

Universidad de Costa Rica
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Psicología

Práctica Dirigida para optar por el Grado de Licenciatura en Psicología

Atención psicológica de enfoque cognitivo-conductual a pacientes hemato-oncológicos que reciben trasplante de células madre hematopoyéticas, en el Departamento de Hemato-Oncología del Área de Psico-Oncología del Hospital México en San José, Costa Rica.

Proponente: Elizabeth Miller Campos

No. Carnet B64399

Correo: emmiller2220@gmail.com

Teléfono: 844434288

Comité Asesor:

Director: Dr. Manuel Solano Beauregard

Lector: Dr. Jorge Sanabria León

Lector: Dr. Ronald Ramírez Henderson

Asesora Técnica: Dra. María Luisa Rebolledo



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

ACTA DE PRESENTACIÓN DE REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN No. 238

Sesión del Tribunal Examinador celebrada de manera virtual el día lunes nueve de mayo del dos mil veintidós, a las dieciséis horas, con el objeto de recibir el informe oral de la presentación pública de la:

SUSTENTANTE	CARNE	AÑO DE EGRESO
Elizabeth Miller Campos	B64399	2-2020

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

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

Tribunal Examinador	
Dra. Ana María Jurado Solórzano	Presidenta
M.Sc. Bradly Marín Picado	Profesor Invitado
M.Sc. Manuel Solano Beauregard	Director de T.F.G.
Dr. Ronald Ramírez Henderson	Miembro del Comité Asesor
Dr. Jorge Sanabria León	Miembro del Comité Asesor

ARTICULO I

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

ARTICULO II

La postulante hace la exposición oral de su trabajo final de graduación titulado: **“Atención psicológica de enfoque cognitivo-conductual a pacientes hemato-oncológicos que reciben trasplante de células madre hematopoyéticas, en el Departamento de Hemato-Oncología del Área de Psico-Oncología del Hospital México en San José, Costa Rica”.**

ARTICULO III

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

ARTICULO IV

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

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

Observaciones: Incorporar las recomendaciones del Tribunal Examinador

ARTICULO V





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

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

Se da lectura al acta que firman los Miembros del Tribunal Examinador y la Postulante. A las 6:34 p.m. se levanta la sesión.

Nombre:

Firma:

Dra. Ana María Jurado Solórzano	
M.Sc. Bradly Marín Picado	
M.Sc. Manuel Solano Beauregard	
Dr. Ronald Ramírez Henderson	
Dr. Jorge Sanabria León	
Elizabeth Miller Campos	

Resumen Ejecutivo

Una de las enfermedades de mayor enfoque en el sistema de salud de Costa Rica es el cáncer. Dentro de todos los distintos tipos de cáncer, se encuentra el hematológico, que proviene de una médula ósea disfuncional, el cual está entre los tipos de cáncer más mortales en Costa Rica. Para este tipo de enfermedad, no en todas las ocasiones hay una respuesta adecuada a la quimioterapia, por lo que se propone realizarles el trasplante de células madre hematopoyéticas; el cual es uno de los procedimientos oncológicos de mayor riesgo físico e impacto psicológico en los pacientes.

En Costa Rica no se había realizado ninguna práctica dirigida que proporcionara atención psicológica a esta población oncológica a pesar de ser esta una necesidad. Por ello, el presente proyecto brindó atención individual con seguimiento semanal a los pacientes hemato oncológicos a los cuales les realizaron el trasplante de células madre hematopoyéticas en el Hospital México de Costa Rica durante 7 meses. A los pacientes se les brindó evaluaciones y consecuentemente intervenciones bajo el modelo cognitivo-conductual y la Psicooncología. Debido a la pandemia del COVID 19, todo el trabajo realizado se ejecutó bajo la modalidad virtual.

Los resultados fueron evaluados por medio recomiendo Termómetro de Distrés, el HADS y del discurso de los pacientes, tanto antes como después de la intervención psicológica durante su estancia hospitalaria. Se logró evidenciar un efecto significativo de la intervención cognitivo-conductual a la hora de reducir tanto los síntomas de ansiedad, depresión y distrés, así como en el manejo de los efectos secundarios del procedimiento. Los pacientes manifestaron mejoría al recibir esta atención durante el proceso, por lo que se recomienda fortalecer este tipo de atención a esta población en específico. A su vez, se describen las labores realizadas en conjunto con el Servicio de Medicina Paliativa y Psicooncología tales como taller de duelo, acompañamiento en consulta externa e interconsultas, asistencia a sesiones clínicas, sesiones de familia y atenciones en crisis.

Palabras clave: Cáncer, cáncer hematológico, trasplante de células madre hematopoyéticas, distrés, ansiedad, depresión.

Abstract

One of the diseases of major focus in the Costa Rican health system is cancer. Within the different types of cancer, there is hematologic cancer, which originates from a dysfunctional bone marrow. This cancer is among the deadliest types of cancer in the Costa Rican population. For this type of disease, not on all occasions is there an adequate response to chemotherapy, so it is proposed to perform the transplantation of hematopoietic stem cells, which is one of the cancer procedures with the highest physical risk and psychological impact on patients.

In Costa Rica there has been no graduation practices that provided psychological care to this oncological population despite the great need. Therefore, this project provided individual care with weekly follow-up to hematopoietic stem cell transplantation patients at Hospital México of Costa Rica within a period of 7 months. The patients were evaluated and consequently intervened under the cognitive-behavioral model and Psycho-oncology. Due to the COVID 19 pandemic, everything that was done was possible, under the virtual modality.

The results were evaluated with the Distress Thermometer and the HADS, and also the narrative of the patients. All of these were before and after the psychological intervention during their hospital stay. A significant effect of the cognitive-behavioral intervention was demonstrated in reducing the symptoms of anxiety, depression and distress, as well as in facilitating the management of the secondary effects of the procedure. The patients indicated the benefit of receiving this care during their process, so it is recommended to strengthen this service to this population in the future.

The project carried out other labors in conjunction with the Palliative Medicine and Psycho Oncology Service: grief workshop, accompaniment in outpatient consultation and inter consultations, attendance in clinical sessions, family sessions and crisis care.

Key words: Cancer, hematological cancer, hematopoietic stem cell transplantation, distress, anxiety, depression.

Dedicatoria

Este trabajo se lo dedico exclusivamente a mi papá que me ve desde el cielo, quien me mostró lo que es verdaderamente luchar contra el cáncer, y para mí, siempre será vencedor. Papá, logré terminar la práctica, logré lo que te prometí, lo logré. Gracias.

Agradecimientos

A Dios, por tenerme con vida para poder estar más cerca a cumplir mis sueños.

Le agradezco a toda mi familia, por darme toda la ayuda para sacar adelante mi carrera. Todo el apoyo me deja sin palabras de agradecimiento.

Ernesto, de verdad le agradezco por acompañarme por lo bueno y lo malo, y mantenerme motivada durante todo el proceso. Usted estuvo conmigo en todo momento y no sé si hubiera podido lograrlo sin su ayuda.

Al equipo asesor: La Dra. Rebolledo, y a los profesores Dr. Manuel Solano Beauregard, Dr. Jorge Sanabria León y Dr. Ronald Ramírez Henderson. Sin duda ustedes me han dado un aprendizaje inigualable.

A la Escuela de Psicología, gracias por abrir este espacio para que yo pudiera formarme para ser una psicóloga de la Universidad de Costa Rica.

Un agradecimiento especial para mi papá, todo lo que he logrado, ha sido por usted, y todo lo que logre, va a ser para usted. Un abrazo de aquí al cielo.

Índice de Contenidos

<u>I. Introducción</u>	9
<u>II. Marco de Referencia</u>	11
<u>A) Antecedentes Internacionales</u>	11
<u>B) Antecedentes Nacionales</u>	17
<u>Factibilidad y viabilidad de la práctica dirigida</u>	35
<u>Metodología</u>	36
<u>Estrategia de Intervención</u>	37
<u>Objetivos Generales y Específicos</u>	39
<u>Participantes</u>	41
<u>Procedimientos</u>	42
<u>Instrumentos</u>	47
<u>Resultados</u>	49
<u>Intervención psico-oncológica individual a pacientes con cáncer hematológico en proceso de trasplante de células madre hematopoyéticas.</u>	51
<u>Apoyo al servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial (Psico-Oncología)</u>	67
<u>Acompañamiento en consulta externa e interconsultas con la Doctora María Luisa Rebolledo</u>	67
<u>Taller Virtual de Duelo</u>	73
<u>Sesiones médicas clínicas</u>	79
<u>Aprendizajes personales y profesionales</u>	81
<u>Alcances y Limitaciones</u>	82
<u>Discusión</u>	84
<u>Conclusiones</u>	88
<u>Recomendaciones</u>	91
<u>Referencias</u>	94
<u>Anexos</u>	101

I.Introducción

La presente práctica dirigida consistió en una intervención psicológica cognitivo-conductual para el manejo de síntomas físicos y psicológicos del trasplante de células madre hematopoyéticas (HSCT) conocido como trasplante de médula ósea en pacientes hemato-oncológicos dentro del Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial (Psico-Oncología) del Hospital México de Costa Rica. Como indican Damon y Andreadis (2017), este procedimiento se ha utilizado para una variedad de afecciones médicas; principalmente las hemato-oncológicas (cáncer en las vías sanguíneas). En muchos casos es la única opción curativa para algunos tipos de cáncer y a pesar de su gran complejidad no se han realizado intervenciones psicológicas en Costa Rica y muy pocas mundialmente con esta población en específico.

Los efectos psicológicos y sociales de este proceso son de alto impacto para la población con la que se trabaja. García (2018) plantea que la experiencia es desafiante y multidimensional debido a que los pacientes sufren determinados efectos secundarios producto de la alta toxicidad de la quimioterapia en altas dosis y, como consecuencia, la inmunosupresión del cuerpo. Amonoo et al. (2020) señalan que los pacientes en proceso HSCT presentan mayores dificultades psicológicas que los demás pacientes oncológicos, ya que la hospitalización es la principal causante de síntomas de ansiedad, depresión, distrés, delirio, sensación de falta de control de sí mismo, cambios en autoimagen, trastorno por estrés postraumático (TEPT), el trastorno adaptativo, trastornos de ansiedad y depresión mayor. En los trasplantes alogénicos, se suma a este proceso, ya de por sí estresante, la búsqueda un donador que sea compatible (Reynoso y Becerra, 2014). Dicho esto, el trastorno con la prevalencia más alta en pacientes es el adaptativo, reportado en un 70% por Becerra (2014). En el estudio de Tecchio et al., (2013) se encontró que aproximadamente el 40% de los pacientes de HSCT desarrollan diversas psicopatologías, entre las más usuales se encuentran la depresión, la ansiedad y el delirio. La ansiedad se reportó en pacientes de HSCT en un 56% por Hefner et. al. (2014). Un 15-20% de los pacientes de HSCT pueden desarrollar depresión mayor en algún momento, y al hospitalizarse sube a 31-38% (García, 2018). El trastorno por estrés postraumático (TEPT) se reporta con una prevalencia del 15- 28% en pacientes de HSCT (García, 2018). Después de 6 meses del proceso operatorio, se encontró 28% de los pacientes con síntomas de TEPT, y estos síntomas pueden perdurar hasta 10 años después de la hospitalización en 41% de estas personas. Se informa que hasta un 50% de los pacientes que

reciben el HSCT experimentarán un episodio de delirio en algún momento en las próximas 4 semanas después del procedimiento. Es muy lamentable indicar que el 50% de los delirios en pacientes oncológicos pasan desapercibidos y por ende no reciben su debido tratamiento. El malestar físico de los procesos operatorios incrementa la posibilidad de desarrollar estos trastornos psicológicos, como también la presencia de alguna psicopatología o malestar psicológico perjudica la recuperación física de los pacientes (García, 2018).

Con el panorama descrito, la psicooncología acompaña a estas personas por medio de la implementación de tratamientos para los efectos y/o trastornos psicológicos comentados anteriormente. Específicamente, Rebolledo y Alvarado (2006) exponen tres áreas básicas de la práctica de los psicólogos clínicos en la psicooncología: la comunicación de malas noticias, la detección del distrés psicosocial y el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales que se presentan junto al cáncer. Con ello, es importante abordar las respuestas emocionales, conductuales y cognitivas relacionadas al cáncer en los miembros de la familia y los pacientes mismos que se encuentran en proceso de trasplante de células madre hematopoyéticas. Estas se realizaron por medio de la adaptación del protocolo de atención psicológica para el TCMH de Psicooncología.

