nivel de complejidad que requiriera la referencia a otro nivel de atención dentro del sistema de salud. Esta situación nos muestra, que si bien, pueden existir casos de complejidad clínica en el área de influencia del Núcleo, el mayor número de necesidades de atención pueden ser atendidas a un nivel primario.

Al respecto, si se examina con detenimiento se encontrará que muchas necesidades de atención pueden ser trabajadas a un nivel preventivo incluso desde propuestas grupales:

- \* Escuelas para padres y madres
- \* Grupos de adolescentes
- \* Grupos de mujeres en estado de embarazo
- \* Grupos de adultos y adultas mayores

En ese sentido, las propuestas grupales de intervención en el nivel primario presentan múltiples ventajas, entre ellas:

- \* Posibilitan el trabajo con diferentes dimensiones y determinantes de la salud
- \* Favorecen la retroalimentación grupal
- \* Contribuyen a la interacción social y a la riqueza de las relaciones humanas
- \* Permiten una mayor cobertura poblacional en un menor tiempo
- \* Consolida redes sociales y pueden eventualmente cumplir la función de grupos de apoyo

### **C. Intervención terapéutica**

La intervención terapéutica desarrollada, puso en evidencia la necesidad de un enfoque clínico, caracterizado por la flexibilidad del enfoque terapéutico y de las modalidades de

intervención, esto debido primordialmente a que se presentó una gran diversidad de motivos de consulta y de necesidades de atención.

Tal y como lo expone Vázquez (2002), la Terapia de Resolución de Problemas es una técnica cognitivo-conductual para la resolución de situaciones caracterizada por su brevedad, facilidad de aplicación y sencillez de aprendizaje. Por este motivo se cree que esta terapia, se ha aplicado fundamentalmente en contextos de atención primaria y comunitarios, ya que se dirige a manejar directamente los déficits en las habilidades para solucionar problemas.

Las personas que poseen habilidades adecuadas para manejar las situaciones difíciles, que van ocurriendo a lo largo de sus vidas, es mucho menos probable que desarrollen cuadros clínicos que aquellas que no tienen las destrezas necesarias para resolver sus problemas interpersonales y sociales (Vázquez, 2002).

Igualmente, la presencia de múltiples condiciones de riesgo en los y las consultantes, demanda de los/as profesionales habilidades no solo clínicas, sino también, para el desarrollo de intervenciones psicosociales.

En este sentido, resulta importante cuestionarnos acerca de las posibilidades de atención de estas personas dentro del sistema de salud. Dicho en otros términos, cuáles son las opciones comunes de atención en salud mental de la población que no presenta condiciones clínicas.

La atención psicológica requiere obtener un lugar en el sistema de salud costarricense frente a las evidentes necesidades de atención de la población. Sin embargo, como disciplina posee particularidades, que requieren ser observadas si se pretende valorar los alcances y beneficios del servicio en el primer nivel.

En primera instancia el uso del tiempo para la atención psicológica es diferente a otros servicios de salud. La atención psicológica requiere disponer de una hora o al menos cuarenta y cinco minutos para cada consultante, lo cual significa que la ausencia de una persona a la consulta no puede ser resuelta con la atención del/la consultante siguiente, debido a que esta persona tardará al menos cuarenta y cinco minutos en hacerse presente al centro de salud. Esta particularidad podría generar, desde la visión tradicional del sistema de salud, valoraciones de ineficiencia del servicio si se considera el número de consultantes atendidos como un criterio de evaluación.

Es por ello que resulta de suma trascendencia desarrollar indicadores que permitan evaluar la eficiencia y eficacia del servicio en términos acordes con la atención psicológica clínica. Sin embargo, tal y como se discutirá en otros apartados, el trabajo de un/a profesional en psicología en el primer nivel, no se limita a la atención clínica, por lo tanto, la eficiencia del servicio en términos generales, debe evaluarse contemplando a su vez otras áreas de intervención.

Otra particularidad del servicio recae en el hecho de que no es posible determinar el número de sesiones que requiere un/a consultante para resolver su motivo de consulta, situación que debe ser considerada como un aspecto propio de la práctica de la psicología, y que puede tener repercusiones más allá de su factor temporal. Por ejemplo, a nivel laboral será difícil contar con autorizaciones que faciliten la asistencia a servicios psicológicos, tal y como sucede con otros servicios de salud, ya que la asistencia a un proceso terapéutico requiere una frecuencia que ausentaría al consultante de su puesto de trabajo de forma semanal por un tiempo indefinido.

Respecto al tema de la confidencialidad, un tema central de discusión respecto a la incorporación de la atención psicológica en el primer nivel, es el manejo interdisciplinario de los datos de salud de las personas. En este sentido cabe preguntarse por las implicaciones del acceso a información por parte de otros/as profesionales del equipo, los

objetivos por los cuales ello sucedería y sus posibles alcances. De forma especial debe considerarse que el expediente médico es un documento al que tienen acceso todas las personas que laboran en el Núcleo y las anotaciones relacionadas a procesos de atención psicológica en este documento, deben realizarse con pleno resguardo de la privacidad de los/as consultantes.

Finalmente, sin profundizar en el debate, y teniendo únicamente como objetivo el señalamiento de un aspecto central para la uniformidad de criterios, considero de suma importancia el establecimiento de criterios de uso de los manuales diagnósticos, DSM IV-TR y el CIE-10, en el sistema de salud pública y en especial en el primer nivel de atención; ya que la definición de este criterio significa no solo el establecimiento de un lenguaje diagnóstico común, sino también un insumo fundamental para el desarrollo de indicadores y estadísticas epidemiológicas en el país respecto a la salud mental.



***Programa 2: Intervención Integral Cognitivo Conductual para el manejo del dolor crónico benigno***

**I. Presentación de resultados**

Los resultados del programa de Intervención Integral Cognitivo Conductual para el manejo del dolor crónico benigno se divide en dos apartados:

- A. Diseño del Programa de Intervención
- B. Resultados de la aplicación del Programa

**A. Diseño del Plan de Intervención Integral Cognitivo Conductual para el manejo del dolor crónico benigno**

**✓ Objetivo general del Programa**

Disminuir la percepción de dolor y brindar alivio del sufrimiento mediante un tratamiento paliativo. Así mismo, se pretende la reducción de la incapacidad funcional y el mejoramiento de estrategias de afrontamiento, través del empleo de técnicas cognitivo-conductuales, que han mostrado utilidad para el tratamiento de éstas condiciones (McCracken, MacKichan & Eccleston, 2007).

**- Modalidad y duración del programa**

Se trata de un programa para desarrollarse bajo una modalidad grupal, de diez sesiones, las dos primeras serán destinadas a la evaluación y serán de carácter individual y las restantes al tratamiento grupal. El grupo no deberá ser mayor a diez personas y las sesiones tendrán una duración de dos horas, dos veces por semana. Las sesiones se dividen en dos partes:

Durante la primera parte se realizarán las siguientes tareas:

- a. Recoger los registros de percepción del dolor (ver apartado de instrumentos) y anotarlos en un gráfico personal para cada participante diseñado para tal efecto.
- b. Recoger las tareas y registros asignados la sesión anterior. Comentar en grupo los principales problemas encontrados y los logros alcanzados.
- c. Resumir los contenidos trabajados en la sesión anterior.

Durante la segunda parte:

- Desarrollo de los contenidos y objetivos de la sesión.

#### ***- Fases del programa***

El programa consta de cinco fases, las cuales si bien tienen momentos específicos de realización durante el proceso de intervención, no deben entenderse de manera rígida (por ejemplo, la evaluación de los resultados debe ser un proceso constante).

#### **1. Fase de análisis funcional de la conducta**

Los/as miembros del grupo atravesarán primeramente una entrevista individual, en la que se establecerán las calidades para ser participante del tratamiento.

Su objetivo primordial será determinar la idoneidad o no del programa para cada caso particular.

Esta sesión de entrevista conductual abarcará los aspectos contenidos en el anexo 2: Aspectos de la entrevista del/la consultante y anexo 3: Entrevista Conductual de Muñoz, Labrador y Cruzado (2002), así como la recopilación de información sociodemográfica. En la segunda sesión aplicará el anexo 4: Dibujo de dolor, el anexo 5: Inventario

Multidimensional de Dolor de West Haven-Yale, anexo 6: Cuestionario de discapacidad por dolor lumbar de Oswestry (adaptación).

Desde la primera sesión de entrevista se asignará como requisito para el inicio del tratamiento el anexo 7: escala numérica para la evaluación de la intensidad subjetiva de dolor, la cual será utilizada como línea base.

Así mismo, se recurrirá a la revisión de expedientes médicos y entrevistas y coordinaciones con profesionales de la salud que atienden al/la consultante para complementar y corroborar información.

La fase de evaluación comprenderá las primeras dos sesiones del proceso, en las que se espera lograr el objetivo de identificar y describir los síntomas y el impacto psicosocial del dolor crónico en los/as consultantes, establecer las prioridades de tratamiento y establecer la línea base.

## **2. Fase educacional y de conceptualización**

El objetivo de esta fase es explicar a los/as participantes en qué consiste el dolor crónico (psicoeducación), su etiología, impacto personal y social, así como la explicación del modelo ABC en relación al dolor. Se pretende con ello, que el/la consultante adquiera información de su padecimiento, con el objetivo de incrementar la sensación de control. En este momento del proceso se le dará un especial énfasis al papel determinante de la conceptualización del dolor, las cogniciones asociadas, el locus de control y el papel de las estrategias de afrontamiento.

## **3. Fase de adquisición y entrenamiento de habilidades específicas**

De acuerdo con Donker en Buela-Casal & Caballo (1991), la meta de un programa de tratamiento del dolor desde un enfoque cognitivo conductual, es desarrollar en el/la

consultante una reconceptualización de su dolor. De esta manera, en función de las distintas dimensiones del dolor se emplean diferentes técnicas:

- Entrenamiento en relajación
- Restructuración cognitiva
- Autoverbalizaciones
- Aproximación operante

#### **4. Fase de aplicación práctica y evaluación**

La aplicación práctica consiste en llevar a cabo las diferentes técnicas aprendidas en situaciones que se vayan pareciendo más a las condiciones ordinarias en las que se presenta el problema. En otras palabras, llevar del contexto de intervención a la vida diaria las habilidades y recursos aprendidos.

Por su parte, la evaluación se refiere a la evaluación conductual clínica. De acuerdo con Roales-Nieto (2004), se precisa evaluar para saber cuál y cómo es el problema, si la intervención consiguió o no sus propósitos, y si el problema reaparece o no, o el objetivo de salud se mantiene a lo largo del tiempo establecido, es decir convencionalmente llamado seguimiento.

#### **5. Fase de generalización y mantenimiento**

Lo importante de esta etapa es conseguir maximizar el efecto del tratamiento, mediante la transferencia de las habilidades de la situación de tratamiento a las situaciones de la vida cotidiana de los/as participantes (Donker, 1991 en Bucla, Casal y Caballo) como parte de su repertorio conductual y su mantenimiento a través del tiempo.

#### **d) Evaluación de resultados**

La evaluación como proceso estará siempre presente a nivel pre, intra y postratamiento, en el análisis funcional como actividad central del proceso evaluador, en los factores y variables que determinan el diseño y aplicación del tratamiento y en la evaluación de los



resultados obtenidos a partir de criterios clínicos (Roales-Nieto, 2004). Todo esto teniendo como fundamento los objetivos del programa.

Los resultados serán evaluados primordialmente a partir de la evaluación de la intensidad subjetiva de dolor, que se mantendrá como registro obligatorio durante todo el proceso de intervención, lo que permitirá medir el cambio en la percepción del dolor.