A la hora de hablar de protocolos, estos son de vital importancia porque utilizan la evidencia científica para respaldar la efectividad de sus intervenciones. Los protocolos tienen la ventaja de utilizar el método científico para evaluar a los pacientes y, basándose en lo que se ha extraído, moldear la intervención para el mayor beneficio de los y las participantes del programa. Asimismo, incluye una evaluación que se puede aplicar en cada paciente, de manera eficiente, y brinda mucha información sobre la persona y guía el proceso terapéutico a realizar (Reynoso y Becerra, 2014).

Hasta hace poco tiempo se le está dando más atención y se están abriendo más programas para esta población oncológica específica, debido a los efectos psico-sociales perjudiciales que se han observado durante su proceso de hospitalización. Con ello, el propósito de la inserción profesional realizada en el Hospital México fue trabajar con dicha población, con la cual no se había trabajado antes en prácticas dirigidas y que presenta alta demanda de intervenciones psicológicas.

II. Marco de Referencia

En este capítulo se presenta la recopilación realizada de los protocolos de intervenciones psicológicas utilizando el enfoque cognitivo-conductual, que, a su vez, se ha realizado en otros países con pacientes hematológicos y hemato oncológicos para tratar los problemas físicos y psicológicos que surgen durante su proceso hospitalario. Luego se comentan los resultados de las prácticas de graduación de psicología que se han elaborado en Costa Rica con pacientes oncológicos y se investiga sobre otros estudios e intervenciones psicológicas con población oncológica en Costa Rica.

A) Antecedentes Internacionales

A continuación se colocan los estudios consultados en orden cronológico, del estudio más antiguo al más reciente con respecto a las intervenciones cognitivo-conductuales en pacientes hemato-oncológicos u oncológicos, que coinciden con el aporte del presente trabajo.

Arranz, et. al. (2003) realizaron una intervención psicológica en pacientes que se sometían a un trasplante de médula, debido a que también le dan importancia a la psicoeducación (el programa en su totalidad fue de enfoque psico-educativo), al manejo del estrés y dolor y al afrontamiento. Constó de cuatro módulos:

1. Educación para la salud: facilitar la toma de decisiones, aclarar dudas, informar sobre el tratamiento, rectificar percepciones erróneas, entre otros.
2. Habilidades de afrontamiento: identificar los estilos de cada paciente y enseñar habilidades de afrontamiento activo y cognitivo-motor.
3. Manejo del estrés y dolor: identificar las fuentes de estrés y sus reacciones usuales, implementar la reestructuración cognitiva, promover autoinstrucciones positivas, autorefuero, y entrenar en relajación.
4. Prevención de respuestas, abordaje familiar y el trabajo en equipo identificar el estilo comunicativo, entrenar el asertividad con la familia, facilitar la expresión emocional, adiestrar en la solución de problemas y fomentar actividades gratificantes.

Galindo-Vázquez et. al. (2013) hicieron un análisis de 24 estudios sobre los efectos de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en pacientes oncológicos. Sus hallazgos indican que 90% de

estos reportaron impactos benéficos en sus pacientes. Las mejoras principales se dieron en: depresión, ansiedad, trastornos del sueño, dolor, fatiga y estrés. Los instrumentos más usados fueron el HADS, el BDI y el BAI. Se aclara que los dos roles principales de la TCC en pacientes oncológicos son: 1) la intervención en las dificultades psicológicas asociadas al diagnóstico, tratamiento y periodo de seguimiento y 2) el manejo de los efectos secundarios físicos del tratamiento oncológico como náuseas, vómitos, dolor, insomnio, incontinencia, entre otros.

Para la fase previa a la hospitalización en pacientes hemato-oncológicos que pasan por el trasplante de células madre (HSCT), Rivera-Fong en Reynoso y Becerra (2014) establecen una propuesta de evaluación con los siguientes pasos.

1. Evaluación del paciente: entrevista semiestructurada, indagar antecedentes médicos y psicológicos personales y familiares, examen mental, conciencia de enfermedad, antecedentes de adhesión a terapia, estilos y estrategias de afrontamiento, apoyo social real y percibido, y necesidad de interconsulta con psiquiatría.
2. Aplicación de instrumentos: Distrés (Distress Thermometer) y Ansiedad y Depresión (HADS).
3. Psicoeducación, presencia en la comunicación del diagnóstico y acompañamiento en casos de crisis si fuera necesario.
4. Apoyo durante el proceso, implementación de estrategias de solución de problemas, y percepción de control sobre la enfermedad.

Reynoso y Becerra (2014), establecen que 65% de los pacientes hematológicos presentan una comorbilidad psico-social, primordialmente la ansiedad en un 28%. Específicamente, en pacientes hematológicos que se realizan el HSCT, Techio et. al. (2013) agrega que 40% presentan psicopatologías significativas durante su hospitalización. Los síntomas ansioso-depresivos incrementan con la hospitalización y aislamiento prolongado (entre 20-35 días) que se requieren como parte de sus procedimientos, siendo el trastorno adaptativo como el más frecuente en este proceso de hospitalización.

Para la fase de tratamiento de estos mismos pacientes, se proponen los siguientes lineamientos por Rivera-Fong en Reynoso y Becerra (2014).

1. Psicoeducación sobre la propuesta de tratamiento y reforzamiento de habilidades de comunicación para fortalecer la relación entre el paciente y sus familiares con el personal médico.
2. Manejo de efectos secundarios. Enseñar herramientas para manejar síntomas como náuseas, vómito, entre otras. Fomentar conductas de autocuidado.
3. Manejo de dolor. Favorecer el entrenamiento conductual de la adhesión al tratamiento farmacológico, explicar las posibles causas del dolor, respiración diafragmática, respiración profunda, relajación progresiva, e imaginación ante la presencia del dolor.
4. Evaluación de pensamientos y emociones y aplicación de la reestructuración cognitiva. Asimismo, proporcionarle un autorregistro diario de distrés.
5. Programación de actividades independientes. Involucrar a la persona lo más posible en la toma de decisiones y en el control sobre sus medicamentos. Crear un programa de ejercicio leve.
6. Monitoreo de ansiedad y depresión en puntos clave (día de hospitalización, día de infusión de células madre, una semana posterior a la infusión y cuando se le da el alta al paciente)

Con este protocolo se logró obtener:

1. Manejo de información útil sobre los tratamientos médicos que se les va a aplicar, así como de habilidades de comunicación para expresarse con sus familiares y el equipo médico acerca de su enfermedad y tratamiento.
2. Aplicación de las técnicas brindadas para afrontar los efectos secundarios desagradables provenientes de su tratamiento oncológico, así como también la promoción del autocuidado.
3. Uso de las herramientas de relajación enseñadas cuando presentan dolor.
4. Identificación de pensamientos y emociones, cómo documentarlos y generación de pensamientos funcionales alternativos.
5. Activación conductual por medio de ejercicios y empoderamiento sobre su medicación y decisiones médicas.
6. Información sobre puntos más altos percibidos de los síntomas de ansiedad y de depresión en todo el proceso médico, permitiendo reforzar la atención psicológica y guiando futuras intervenciones con dicha población (Rivera-Fong en Reynoso y Becerra (2014).

Ríos-Quezada y Cruzat-Mandich (2015) observaron en su investigación que los pacientes hemato-oncológicos sufren deterioro en su salud mental. El descubrimiento del diagnóstico causó crisis emocionales y mayor sintomatología de ansiedad y depresión a través del tiempo. Se destacan entre las principales emociones el miedo al dolor; a morir, a la recaída, a los procedimientos; desesperación por no sentir control, miedo a dejar a sus familias solas y sensación de culpa por contraer la enfermedad y ver a los demás sufrir por eso. Asimismo, existen conductas disfuncionales como el aislamiento social como el cese de comunicación con sus redes de apoyo. Con ello se plantea que hay un deterioro general de calidad de vida en estos pacientes, pero puede mejorar con el tiempo. Los factores influyentes en su calidad de vida fueron sus proyectos personales, el apoyo familiar y social, la contención del equipo médico, factores económicos y su percepción general de salud.

De acuerdo con una recopilación del Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos (2019), hay una prevalencia del 20% del trastorno adaptativo en pacientes oncológicos durante su hospitalización. Además, estiman una prevalencia del 15-25% del trastorno de depresión. Esto es debido a que las altas dosis de quimioterapia causan que el cuerpo del paciente queda sin defensas inmunológicas, por lo que se somete a un aislamiento extremo y de privación social (Reynoso y Becerra, 2014). El Instituto Nacional de Cáncer (2019) también reporta el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) en 35% de pacientes oncológicos después de su tratamiento, y se pueden evidenciar síntomas del trastorno hasta en un 80% de pacientes en recidiva. Se plantea que los síntomas de ansiedad en pacientes con cáncer están presentes en una variedad de momentos, con una prevalencia estimada de 44%, y, un 10% propiamente como trastorno de ansiedad.

Considerado lo indicado anteriormente, es importante hacer evaluaciones correctas e intervenir lo antes posible por medio de la psicooncología. El Instituto Nacional de Cáncer (2019) coloca a la terapia cognitivo-conductual como la más efectiva para atender a esta población en sufrimiento psico-social y manejo del dolor, fatiga, depresión, ansiedad y otros trastornos que se presentan. Colocan otras posibilidades como la intervención en crisis, la relajación, la psicoeducación, terapia existencial y terapia de grupo. Amonoo et.al. (2020) y una variedad de otros autores, como Galindo-Vázquez (2013), Fredenberg y Silverman (2014), DuHamel et.al. (2010), y Reynoso y Becerra (2014) respaldan dicho anteriormente, ya que argumentan que las intervenciones cognitivo-conductuales han tenido mucha eficacia en los pacientes oncológicos.

Studts et.al., (2014) agrega que hay algunos programas psicosociales con utilidad también en donde se hace una combinación de intervenciones individuales, de pareja y grupales para mitigar el estrés e incrementar el apoyo social.

Agregando el tema de la pandemia por el COVID 19, se debe mencionar el artículo de Sousa, Mohandas, and Javed (2020), quienes destacan que la pandemia ha afectado a la salud mental de las personas aún más y que suele haber mayor afectación en personas con ingresos bajos o intermedios, debido a la dificultad para tener acceso a servicios de psicología y psiquiatría. Una parte de la población afectada son los funcionarios médicos de primera línea, quienes han sufrido un considerable desgaste físico y emocional a raíz de sus largas jornadas, el impacto psicológico de atender a pacientes COVID y presenciar con regularidad fallecimientos a gran escala. Por ende, apuntan que gracias a la pandemia del COVID 19, se está empezando a estudiar más sobre cuáles son las mejores intervenciones psicológicas para esta situación en particular. Opinan que la atención virtual puede ser un reto debido a que no es accesible para toda la población, especialmente en las personas con dificultades socioeconómicas. Otro aspecto importante comentado por los autores fue que la tele psicología y tele psiquiatría no se pueden llevar a cabo en todos los países debido a códigos legales y, por otro lado, reconocen que las evaluaciones psicológicas y algunas técnicas de intervención son mucho más efectivas de forma presencial (Sousa, Mohandas, y Javed, 2020).

En Wang et.al (2020) también se comenta sobre el impacto de la salud mental y la pandemia del COVID 19 en pacientes con cáncer. Sus hallazgos también coinciden con los aportes anteriores, indicando que la depresión y la ansiedad predominan en dichos pacientes, con un 23.4% y 17.7% respectivamente en su estudio, así como los síntomas de TEPT con un 9.3% y “síntomas de hostilidad”, con un 13.5%. A pesar de que en su estudio se menciona que hay una prevalencia alta de problemas psicológicos en pacientes con cáncer, solo el 1.6% acudían a servicios de salud mental. Casi la mitad de la muestra de pacientes (48.1%) no prestó atención a los servicios de psicología en línea y sólo el 11.2% consideraron dichos servicios útiles. Según este estudio, las personas que se identificaron con el género femenino tendían, con mayor frecuencia, a preocuparse por su enfermedad debido al COVID 19; empeorando su calidad de sueño. Esto tiene relación con lo anterior debido a que confirma que una pandemia puede incidir en la salud mental de las personas, y aun mas en un paciente oncológico.

Concluyen que debido a la pandemia del COVID 19, los pacientes con cáncer tienden a tener niveles más altos de síntomas de problemas de salud mental que la población general. Así mismo, indican que se ha notado que hay un vacío entre la alta prevalencia de desórdenes mentales y baja prevalencia de tratamiento. Se subraya que pacientes con cáncer y con problemas de salud mental no reciben el tratamiento adecuado (Wang, et.al., 2020).

Con respecto a las intervenciones clínicas cognitivo-conductuales en pandemia, Wright y Caudill (2020) indican que el acceso a la terapia psicológica virtual y la telemedicina se pueden llevar a cabo con efectividad y que a su vez reducen costos e incrementan el acceso de las personas a la medicina. Se comenta por el análisis de los autores, de una recopilación de estudios, que la psicoterapia virtual no tiene menor efectividad que la terapia de cara a cara. En algunos casos se logran atender mayor cantidad de pacientes con la modalidad virtual. Eso sí, existen obstáculos, como peligro de perder la confidencialidad de la consulta y las dificultades tecnológicas para conectarse, pero son problemas que se pueden solucionar. Esta modalidad también permite que la tecnología facilite acceso a material bibliográfico y videos que pueden mejorar el seguimiento y los resultados del proceso terapéutico individual (Wright y Caudill, 2020).

Amador, Trejos-Gil, Castro-Escobar y Angulo (2021) señalan la importancia de la tecnología y la telepsicología al agregar que los profesionales en psicología pueden brindar una atención psicológica eficaz por medio de una adaptación a la nueva realidad en cuanto a brindar su servicio se refiere. Esta es una de las principales barreras, pero a su vez hay también áreas de fortaleza para los pacientes. Por ejemplo, se reducen los costos de viaje al consultorio, se ahorra tiempo de traslado y puede recibir la atención en cualquier sitio que desee, mientras se cumpla con la confidencialidad (Amador, Trejos-Gil, Castro-Escobar y Angulo, 2021).

Ordoñez (2021) agrega que la terapia en línea cada vez se ha ido popularizando previo a la pandemia, pero con la pandemia se volvió cada vez una necesidad para brindarle seguimiento a los pacientes con depresión, por ejemplo. Después de las intervenciones a los pacientes con depresión leve, moderada o grave, de manera individual, se concluye que se logró que los niveles de depresión disminuyeran utilizando la medición del instrumento IDB. Así mismo, bajó la afectación laboral y social. Al igual que los otros autores, también agrega algunas desventajas del proceso virtual que suelen afectar la efectividad de los resultados. Uno de los principales retos que destacó fue la dificultad de adherirse al tratamiento, en donde los pacientes agendan citas más

lejanas de lo recomendado. También coincide en la dificultad que existe para tener una red de internet que permita que la sesión se dé sin interrupciones, por lo que el tiempo de la sesión se acorta o atrasa, lo que afecta las demás sesiones de la psicoterapeuta. Finalmente, indica que algunos pacientes suelen considerar los medios tecnológicos más tediosos o difíciles. Por ello colocan la importancia del compromiso del paciente y del terapeuta para una psicoterapeuta más eficaz (Ordoñez, 2021).

Dicho esto, se evidencia la utilidad de los protocolos estandarizados y de la terapia cognitivo-conductual para los pacientes hemato-oncológicos en proceso de un trasplante de células madre hematopoyéticas, y sus beneficios y retos bajo la modalidad virtual debido a la pandemia del COVID 19. La presente práctica dirigida, sigue la línea de los protocolos descritos anteriormente en los antecedentes internacionales. De las recomendaciones anteriores, se acatará el uso de evaluaciones con los instrumentos HADS y el Termómetro de Distrés, además del uso de la psicoeducación y la intervención en crisis. También es de interés para efectos de la investigación, el uso de las técnicas de intervención cognitivo-conductuales de reestructuración cognitiva, ejercicios de relajación, entrenamiento en solución de problemas y habilidades de afrontamiento, la activación conductual, estrategias de aceptación y compromiso y “mindfulness”. Asimismo, se tomó en cuenta lo establecido por la literatura con respecto a la afectación de la salud mental de los pacientes oncológicos durante una pandemia mundial, y sobre las adaptaciones que se deberían realizar al atenderlos bajo una modalidad virtual.

B) Antecedentes Nacionales

En Costa Rica, los últimos datos preliminares del INEC (2019) indican que la enfermedad del cáncer es la segunda causa de muerte conocida, específicamente el cáncer de estómago con 529 muertes. Luego se coloca el cáncer de próstata con 420 muertes. El cáncer con más muertes después de este es el cáncer de mama, en noveno lugar con 352 muertes. Asimismo, según el Ministerio de Salud (2018), por cada 100,000 personas en el país, entre 2011 y 2015, el cáncer de piel tiene la mayor incidencia, con 12,805 casos acumulados. En segundo lugar, se coloca el cáncer de mama con 5,873 casos, y en tercer lugar el cáncer de próstata con 4,916 personas.

En cuanto a trasplantes de tejidos y órganos en Costa Rica, Castillo (2017) informa que la C.C.S.S. ofrece dichos procedimientos en los hospitales de Niños, San Juan de Dios, y México.

En cuanto al trasplante de células madre hematopoyéticas, el primero se documentó en el año 1986 en el Hospital de Niños. En el Hospital San Juan de Dios se realizan desde 1992 (Castillo, 2018) y según Rojas y Ramírez (2002) el Hospital México tuvo su primer trasplante en 1995. En el 2017 se realizaron 79 trasplantes; 44 en el Hospital San Juan de Dios, 27 en el Hospital México y 9 en el Hospital de Niños (Castillo, 2018).

Por parte de la Universidad de Costa Rica, se ha participado con prácticas de graduación de enfoques cognitivo-conductuales en el Servicio de Psico-Oncología y Hemato-Oncología del Hospital México en una variedad de ocasiones. Se resumen los trabajos de más relevancia para la efectos del presente trabajo.

En el Hospital México se han elaborado otras prácticas dirigidas con pacientes oncológicos, como en la Unidad de Neuro-Oncología por parte de Ortiz (2014). El sustentante realizó sus intervenciones principalmente en pacientes con tumores cerebrales y con sus cuidadores. Con ello, sus resultados indican que se brindaron espacios seguros de contención y expresión emocional con intervenciones en crisis. Se hicieron numerosas evaluaciones neuropsicológicas, mejoraron las prácticas de autocuidado de los pacientes y sus familiares, se facilitó la comunicación de noticias, y se fortaleció la adecuada preparación psicológica previo a las cirugías.

Además, se ejecutó una práctica con los cuidadores de los pacientes hemato-oncológicos por parte de Zeledón (2016) lo cual resalta el impacto social de una persona diagnosticada con cáncer. En sesiones médicas se intervenía con pacientes con distintos tipos de cáncer como mama, ginecológico y hematológico, dentro de Medicina Paliativa. Los resultados principales muestran que, por medio de la psicoeducación en la profilaxis de cáncer de mama, se disminuyeron síntomas de ansiedad y depresión reactiva, a su vez, se fomenta el espíritu de lucha y de apoyo entre los mismos pacientes del grupo. Gracias al taller de cuidadores se logró implementar rutinas de autocuidado y el acceso a información para mantener su salud física y psicológica. De la intervención individual de cuidadores se logran ver avances como aumento de conductas de autocuidado, establecimiento de pensamientos racionales, capacidad de identificar y manejar las emociones disfuncionales, el uso de la relajación y del sueño y la comunicación asertiva.

Valerio (2017) también realizó su inserción con pacientes oncológicos con el fin de reducir el distrés. Se utilizó el Termómetro de Distrés como instrumento principal. Sus resultados indican un incremento exitoso de la regulación funcional de cogniciones, emociones y conductas que

surgieron en el proceso oncológico hospitalario. Con ello, se observó una reducción de las cogniciones, emociones y conductas disfuncionales y un aumento de comunicación asertiva, fortalecimiento de apoyo social, y prácticas de autocuidado en los pacientes. Los datos indican que 42% de los pacientes redujeron los niveles de distrés, 48% lo mantuvieron y 7% tuvo un aumento.

Gallardo (2017) realizó su práctica de psicología clínica en el Servicio de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios de Costa Rica. En esta participación llevó a cabo evaluación psicológica e intervención individual y grupal. En la atención psicológica se logró en los pacientes un mejor manejo de ansiedad, control de emociones, reestructuración de pensamientos disfuncionales, mejor higiene de sueño, acompañamiento en el proceso de duelo, estructuración un proyecto de vida, abordaje de problemas familiares, entre otros. Dicha práctica de graduación muestra la existencia de intervenciones con poblaciones oncológicas en otros hospitales nacionales de Costa Rica.

Brenes (2019) realizó una intervención de manejo de distrés en pacientes con cáncer de próstata en dicho departamento de Psicooncología del Hospital México. Por medio de la aplicación del protocolo cognitivo-conductual se logró bajar los niveles del distrés, medidos por medio del Termómetro de Distrés. Además, los pacientes indicaron que tuvieron un aprendizaje satisfactorio acerca de cómo expresarse sobre su sexualidad, escuchar a los demás y aplicar individualmente las técnicas de relajación como la relajación muscular progresiva. Además, se intervino en talleres de duelo, de psicoprofilaxis preoperatoria de mama, sesiones de familia, atención en crisis, entre otros.

Finalmente, Ayala (2021) hizo su inserción profesional en el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos para pacientes con enfermedades crónicas y terminales. Una de las actividades de la práctica fue dar talleres psicoeducativos a la población Hemato-Oncológica del Hospital Rafael Calderón Guardia. De ello, se resalta la falta de información que los pacientes hematooncológicos tienen sobre su enfermedad y sus tratamientos. Además, encontró útil enseñar algunas técnicas de afrontamiento y de relajación para sobrellevar los efectos de su tratamiento.

Aparte de los aportes realizados por personas dentro de la Universidad de Costa Rica, se cuenta también con la publicación científica de Rebolledo y Alvarado (2006). La doctora Rebolledo colaboró en la realización de este trabajo académico, quien funge a su vez como coordinadora del Servicio de Psicooncología del Hospital México en donde la presente práctica

tuvo lugar. En dicho artículo se habla de la relación entre el distrés y el cáncer, en el cual, el cáncer se reconoce como una situación excesivamente estresante, y el distrés como un conjunto de manifestaciones emocionales, sociales y/o espirituales que acompañan a una variedad de procesos estresantes. Además, se resalta el hecho de que el distrés prolongado puede contribuir a la aparición de un cáncer debido al impacto perjudicial del distrés en el sistema inmune de las personas. En cuanto a la presencia de cáncer como tal, el diagnóstico y su comunicación a la persona se considera altamente estresante y amenazante. Asimismo, los tratamientos médicos constantes han mostrado evidencia de causar trastornos psicológicos y, además, pensamientos, emociones y conductas que muestran altos niveles de malestar. Con ello, explican los aportes de la psicooncología, en donde los tres principales son la comunicación de malas noticias, la detección de distrés, y la intervención psicoterapéutica de los trastornos mentales que surgen durante estos procesos.

Asimismo, la doctora Rebolledo también colaboró en la validación de la Escala de Ansiedad Preoperatoria y de Información Ámsterdam (APAIS) con Méndez-Meneses et. al., (2019) en pacientes de cáncer de mama en Costa Rica dentro del Hospital México y también con pacientes en México. La investigación arrojó que los niveles de ansiedad presentados una semana antes fueron considerables, especialmente 72 horas antes, en las complicaciones postquirúrgicas de los pacientes. El APAIS mostró capacidad para detectar la ansiedad relacionada con la cirugía y presentó consistencia interna en la población latinoamericana, similar a los estudios previos que utilizaron población caucásica primordialmente. Se encontró que casi el 71% de las pacientes con cáncer de mama necesitaban atención psicológica para el manejo de ansiedad relacionada con la cirugía.