Así mismo, al finalizar el proceso se aplicarán nuevamente el Inventario Multidimensional de dolor de West Haven –Yale y la adaptación del Cuestionario de discapacidad por dolor lumbar de Oswestry. Igualmente, será posible evaluar resultados a partir de los registros de reacciones cognitivas, emocionales y físicas que debe cumplimentar cada participante.

## **B. Aplicación del Plan Intervención Integral Cognitivo Conductual para el manejo del dolor crónico benigno**

La descripción de los resultados de la aplicación del programa se divide en tres apartados:

- 1) Descripción de las condiciones de implementación del Programa
- 2) Descripción de la población atendida
- 3) Descripción de los resultados de la intervención

### **1) Descripción de las condiciones de implementación del Programa**

Las condiciones administrativas, logísticas y de espacio fueron prácticamente las mismas que las del programa 1, al igual que los sistemas internos de referencia de casos, interconsulta, asignación de citas y manejo de la información de las personas atendidas.

#### **✓ Relaciones interdisciplinarias**

Para la realización de este programa fue necesaria una relación interdisciplinaria más estrecha con el personal médico y de enfermería, esto primordialmente porque son dichos funcionarios/as quienes conocen las condiciones de los/as pacientes y en función de ello y de la coordinación fue que las personas fueron referidas al programa.

Igualmente, también se requirió el apoyo del equipo para el manejo de variables biomédicas que intervienen en las condiciones de salud de las personas con diagnóstico de dolor crónico, tales como curso de la patología, pronosis, medicación, entre otros.

### **2) Descripción de la población atendida**

#### **✓ Referencias recibidas**

La siguiente tabla muestra el número de referencias recibidas y la resolución de las mismas:

Tabla 2.1 Número de personas según tipo de atención

Condición de la atención	Número de personas
No pudo ser contactada la persona	3
No mostró interés por el servicio	0
Tiene interés pero no puede asistir	1
Se le asignó cita pero no se presentó	1
Presenta criterios de exclusión	1
<b>Total de personas atendidas en el programa</b>	<b>3</b>
<b>Total de personas referidas</b>	<b>9</b>

Tal y como lo muestra la tabla, en el caso de las personas con dolor crónico benigno, una de las principales dificultades fue la falta de referencias, y las dificultades para contar con la presencia efectiva de todas las personas referidas, esto debido a varias razones:

- Las personas con características para participar en el programa no se encontraban en una base de datos previa, sino que fueron referidas de acuerdo a los criterios de los médicos/as del Núcleo.
- Al igual que en el programa de atención psicológica, varias personas no pudieron ser contactadas debido a dificultades en los datos consignados en los expedientes.
- Otra persona no podía comprometerse a asistir por motivos laborales.
- A otra persona le fue asignada una cita pero no se presentó.
- Y una persona más presentaba problemas de movilidad que le impedían desplazarse frecuentemente al EBAIS.

Por estas razones no fue posible desarrollar el programa grupal tal y como había sido diseñado.

✓ **Motivo de referencia**

La tabla 2.2 describe las condiciones médicas que motivaron la referencia de las personas al programa

Tabla 2.2 Número de personas según motivo de referencia

Motivo de referencia	Número de personas
Fibromialgia	3
Insuficiencia venosa	1
Neuropatía periférica	1
Dorsalgia	1
Osteoartrosis de rodillas	2
Arteostrosis	1

Tal y como puede apreciarse, a pesar del reducido número de personas referidas, existe una amplia variedad de condiciones que presentan sintomatología de dolor crónico. Lo cual implica que no puede pensarse en un patrón único de manifestación del dolor, sino que por el contrario, cada condición cuenta con características diferenciales que deben ser tomadas en cuenta en la intervención.

Por otra parte, esta diversidad también demanda del/la profesional en psicología de la salud, formación en las características fisiopatológicas de cada condición, ya que si bien el dolor crónico es un síntoma común a todas ellas, el curso y características de la enfermedad son diversas.

✓ **Características de la población atendida**

El siguiente cuadro resume el motivo de referencia, género y edad de las personas que se presentaron a atención en el programa.



Tabla 2.3 Población atendida

Motivo de referencia	Género	Edad
Osteoartrosis de rodilla	Femenino	65 años
Arteostrosis	Femenino	64 años
Neuropatía periférica	Femenino	71 años

Nuevamente, destaca el hecho de la diversidad de condiciones de salud asociadas al dolor crónico benigno. Resulta de interés también el hecho de que todas las personas atendidas fueron mujeres. Si se compara con el número de referencias se tendrá una relación de un hombre referido por ocho mujeres.

El promedio de edad de las consultantes fue de 66.7 años, lo cual refleja la necesidad de atención orientada a personas adultas mayores.

#### ✓ Problemáticas secundarias

Como problemática secundaria, dos de las tres consultantes presentaban dificultades familiares relacionadas con la incapacidad de generar ingresos económicos, debido tanto a su edad como a la incapacidad que les genera la condición de dolor crónico.

#### ✓ Estado civil

No existe un estado civil predominante en las consultantes del programa, situación que puede apreciarse en la Tabla 2.4

Tabla 2.4 Número de personas según estado civil

Estado civil	Número de personas
Casada	1
Viuda	1
Divorciada	1

✓ **Nivel educativo**

En cuanto al nivel educativo, tampoco se observó un grado de escolaridad predominante.

Tabla 2.5 Número de personas según nivel educativo

Nivel educativo	Número de personas
Secundaria incompleta	1
Secundaria completa	1
Universitaria incompleta	1

✓ **Ocupación**

Por su edad, las tres consultantes se dedican al trabajo doméstico. Una de ellas se desempeñó la mayor parte de su vida como administradora, otra como comerciante y otra siempre fue ama de casa.

✓ **Lugar de residencia**

De las consultantes atendidas en el programa, dos de ellas son de San Pedro centro y una de Barrio la Granja.

### 3) Descripción de los resultados de la intervención

Tal como se señaló anteriormente, no fue posible desarrollar el programa grupal, sin embargo si es posible establecer algunas descripciones de la intervención con estas consultantes que son sumamente importantes. Al respecto es importante aclarar que los resultados obtenidos no alcanzan a cumplir los requisitos de un análisis funcional, lo cual se esperaba correspondiera como resultado de la primera fase del programa.

#### ✓ Descripción de la intervención

En los tres casos se dio una única entrevista en la cual, tal y como se plantea en el plan de intervención fueron aplicados los anexos 2 y 3 Aspectos de la entrevista del/la consultante y Entrevista Conductual de Muñoz, Labrador y Cruzado (2002).

#### ✓ Descripción de los casos atendidos

A continuación se describe cada uno de los tres casos atendidos, haciendo hincapié en los resultados más relevantes obtenidos de dicha entrevista. Se han cambiado los nombres para guardar la confidencialidad de las consultantes.

#### **Caso 1**

Tatiana, 65 años, casada, vive con su esposo, el cual actualmente está jubilado. Posee diagnóstico de osteoartritis en ambas rodillas desde hace diez años. Según refiere, el dolor es más intenso en las mañanas y durante el día es variable. Utiliza bastón, sin embargo comenta que puede mantenerse de pie y caminar distancias cortas.

El tratamiento que recibe actualmente es farmacológico e involucra no solo medicación para el dolor, sino también para la diabetes, la hipertensión arterial y “los nervios”.

A nivel conductual, emplea estrategias para manejar en dolor tales como leer, escuchar radio, acostarse y ver televisión, pero cuando el dolor es muy fuerte toma medicación adicional. Sin embargo comenta que a pesar de que en los últimos días se ha sentido mejor, el dolor comúnmente le quita el entusiasmo, la hace mantenerse en la casa y le ha limitado las relaciones sociales.

A nivel de su historia personal y familiar resalta el hecho de que tuvo seis embarazos, de los cuales únicamente dos hijos nacieron vivos. Ella habla con mucho orgullo de estos dos hijos, mientras en contraste habla poco de su relación matrimonial, de la cual señala que se llevan bien.

No refiere consumo de alcohol, sí fuma (aunque asegura que solo lo hace por las mañanas y en ocasiones como distractor del dolor). No consume otro tipo de drogas.

**Caso 2:**

Odilí, 64 años, divorciada hace 15 años, vive con un hijo. Fue diagnosticada con artroostrosis hace 10 años. Como manifestaciones de su enfermedad refiere que se le encogen las manos y los pies, le afecta el nervio ciático y presenta puntos de dolor en la cadera, glúteos, pecho, espalda, hombros y codos. Hasta hace un año seguían una medicación que debió suspender ya que desarrolló una alergia. Actualmente sigue la medicación que le indica la médica del EBAIS que la atiende.

Entre las acciones que ha tomado para controlar el dolor se encuentran la adherencia al tratamiento y el uso de calzado cómodo (tenis), ya que según comenta “no sirvo para estar acostada”. Adicionalmente, refiere ser una persona muy activa que acostumbra “no darle tanta importancia al dolor”.

En su historia de salud sobresale un derrame cerebral y un accidente de tránsito importante.

En su historia de familia, es importante señalar antecedente de violencia doméstica en su relación de pareja y el alcoholismo de su hijo mayor,

No refiere consumo de alcohol u otras drogas, ni antecedentes de trastornos psicológicos.

**Caso 3:**

Marta, 71 años, viuda hace 30 años, vive en casa de una hija y su familia (el esposo, dos hijas y un hijo). Presenta neuropatía periférica, la cual le fue diagnosticada hace 3 años por un médico privado mediante una electromiografía. El curso de su enfermedad ha sido de



constante deterioro. El dolor en las piernas es persistente durante el día, principalmente en la izquierda.

Actualmente el tratamiento que recibe es farmacológico, sin embargo también asiste a fisioterapia en la Universidad de Costa Rica.

A nivel conductual, pasa mucho tiempo acostada y viendo televisión, tanto cuando siente que la intensidad del dolor va a aumentar, como durante y después de situaciones de dolor intenso. En caso de sentir mucho dolor utiliza un medicamento adicional que según refiere también le ayuda a dormir. Su nivel de actividad física ha disminuido ante el deterioro físico.

Ella no conversa mucho de la situación de dolor con su familia, ya que según comenta se siente como “arrimada”, principalmente por el hecho de que no puede aportar económicamente al hogar. Por otra parte también comenta que su hija tiene “mal carácter”, grita, amenaza y castiga constantemente a los niños, situación que a ella la pone muy tensa. Sus planes futuros consisten en ir a vivir a un lugar para adultos mayores, según refiere ya se encuentra analizando varias opciones.

En cuanto a su historia familiar, resalta el hecho de que ella vivió todo el tiempo con sus padres, incluso después de su matrimonio y posterior a la muerte de su esposo. Adicionalmente, coinciden temporalmente el tiempo del diagnóstico de su enfermedad con la muerte de la madre (anteriormente ya el padre había muerto). Asimismo, resalta el hecho de que su padre presentó también condición de dolor crónico en sus piernas.

La consultante no refiere consumo de alcohol ni de ningún otro tipo de drogas. No presenta ningún tipo de trastorno psicológico, sin embargo sí refiere mucho desánimo e insatisfacción por la situación familiar.

Es importante aclarar que, de las tres mujeres que fueron entrevistadas, ninguna estaba dispuesta a incorporarse al programa en su modalidad grupal; entre sus argumentos se encuentran:

Tatiana: “no me gustan los grupos, menos aún para hablar de dolores”

Odilí: “yo me siento bien, soy una persona activa”

Marta: “me gustaría estar en un grupo, pero si me voy a vivir a otra parte como planeo no quiero quedar mal con la gente”

De los tres casos es posible hacer algunos señalamientos generales, con apoyo de diversos autores:

- Las variaciones observadas en la intensidad del dolor, es decir, en su percepción, y las creencias asociadas al mismo pueden influir en su afrontamiento y en la percepción de su intensidad. De tal modo se asume que dichas variaciones, en gran parte, parecen explicarse por las creencias y actitudes culturales, así como por los estados emocionales (Bates, Edwards & Anderson, 1993).
- La percepción del dolor crónico, asimismo, se encuentra significativamente relacionada con el locus de control del dolor, el cual, a su vez, está directamente relacionado con las estrategias de afrontamiento de dolor utilizadas (Der Kuile, Linssen & Spinhoven, 1994)
- Por otra parte, distintos estudios han demostrado que las creencias acerca del dolor (las cuales modulan la intensidad percibida del mismo) y las estrategias de afrontamiento están implicadas en el uso de los servicios de salud y en el cumplimiento de las prescripciones médicas (Jensen, Turner, Romano & Lawler, 1994)

#### ✓ **Logros del programa**

A pesar de las limitaciones con que se enfrentó, el programa obtuvo importantes logros:

- El esclarecimiento de características de la atención del dolor crónico benigno en el I nivel, tales como: demanda de atención, características de la población meta, entre otras.
- Reconocimiento del dolor crónico como una condición asociada a otras problemáticas (dolor como factor de riesgo)

- Confirmación de la influencia negativa del dolor crónico en la calidad de vida y la necesidad de atenderlo desde una perspectiva integral.
- Identificación de la importancia de los factores psicológicos y sociales en la experiencia de dolor.

## II. Análisis de resultados

El dolor es una de las condiciones más habituales que llevan a hacer uso de los servicios de salud y los costos en tratamiento son enormes, y sus implicaciones generan un incalculable sufrimiento para las personas afectadas y sus familias (Miró, 2003).

No es de extrañar que diversos autores como Collado, Alijotasb, Benitoc, Alegred, Romerae, Sañudof, Martíng, Perih y Cotsi (2002), Turk (2003) y Miró (2003), planteen la necesidad de desarrollar un tratamiento integral que comprenda la educación, el consejo y apoyo psicológico, el tratamiento de la depresión y la ansiedad, el manejo del estrés y el dolor; en especial el uso del entrenamiento en relajación, el entrenamiento en autocontrol y resolución de problemas, el aprendizaje de técnicas de afrontamiento y la movilización de redes de apoyo social.

En este sentido resulta necesario señalar que, los factores psicológicos de autorregulación raramente causan dolor, sin embargo poseen la capacidad suficiente de exacerbarlo, pudiendo contribuir en el mantenimiento de los trastornos que cursan con dolor, así como influir en el malestar y en la incapacidad asociados con el dolor crónico (Turk, 1994)

Es por ello que se requiere una intervención conjunta con el personal de salud, debido a la naturaleza multicausal del dolor; un abordaje clínico conjunto con el personal que atiende al usuario/a y el establecimiento de planes de tratamiento coordinados. Sin embargo, la psicología en nuestro país aún no ha tomado un papel en la atención integral de las personas con esta condición, ni existe un reconocimiento por parte de otras disciplinas, del aporte que puede brindarse.

Tal y como pudo apreciarse en los resultados del programa, existe además multiplicidad de problemáticas que generan dolor crónico benigno y a pesar de que guardan un síntoma en



común las manifestaciones del cuadro médico son diferentes y los tratamientos son diversos. Debido a estas razones el/la profesional en psicología de la Salud debe manejar aspectos generales básicos de cada enfermedad del consultante: etiología, tratamiento, pronóstico, entre otras.

Resulta además evidente, que las personas con dolor crónico se encuentran ante una situación, muy negativa tanto por el dolor en sí, así como por el impacto personal, familiar, social y laboral que tiene. Por lo que las emociones que genera esta situación son un elemento muy importante en el tratamiento que requieren.

Por otra parte, el desarrollo de programas cognitivo conductuales para el manejo del dolor crónico, implican necesariamente para la persona que lo presenta, adquirir un papel activo en el mismo, y, por otra, pone de manifiesto la necesidad de que los programas de intervención del dolor crónico incluyan el entrenamiento en habilidades de control sobre el mismo.

Es por ello que la contribución de la Psicología de la Salud a la evaluación y tratamiento de personas con condición de dolor crónico, se fundamenta de forma especial en aquellos casos en los que se sospecha que factores psicológicos y sociales influyen significativamente en el dolor. Por ejemplo, casos en los que el dolor interfiere de forma significativa en la vida cotidiana, en las relaciones familiares y sociales, con compañeros/as de trabajo, existen conductas de evitación o manifestaciones conductuales que deterioran el bienestar de la persona, tales como consumo de drogas. Incluso también puede ser beneficioso para pacientes cuya autoestima o expectativas de eficacia personal se han visto disminuidas a causa de su condición de salud (Miró, 2003).

Por otra parte, para la intervención psicológica es importante un cambio de creencias, ya que un programa desde nuestra disciplina implica necesariamente autoresponsabilizarse por el cuidado de la salud y muchas personas aún continúan interpretando la salud solo como

materia del personal de médico. Igualmente, muchos usuarios de servicios esperan de su tratamiento resultados rápidos y el aporte de la psicología al manejo del dolor es a nivel de proceso y de adquisición de habilidades, lo que implica desarrollar un rol más activo al tradicionalmente desempeñado.

Así mismo, el factor edad y la existencia de problemáticas asociadas al dolor, pone de manifiesto la necesidad de adecuar las intervenciones a las características de la población beneficiada. Otros elementos a considerar son las dificultades de movilidad de algunas personas, las barreras y limitaciones propias de la enfermedad e incluso de orden psicosocial.

Por su parte, la persona que presentaba problemas de movilidad y que no podía participar del programa por dicha condición, nos pone en evidencia, tal y como lo señalan McCracken, et. al (2007), que existe un grupo de de pacientes que tienen dificultad de acceso a estos programas para quienes la efectividad de estos tratamientos es desconocida, estos son pacientes con déficit en cuanto a sus niveles de movimiento y autocuidado que los incapacita para resolver las demandas prácticas de muchos tratamientos.

Tal y como puede apreciarse en la descripción de los casos, los problemas de sueño son complicaciones comunes en personas con dolor crónico. Según el estudio de Chapman, Lehman, Elliott & Clark (2006), se estima que entre un 50 y un 70% de los pacientes con dolor crónico experimentan significativas dificultades en el inicio y mantenimiento del sueño. Así mismo se señala la relación de estas condiciones clínicas con depresión. Por otra parte, se señala que el trabajo clínico para el tratamiento de los desórdenes del sueño, como parte integral del manejo del paciente muchas veces involucra intervención farmacológica. Sin embargo, el prolongado uso de medicación puede acarrear riesgos a la salud y tener efecto iatrogénico como pobre calidad del sueño.

Finalmente, es importante reconocer que deben realizarse correcciones metodológicas importantes, si se pretende desarrollar programas en esta línea. Algunas recomendaciones sería, la preferencia por sesiones intensivas, con una frecuencia no menor a una vez por semana, con énfasis en el autocuidado y la autoresponsabilidad en el cuidado de la salud, así como en la activación de redes de apoyo.

### ***Programa 3: Actividades de Prevención Primaria y Promoción de la Salud***

#### **I. Presentación de resultados**

Las actividades desarrolladas en este programa nacieron de los intereses y necesidades institucionales, y tal y como se expondrá posteriormente, se ubican más como materia de la prevención primaria y secundaria. Es por ello que, dejando para el apartado de análisis de resultados la discusión más amplia respecto a aspectos conceptuales de la Promoción de la Salud, en esta sección se detallará las acciones llevadas a cabo dentro del proceso de Práctica Profesional y los alcances obtenidos, sin entrar en debates teóricos respecto al tema.

##### **✓ Marco institucional y diagnóstico de las necesidades de promoción de la salud**

Por su condición de institución perteneciente al primer nivel de atención del sistema de salud, el Núcleo posee dentro de sus funciones la realización de actividades de Promoción de Salud. Durante el proceso de práctica profesional y considerando el corto tiempo disponible para la generación de nuevas propuestas y las subsecuentes acciones de seguimiento, se optó por brindar apoyo a iniciativas ya existentes y atender necesidades emergentes de carácter circunstancial que no requirieran una continuidad que extendiera temporalmente la programación. Las cuales se exponen de forma general en el siguiente apartado.

##### **✓ Cuadro general de actividades**

El siguiente cuadro muestra un resumen general de las actividades realizadas, las instituciones y sectores con quienes se coordinó y las fechas de realización.



Cuadro 3.1 Cuadro general de actividades

Institución o sector con quién se coordinó	Actividades	Fecha
<i>Municipalidad de Montes de Oca</i>	Taller: "Técnicas de Comunicación"	25 de setiembre
	Taller: "Manejo del estrés"	25 de setiembre
<i>Núcleo de Mercedes</i>	Taller: "Afrontamiento a diagnóstico de enfermedad crónica"	10 de octubre
<i>Grupo de adultos mayores de la Parroquia de San Pedro</i>	Taller: "Alimentación saludable"	11 de octubre
	Taller: "Afrontamiento a diagnóstico de enfermedad crónica"	25 de octubre
	Taller: "Soledad en el/la adulto/a mayor"	8 de noviembre
	Miniferia de la Salud	29 de noviembre
<i>Núcleo de Salud de San Pedro</i>	Pizarra de información sobre diabetes	Semana de la diabetes del 12- 16 de noviembre
	Charla: "Afrontamiento a diagnóstico de enfermedad crónica"	14 de noviembre
	Estrategia complementaria a la atención individual de personas con afección por asma y otras enfermedades conexas	13 de diciembre

#### ✓ Relaciones interdisciplinarias

Las actividades de promoción fueron coordinadas en su mayoría con compañeros/as del Núcleo que venía realizando o planeando realizar este tipo de iniciativas. Las acciones fueron planificadas y llevadas a cabo de forma conjunta y con carácter interdisciplinario.

Si bien no participaron del programa todas las personas que conforman el Núcleo si existió representación del trabajo de todas las áreas que conforman los Equipos:

- \* Médicos
- \* Enfermeras y auxiliares de enfermería
- \* ATAPS
- \* REMES

### ✓ **Relaciones interinstitucionales e intersectoriales**

La Promoción de la Salud no es una actividad que se circunscribe a las instituciones vinculadas al sector salud, tal y como lo establece la Carta de Ottawa:

“el sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud y, lo que es más, la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación”

Es por esta razón que las actividades de Promoción realizadas como parte del programa involucraron a también a otras instituciones y sectores del contexto social:

- \* Municipalidad
- \* Iglesia Católica, concretamente la Pastoral del Adulto Mayor

Ambas instancias, cuentan con acuerdos previos de coordinación con profesionales del Núcleo.

Aparte de estas instituciones también fue posible apoyar al Núcleo de Salud de Mercedes con una actividad para personas con diagnóstico de enfermedad crónica.

### ✓ **Espacios físicos**

Como lugares para la realización de actividades de Promoción se contó tanto con espacios disponibles en las instalaciones del Núcleo, como propias de otras instancias con las que se coordinó o proporcionadas por ellas.

- \* Instalaciones del Núcleo de Salud de San Pedro de Montes de Oca
- \* Instalaciones de la Municipalidad de Montes de Oca

- \* Instalaciones de la Iglesia Católica de San Pedro de Montes de Oca
- \* Instalaciones Deportivas de la Universidad de Costa Rica

Todos los espacios contaron con condiciones adecuadas para la realización de las actividades.