El análisis de los aportes anteriores indica que la psicooncología y las técnicas cognitivo-conductuales se ha insertado en los entornos médicos para abordar las dificultades psicológicas (distorsiones cognitivas, desregulación emocional, no adherencia, entre otros.) en los pacientes con cáncer. La presente práctica sumó un protocolo de intervención cognitivo-conductual para una población oncológica con la que no se había trabajado antes en Costa Rica y muy poco a nivel internacional.

III. Marco Conceptual

A continuación, se detallan los enfoques de la psicología sobre los cuales se originan los protocolos en que basan las intervenciones de la presente inserción profesional, y además, los aportes importantes de esta área. También, se explica la enfermedad que presenta la población específica con la que se trabajó y sobre el impacto de la pandemia del COVID 19 en su salud mental.

Psicología Clínica de la Salud: Como se ha señalado anteriormente, la psicología ha expandido sus áreas de impacto. La psicología clínica al insertarse en el área relacionada a la salud física de las personas y la medicina ha creado la rama de la psicología de la salud. Este enfoque, de acuerdo con Reynoso-Erazo y Seligson (2005) se centra en la prevención, tratamiento y rehabilitación de pacientes médicos. Esta área es relativamente nueva y busca dar un manejo multidisciplinario de los problemas que surgen en los espacios en que interviene. Algunas de las actividades de los psicólogos en esta profesión consisten en la prevención de enfermedades, cambios en estilos de vida, atención de pacientes crónico-degenerativas y rehabilitación de pacientes. Se aplican los protocolos junto a médicos, enfermeros, trabajadores sociales, y otros profesionales.

Al igual que la medicina, utiliza protocolos científicamente probados que han sido de mucha utilidad para tratar las manifestaciones cognitivas, conductuales, y emocionales que acompañan las enfermedades físicas y sus respectivos tratamientos médicos. Además, en general, tiene el propósito de implementar herramientas para que las personas puedan adquirir calidad de vida por medio del entrenamiento en estilos de vida saludables tomando en cuenta los factores de riesgo y factores de protección que interactúan en cada persona. Su rol con pacientes oncológicos, según Llantá, Grau, y Massip (2005), consiste en reconocer el papel que desempeña la conducta humana en la etiología y la evolución del cáncer. La psicología de la salud le da importancia al impacto psicológico de los diagnósticos, los tratamientos hospitalarios y el estigma social relacionado al cáncer.

Medicina Conductual: Arroyo et.al. (2013) citado en Reynoso y Becerra (2014) define a la medicina conductual como un campo interdisciplinario de investigación y práctica clínica, enfocado en las interacciones entre el entorno físico y social, la cognición, conducta y biología en la salud y enfermedad. Parte de la evidencia empírica que indica que la enfermedad puede cambiar la conducta de referencia y la conducta puede causar enfermedad. Con ello, se busca estudiar y

modificar el comportamiento de las personas enfermas en el contexto hospitalario, analizando los pensamientos y sentimientos relacionados con el proceso de enfermedad, la participación de la familia y funcionarios médicos, entre otros. Se indica que ha tenido muy buenos resultados en niños con retardo de desarrollo, personas privadas de libertad, personas con problemas de alcoholismo, comportamientos antisociales en niños escolares y muchos más (Reynoso, 2014). Landa, Martínez y Sánchez (2014) explican que la medicina conductual compone la evidencia basada en literatura científica, las expectativas del paciente, y la experiencia del personal de salud, en donde junto con las instituciones se unen para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud del paciente. Con ello se elaboran protocolos especializados para cada persona para que sean validados científicamente.

En los pacientes oncológicos específicamente, Becerra (2014) comenta que la afectación psicológica depende de una combinación de ciertos factores, como la edad de la persona, el sitio corporal en donde se ubica el cáncer, el estadio clínico del cáncer, curso y efectos del tratamiento y el pronóstico médico. Profesionales en psicología por medio de la medicina conductual, han elaborado protocolos para el abordaje de dificultades en los pacientes oncológicos. Protocolos científicos se han hecho para una variedad de etapas posibles en el proceso médico: prevención, detección oportuna, diagnóstico, tratamiento, supervivencia y terminalidad, cada uno de ellos con sus respectivas intervenciones psicológicas de medicina basadas en la medicina conductual descritas en Reynoso y Becerra (2014). Estos protocolos de medicina conductual utilizan las técnicas de la terapia cognitivo-conductual, debido a que ésta proporciona evidencia científica sobre su eficacia en los pacientes oncológicos, y también los protocolos elaborados desde la psicooncología, descrita a continuación.

Psico-Oncología: Holland, citado por Robert, Álvarez y Valdivieso (2013), definió a la psicooncología como una subespecialidad de la oncología, que atiende las respuestas de los pacientes en todos los estadios de la enfermedad y la de su familia. También indica que estudia los procesos psicológicos, conductuales y sociales que influyen en la morbilidad y mortalidad del cáncer. Se agrega por Llantá, Grau, y Massip (2005) que también es considerada una rama de la psicología de la salud que enfatiza el rol entre las emociones y la génesis y desarrollo del cáncer, así como también el pronóstico y la supervivencia con calidad del paciente. La psicooncología contribuye a la lucha contra el cáncer por medio de la modificación de hábitos y conductas de

riesgo, regulación emocional, tratando distorsiones cognitivas, enseñando estrategias de afrontamiento, manteniendo la adherencia al tratamiento, manejo de efectos físicos secundarios del tratamiento médico, entre otros (Llantá, Grau, y Massip, 2005).

La psicooncología tiene gran dominio en el abordaje psicológico en la etapa de comunicación de diagnóstico oncológico, pero también en los procesos de tratamiento en donde hay duelos inevitables, como la pérdida del sentimiento de seguridad, de estabilidad, de su cotidianidad, de su trabajo, de sentir control y otros. Las intervenciones integrales de la psicooncología tienen gran importancia al acompañar las vivencias de los pacientes, y además mitigar problemas como el estrés, la depresión y la ansiedad. Además, sus aportes también se hacen en pacientes en cuidados paliativos (enfermedad avanzada) y pacientes con recidiva (Robert, et.al., 2013).

Según Rebolledo y Alvarado (2006) la finalidad de la psicooncología se dirige hacia un rol activo del paciente en su enfermedad y en su proceso terapéutico, por medio de su aprendizaje relacionado con ello, tanto en prevención como intervención. Esto se suele llevar a cabo en conjunto con el modelo cognitivo-conductual y la terapia cognitivo-conductual, la cual es la que se llevó a cabo por parte de la sustentante en la presente práctica dirigida y se describe a continuación.

Modelo Cognitivo-Conductual: Delgado (2018) nos informa que el modelo se basa principalmente en la relación entre las conductas y el ambiente que interactúan con ellas. Con el tiempo, se fueron considerando aspectos subjetivos e internos de las personas, que llaman los pensamientos disfuncionales o maladaptativos que se reestructuran de una forma racional. Con ello, la psicología se insertó como ciencia, al tener la conducta humana como objeto de estudio principal, y donde solo se utilizan métodos experimentales, cuyos fenómenos en estudio deben ser observables, medibles y reproducibles. Su objetivo principal se identifica como la predicción y el control de la conducta, por lo que utiliza el método científico.

Fernandez-Alvarez y Fernandez-Alvarez (2017), coinciden con el anterior, y que indica que poco a poco en el tiempo se ha ido integrando otros aspectos importantes, como la relación entre las cogniciones, las emociones y las conductas. Se descubrió en sus inicios, que el modelo cognitivo-conductual era efectivo y eficaz en tratar la depresión. Así también se fueron dando enfoques para tratar los trastornos mentales. De esta forma, el modelo cognitivo conductual se ha

convertido en un modelo que se puede ajustar fácilmente a las necesidades de los pacientes y del terapeuta. Asimismo, es un modelo que se enfoca en ver al paciente de forma integral, modificando los trastornos mentales o las disfunciones, de una manera amplia, en donde se abarca tanto lo cognitivo, lo conductual y emocional, así como incluyendo los factores ambientales que inciden en todo como un conjunto. Es importante destacar de los autores también, que es una terapia muy funcional porque se puede adaptar a ambientes en línea, por lo que es muy importante en la presente práctica dirigida, ya que se tuvo que hacer la atención de los pacientes oncológicos de manera virtual, debido a la pandemia del COVID 19. Se pudo adaptar los materiales, herramientas y técnicas de intervención para llevarse a cabo en línea, sin ningún problema, por lo que es un punto a favor muy admirable (Fernandez-Alvarez y Fernandez-Alvarez, 2017).

Terapia cognitivo-conductual (TCC): Se describe por Díaz, Ruiz, y Villalobos (2012) como una orientación psicoterapéutica basada en psicología del aprendizaje y en la psicología científica. Sus técnicas cuentan con evidencia empírica y experimental sobre su eficacia para tratar una variedad de trastornos psicológicos. Parte de que la conducta es aprendida, y su objetivo es el cambio conductual, cognitivo y emocional por medio de la enseñanza de conductas adaptadas. Galindo-Vásquez, et.al., (2013) plantean que la TCC parte de que las cogniciones tienen la función de la etiología y mantenimiento de los problemas psicológicos. Involucra el monitoreo y detección diaria de pensamientos, emociones y conductas, como también entender la relación entre cada uno de ellos. Enfatiza principalmente el entrenamiento en la modificación de distorsiones cognitivas y, el modelado y modificación de conductas.

En los pacientes oncológicos con sintomatologías y trastornos psicológicos, se evidencia la presencia de desregulación emocional, distorsiones cognitivas y conductas asociadas que en psicología clínica se han atendido (Brenes, 2018; Valerio, 2017; Salazar; 2015; Ríos-Quezada y Cruzat-Mandich, 2015; Rivera-Fong, 2014). Galindo-Vásquez, et.al., (2013) colocan que los objetivos de la TCC en pacientes oncológicos se pueden agrupar en dos grupos en donde el primero es el abordaje de problemas psicológicos asociados al diagnóstico, tratamiento, y periodo de seguimiento, y, el segundo el manejo de los efectos secundarios del tratamiento oncológico como: náusea, vómito, dolor, insomnio, incontinencia, entre otros.

Toro et.al. (2019), comentan que la terapia cognitivo-conductual junto a la Psicooncología proporciona habilidades de afrontamiento al cáncer, para mejorar ansiedad, depresión, angustia,

adaptación y calidad de vida del paciente oncológico. La terapia cognitivo-conductual tiene técnicas psicoeducativas, de modificación de cogniciones, comportamientos y de activación psicofisiológica. De esta forma, favorece la adherencia al tratamiento de los pacientes oncológicos, al modificar las conductas que atentan contra la salud de la persona. El paciente aprende nuevas formas funcionales y objetivas de interpretar las situaciones y así afronta su enfermedad y sus tratamientos con más capacidades y habilidades (Toro et al., 2019).

A continuación, se explica la enfermedad del cáncer específica que presentan las personas de la población intervenida con la que se trabajó.

Cáncer hemato-oncológico: Los tipos de cáncer en la sangre son la leucemia, el linfoma y el mieloma múltiple (Centro Nacional de Cáncer, 2016). Pueden empezar ya sea en la médula ósea o en el sistema inmune de la persona. En la leucemia se origina el cáncer en la médula ósea, y causa una sobreproducción de glóbulos inmaduros al torrente sanguíneo. En cuanto a los linfomas, las dos diferenciaciones principales son los linfomas de Hodgkin y los linfomas No Hodgkin. En el primero, se crea por la presencia de una célula llamada célula de Reed Sternberg. En los Linfomas No Hodgkin, se da en los glóbulos blancos, en donde hay irregularidades en el sistema linfático; los ganglios linfáticos se inflaman anormalmente. En el mieloma múltiple, el cáncer se reproduce por las células plasmáticas, las cuales son glóbulos blancos que ayudan a combatir anticuerpos (Rivera-Fong en Reynoso y Becerra, 2014). Partiendo de la información de la enfermedad, se explica el tratamiento hospitalario afín, al que serán sometidos la población de intervención.

Trasplante de células madre hematopoyéticas (HSCT): Este procedimiento, también llamado trasplante de células madre o de médula ósea, de acuerdo con White et.al. (2019) es un tratamiento que puede curar algunos tipos de cáncer y/o extender el tiempo de vida de un paciente. Se puede hacer ya sea por medio de un donador (alotrasplante) o con el mismo paciente (autotrasplante). El proceso involucra las pruebas del paciente, selección de donadores, quimioterapia a altas dosis, posible radioterapia, el traslado de las células madre y el periodo de recuperación.

La cantidad de realizaciones de estos procedimientos ha incrementado sustancialmente a través de los años debido a la disminución de las cifras de muerte post-trasplante a través de los años, en un 41% (Gooley, et.al., 2010). La Red Global de Trasplante de Sangre y Médula anunció la realización de un millón de trasplantes en diciembre del 2012. El número ha pasado de 1000

trasplantes en el 1985 (Centro para Investigación Internacional de Trasplantes de Sangre y Médula, 2011) a más de 50,000 anualmente en el presente (Red Global de Trasplante de Sangre y Médula).

A continuación, algunos desórdenes psicológicos que se observan en el proceso del trasplante de células madre hematopoyéticas, y además se evaluaron en el presente programa realizado.

Ansiedad: Tuma y Masser (2018), explican que la ansiedad es esencial e imprescindible en la experiencia humana. Sus constituyentes son neurológicos, psicológicos y comportamentales. Por ejemplo, algunas manifestaciones de ansiedad pueden ser la taquicardia y la sudoración, acompañada de pensamientos irracionales. La ansiedad se define en su estado normal como una fuerza motivacional para adaptarse y sobrevivir. Para ser adaptativa, la percepción de amenaza debe ser acorde a la respuesta emocional. Después del estado normal, hay otros niveles disfuncionales que proceden a perjudicar el funcionamiento cognitivo de la persona. En algunas intensidades más altas, puede ser la base para que se desarrollen trastornos de ansiedad y depresión. Es importante señalar que la ansiedad se manifiesta de distintas maneras en las personas, aunque en todas las personas exista. Macmillan, Suleman, y Hodgekiss (2018) comentan que la ansiedad se encuentra en los pacientes con cáncer durante todas las etapas de la enfermedad. Los mismos autores informan que se tiene una cifra de meta análisis de aproximadamente un 10% de pacientes de cáncer en general padecen de ansiedad en algún momento. Los niveles más altos de ansiedad según los autores son en pacientes de cáncer de pulmón, ginecológico y hematológico. Esto depende de cada paciente, el tipo de cáncer, el estadio de la enfermedad, el tipo de tratamiento, síntomas físicos, las redes de apoyo, su condición socioeconómica, auto imagen y otros posibles factores (Macmillan, Suleman y Hodgekiss, 2018).

Depresión: La depresión es un trastorno mental en donde, según Alexopoulos (2019), se crea una disfunción en los mecanismos psicológicos de recompensa, prominencia y las redes de control cognitivo. El grado de la disfunción en dichas redes puede determinar la intensidad de los síntomas relacionados al estado de ánimo, cogniciones, y/o el comportamiento motor de la persona. Puede surgir por una interacción de varios factores y procesos juntos, como la genética, estresores socioeconómicos/psicosociales, enfermedades y cambios hormonales, medicamentos y otras sustancias, entre otros. Algunas manifestaciones son anhedonia, retardo psicomotor, falta de introspección, falta de concentración y capacidad de planificación, dificultad para solucionar

problemas, entre otros. Macmillan, Suleman y Hodgekiss (2018), indican que la depresión mayor se manifiesta en el 15% y la depresión menor en un 20%. Además, colocan los datos de que la depresión se manifiesta en el 13% pacientes con cáncer de pulmón, 11% de cáncer ginecológico, 9% en cáncer de seno, 7% cáncer colorectal, y 6% en cáncer genitourinario. Es importante indicar como dato importante, qué hay mayor incidencia de cáncer en personas que padecen de depresión. Asimismo, la depresión está asociada con un mayor índice de mortalidad en los pacientes con cáncer. La depresión no se ha podido diagnosticar con suficiente eficacia como se debe, por lo que se recomienda realizarles mayor cantidad de evaluaciones psicológicas durante sus procesos de enfermedad (Macmillan, Suleman y Hodgekiss, 2018).

Distrés: El distrés es un concepto que se ha ido estudiando recientemente y del que poco se conoce. La Asociación Americana del Cáncer (2020) informa que el distrés puede tener distintas definiciones, pero generalmente se define como un fenómeno en donde un malestar se refleja en emociones, sensaciones, pensamientos, y comportamiento.

Además, el distrés influye para afrontar los síntomas de la enfermedad del cáncer y sus tratamientos. Algunos ejemplos son, atender a citas médicas, tomar decisiones importantes del tratamiento, comunicarse con equipo médico y familiares, entre otros. También, se expresa la sensación de falta de control, pensamientos de preocupación por familiares y el tratamiento y el aislamiento social. Los autores recuerdan que hay niveles sanos y también niveles disfuncionales (Asociación Americana del Cáncer, 2020).

En el estudio de Mehnert et al. (2018), también utilizando el Termómetro de Distrés, se concluyó que el distrés se presenta en un 52% de los pacientes con cáncer. Prevalece la fatiga (56%), problemas de sueño (51%), y problemas de orientación. A los problemas físicos les acompañaban el distrés en los pacientes e incrementaron la cantidad de distrés percibido. Los pacientes con mayor cantidad de problemas físicos presentan niveles aún más altos de distrés (Mehnert et al, 2018).

Muerte: El concepto de muerte como bien indica Arredondo (2021) siempre ha sido un tema reprimido, censurado, prohibido y lleno de prejuicios. En la mayoría de las ocasiones es un tema rechazado ante la latente posibilidad de que esto ocurra en sí mismo o en un ser querido. La muerte, por lo general, se asocia al dolor, al miedo y al sufrimiento. Se sigue viendo como un tema tabú y algo lejano, a pesar de la certeza de que ocurrirá. Por lo mismo, se considera importante una

educación para y sobre la muerte dentro de las comunidades. En el caso del cáncer, Giraldo-Montoya y Mesa-Marín (2021) recalcan que el cáncer se ha asociado a través de los años con la muerte, y consecuentemente, con el dolor y el sufrimiento. Los profesionales en salud que pasan sus días junto a los pacientes oncológicos observan que los pacientes ante un diagnóstico determinado suelen asociar la enfermedad con la muerte fácilmente, y, consecuentemente, con emociones como la tristeza, el miedo, y la frustración. Los tipos de pensamiento que más se resaltan es el catastrófico y de sobre generalización, en donde los pacientes indican que no saben qué hacer y piensan generalmente en que se van a morir pronto ante el diagnóstico, o durante su tratamiento. Sin embargo, los profesionales, a través de su trabajo, han observado que con su ayuda, los pacientes también pueden cambiar o transformar el concepto de la muerte en su proceso oncológico. Opinan en sus resultados que, el paciente al aproximarse a la muerte, logra percibir la muerte como una oportunidad para confrontarse consigo mismos y aprovechar junto a su familia a resarcir el pasado y a mejorar el cuidado al final de su vida (Giraldo-Montoya y Mesa-Marín, 2021).

Técnicas de Intervención Psicológicas

En esta pequeña sección se explican algunas de las técnicas cognitivo-conductuales que se van a aplicar a los pacientes de la presente práctica dirigida.

Psicoeducación: Esta técnica busca que las personas aprendan información importante con respecto a un tema particular, como por ejemplo su diagnóstico, tratamiento y estado de su funcionalidad. También permite capacitar a las personas en estrategias de afrontamiento e incrementar su confianza (Noguera y Pérez, 2014). La psicoeducación en pacientes oncológicos se requiere para proporcionar información sobre la enfermedad y las estrategias para afrontar la enfermedad y sus distintos efectos. Procura evitar que se emitan conductas inadecuadas en determinadas situaciones y favorece una razonada toma de decisiones (Noguera y Pérez, 2014). Se busca que las personas pacientes y sus familias logren digerir e interpretar la información de alta carga emocional que se les está comunicando. Se han observado mejoras en síntomas físicos (náuseas, fatiga, vómito, pérdida de apetito), síntomas psicológicos (ansiedad, depresión), estrategias de afrontamiento, adherencia al tratamiento, calidad de vida y otros (Tong, 2019).

Para pacientes hemato-oncológicos se recomienda al menos una sesión de psicoeducación e inclusión de aprendizaje de habilidades de comunicación entre pacientes y personal de salud (Rivera-Fong en Reynoso y Becerra, 2014). Se agrega que es importante aclarar dudas y falsas ideas que los pacientes presenten, además de explicar acerca del proceso de quimioterapia y el por qué de las altas dosis a las que se van a someter (Arranz et. al., 2003). Con esta población, se conversa con el o la paciente, a su vez se le proporciona toda la información posible sobre el cáncer que presenta y demás, para que la persona pueda comprender todo lo posible sobre la enfermedad, su severidad, y los efectos que causan o causarán a largo plazo. Se describen las distintas opciones de tratamiento que existen y aplican para la persona. Se evacúan las preguntas de la persona y se hace validación y contención emocional si se considera necesario

Reestructuración cognitiva: De acuerdo con Mejicanos (2018) la reestructuración cognitiva es un proceso de intervención psicológica que facilita ejercicios a las personas para enfrentar los conflictos que surjan, al adaptarse con pensamientos más racionales. El comportamiento de la persona es influido por la interpretación de sus pensamientos. Por medio de este procedimiento se procura identificar pensamientos irracionales que provocan cambios conductuales, emocionales y físicos, para los cuales, posteriormente, se les plantean alternativas, llamados también pensamientos racionales. Se indica en Mejicanos (2018) que los objetivos principales de la reestructuración cognitiva son: 1) brindar información al paciente del surgimiento de la situación en la que se encuentra, 2) acompañar al paciente a listar los pensamientos irracionales por medio de auto observación, 3) una vez reconocidas como irracionales, se brindan opciones de alternativas que el paciente pueda utilizar y 4) comentar sobre la vida propia y aplicar todo lo anterior para tener idea de los resultados probables (Mejicanos, 2018). Con la implementación de lo anterior, Bados y García (2010) agregan que los pensamientos se consideran como hipótesis y el paciente junto al terapeuta trabajan para determinar la validez y utilidad de dicho pensamiento. Se enfoca en la relación entre los pensamientos, las emociones y las conductas, por lo que la modificación de los pensamientos causará una mejor respuesta emocional y conductual de la persona (Bados y García, 2010).

Específicamente, en pacientes hemato-oncológicos que se van a someter a un trasplante de células madre hematopoyéticas (HSCT) se incentivó que estos implementaran estas alternativas así como también un plan de acción de manera individualizada con la guía del psicólogo. Algunas

de los componentes de la reestructuración en estos pacientes son: identificar pensamientos irracionales, generar pensamientos alternos incompatibles, darse autoinstrucciones positivas y autorrefuerzo, manejo discriminatorio de la atención y control perceptivo (Arranz et. al., 2003).

Técnicas de Relajación:

Respiración Diafragmática: Chen (2016), define que la respiración diafragmática funciona como una técnica de respiración que usa la contracción del músculo del diafragma para trasladar el aire hacia abajo en el cuerpo, lo cual incrementa la longitud del diafragma y la eficacia de la respiración por medio de una mejor exhalación. Se ha mostrado que la respiración diafragmática crea un efecto estabilizante y relajante en el sistema nervioso autónomo, y además ayuda con la incomodidad de los pacientes que sufren de distintas condiciones como el asma, problemas cardíacos, enfermedad crónica obstructiva de pulmón, migrañas, así como también la recuperación de cirugías. Además de ayudar en padecimientos físicos está comprobado que contribuye a la reducción del estrés y la ansiedad debido a que activa el sistema parasimpático del sistema nervioso central, lo que incrementa la temperatura corporal y estabiliza los latidos del corazón y la presión arterial (Chen, 2016).