✓ **Recursos logísticos**

Los recursos necesarios para la realización de actividades fueron proporcionados en su mayoría, salvo pocas excepciones, por la o las instituciones y sectores beneficiados.

✓ **Personas beneficiadas/poblaciones meta**

Las personas beneficiadas por este Programa fueron:

- \* Funcionarios/as de la Municipalidad de Montes de Oca (28 personas)
- \* Personas con condiciones de enfermedad crónica del Núcleo de Salud de Mercedes de Montes de Oca (6 personas).
- \* Grupo de adultos y adultas mayores de la Parroquia de San Pedro (45 personas)
- \* Usuarios/as en general del Núcleo de Salud de San Pedro de Montes de Oca.
- \* Personas con condición de asma y sus familiares, usuarios/as del Núcleo de Salud de San Pedro de Montes de Oca (8 personas)

Debe aclararse que en el caso del grupo de adultos/as mayores de la Parroquia de San Pedro, se trata de un conteo del número total de adultos/as mayores que asisten al grupo y que asistieron al menos a uno de los talleres impartidos.

Para el caso de los usuarios/as del Núcleo, se conoce que el número de personas que asistieron a la charla fue de 9 personas, sin embargo no es posible contabilizar el número de quienes leyeron las pizarras informativas.



### ✓ Metodologías y temáticas de trabajo

Las metodologías de trabajo empleadas fueron diversas y acordaron en función de los objetivos propuestos para cada actividad, las mismas consistieron en:

- \* *Talleres*
- \* *“Estrategia complementaria a la atención individual”*: nombre asignado por la Coordinación del PAIS para el Plan institucional para el manejo de IVRS (infección de las vías respiratorias superiores) y asma. Su objetivo consiste en “Contribuir a la promoción de la atención integral en salud mediante un programa de atención grupal complementaria a la consulta individual que reciben las personas con afección por asma y otras enfermedades conexas”
- \* *Pizarras informativas*: son medios visuales que permiten la divulgación de materiales de interés respecto a la salud. Se ubican en áreas comunes para que los usuarios/as puedan observarlas fácilmente. La pizarra empleada por el Programa se ubica en la sala de espera de los consultorios y se rota temáticamente durante todo el año.
- \* *Miniferia de la salud*: se consignó con este nombre a una actividad en la que se realizó un conjunto de actividades de promoción de salud para un grupo específico de personas, dentro de ellas, toma de glicemias, medición de peso, talla y presión arterial, así como charlas de temas relativos a la salud.

El siguiente cuadro resume las temáticas tratadas en el Programa y las metodologías empleadas:



Cuadro 3.2 Metodología y temáticas desarrolladas en el programa 3

Metodología	Temática
<i>Taller</i>	Técnicas de comunicación
	Manejo del estrés
	Afrontamiento al diagnóstico de enfermedad crónica
	Alimentación saludable
	Soledad en el/la adulto/a mayor
<i>Estrategia complementaria a la atención individual</i>	Clínica de la persona con afección por asma y otras enfermedades conexas
<i>Pizarra informativa</i>	La diabetes
<i>Miniferia de la Salud</i>	La salud del/la adulto/a mayor

Es importante aclarar que las temáticas de las actividades de promoción se ajustaron a las necesidades de las instituciones y sectores con quienes se coordinó.

Entre las aplicaciones cognitivo-conductuales que se implementaron en términos metodológicos se encuentran:

- Psicoeducación: es decir, el suministrar información a los usuarios y usuarias del programa respecto a los temas de interés, con el objetivo de aumentar los conocimientos respecto a la temática.
- La identificación de pensamientos y creencias relacionadas a los temas tratados (ej. creencias acerca de los beneficios de conductas de salud o de la vulnerabilidad personal frente a una determinada condición)
- Énfasis en la adquisición y aumento de conductas de salud, considerando de forma especial aspectos tales como frecuencia, intensidad y duración (por ejemplo en el caso del ejercicio físico).
- Promoción de cambio de conductas de riesgo mediante estrategias tales como control el de contingencias.
- Caracterización de las estrategias de afrontamiento y adherencia a tratamiento para el caso de personas con enfermedades crónicas y evaluación de consecuencias.

### **Necesidades pendientes**

A pesar del esfuerzo personal y conjunto con los/as compañeros/as del Núcleo, no fue posible solventar todas las necesidades emergentes que fueron materia de este programa, fundamentalmente las necesidades que no fueron cubiertas se relacionan a la atención de dos grupos poblacionales:

- \* Atención al grupo de adultos/as mayores de Barrio Pinto
- \* Atención a necesidades de los/as funcionarios/as del Núcleo

### **Logros del Programa**

Entre los principales logros del programa destacan:

- Desarrollo de prevención y promoción acorde con las necesidades de la población de influencia del Núcleo que pudo ser atendida.
- Importante número de personas atendidas.
- Impacto en diferentes ámbitos sociales más allá de la institución de salud.
- Abordaje de temáticas que aportan al bienestar y salud integral de las personas pero que no son materia de las disciplinas que conforman los equipos básicos de atención en salud.
- Puesta en práctica de metodologías de trabajo participativo.
- Ejecución de propuestas para la atención integral de personas con diagnóstico de enfermedades crónicas (prevención secundaria)
- Un marco de trabajo (con metodologías participativas) con enfoque de desarrollo humano, para personas adultas mayores.
- Enfoque de hábitos, motivación, autocuidado y relación con el cuerpo en el cuidado de la salud.
- Promoción de la salud en ámbitos no tradicionales.

## II. Análisis de resultados

Ineludiblemente, las actividades de promoción de la Salud al ser medios para la acción, es decir son “la forma de ejercer en la práctica las acciones de promoción”, necesitan apoyarse en conceptos y variables psicológicas: hábitos, actitudes, motivaciones, interacciones personales, familiares y sociales, entre otras (Morales, 1999).

Desde la perspectiva de la educación para la salud, se requiere ofrecer información específica respecto a los temas que atañen a la promoción de la salud. Sin embargo, esta información debe ser tratada como un elemento más del proceso de construcción que se desarrolla con las comunidades y nunca como la razón de ser de la promoción.

Para obtener resultados en el proceso de promoción se requiere que las personas se apropien del conocimiento que les es transmitido, dicho en otros términos, que lo lleven a su realidad (personal, familiar y comunitaria). Por ello, no debe ni exaltarse el saber médico científico ni el popular por sobre el otro, ya que eso implicaría un divorcio entre los dos conocimientos que construyen la salud colectiva.

Desde esta perspectiva, no se parte del hecho de que las personas son recipientes pasivos de contenidos respecto a la salud, sino que por el contrario, se busca que las personas reflexionen respecto a las temáticas tratadas, su forma de pensar, sentir y actuar. Se promueve la discusión de ideas, el criterio de las personas participantes y las opiniones colectivas.

Para ello, las técnicas participativas se constituyen en instrumentos que forman parte de un proceso educativo que no busca un aprendizaje de conceptos, sino crear un proceso permanente de recreación del conocimiento. Esta metodología permite desarrollar procesos colectivos de discusión y reflexión, que permiten compartir el conocimiento individual y



potenciar el conocimiento colectivo, al mismo tiempo que permiten desarrollar una experiencia de reflexión común, y por ende una creación compartida del conocimiento donde todos somos partícipes en su elaboración y por lo tanto, también de sus implicaciones prácticas (Vargas, 1992).

Sin embargo, a nivel metodológico, debe entenderse que las actividades son el instrumento pero no el objetivo. Se requiere de estrategias que respondan a los objetivos metodológicos que se siguen y para ello el diseño y ejecución de las actividades no puede bajo ninguna circunstancia ser un hecho azaroso, ya que involucra diversos elementos a considerar:

- ✓ objetivos
- ✓ características de los participantes (edad, género, entre otros)
- ✓ necesidades
- ✓ contexto histórico social
- ✓ entre otras.

Ante esto, puede afirmarse que el objetivo final es la sensibilización, toma de conciencia y acción de las personas y sus comunidades; es decir, el logro de respuestas a nivel individual y/o grupal.

En este sentido, tal y como puede apreciarse en los resultados, es importante rescatar que la promoción de la salud no debe estar inscrita únicamente en aquellas instituciones directamente involucradas con el sector salud. Por el contrario la promoción debe trascender a todos los sectores sociales y una forma de lograrlo es sacar el tema de la salud a espacios físicos diferentes a los tradicionalmente ligados a la promoción.

Igualmente, si se aprecian las acciones desarrolladas en el programa con la Agenda de Promoción de la Salud, las acciones del programa se enmarcan dentro de las dimensión del “desarrollo de aptitudes personales” de forma casi exclusiva (Restrepo p.41), por lo que resulta necesario diseñar propuestas más amplias. Se necesita desarrollar “modelos de



salud” ya que la visión tradicional nos brinda modelos de enfermedad, así como el diseño de instrumentos que permitan el reconocimiento de factores psicológicos de riesgo y el desarrollo de intervenciones en concordancia con dichos hallazgos.

## CONCLUSIONES

El hecho de que el país cuente con una amplia red de servicios de atención primaria hace viable la incorporación de actividades básicas de salud mental a escala nacional. Esta infraestructura podría utilizarse para incorporar o ampliar acciones de salud mental en programas ya existentes (OPS, 2004b) La descentralización de los servicios de salud de la CCSS, debe valorar la importancia de profesionales en psicología de la salud, no solo desde la perspectiva clínica sino también en ámbitos propios de la Psicología de la Salud como la prevención y la promoción.

La experiencia de la práctica profesional ha mostrado que existe necesidad de atención psicológica en el primer nivel de atención. Los alcances del trabajo terapéutico en el primer nivel de atención, no son sólo eje fundamental de la prevención de la hospitalización psiquiátrica, sino también de prevención de conductas de riesgo psicosocial (accidentes de tránsito, violencia doméstica, prevención del suicidio, entre otras) y de la salud en general (como condiciones crónicas asociadas a hábitos y estilo de vida)

Sin embargo, para lograr este cometido, debe cambiarse la visión tradicional de la psicología que la asocia como disciplina que atiende exclusivamente la enfermedad mental, el problema de conducta o de vínculos, por un concepto más amplio que incluya la integralidad de la salud humana.

A partir de los resultados de la práctica profesional, resulta claro que existen variables psicológicas implicadas directamente en el proceso de salud-enfermedad de las personas. El papel activo que las personas pueden tener en el mantenimiento de su propia salud, lo que lo que sienten, lo que hacen, lo que piensan, lo que creen, lo que comunican a otras personas, su ambiente, son solo algunas de las variables que influyen el nivel de bienestar que poseen.

Los “eventos vitales” que muchos de los consultantes experimentan pueden ser también precursores de estados de enfermedad y accidentes, ya que de acuerdo con Morales (1999), pueden operar como situaciones de tensión que activan respuestas endocrinas, las que pueden implicar cambios tales como aumento de las cifras de tensión arterial, modificaciones en el metabolismo o disminución de la inmunocompetencia. Lo que nos lleva a concluir que la intervención clínica resulta necesaria no solo para el malestar psicológico sino para la salud en general.

En ese mismo sentido es importante reconocer que los estados de ánimo (depresión y ansiedad por ejemplo), afectan la percepción, la atención, la capacidad de respuesta entre otras variables, que pueden en consecuencias dificultar la capacidad laboral, aumentar la propensión a accidentes, intensificar comportamientos nocivos para la salud como el fumado y el consumo de bebidas alcohólicas, o incluso el descuido de tratamiento de una enfermedad crónica.