Relajación Progresiva de Jacobson: Esta técnica de Edmund Jacobson, se describe por parte de Fernández (2014) como un método cuya finalidad consiste en provocar relajación mental dentro del sistema nervioso central al suprimir progresivamente las tensiones musculares. Con ello se concentra la atención en un grupo muscular, luego tensarlo durante uno segundos y finalmente dejar de tensar inmediatamente, concentrándose en la sensación que le produce. Este método se basa en la interacción existente entre el cuerpo y la mente, en donde el estado de las emociones influye en los músculos y viceversa (Fernández, 2014). La técnica consiste en tres fases de procedimiento: 1) centrar al paciente en su respiración con los ojos cerrados, 2) la visualización: centrar la atención en una imagen tranquila que le resulte agradable, y, 3) la relajación progresiva: se hace la guianza para tensar los distintos grupos musculares de todo el cuerpo (Fernández, 2014).

Habilidades de afrontamiento:

Terapia de Solución de Problemas: Este procedimiento fue elaborado por D'Zurilla y Goldfried (1971), el cual ha sido adaptado posteriormente en el 2010 por D'Zurilla y Nezu. Se describe la solución de problemas como una secuencia y meta proceso cognitivo-conductual a través del cual

los individuos tratan de identificar soluciones eficaces para los problemas que van surgiendo en su vida y con ello utilizan un conjunto de herramientas para adecuarse a la diversidad de situaciones estresantes (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

D’Zurilla y Nezu (2010) establecen las fases de dicho proceso como las siguientes:

1. Orientación hacia el problema: facilitar el desarrollo hacia una actitud positiva para reconocer los diferentes elementos del problema.
2. Definición y formulación del problema: se busca analizar todos los aspectos del problema, enfatizando solamente en hechos concretos.
3. Generación de alternativas de solución: plantear la mayor cantidad y diversidad de soluciones posibles al problema, junto a la ayuda del profesional.
4. Toma de decisiones: Se busca ir descartando opciones de las soluciones planteadas y llegar a 3 o 4 alternativas. En una escala subjetiva de 0 (menos útil para solucionar) a 10 (más útil para solucionar) se examinan las opciones, y, también se pueden unir varias soluciones para crear una sola. Con ello se elige una solución.
5. Implementación de la solución y verificación: se planifica la puesta en marcha únicamente de la solución elegida, y luego se auto-evalúa y auto-refuerza dicha ejecución (D’Zurilla y Nezu, 2010).

Este procedimiento se utiliza a menudo con pacientes oncológicos debido a que los diagnósticos y el tratamiento son problemas nuevos que implican un manejo funcional, pero los pacientes no suelen saber cómo llevarlo a cabo. (Salazar, 2015).

Autoinstrucciones: Las autoinstrucciones según Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), también son una técnica de afrontamiento creado inicialmente por Meichenbaum y Goodman (1971) con el objetivo de modificar el diálogo interno disfuncional cuando se le dificulta abordar una situación. Con ello se considera las auto instrucciones, estrategias metacognitivas que pretenden favorecer la autorregulación de la conducta y también a enseñar a pensar. Se colocan tres objetivos de las auto instrucciones: a) comprender la situación, b) producir estrategias mediadoras, y, c) utilizar las estrategias mediadoras para guiar, monitorear y controlar la ejecución. Los pasos de este procedimiento que colocan Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) son:

1. Modelado cognitivo: una persona modelo realiza la conducta dándose auto instrucciones concretas en voz alta.

2. La persona aprendiz hace la conducta con las instrucciones en voz alta de la persona guía.
3. Autoinstrucciones en voz alta: la persona aprendiz se dice las autoinstrucciones en voz alta.
4. Desvanecimiento de las autoinstrucciones en voz alta: el aprendiz solo susurra las autoinstrucciones en vez de decirlas en voz alta.
5. Autoinstrucciones encubiertas: finalmente el aprendiz lleva a cabo las conductas mientras que se hace las autoinstrucciones de manera interna (Ruiz, Díaz, y Villalobos, 2012).

Por medio de auto-verbalizaciones se guía la conducta con éxito y se ha incluido en intervenciones con pacientes hemato-oncológicos que se realizan el HSCT (Arranz, et.al., 2003).

Comunicación Asertiva: la comunicación asertiva también se consideró importante para que los pacientes se pudieran comunicar de una manera adecuada así como también para que pudieran controlar los niveles de estrés que viven entre ellos mismos, sus familiares y el personal médico del hospital. La comunicación asertiva se define por Corrales et.al., (2017) como la capacidad de expresarse de forma apropiada de acuerdo con la cultura y las situaciones que implican pensamientos y acciones que ayudan a alcanzar un objetivo de manera aceptada socialmente. A su vez, incluye también la capacidad de pedir ayuda en momentos de necesidad, lo cual Arranz, et.al. (2003) describe como algo importante en los pacientes hemato-oncológicos de HSCT porque determina el grado de adaptación y adherencia al tratamiento.

Intervención en Crisis: De acuerdo con Gantiva (2010) la intervención en crisis implica una primera fase enfocada hacia los primeros auxilios psicológicos, en donde se trabaja la validación y contención emocional, la evaluación del daño y la activación de las redes sociales de apoyo. En la segunda fase se pretende integrar la crisis a la vida de la persona, tomar decisiones y reestructurar excesos o déficits emocionales, cognitivos y conductuales productos de la crisis. Con el uso correcto de la estrategia de intervención en crisis, se disminuye la probabilidad del desarrollo de posibles trastornos psicológicos en el paciente (Gantiva, 2010). Con respecto a esta última fase de terapia de crisis, Zalaquett y Muñoz (2017) agregan que se hacen valoraciones del paciente con respecto a cómo reacciona al estrés en las situaciones del pasado y presente. Con la guía del terapeuta, el objetivo es buscar controlar la sintomatología aguda que se presente, y además brindarle herramientas al paciente para ejercer un papel activo en su percepción de control en situaciones que generen malestar (Zalaquett y Muñoz, 2017). En pacientes oncológicos es

especialmente importante su papel activo, debido a que se conoce que un diagnóstico de cáncer, y sus tratamientos incómodos y/o dolorosos posteriores, tienen un impacto perjudicial y amenazante en la estabilidad psicológica (Rebolledo y Alvarado, 2006). Por ello es necesario que el profesional en psicología brinde contención a las emociones, cogniciones y conductas que surgen del proceso (Reynoso y Becerra, 2014).

Los conceptos comentados anteriormente se ponen al servicio de esta práctica porque permitieron explicar la problemática médica de la población oncológica meta y establecer el enfoque del abordaje psicológico que se les va a aplicar por medio de la psicooncología y respaldada por la psicología de la salud, la medicina conductual y la terapia cognitivo-conductual. Además, se aplican las técnicas más recomendadas y utilizadas dentro de la psicooncología para las intervenciones con pacientes oncológicos; específicamente para estos en proceso de trasplante de células madre hematopoyéticas (HSCT). Estas técnicas fueron utilizadas para la intervención de esta práctica de graduación, partiendo de las necesidades de cada paciente. Además, la investigación y análisis de cada una de las técnicas permitió una mayor comprensión sobre la forma y el momento más recomendado para utilizarlas.

Contexto Institucional

La presente práctica dirigida se llevó a cabo en el Hospital México, institución pública hospitalaria de la Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.). Se fundó en 1941, a causa de la necesidad de tener mayor capacidad para la cantidad de asegurados en el país. El Instituto Mexicano de Seguridad Social, ofreció su ayuda en asesoría, donación de planos y supervisión de la obra del hospital. México también formó profesionalmente a una cantidad de especialistas para que posteriormente fueran a laborar en dicho hospital. El hospital inició sus funciones el 1ero de septiembre de 1969. El hospital cuenta con todas las especialidades médicas y con centros especializados únicos en el país como el Centro Nacional de Quimio y Radioterapia y el Centro Nacional de Referencia para la Hemofilia (Caja Costarricense de Seguro Social, 2006).

La misión del Hospital México según Lizano y Alvarado (2011) es la siguiente:

Seremos un hospital líder en el ámbito social y en el sector salud, tanto en el nivel nacional como en el internacional, otorgando respuestas innovadoras creativas y de alta resolutivez en la gestión de la Red de Servicios Integrales de Salud de las personas para

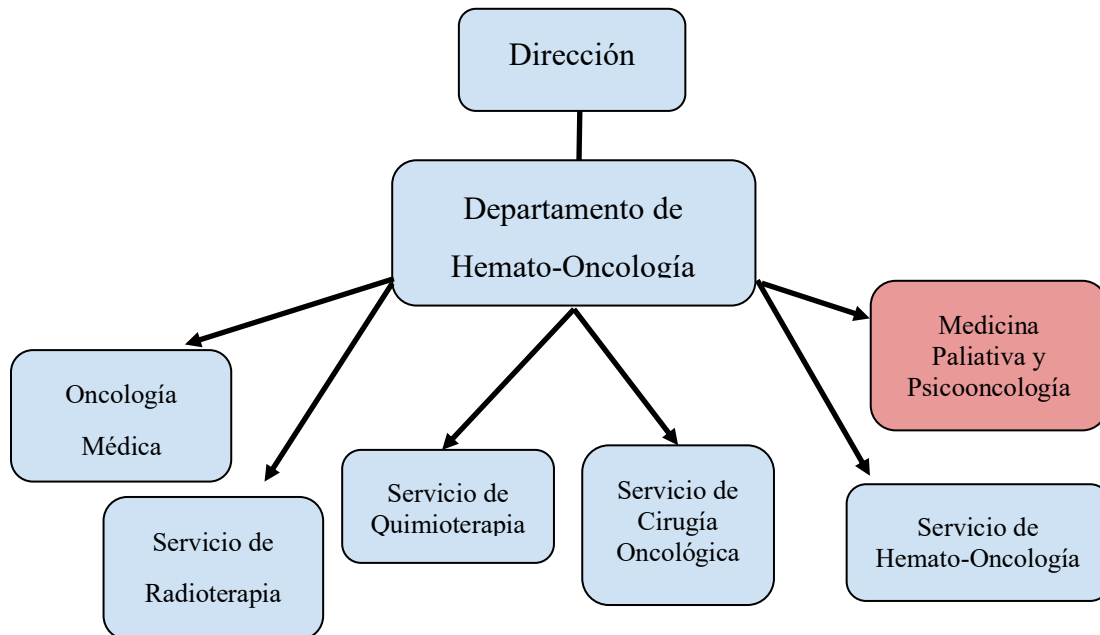
contribuir al logro de un grado superlativo de desarrollo humano, que sea sostenible. (Lizano y Alvarado, 2011, p.7).

La visión de dicho hospital es explicada también por Lizano y Alvarado (2011) a continuación.

Contribuir con la preservación, manejo y mejoramiento de la salud de las personas, familias y comunidad, a través del desarrollo de procesos gerenciales estratégicos que faciliten y fortalezcan los servicios integrales de salud y la gestión eficiente de la Red de Servicios, realizando acciones altamente humanizados, dentro de un sistema de calidad apoyadas por tecnología de punta, favoreciendo así el acceso y la equidad de acuerdo con las necesidades de salud de la población, dentro del marco de los principios de la Seguridad Social (Lizano y Alvarado, 2011, p. 8).

La práctica se realizó específicamente dentro del Departamento de Hemato-Oncología, en el Servicio de Medicina Paliativa y Atención Psicosocial en donde se encuentra el departamento de Psicooncología a cargo de la coordinadora Dra. Maria Luisa Rebolledo. A continuación, se presenta un organigrama del departamento.

Figura 1. Organigrama del Departamento de Hemato-Oncología del Hospital México.



Fuente: Elaboración propia con base en comunicación personal con la Dra. Rebolledo, 2 de marzo de 2020.

De lo anterior se evidencia que en el Departamento de Hemato-Oncología realiza sus procedimientos de manera interdisciplinaria. Las otras áreas que trabajan con los profesionales de psicooncología son usualmente de oncología, enfermería, trabajo social, hematólogos y cirujanos (Salazar, 2015). En el trabajo con trasplantes HSCT, los psicólogos utilizan protocolos validados por la C.C.S.S. de evaluación y de intervención que se crearon para dicho proceso. Se le da mucha importancia a la psicoeducación y psicoprofilaxis para preparar a los pacientes, y también a la adherencia al tratamiento cuando los pacientes están sometidos a los procedimientos del trasplante.

Además, este departamento es parte de las funciones del servicio de hospital de día del Hospital México y en este servicio laboran cuatro médicos generales, entre ellos el jefe del servicio, el Dr. Marco Williams, y dos enfermeros. En el área de psicooncología laboran 4 psicólogos, en donde la Dra. Rebolledo es la coordinadora. Dicho lo anterior, se evidencia que la atención en este departamento integra factores biológicos, psicológicos y sociales. Además, atiende tanto interconsultas como también consulta externa (Salazar, 2015).

Factibilidad y viabilidad de la práctica dirigida

Para la práctica de graduación se contó con disponibilidad de horario completa de los psicólogos del Servicio de Medicina Paliativa y Psicooncología del Hospital México. Este proceso se facilitó gracias a la realización previa de otras prácticas de graduación de estudiantes de psicología en este mismo departamento del Hospital México, bajo la supervisión de la Dra. Rebolledo. Al establecer contacto con la Dra. Rebolledo, la misma comunicó la apertura del departamento al aporte de la estudiante. En la reunión inicial con la Dra. Rebolledo se le propuso a la sustentante una necesidad de inserción con pacientes hemato-oncológicos que se realizan el trasplante de células madre hematopoyéticas, por lo cual propuesta de trabajo es aceptada después de haberse planteado la información necesaria durante la reunión. Se obtuvieron las aprobaciones necesarias para los trámites requeridos tanto del Departamento de Hemato-Oncología, como también por parte del equipo docente y la Escuela de Psicología.

En cuanto a los recursos, se utilizó el internet personal y artefactos tecnológicos de la sustentante para conectarse en las distintas plataformas digitales de comunicación para hacer las

llamadas a los pacientes y con la Doctora Rebolledo desde su casa. Se presentaron algunos problemas de conectividad del servicio de internet, tanto por parte de la sustentante, de la Doctora Rebolledo, y de los pacientes. Este problema suele ser el más distinguido en cuanto a la telepsicología como se comentó anteriormente en los antecedentes. Sin embargo, esto no solía demorar más de 3 minutos en resolverse, ya sea cambiando de internet o devolviendo la llamada, por lo que no se considera un problema de gran impacto. Además, la modalidad virtual permitió atender a una mayor cantidad de pacientes en contraposición a las visitas presenciales, esto según la Doctora Rebolledo permite un impacto y un alcance mayor.

Con los pacientes se mantenían registros de lo realizado en cada sesión, incluyendo las técnicas y las tareas, esto para mantener el control de todas las intervenciones. Se considera que la modalidad virtual permitió poder documentar todo inmediatamente en los registros y en las bases de datos al mismo tiempo que se estaba atendiendo al paciente en llamada. Esto permitió lograr un menor tiempo de sistematización y mayor tiempo para atender al paciente, lo que generó que el proceso de práctica mucho más efectivo por el acceso a la tecnología en todo momento. Además, los profesores supervisaban las intervenciones para tratar de prevenir posibles obstáculos del proceso terapéutico virtual.

Metodología

A continuación, se mencionan los apartados relacionados con la metodología de la intervención psico-oncológica individual con los pacientes hemato-oncológicos en proceso de trasplante de células madre hematopoyéticas en el Hospital México.

Población meta

Con la implementación de la evaluación psicológica en ese departamento, se buscaba beneficiar a los pacientes que se internaron en la unidad de trasplante del Hospital México para realizarse sus trasplantes de células madre hematopoyéticas, así como a sus familiares y cuidadores. Se les brindó una evaluación e intervención psicológica individual a los pacientes, y en algunas sesiones se le brindaba también individualmente a algún familiar si se identificaba la necesidad. Las sesiones de evaluación variaron entre pacientes, con una sesión de entrevista clínica semiestructurada para todos siempre en la primera sesión. Cada sesión era semanal, durante el tiempo en que los pacientes estaban internados y hasta que se les daba de alta hospitalaria. También

se realizaron algunas sesiones de seguimiento si se valoraba la necesidad en el caso específico. Esto indica que las sesiones de intervención también variaban por paciente, debido a que algunos estaban internados un mes, y otros hasta 3 meses, pero también, dependía del avance de cada persona en su proceso terapéutico. Específicamente, se le brindó evaluaciones e intervención individual a 14 pacientes, y se colaboró con sesiones individuales a familiares cuando se comunicaba la necesidad. Los avances que se iban teniendo con cada paciente eran supervisados tanto con la Doctora Rebolledo como también con el equipo asesor en las reuniones virtuales.

Asimismo, se realizaron labores administrativas para el taller de duelo de febrero, como llamar y anotar familias de pacientes que habían fallecido por cáncer que estaban siendo atendidos por los 4 psico-oncólogos del Servicio de Medicina Paliativa y Psicooncología. Se ayudó con la facilitación de las sesiones del taller de duelo y se realizaron otras labores administrativas del control de asistencia y la confección de certificados. El taller de duelo duró 6 semanas. Se atendieron a las sesiones médicas semanales, de cáncer de mama, cabeza y cuello, y del trasplante de células madre hematopoyéticas. En las sesiones de trasplante, la responsable de este trabajo final participó y comentó aspectos de las sesiones individuales con los pacientes que eran relevantes para coordinar con trabajo social, nutrición, psiquiatría y psicología. Además, se realizó un folleto psicoeducativo para el programa de trasplante de células madre hematopoyéticas con el fin de informar a los futuros pacientes y a sus familiares sobre las variables más importantes de la salud mental durante su proceso de enfermedad y del trasplante.

El número de beneficiarios de esta práctica dirigida, tomando en cuenta todas las actividades en las que la sustentante participó, fue de aproximadamente 373 personas. Se trabajó con adultos jóvenes, adultos y adultos mayores. Todas las personas tenían condiciones socioeconómicas y socioculturales distintas. Sus áreas de residencia están adscritas al Hospital México por distribución geográfica de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Estrategia de Intervención

La presente práctica dirigida buscó dar seguimiento al trabajo psicológico que se brindó por parte de estudiantes universitarios anteriores de la Universidad de Costa Rica en el departamento de Hemato-Oncología, Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial (Psico-Oncología). Zeledón (2016) enfocó su atención psicológica principalmente con cuidadores de

pacientes oncológicos, primordialmente de forma grupal por medio de talleres. Valerio (2017) enfocó su atención a la modalidad individual, analizando emociones, cogniciones y conductas de los pacientes oncológicos de diferentes tipos, y Brenes (2018) dirigió su intervención principal con pacientes de cáncer de próstata, por medio de talleres grupales.

La sustentante intervino enfocándose en pacientes hemato-oncológicos que pasan por el proceso de trasplante de células madre hematopoyéticas, de manera individual. Es importante tener esta primera aproximación en el país porque no hay existencia de intervenciones psicológicas individuales realizadas con esta población y como se evidencia en la información teórica citada anteriormente, es de gran importancia que se les proporcione, debido a la gravedad de las consecuencias físicas y psicológicas que pueden surgir antes, durante y después de la hospitalización del trasplante, como por ejemplo: ansiedad, depresión, distrés, y trastornos psicológicos como el trastorno por estrés postraumático y el trastorno adaptativo. La práctica dirigida acompañó el interés de la proponente de desarrollarse profesionalmente en la atención psicológica clínica y brindar la mejor intervención posible a los pacientes admitidos en un contexto hospitalario por presentar alguna enfermedad.

Por parte de la coordinadora de psicooncología se realizó la recomendación expresa de adaptar un protocolo de atención psicológica para estos pacientes específicos. Con ello, se puede replicar este planteado en esta investigación en futuras prácticas supervisadas que vayan a pasar por el mismo proceso tanto en el Departamento de Hemato-Oncología del Hospital México, así como también en el todo el país.

Objetivos Generales y Específicos

Objetivos Generales	Objetivos Específicos
<p>1. Adaptar el protocolo de atención psicológica cognitivo-conductual del programa del trasplante de células madre hematopoyéticas (TCMH) del Hospital México para el manejo de síntomas físicos y psicológicos de los pacientes hemato-oncológicos en proceso de HSCT.</p>	<p>1.1. Recibir datos sobre las personas admitidas al programa del trasplante de células madre hematopoyéticas (TCMH) en el área de Psicooncología, de consulta externa e interna.</p> <p>1.2. Realizar una evaluación psicológica y contextual de los candidatos del TCMH.</p> <p>1.3. Agregar aspectos importantes al protocolo anterior, con base en las evaluaciones de los pacientes.</p>

<p>2. Aplicar el protocolo adaptado de atención psicológica cognitivo-conductual para los pacientes hemato-oncológicos en proceso de TCMH para manejar los síntomas físicos y psicológicos de su hospitalización.</p>	<ul style="list-style-type: none">2.1. Ejecutar la atención psicológica cognitivo-conductual; moldeando las intervenciones con base en las necesidades de cada paciente:2.2. Aplicar la psicoeducación sobre la enfermedad hematológica y acerca del TCMH.2.3. Practicar la reestructuración cognitiva para modificar pensamientos irracionales.2.4. Entrenar en la respiración diafragmática como herramienta de relajación.2.5. Guiar la terapia de solución de problemas.2.6. Implementar las autoinstrucciones como método individual de afrontamiento.2.7. Modelar y efectuar la comunicación asertiva.2.8. Llevar a cabo la intervención en crisis ante la identificación de un estado de crisis en el paciente.
---	---

<p>3. Realizar una evaluación de la atención psicológica brindada a los pacientes hemato-oncológicos en procesos de HSCT en el Hospital México de Costa Rica.</p>	<p>3.1. Valorar síntomas pretratamiento de ansiedad y depresión por medio del instrumento HADS.</p> <p>3.2. Indagar en síntomas post tratamiento de ansiedad y depresión por medio del instrumento HADS.</p> <p>3.3. Obtener las cifras iniciales de distrés pretratamiento con el instrumento Termómetro de Distrés.</p> <p>3.4. Adquirir los resultados de distrés postratamiento con el Termómetro de Distrés.</p> <p>3.5. Comparar valoraciones pre y post tratamiento de los pasos anteriores.</p> <p>3.6. Sistematizar las vivencias cualitativas de la atención individual producto de la implementación del protocolo.</p>
---	--

Participantes

La Doctora Rebolledo informó a la sustentante lo siguiente. Los participantes fueron todos aquellos pacientes en el Hospital México que fueron referidos al Departamento de Hemato-Oncología ya sea por un oncólogo por presentar cáncer de ovario o cáncer de testículo, o por un hematólogo por presentar linfoma, mieloma múltiple, leucemias linfocíticas agudas o aplasia medular. Las personas se colocan en lista de espera y luego son presentados a sesión médica de

hematólogos para analizar si se aceptan o no para hacerles el trasplante. Una vez aceptados por los médicos, ingresan al programa de trasplante de células madre hematopoyéticas y deberán ser valorados por todo el equipo del programa previo al trasplante. Dicho equipo tiene a los siguientes profesionales: hematólogo especialista en trasplante, enfermera del programa de trasplante, enfermera de atención a familia, psico-oncóloga, trabajador(a) social, psiquiatra, nutricionista, profesional en inmunología, dermatología, odontología y neurología. Todo el proceso tiene una duración aproximada de 3 meses (Rebolledo, comunicación personal, enero, 2020). Los pacientes que se evaluaron y se intervinieron a través de los meses de la práctica dirigida fueron en total 14. Los pacientes provienen de todo el país, adscritos principalmente al Hospital México y en algunos casos al Hospital San Juan de Dios. Podían ser de cualquier edad y de cualquier sexo. Se incluían en el programa después del proceso de aceptación por parte de los especialistas comentados anteriormente y se rechazaban de acuerdo a los siguientes criterios de exclusión.

En cuanto a los criterios de exclusión, el paciente se excluyó si a pesar de haber recibido tratamientos contra la enfermedad, no logra entrar en remisión. Además, se excluye a la persona se encuentra en un episodio de recaída de enfermedad. También, a pacientes con trastornos psicológicos de esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, trastornos de personalidad y depresión mayor, y trastornos de ansiedad, según el DSM VII. De igual forma, se excluyeron si la persona no contaba con un cuidador principal o una red de apoyo familiar, y además si el paciente no aceptó ser sometido al trasplante (Rebolledo, comunicación personal, enero, 2020). Los beneficiarios directos de la presente práctica fueron los pacientes oncológicos.

Procedimientos

De acuerdo con los objetivos de este trabajo, se describen las fases y técnicas correspondientes a las intervenciones cognitivo-conductuales individuales.