Los programas preventivos en Psicología de la Salud deben identificar aquellos acontecimientos, condiciones de riesgo y factores del desarrollo humano, que para una determinada población resultan fundamentales para el mantenimiento de su salud.

Para ello, la Psicología Clínica y de la Salud en Costa Rica debe alcanzar un lugar en el sistema de salud, de forma especial en el primer nivel de atención. Es por ello que como complemento de las conclusiones se incluye a continuación una discusión final que contempla los requerimientos de formación para profesionales de la psicología, los posibles campos de intervención y los retos de la Psicología de la salud para intervenir eficiente y eficazmente en la construcción social de la salud.

## DISCUSIÓN FINAL

### *Requerimientos de formación para profesionales de la psicología en el primer nivel de atención*

El psicólogo de la salud emplea todos y cada uno de los procedimientos de intervención al uso en psicología clínica (Roales-Nieto p.85), de esta forma, tal y como puede apreciarse en los resultados de la práctica, en su formación requiere:

- Habilidades para desarrollar encuadres flexibles
- Amplia preparación técnica
- Formación en intervenciones individuales, grupales y comunitarias, así como con diversos grupos de edad
- Formación en teorías sociales de aprendizaje.

En cuanto a factores del desarrollo, resulta claro que la atención en el primer nivel demanda del profesional en psicología una perspectiva evolutiva, primordialmente en cuanto al manejo de nociones de los cambios biológicos, cognitivos y emocionales de los diferentes momentos del ciclo vital. Así mismo, los factores de riesgo por edad, deben ser considerados en la elaboración de los diferentes programas.

Por otra parte, a pesar de que no puede prescindirse de la formación clínica, ella en si misma no cubre los requerimientos de capacitación en atención primaria. El profesional en psicología de la salud debe estar ampliamente entrenado en psicología junto con amplios conocimientos en las ciencias biomédicas necesarias para la comprensión de los síntomas clínicos, patofisiológicos y los fundamentos biológicos que tratan dichos profesionales. También es requisito el conocimiento en Salud Pública y el sistema de salud (Oblitas & Becoña, 2000)



*Posibles campos de intervención del/la profesional en Psicología de la Salud en el primer nivel de atención*

Prevención y mantenimiento de la salud:

- ✓ Prevención de conductas de riesgo (ejemplo: prácticas sexuales de riesgo)
- ✓ Prevención del fumado, alcoholismo, obesidad.
- ✓ Prevención para el uso de drogas
- ✓ Alimentación saludable
- ✓ Ejercicio físico
- ✓ Higiene
- ✓ Manejo del estrés
- ✓ Relaciones interpersonales

Ámbito clínico

- ✓ Evaluación psicológica
- ✓ Psicología del Desarrollo Humano (desarrollo infantil y adolescente, proceso de envejecimiento)
- ✓ Asesoramiento en temas propios de la psicología a otros profesionales de la salud

Tratamiento de enfermedades y condiciones de salud que se atienden en el primer nivel

- ✓ Dolor crónico benigno (como síntoma de diversas enfermedades)
- ✓ Asma y otras enfermedades respiratorias
- ✓ Hipertensión
- ✓ Diabetes mellitus
- ✓ Dislipidemias
- ✓ Adherencia a tratamiento

Sistema de salud

- ✓ Prácticas de autocuidado en personal de salud
- ✓ Políticas de salud

***Retos de la Psicología de la Salud en el primer nivel de atención***

- ✓ Mejorar las técnicas de intervención actualmente disponibles, evaluar adecuadamente las existentes y desarrollar nuevas técnicas de intervención (Oblitas & Becoña, 2000)
- ✓ Desarrollo de programas de prevención de recaídas de hábitos y enfermedades tratados exitosamente(Oblitas & Becoña, 2000)
- ✓ Hacer conciencia en la población en general de la relación entre hábitos y condición de salud. Promoción de estilos de vida saludables.
- ✓ El envejecimiento de la población demanda la atención el desarrollo de intervenciones dirigidas a este grupo de población, en función de sus características específicas.
- ✓ Incremento de la investigación y publicación
- ✓ Desarrollar sistemas de registro de la atención clínica que contribuyan con su información al mejoramiento de políticas de Salud Mental.
- ✓ Rescatar el valor social de la salud.
- ✓ Compromiso con la calidad de los servicios de salud
- ✓ La interdisciplinariedad y la transdisciplinariedad.
- ✓ Desarrollo de programas preventivos para distintas enfermedades cuyas causas están basadas en malos hábitos y conductas de riesgo.
- ✓ Evaluar la relación costo-efectividad de los programas con el fin de seleccionar aquellos que muestren mejores resultados al menor costo posible en pro de optimizar recursos.
- ✓ Desarrollar estrategias que permitan evaluar el impacto de los programas, ej. disminución de incapacidades, de policonsulta y manejo de condiciones crónicas (presión arterial para el caso de la hipertensión , o hemoglobina glicosilada en el caso de la diabetes)

## RECOMENDACIONES

### PAIS

- Ser pioneros en el desarrollo de intervenciones en salud mental en el primer nivel de atención del sistema de salud costarricense, creado un programa de atención psicológica, que evalúe de forma más amplia aspectos tales como la demanda de atención, las necesidades de la población por grupos de edad, los beneficios en salud y calidad de vida que los usuarios(as) obtendrían, los logros en materia de prevención y desarrollo de hábitos protectores, disminución de factores de riesgo entre otros aspectos.
- Desarrollar un proyecto de “Directorio de Servicios” que permita construir una guía de consulta respecto a instituciones, proyectos y programas comunitarios que de una u otra manera contribuyen en su labor al bienestar de la población.
- Fortalecer las relaciones interinstitucionales e intersectoriales para la construcción social de la salud.
- Establecer las relaciones interdisciplinarias, el perfil y labores por realizar.
- Elaborar trabajo académico y de intervención que aborde lo masculino; ya que si bien esta propuesta parece políticamente incorrecta cuando apenas se empieza a incorporar una perspectiva de género en los programas dirigidos a mujeres, el atender los problemas masculinos tendrá efectos no sólo sobre ese grupo de población sino también sobre la femenina, al disminuir los efectos que las problemáticas masculinas tienen sobre el conjunto social.

### Núcleo

- Instar a las personas para que actualicen sus datos personales y números de teléfono de sus expedientes con el fin de poder ofrecerles un mejor servicio.
- Desarrollar en los análisis de situación de salud (ASIS) descripciones que evidencien las necesidades de salud mental de la población.

**Programa de Posgrado**

- Sistematizar de forma general las experiencias de prácticas profesionales de la maestría de tal manera que sea posible establecer un perfil del profesional en psicología de la salud en el primer nivel de atención.
- Utilizar los conocimientos derivados de las prácticas para el mejoramiento del programa y de los contenidos de los cursos.
- Desarrollar investigación para la búsqueda de indicadores que pongan en evidencia los beneficios de la atención psicológica en todos los niveles de atención.
- Ubicarse a la vanguardia en el desarrollo de indicadores epidemiológicos de salud mental.
- Evidenciar la necesidad de la atención psicológica en el primer nivel.

**Para futuras prácticas profesionales e investigaciones**

- Desarrollar programas de intervención en respuesta a las necesidades de los grupos poblacionales.
- Realizar propuestas de programas interdisciplinarios y por grupos de edad, lo mismo que para necesidades específicas.
- Implementación de proyectos comunitarios y de participación social.
- El papel de la psicología en la construcción social de la salud, en las acciones de promoción y prevención para el sistema social de salud.



**BIBLIOGRAFÍA**

- Agüero, M. & Fallas, P. (1995) "*Modelo de Autocuidado a Pacientes Usuarios de la Clínica del Dolor del Hospital Calderón Guardia*". Informe de práctica dirigida. Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica.
- Araoz, D., Burte, J. & Carrese, M. (1998). Control del dolor por medio de la hipnosis. En: *Manual para el tratamiento Cognitivo Conductual de los trastornos psicológicos*. Vol. 2. Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de la relación. Madrid, España. Siglo Veintiuno de España Editores.
- Bates, MS; Edwards, WT & Anderson, KO(1993). Ethnocultural influences on chronic pain perception. *Pain*. Vol. 52.
- Biurrun, A.; Fernández, M & Josué, G. (2002) Efectos de la aplicación de un programa de tratamiento cognitivo-conductual en el locus de control de pacientes con dolor crónico. *Anales de Psiquiatría*. 2002 OCT;18(9)
- Brennan, F.& Cousins,M. (2005) El alivio del dolor como un derecho humano. *En: Rev. Soc. Esp. Dolor*. 12: 17-23, 2005
- Buela-Casal, G. & Caballo, V. (1991). *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. Madrid España, Siglo Veintiuno Editores.
- Burgos, S.; Fernández, C. & Morales, A. (1995). *Sistematización del Programa de Atención Social al paciente con dolor del Hospital Rafael Angel Calderón Guardia*. Práctica dirigida para optar por el grado de licenciatura en Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica.

- Chapman, J.; Lehman, C.; Elliott, J. & Clark, D.(2006). Sleep Quality and the Role of Sleep Medications for Veterans with Chronic Pain. En: *PAIN MEDICINE*, Volumen 7, Número 2.
- Collado, A., Alijotas, J., Benito, P., Alegre, C., Romera, M., Sañudo, I. Martín, R., Peri, J. y Cots, J. (2002) Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en Cataluña. *Medicina Clínica (Barcelona)*. Vol. 118. No 19. p 745-749.
- Collado, A.; Torres, X; Arias, A.;Ruiz-López, R.& Muñoz-Gómez, J. (2004). Tratamiento multidisciplinar en pacientes con dolor crónico en situación de baja laboral. En: *Rev. Soc. Esp. Dolor* 11: 203-209.
- Cubero, C. (2003). “Análisis de la participación del profesional de enfermería en el manejo del dolor y el cuidado paliativo”. Tesis (licenciatura en enfermería). Universidad de Costa Rica.
- Der Kuile, MM; Linsen, ACG & Spinhoven, P.(1994). The development of the multidimensional locus of pain control questionnaire (MLPC): factor structure, reliability and validity. *J Psychopathol Behav* Vol.62
- Ferrer, VA; González-Barrón, R & Soler, E (1997). Evaluación de creencias sobre dolor en pacientes con dolor crónico y su modulación por las experiencias previas. *Cuad Med Psicosom Psiquiatr Enlace* Vol.41
- Golston, S.(1984). Definig primary prevention. En: *Readings in primary prevention of psychopatology*. Hannover: University Press of England.

- Jensen, MP; Turner, JA; Romano, JM & Lawler, BK(1994). Relationship of pain-specific beliefs to chronic pain adjustment. *Pain*. Vol. 57.
- Lega, L.; Caballo, V. & Ellis, A. (2002) “Teoría y práctica de la terapia racional emotivo – conductual”. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Manual de Normas de Atención del Dolor y Cuidados Paliativos del I y II Nivel.  
Recuperado el 25 de junio de 2008 de,  
<<http://www.cesdepu.com/decretos/29561-S.01-JUN-2001.htm>>
- Martin, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso de salud enfermedad. En: *Rev Cubana Salud Pública*. Vol. 29, no.3
- McCracken, L.; MacKichan, F. & Eccleston, C. (2007). Contextual cognitive-behavioral therapy for severely disabled chronic pain sufferers: Effectiveness and clinically significant change. En: *European Journal of Pain* 11 (2007)
- Miró, J. (2003). Instrumentos para la evaluación de la experiencia de dolor crónico en adultos. En: *Instrumentos de Evaluación en Psicología de la Salud*. Madrid, Alianza Editorial.
- Ministerio de Salud (2002). *Análisis Sectorial de Salud-Costa Rica*. Costa Rica: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud (2005). *Análisis de indicadores de género y salud. Costa Rica 2005*. Costa Rica: Ministerio de Salud.
- Miró J. (2003) “*Dolor Crónico: Procedimientos de evaluación e intervención psicológica*”. España. Desclée de Brouwer.

- Montero, I.; Dolores Aparicio, D.; Gómez-Beneyto, M.; Moreno-Küstner, B.; Reneses, B.; Usall, J. & Vázquez-Barquero, J.L. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. En *Gac Sanit* 2004;18(Supl 1):175-81
- Morales, F. (1999). *Introducción a la Psicología de la Salud*. Argentina: Paidós.
- Oblitas, L. & Becoña, E. (2000). *Psicología de la Salud*. México D.F.: Plaza Valdez Editores
- Olivares R; Méndez C. (2001) "Técnicas de modificación de conducta" España: Biblioteca Nueva.
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Alma Ata 1978. Atención Primaria de Salud*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe Sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental*. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (2004a). *Perfil del sistema de servicios de salud en Costa Rica/ Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud*. San José: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2004b). *Situación actual de la salud mental en Costa Rica / Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud*. San José: OPS.
- Ortiz, I., Herrera, C. & Ulate, M. (1999) "Programa de atención de enfermería a nivel domiciliario a personas con dolor crónico y/o fase terminal" *Práctica dirigida (licenciatura en enfermería)*. Universidad de Costa Rica



- Pérez Álvarez, M.; (1991) "El sujeto en la modificación de conducta". En: *"Manual de Técnicas de terapia y modificación de conducta"*. España: Edit. Siglo XXI
- Pérez-Pareja, J.; Borrás, C.; Sesé, A. & Palmer, A. (2005). Percepción de dolor y fibromialgia. *Actas Esp Psiquiatr.* Vol. 33. No.5
- Programa Residencia de Psicología Comunitaria. (2008), recuperado el 24 de agosto de 2008, de, <[http://www.psicopol.unsl.edu.ar/marzo08\\_08.pdf](http://www.psicopol.unsl.edu.ar/marzo08_08.pdf)>
- Reynoso, L. & Seligson, I. (2005). *Psicología clínica y de la salud. Un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.
- Restrepo, H. & Málaga, H. (2002). *Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable*. Bogotá, D.C., Colombia: Editorial Médica Panamericana.
- Roales-Nieto, G. (2004). *Psicología de la salud: aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid, España: Psicología Pirámide.
- Rodríguez, P. (2006) "Percepción de pacientes y familiares de la atención del programa domiciliario de enfermedades crónicas no oncológicas en el Centro Nacional de Control del dolor y cuidados paliativos". Tesis (especialista en medicina familiar y comunitaria). Universidad de Costa Rica.
- Soucase, B; Soriano, J.F; Monsalve, V.; De Andrés, J.. (2003) Aplicación del modelo transaccional de Lazarus y Folkman al dolor crónico: valoración, estrategias de afrontamiento y depresión. En: *INTERPSIQUIS*. 2003.

- Soucase, B.; Monsalve, V.; Soriano, J. & de Andrés, J. (2005). Valoración y estrategias de afrontamiento al dolor: diferencias en función del sexo y nivel de estudios. En: *INTERPSIQUIS*. 2005.
- Soucase, B.; Monsalve, V.; Soriano, J. & de Andrés, J. (2004). Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. En: *Rev. Soc. Esp. Dolor* 11: 353-359.
- Taylor, S. (1990). *Health Psychology*. New York: Random House.
- Turk., D. (2003) Cognitive-Behavioral Approach to the Treatment of Chronic Pain Patients. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*. Vol. 28. No. 6
- Turk., D.(1994) Perspectives on chronic pain: the role of psychological factors. *Curr Dir Psychol Sci* Vol.3
- Van-der Hofstadt, C. & Quiles, M. (2001). Dolor crónico: intervención terapéutica desde la psicología. En: *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, vol.8, No.1
- Vargas, K. (2005). *Manual de Técnicas Cognitivo Conductuales, para la disminución de los niveles de dolor crónico en pacientes diagnosticados con cáncer, dirigido a psicólogos*. Universidad Católica de Costa Rica Anselmo Llorente y la Fuente.
- Vargas, L. (1992). *Técnicas participativas para la educación popular*. San José, Costa Rica: Centro de Estudios y Publicaciones Alforja.
- Vázquez, F. (2002). La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. En: *Psicothema*. Vol. 14, nº 3.

Werner, R. ; Pelicioni, M.C. & Chiattonne, H. (2002) La Psicología de la Salud Latinoamericana: hacia la promoción de la salud. En: *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. Vol. 2, N° 1

**Fuentes electrónicas:**

Página oficial del Programa de Atención Integral de Salud

<http://pais.ucr.ac.cr>

Primeros Auxilios Psicológicos para intervenir con personas en Crisis Emocional

[http://www.uaq.mx/psicologia/lamision/primeros\\_auxilios.html](http://www.uaq.mx/psicologia/lamision/primeros_auxilios.html)

# ANEXOS



**FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Para ser participante del Proyecto Final de Graduación:

*“Programa de intervención integral cognitivo conductual para el manejo del dolor crónico benigno en hombres y mujeres del Área de Salud de San Pedro de Montes de Oca”*

Nombre de la investigadora Principal: \_\_\_\_\_

Nombre del/la participante: \_\_\_\_\_

**A. PROPÓSITO DEL PROYECTO:**

El programa está siendo realizado por Lic. Katherine Solano Araya, estudiante de la Maestría en Psicología de la Salud de la Universidad de Costa Rica, en coordinación con el Programa de Atención Integral en Salud, convenio UCR-CCSS.

El programa consiste en el desarrollo de actividades individuales y grupales que tienen como objetivo ayudar a las personas con dolor crónico benigno a manejar este síntoma, por lo que se espera que el estudio brinde información respecto a cómo atender a las personas con esta condición. Tendrá una duración aproximada de 6 meses que se extenderán de julio a diciembre del año 2007. Sin embargo, la participación que se espera de usted, abarca los meses de setiembre y octubre.

**B. ¿QUÉ SE HARÁ?:**

Si acepto participar en este programa realizaré las siguientes actividades:

- Dos sesiones de entrevista con la profesional a cargo del programa.
- Ocho sesiones grupales con personas que presentan diagnóstico de dolor crónico benigno.
- Una sesión de entrevista posterior a las sesiones grupales.

**C. RIESGOS:**

1. La participación en este estudio no significa ningún riesgo o molestia para mí
2. Si sufriera algún daño como consecuencia de los procedimientos a que seré sometido para la realización de este estudio, los investigadores participantes me brindarán el tratamiento necesario para mi total recuperación.

**D. BENEFICIOS:** como resultado de mi participación en este estudio, el beneficio que obtendré será la posibilidad de mejorar el manejo del síntoma de dolor que presento. Así mismo, mi participación contribuirá a que obtener información acerca de los mejores métodos para tratar enfermedades semejantes a la mía y este conocimiento puede beneficiar a otras personas en el futuro.

**E.** Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con Katherine Solano Arya, o con alguno de los investigadores sobre este estudio y ellos deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante puedo obtenerla llamando a la investigadora principal al teléfono número: 342-18-27 ó al Posgrado en Psicología de la Universidad de Costa Rica al teléfono: de lunes a viernes de 1 a 5 p.m.

**F.** Recibiré una copia de esta fórmula firmada para mi uso personal.

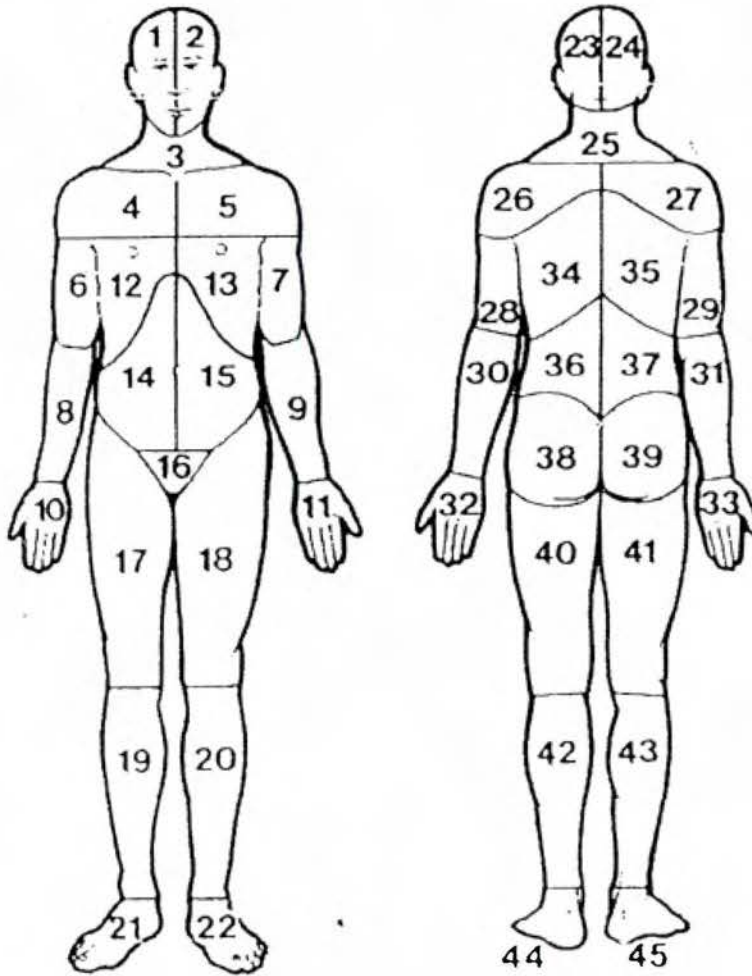
## Anexo 2: Aspectos de la entrevista del/la participante

- I. *Historia y situación actual de la experiencia de dolor*
  1. Aparición y curso.
  2. Situación actual: patrones temporales y factores que le afectan.
- ii. *Conceptualización del problema de dolor, tratamientos actuales y pasados y expectativas de tratamiento*
  1. Causas.
  2. Tratamientos médicos.
  3. Otros tratamientos.
  4. Medicación: tipo, dosis y frecuencia.
  5. Objetivos a conseguir con el tratamiento.
  6. Expectativas de resultados.
- III. *Análisis conductual*
  1. Cambios provocados por el dolor en actividades habituales, tanto en el paciente como en sus allegados.
  2. Impacto del dolor en las relaciones de pareja.
  3. Conducta del paciente cuando siente dolor.
  4. Respuesta/s de sus allegados a sus conductas de dolor.
  5. Respuesta/s de sus allegados cuando realiza conductas adaptadas.
  6. Nivel de actividad física, antes y después de la aparición del dolor.
  7. Deterioro físico y discapacidad.
- IV. *Historia laboral*
  1. Trabajo/s realizado/s.
  2. Planes futuros de trabajo.
  3. Recibe alguna compensación como consecuencia del dolor (baja laboral transitoria, invalidez, etc.).
  4. ¿Hay pendiente algún litigio relacionado con el problema de dolor?
- V. *Aspectos de la historia familiar y social*
  1. Familia de origen: relaciones familiares, historia de dolor y/o discapacidad en los miembros de su familia, actitudes y creencias familiares respecto del dolor y las conductas de dolor, consumo de alcohol y drogas, historia de abusos.
  2. Historia matrimonial.
  3. Situación de la relación matrimonial actualmente.
- VI. *Consumo de alcohol y drogas*
  1. Alcohol: cantidad de consumo (histórica y actual).
  2. Drogas: cantidad de consumo (histórica y actual).
- VII. *Trastornos psicológicos*
  1. Presencia actual de problemas de: depresión, ansiedad, pánico, estrés, demencia.
  2. Historia de problemas psicológicos (tipo y resultados de los tratamientos recibidos).
  3. Historia familiar de problemas psicológicos (tipo y resultados de los tratamientos recibidos).

Anexo 3: Entrevista Conductual de Muñoz, Labrador y Cruzado (2002),

1. Determinación de la conducta problema.
  - 1.1 ¿Dónde se ubica el dolor que padece?
  - 1.2 Describa desde cuándo padece de dolor.
  - 1.3 Describa detalladamente cuándo fue la última vez que tuvo un episodio de dolor.
2. Importancia del problema.
  - 2.1 ¿Cómo afecta el dolor crónico en su vida? (en el trabajo, en su relación con familiares)
  - 2.2 ¿Cómo afecta el dolor crónico a las personas que se relacionan con usted?
  - 2.3 ¿En qué medida está interesado(a) en mejorar el dolor?
3. Parámetros del dolor.
  - 3.1 ¿Cuántas veces aparece el dolor durante el día, semana o incluso en el mes?
  - 3.2 Describa detalladamente la vez que padeció el dolor de una manera más intensa, donde el dolor ha sido insoportable.
  - 3.3 Describa con detalle la vez que el dolor que sintió fue el menos intenso, el más leve.
  - 3.4 ¿Cuánto dura el dolor cada vez que aparece?
4. Determinantes del dolor.
  - 4.1 ¿En qué situaciones aparece el dolor? (lugares, con qué personas, hora, días)
  - 4.2 ¿Qué está haciendo usted cuando aparece el dolor?
  - 4.3 ¿Qué hace usted después de la aparición del dolor?
  - 4.4 ¿Qué pensamiento tiene para usted en esos momentos?
5. Evaluación y desarrollo.
  - 5.1 ¿Cuándo comenzó el dolor a ser un problema para usted?
  - 5.2 ¿Desde entonces el dolor ha permanecido igual, ha mejora o ha empeorado?
  - 5.3 ¿Qué circunstancias hacen que el dolor disminuye se agrave o permanezca?
  - 5.4 ¿Qué cree usted que fue lo que ocasionó la aparición del dolor?
6. Expectativa y objetivos.
  - 6.1 ¿Qué ha hecho usted hasta ahora para solucionar el dolor crónico (búsqueda de médicos, otros profesionales, auto medicación, entre otros)?
  - 6.2 ¿Qué resultados le ha dado?
  - 6.3 ¿Qué espera conseguir al finalizar el tratamiento?

Anexo 4: Dibujo de dolor



FUENTE: Reproducido de R. B. Margolis *et al.*: *Pain*, vol. 24, n.º 1, pp. 57-65, 1986.  
© Elsevier Science Publishers.



Instrumentos de evaluación en Psicología de la Salud

**Inventario Multidimensional de Dolor de West Haven-Yale.**  
*West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory, WHYMPI* (Kerns, R.; Turk, D. C., y Rudy, T. E., 1985)

*Ficha técnica*

**Nombre:** *West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory* o *Multidimensional Pain Inventory* (Inventario Multidimensional de Dolor de West Haven-Yale o Inventario Multidimensional de Dolor).  
**Siglas:** WHYMPI o MPI.  
**Autor (dirección):** Robert D. Kerns, Psychology Service 116B, VA Connecticut Healthcare System, West Haven, CT 06516, Estados Unidos.  
**Datos de Publicación:** Kerns, Turk y Rudy (1985).  
**Adaptación española:** Ferrer, V. A., González, R. y Manassero, M. A. (1993). «El West Haven Yale Multidimensional Pain Questionnaire: Un instrumento para evaluar el paciente con dolor crónico», *Dolor*, 8, 153-160.  
**Descripción/tipo de evaluación:** Autoinforme.  
**Objetivos:** Evaluar el impacto del dolor en la vida del paciente.  
**Población:** Adultos.  
**Tiempo de administración:** Aproximadamente, 10 minutos.  
**Momento más adecuado para pasar la prueba:** Fase inicial de diagnóstico y en seguimientos.  
**Procedimientos de puntuación:** Escalas tipo Likert.  
**Profesionales que pueden pasar la prueba:** No requiere de ninguna formación específica, con excepción de seguir las instrucciones necesarias. Se trata de un instrumento que puede ser autoadministrado.  
**Datos psicométricos:** Los valores de consistencia interna oscilan entre 0,72 y 0,9; la fiabilidad test-retest a dos semanas está entre 0,62 y 0,91; es sensible a los cambios en la intensidad de dolor y del nivel de actividad de los pacientes; permite identificar tres perfiles distintos de pacientes que se han replicado a lo largo de distintos problemas de dolor (por ejemplo, lumbalgia, cefaleas, dolor temporo-mandibular).

*Descripción*

El Inventario multidimensional de dolor de West Haven-Yale, más conocido como *Multidimensional Pain Inventory* (Inventario multidimensional de dolor), constituye una alternativa muy utilizada para evaluar el dolor desde una perspectiva comprehensiva, se considera al dolor como un fenómeno perceptivo complejo, resultado de la interacción de múltiples factores. Conceptualmente está vinculado a la perspectiva cognitiva-conductual que describen Turk y colaboradores (ver Turk, Meichenbaum y Genest, 1983). Evalúa múltiples dimensiones de la experiencia de dolor, siguiendo el *Sistema multiaxial de evaluación* descrito por Turk y Rudy (1987), cuyo objetivo es integrar múlti-

ples datos, tanto de naturaleza médica, como psicológica y conductual.

El objetivo de este instrumento no es el de analizar el dolor *per se*, sino que pretende aportar datos de cómo el sujeto vive su experiencia de dolor. Una información de vital importancia en el diseño y aplicación de cualquier programa de tratamiento.

El MPI está formado por 52 ítems, agrupados en 12 escalas que se distribuyen en tres partes. La primera parte comprende 20 ítems repartidos en cinco escalas que evalúan otras tantas dimensiones de la experiencia de dolor: (a) interferencia del dolor en varias áreas de la vida del paciente, (b) apoyo y preocupación de los allegados, (c) severidad del dolor, (d) autocontrol con relación a las actividades y

También existe una versión creada especialmente para la pareja del paciente, con un formato similar al original. La primera parte evalúa las percepciones de la pareja de las quejas de dolor del paciente, así como de sus propios niveles de malestar emocional, las percepciones acerca del impacto del dolor en sus vidas y su visión general del apoyo que da al paciente. La segunda parte recoge información sobre la forma característica que tiene la pareja

de responder a las quejas de dolor del paciente. En la tercera parte, la pareja del paciente debe informar sobre el nivel de actividad del paciente. Hasta la fecha, y si bien esta forma ha sido utilizada en algunos trabajos del grupo, fundamentalmente para contrastar los datos informados por el paciente (ver, por ejemplo, Flor, Kerns y Turk, 1987), todavía no disponemos de datos precisos sobre sus propiedades psicométricas (Kerns y Jacob, 1992).

**Prueba**

**Inventario Multidimensional de Dolor, WHYMPI (Ferrer, V., et al., 1993)**

NOMBRE Y APELLIDOS:.....  
 FECHA: .....

**SECCIÓN I:** En las 20 preguntas siguientes se le pedirá que describa su dolor y cómo éste afecta a su vida. Debajo de cada pregunta encontrará una escala de 0 a 6 para registrar su respuesta. Lea cuidadosamente cada una de ellas y rodee con un círculo el número de la escala que mejor indique cómo se aplica a usted cada cuestión en particular.

A continuación le presentamos un ejemplo que le ayudará a entender mejor cómo debe proceder para responder.

EJEMPLO: ¿Con qué frecuencia lee usted el periódico?

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Diariamente

Si usted nunca lee el periódico, deberá rodear con un círculo el número 0. Si lo lee a diario deberá rodear el número 6. De esta manera, los números más bajos (1, 2) deben ser usados para una menor frecuencia de lectura del periódico y los más altos (4, 5) para una frecuencia mayor.

\*\*\*\*\*

1. Estime la intensidad de su dolor en el momento presente.

0	1	2	3	4	5	6
Sin dolor						Dolor muy intenso

2. En general, ¿en qué medida interfiere el dolor en sus actividades diarias?

0	1	2	3	4	5	6
Sin interferencia						Interferencia extrema

3. Desde el inicio del dolor, ¿cuánto ha cambiado el dolor su habilidad para el trabajo?

0	1	2	3	4	5	6
Sin cambio						Cambio extremo

Anote aquí si el cambio ha sido debido a otras razones que no sean su problema de dolor:.....

Instrumentos de evaluación en Psicología de la Salud

4. ¿En qué medida el dolor ha cambiado la satisfacción o el goce que usted obtiene de participar en actividades sociales o de recreo?
- 0 1 2 3 4 5 6
- Sin cambio Cambio extremo
5. ¿Cuál es el nivel de ayuda o apoyo que le aporta su esposo/a (u otra persona similar) en relación a su dolor?
- 0 1 2 3 4 5 6
- Ningún apoyo Apoyo extremo
6. Clasifique su estado de ánimo global durante la semana pasada.
- 0 1 2 3 4 5 6
- Ánimo extremadamente bajo Ánimo extremadamente alto
7. Como promedio, ¿qué grado de severidad ha tenido su dolor durante la semana pasada?
- 0 1 2 3 4 5 6
- Nada severo Extremadamente severo
8. ¿En qué medida su dolor ha cambiado la habilidad para participar en actividades recreativas o sociales?
- 0 1 2 3 4 5 6
- Sin cambio Cambio extremo
9. Su dolor ¿cuánto ha cambiado el valor de satisfacción que usted obtiene de las actividades de relación familiar?
- 0 1 2 3 4 5 6
- Sin cambio Cambio extremo
10. ¿Qué nivel de preocupación tiene su esposo/a (u otra persona similar) en relación a su problema de dolor?
- 0 1 2 3 4 5 6
- Nada preocupado Extremadamente preocupado
11. Durante la semana pasada, ¿qué cantidad de control siente que ha tenido sobre su vida?
- 0 1 2 3 4 5 6
- Ningún control Control extremo
12. ¿Qué grado de sufrimiento experimenta a causa de su dolor?
- 0 1 2 3 4 5 6
- Ningún sufrimiento Sufrimiento extremo
13. Su dolor ¿cuánto ha cambiado sus relaciones matrimoniales u otras?
- 0 1 2 3 4 5 6
- Sin cambio Cambio extremo
14. ¿Qué cantidad de satisfacción o disfrute que obtiene usted del trabajo ha cambiado por su dolor?
- 0 1 2 3 4 5 6
- Sin cambio Cambio extremo
- Anote aquí si actualmente no está trabajando:.....
15. ¿Qué atención presta su esposo/a (u otra persona similar) a su problema de dolor?
- 0 1 2 3 4 5 6
- Ninguna atención Atención extrema
16. Durante la semana pasada, ¿en qué grado siente usted que ha sido capaz de ocuparse de sus problemas?
- 0 1 2 3 4 5 6
- Nada en absoluto Extremadamente bien
17. ¿Cuánto ha cambiado su dolor la habilidad para realizar trabajos caseros?
- 0 1 2 3 4 5 6
- Sin cambio Cambio extremo
18. Durante la semana pasada, ¿a qué nivel de irritabilidad ha estado?
- 0 1 2 3 4 5 6
- Sin irritación alguna Extremadamente irritado



Instrumentos para la evaluación de la experiencia de dolor.

19. ¿Cuánto ha cambiado su dolor las relaciones con sus amistades o con otras personas que no pertenecen a su familia?

0 1 2 3 4 5 6

Sin cambio

Cambio extremo

20. Durante la semana pasada, ¿a qué nivel de tensión o ansiedad ha estado usted?

0 1 2 3 4 5 6

Sin ninguna tensión o ansiedad

Extremadamente tenso o ansioso

**SECCIÓN II:** En esta sección estamos interesados en conocer cómo responde su esposo/a (u otra persona similar) cuando nota que usted siente dolor. En la escala que aparece debajo de cada pregunta, rodee con un círculo el número que indique cómo responde esta persona normalmente cuando usted tiene dolor.

1. Me ignora.

0 1 2 3 4 5 6

Nunca

Muy a menudo

2. Me pregunta qué puede hacer para ayudar.

0 1 2 3 4 5 6

Nunca

Muy a menudo

3. Lee para mí.

0 1 2 3 4 5 6

Nunca

Muy a menudo

4. Expresa irritación hacia mí.

0 1 2 3 4 5 6

Nunca

Muy a menudo

5. Asume mi trabajo u obligaciones.

0 1 2 3 4 5 6

Nunca

Muy a menudo

6. Me habla de otras cosas para alejar mis pensamientos del dolor.

0 1 2 3 4 5 6

Nunca

Muy a menudo

7. Expresa frustración hacia mí.

0 1 2 3 4 5 6

Nunca

Muy a menudo

8. Trata de que yo pueda descansar.

0 1 2 3 4 5 6

Nunca

Muy a menudo

9. Trata de involucrarme en alguna actividad.

0 1 2 3 4 5 6

Nunca

Muy a menudo

10. Expresa enfado hacia mí.

0 1 2 3 4 5 6

Nunca

Muy a menudo

11. Busca algunos medicamentos para mi dolor.

0 1 2 3 4 5 6

Nunca

Muy a menudo

12. Me da coraje para trabajar en algún hobby.

0 1 2 3 4 5 6

Nunca

Muy a menudo

13. Me busca algo de comer o de beber.

0 1 2 3 4 5 6

Nunca

Muy a menudo

14. Enciende la televisión para que me distraiga de mi dolor.

0 1 2 3 4 5 6

Nunca

Muy a menudo



Instrumentos de evaluación en Psicología de la Salud

**SECCION III:** A continuación aparecen una serie de actividades diarias comunes. Por favor, indique lo a menudo que usted realiza estas actividades actualmente. Rodee con un círculo el número de la escala que aparece debajo de cada actividad.

- |  |   |   |   |   |   |   |              |
|--|---|---|---|---|---|---|--------------|
| 1. Lavar los platos.                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6            |
| Nunca  |   |   |   |   |   |   | Muy a menudo |
| 2. Comer fuera de casa.                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6            |
| Nunca  |   |   |   |   |   |   | Muy a menudo |
| 3. Jugar a cartas o a otros juegos.            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6            |
| Nunca  |   |   |   |   |   |   | Muy a menudo |
| 4. Hacer la compra.                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6            |
| Nunca  |   |   |   |   |   |   | Muy a menudo |
| 5. Trabajar en el jardín.                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6            |
| Nunca  |   |   |   |   |   |   | Muy a menudo |
| 6. Ir al cine o a un espectáculo.              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6            |
| Nunca  |   |   |   |   |   |   | Muy a menudo |
| 7. Visitar amigos.                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6            |
| Nunca  |   |   |   |   |   |   | Muy a menudo |
| 8. Limpiar la casa.                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6            |
| Nunca  |   |   |   |   |   |   | Muy a menudo |
| 9. Cuidar el coche.                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6            |
| Nunca  |   |   |   |   |   |   | Muy a menudo |
| 10. Pasear en coche.                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6            |
| Nunca  |   |   |   |   |   |   | Muy a menudo |
| 11. Visitar parientes.                         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6            |
| Nunca  |   |   |   |   |   |   | Muy a menudo |
| 12. Hacer la comida.                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6            |
| Nunca  |   |   |   |   |   |   | Muy a menudo |
| 13. Lavar el coche.                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6            |
| Nunca  |   |   |   |   |   |   | Muy a menudo |
| 14. Ir de viaje.                               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6            |
| Nunca  |   |   |   |   |   |   | Muy a menudo |
| 15. Ir al parque, al campo o a la playa.       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6            |
| Nunca  |   |   |   |   |   |   | Muy a menudo |
| 16. Lavar la ropa.                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6            |
| Nunca  |   |   |   |   |   |   | Muy a menudo |
| 17. Hacer una reparación necesaria en la casa. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6            |
| Nunca  |   |   |   |   |   |   | Muy a menudo |

## Anexo 6: Cuestionario de discapacidad por dolor lumbar de Oswestry (adaptación)

**Instrucciones:** Estas preguntas han sido diseñadas para conocer hasta qué punto su dolor de espalda le afecta en su vida diaria. Por favor, responda a todas las preguntas y señale en cada una de ellas sólo aquella respuesta que más se aproxime a su caso. Aunque usted piense que más de una respuesta se puede aplicar a su caso, marque sólo aquella que describa mejor su problema actual.

### Pregunta 1. Intensidad del dolor

- Puedo soportar el dolor sin necesidad de tomar calmantes.
- El dolor es fuerte, pero me arreglo sin tomar calmantes.
- Los calmantes me alivian completamente el dolor.
- Los calmantes me alivian un poco el dolor.
- Los calmantes apenas me alivian el dolor.
- Los calmantes no me quitan el dolor y no los tomo.

### Pregunta 2. Cuidados personales (lavarse, vestirse, etc.)

- Me las puedo arreglar solo sin que me aumente el dolor.
- Me las puedo arreglar solo, pero esto me aumenta el dolor.
- Lavarme, vestirme, etc., me produce dolor y tengo que hacerlo despacio y con cuidado.
- Necesito alguna ayuda, pero consigo hacer la mayoría de las cosas yo solo.
- Necesito ayuda para hacer la mayoría de las cosas.
- No puedo vestirme, me cuesta lavarme y suelo quedarme en la cama.

### Pregunta 3. Levantar peso

- Puedo levantar objetos pesados sin que me aumente el dolor.
- Puedo levantar objetos pesados, pero me aumenta el dolor.
- El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo hacerlo si están en un sitio cómodo (por ejemplo, en una mesa).
- El dolor me impide levantar objetos pesados, pero sí puedo levantar objetos ligeros o medianos si están en un sitio cómodo.
- Sólo puedo levantar objetos muy ligeros.
- No puedo levantar ni elevar ningún objeto.

### Pregunta 4. Andar

- El dolor no me impide andar.
- El dolor me impide andar más de un kilómetro.
- El dolor me impide andar más de 500 metros.
- El dolor me impide andar más de 250 metros.
- Sólo puedo andar con bastón o muletas.
- Permanezco en la cama casi todo el tiempo y tengo que ir a rastras al baño.

### Pregunta 5. Estar sentado

- Puedo estar sentado en cualquier tipo de silla todo el tiempo que quiera.
- Puedo estar sentado en mi silla favorita todo el tiempo que quiera.
- El dolor me impide estar sentado más de una hora.
- El dolor me impide estar sentado más de media hora.
- El dolor me impide estar sentado más de diez minutos.
- El dolor me impide estar sentado.

**Pregunta 6. Estar de pie**

- Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera sin que me aumente el dolor.
- Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera, pero me aumenta el dolor.
- El dolor me impide estar de pie más de una hora.
- El dolor me impide estar de pie más de media hora.
- El dolor me impide estar de pie más de diez minutos.
- El dolor me impide estar de pie.

**Pregunta 7. Dormir**

- El dolor no me impide dormir bien.
- Sólo puedo dormir si tomo pastillas.
- Incluso tomando pastillas duermo menos de 6 horas.
- Incluso tomando pastillas duermo menos de 4 horas.
- Incluso tomando pastillas duermo menos de 2 horas.
- El dolor me impide totalmente dormir.

**Pregunta 8. Actividad sexual**

- Mi actividad sexual es normal y no me aumenta el dolor.
- Mi actividad sexual es normal, pero me aumenta el dolor.
- Mi actividad sexual es casi normal, pero me aumenta mucho el dolor.
- Mi actividad sexual se ha visto muy limitada a causa del dolor.
- Mi actividad sexual es casi nula a causa del dolor.
- El dolor me impide todo tipo de actividad sexual.

**Pregunta 9. Vida social**

- Mi vida social es normal y no me aumenta el dolor.
- Mi vida social es normal, pero me aumenta el dolor.
- El dolor no tiene un efecto importante en mi vida social, pero sí impide mis actividades más enérgicas, como bailar, etc.
- El dolor ha limitado mi vida social y no salgo tan a menudo.
- El dolor ha limitado mi vida social al hogar.
- No tengo vida social a causa del dolor.

**Pregunta 10. Viajar**

- Puedo viajar a cualquier sitio sin que me aumente el dolor.
- Puedo viajar a cualquier sitio, pero me aumenta el dolor.
- El dolor es fuerte, pero aguanto viajes de más de dos horas.
- El dolor me limita a viajes de menos de una hora.
- El dolor me limita a viajes cortos y necesarios de menos de media hora.
- El dolor me impide viajar excepto para ir al médico o al hospital.

P.D.: \_\_\_\_\_ %

## Anexo 7: Escala numérica para la evaluación de la intensidad subjetiva de dolor

Elija un número de 0 a 10, donde 0 corresponde a “ningún dolor” o “ausencia de dolor” y 10 “el peor dolor posible” que ha sentido durante el día.

Lunes

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NINGÚN DOLOR POSIBLE									PEOR DOLOR POSIBLE	

Martes

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NINGÚN DOLOR POSIBLE									PEOR DOLOR POSIBLE	

Miércoles

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NINGÚN DOLOR POSIBLE									PEOR DOLOR POSIBLE	

Jueves

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NINGÚN DOLOR POSIBLE									PEOR DOLOR POSIBLE	

Viernes

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NINGÚN DOLOR POSIBLE									PEOR DOLOR POSIBLE	

Sábado

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NINGÚN DOLOR POSIBLE									PEOR DOLOR POSIBLE	

Domingo

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NINGÚN DOLOR POSIBLE									PEOR DOLOR POSIBLE	



## Anexo 8: Formato de entrevista

Fecha de entrevista

Referido por

### ***A. Información general de la persona consultante***

Nombre

Edad

Dirección

Estado Civil

Nivel de escolaridad

Ocupación

Estado de salud y estilo de vida

Aspectos relevantes de la historia de vida

### ***B. Información del ambiente familiar***

Cuadro familiar

<i>Nombre</i>	<i>Parentesco</i>	<i>Edad</i>	<i>Ocupación</i>	<i>Descripción de la relación</i>

Aspectos relevantes de la historia familiar

Aspectos relevantes de la historia de pareja

### ***C. Información del ambiente social***

Condición socioeconómica

Condición domiciliar

Condición laboral/académica/doméstica

Relaciones sociales (redes sociales)

### ***D. Motivo de consulta***

Descripción

Historia de los problemas y acontecimientos desencadenantes

Dimensiones relevantes del problema (intensidad, duración, frecuencia, cuándo ocurre, dónde, respuestas emocionales y pensamientos asociados, etc.)

Tratamientos anteriores y estrategias de afrontamiento (variables personales y socioculturales que intervienen)

Impacto del problema en la vida personal, familiar y social de la persona consultante

Expectativas, objetivos o metas del tratamiento.