Inicialmente, se realizó una pequeña inducción presencial en el Hospital México, previo a la pandemia del COVID 19 en Costa Rica, en donde junto a la Doctora Rebolledo, se tuvo una conversación acerca del programa de células madre hematopoyéticas. Después de recibir información sobre la funcionalidad del programa, se hizo un recorrido presencial de algunas de las instalaciones del Hospital México para poblaciones oncológicas.

A continuación, se describen las fases realizadas de la atención por parte de la practicante, de manera virtual para los pacientes del programa de células madre hematopoyéticas.

1. Adaptación del protocolo de atención psicológica cognitivo-conductual del programa del trasplante de células madre hematopoyéticas (TCMH) del Hospital México. Este protocolo se adaptó, en primer lugar, basado en el análisis de los antecedentes bibliográficos de estudios con la misma población oncológica. Se incluyen temas importantes a examinar en las evaluaciones psicológicas para efectos de preparación al trasplante. Se agregan componentes considerables de las entrevistas virtuales con los pacientes del trasplante que se consideraban necesarias para las evaluaciones específicas del trasplante. Se realiza lo mismo para la fase del tratamiento, añadiendo las recomendaciones de los protocolos descritos en la literatura. Cuando se atendían a los pacientes del trasplante (TCMH) se iban anotando los temas en común para asegurar su adición al mismo protocolo del Hospital México. Además, se agregan los espacios para agregar los valores de los instrumentos utilizados como lo son el HADS y el Termómetro del Distrés.
2. Aplicación del protocolo adaptado con los pacientes del trasplante de células madre hematopoyéticas (TCMH). Se empieza por realizar la entrevista semiestructurada, con preguntas elaboradas por parte de la sustentante junto al profesorado. Con dicha evaluación, se planea cuales técnicas de todas las que se eligieron para la práctica pueden ser las más provechosas para el paciente específicamente.

A continuación, se describe cómo se efectuó cada técnica elegida para la práctica dirigida.

- **Psicoeducación:** Con cada paciente, la psicoeducación se llevaba a cabo primeramente preguntando qué tanto sabía de la enfermedad que tenían y sobre el trasplante de células madre hematopoyéticas (TCMH). Se identificaron los vacíos de información, o la faltante de aspectos importantes dentro de su conocimiento, y con ello, se amplió la información sobre la enfermedad hematológica que presentan y además sobre el TCMH. Esta información utilizada proviene de la revisión de bibliografía y de la información brindada del folleto del programa de TCMH.
- **Reestructuración cognitiva:** A través del relato de cada paciente, se iban identificando pensamientos irracionales. Se le empezaba por explicar al paciente, basándose en literatura, en qué consisten los pensamientos automáticos, intermedios y centrales. También se les

informó la diferencia entre los pensamientos racionales e irracionales. Luego se procede a identificar los pensamientos irracionales en su discurso, se les indica a los pacientes el tipo de pensamiento irracional. Con ello, por medio del ejercicio del diálogo socrático, el enjuiciamiento de pensamientos y el “qué pasaría si”. Se terminaba con una alternativa de pensamiento y se anotaba en un cuadro, que luego se le enviaba al paciente por whatsapp para que pudiera tenerlo como guía para practicar a modo de tarea.

- Respiración diafragmática: Se les indicaba a los pacientes en qué consiste, su importancia en general y, específicamente, durante el proceso del trasplante de células madre hematopoyéticas. Se procede a explicar cómo se lleva a cabo el procedimiento, con base en una guía extraída de literatura bibliográfica. Se guía la respiración por la llamada, escuchando la respiración del paciente; comentando aspectos importantes y contando los segundos. Luego se le envió un video al paciente después de la sesión para que lo practique de tarea.
- Terapia de solución de problemas: Para este procedimiento, se utilizó el protocolo de pasos de D’Zurilla y Nezu (2010). El paciente al indicar un problema que se consideraba viable para trabajarlo con dicho protocolo, y se le proponía al paciente llevarlo a cabo. Los pasos de esta terapia son orientación al problema, definición y formulación del problema, generación de alternativas de solución, toma de decisiones, y, implementación de la solución y verificación. Cada paso se utilizó con el problema que indicó el paciente, hasta que se llegaba a la mejor solución a implementar. Se dejaba de tarea la puesta en práctica de dicha solución, y se evaluaba en la siguiente sesión.
- Autoinstrucciones: Este método se ejecutó con la guía de Ruiz, Díaz y Villalobos (2012). Se realizaba por medio de la identificación de una oportunidad de aplicarla con la narración del paciente. Se procede al primer paso, el modelado cognitivo, en donde se modela la conducta objetivo con las autoinstrucciones en voz alta como si la terapeuta fuera la paciente. Luego, se procede a que el paciente realice la conducta diciendo las autoinstrucciones en voz alta. Se sigue con que el paciente susurre las autoinstrucciones en vez de en voz alta, se escucha al paciente a ver si lo realiza adecuadamente. Finalmente, se le pide que realice las autoinstrucciones encubiertas, es decir se las dice a sí mismo/a de manera interna, mientras realiza la conducta con éxito, por ejemplo, levantarse de la cama, lavarse los dientes y hacerse enjuagues, recibir quimioterapia, entre otros.

- Comunicación asertiva: Ante la detección de una dificultad del paciente para comunicarse asertivamente, se le propone enseñarle una técnica que le puede ayudar con la situación determinada. Las técnicas se extrajeron de bibliografía proporcionada por materias universitarias de psicología y de revisión de literatura adicional. Las técnicas de comunicación asertiva que se utilizaron fueron la bola de nieve, el disco rayado, el sandwich, preguntas asertivas y el tiempo fuera. Se usaba la situación comentada por el paciente y se modeló la forma de practicar la técnica adecuadamente por parte de la terapeuta. Luego, se le pide al paciente tomar el rol, y se hace un role play con el paciente, en donde el paciente practica la técnica como si estuviera participando en la situación.
- Intervención en crisis: La intervención en crisis se basó en los planteamientos teóricos de Sleiku (1999), que es la intervención en crisis de primer y segundo orden debido a que se realiza en consulta individual programada. Las manifestaciones de crisis de la persona se basaron en la literatura. Los síntomas que se consideraban para la intervención en crisis y que se presentaban eran el llanto, aislamiento, no adherencia al tratamiento, sensación de pérdida de control, enfado, rabia, miedo, desesperación, tristeza, y poca colaboración con equipo médico. Se empieza por terapia de primer orden si se considera necesaria, con la identificación de emociones por medio de la rueda de emociones (ver anexo 4) y validación de emociones, indicando al paciente que sus emociones son importantes y es válido sentirse así en esas circunstancias. Se procede a valorar el riesgo del paciente, por las condiciones o estado en qué indica en que está el paciente tanto psicológica como físicamente. Se indaga en las necesidades inmediatas del paciente y se examina las posibilidades de ayudar en satisfacerlas. Luego se ayuda a tomar decisiones inmediatas y se guía en las decisiones posteriores a tomar y se le da seguimiento en la siguiente sesión. En cuanto a la intervención en crisis de segundo orden, se mantienen los primeros pasos, de preservar la supervivencia e integridad física, y de facilitar la expresión de las emociones. A esta terapia breve se le agrega el proceso de dominio cognoscitivo, en donde se pretende que el paciente tenga un rol activo en comprender la situación de crisis, y debatir pensamientos irracionales que surgen en el paciente. Además, se seguiría en sesiones siguientes, mejorando el proceso de organización conductual de la vida cotidiana del paciente. Esto puede ser por medio de tareas de las técnicas descritas anteriormente, para mejorar la calidad de vida del paciente durante la hospitalización del trasplante de células madre hematopoyéticas.

Para evaluar la atención psicológica brindada, se hizo un estudio cualitativo y otro cuantitativo. Para interpretar la información cualitativa, se efectuó un análisis descriptivo de los datos cualitativos de los pacientes atendidos por la sustentante de acuerdo con la etapa del proceso en que se encuentre (diagnóstico, tratamiento, remisión, o enfermedad avanzada). Dicho análisis descriptivo, consistió en una evaluación de los aspectos cognitivos-conductuales-emocionales del paciente individualmente. Estas tres áreas se fueron evaluando a través de todas las sesiones. Se preguntó y documentó sobre las emociones que estaban experimentando durante la semana, así como en el momento de la sesión sobre determinados aspectos del trasplante, como la quimioterapia, los medicamentos, el internamiento hospitalario, entre otros. Luego se procedía a las cogniciones, en donde se indagaba sobre los pensamientos relacionados a dichas emociones y al proceso del trasplante de células madre hematopoyéticas. Se anotaron los pensamientos irracionales que surgen al preguntarle al paciente qué piensa sobre determinadas vivencias, como el aislamiento de su familia, los efectos secundarios de la quimioterapia, sus planes a futuro, entre otros. Y también, se examinaron las conductas, en las cuales se analizaba si el paciente estaba adherido al tratamiento, por ejemplo, si estaba realizando sus enjuagues, sus ejercicios de rehabilitación, su ingesta de medicamentos y de sus comidas, si se comunicaba con su red de apoyo, si realizaba las tareas, entre otros. Todo lo hallado se iba documentando en las notas de sesión y luego sistematizado en tablas para el presente informe final.

Por otro lado, los datos cuantitativos se midieron por medio de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) y el Termómetro del Distrés. Estos instrumentos se tenían en la computadora, se dictaban las instrucciones de cada instrumento al paciente y se aseguraba que entendiera la consigna.

Se procedió, en una hoja de Excel, a realizar la evaluación pretratamiento, cuando se le hizo la evaluación al paciente durante su entrevista semiestructurada inicial comentada anteriormente. Se le hizo cada pregunta de cada ítem a la persona y se anotó la respuesta en la hoja de Excel. Se puntuó y documentó el número que el paciente obtuvo en la escala y se guardó. En la fase del post tratamiento, se realizaron los mismos pasos igual que el pretratamiento, pero se hizo únicamente con los pacientes que lograron terminar su trasplante de células madre hematopoyéticas. Estos fueron un total de 14 pacientes a través de los 7 meses de la práctica

profesional. Después de que finalizaron su trasplante, o los 3 trasplantes en el caso de algunos pacientes, se les aplicó una nueva medición con los instrumentos.

Se les hizo la medición y se documentaron los resultados post tratamiento en una hoja separada de Excel. Los datos recolectados se procedieron a utilizar para los análisis estadísticos, en donde se hizo una comparación pre y post tratamiento de los datos. Para el Termómetro del Distrés se hizo un T Test, y para el HADS se realizaron las pruebas no paramétricas de Wilcoxon, Kruskal-Wallis, y probabilidades condicionadas. Dichos hallazgos se describieron y se graficaron en el apartado de resultados cuantitativos de este mismo trabajo escrito.

Instrumentos

Para evaluar los resultados cuantitativos de las intervenciones realizadas, se evaluaron a los pacientes en el día de su ingreso al hospital y cuando fueron dados de alta, de manera pre y postratamiento. Este procedimiento se ha hecho en pocos estudios del mundo que existen con esta población específica tal y como lo han hecho Rivera-Fong, et. al.,(2014), Tecchio et.al., (2013) y Arranz et. al., 2003). Se utilizaron dos instrumentos de medición: el instrumento HADS: *Hospital Anxiety and Depression Scale*, y, el Termómetro de Distrés.

EL HADS (ver anexo 2), como indica Cabrera et.al. (2015) en varios estudios, ha sido elegido debido a su mayor carácter práctico en pacientes hospitalarios con enfermedad física no psicológica. Está conformado por 14 ítems de estilo Likert de 0-3 con dos subescalas, una para depresión y otra para ansiedad. Para ambas escalas se considera que las puntuaciones de 0 a 7 es normal, de 8 a 10 dudoso y de 11 o más como problema clínico. Se obtuvo 0.86 como el alfa de confiabilidad total de la escala HADS. De la subescala de ansiedad se reporta un 0.78 y la subescala de depresión 0.78 (Rico, Restrepo y Molina, 2005).

Por otro lado, el Termómetro del Distrés (ver anexo 3) es un instrumento de auto-reporte que fue realizado por el *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) de los Estados Unidos de América. Ha sido validado para pacientes oncológicos y en sus cuidadores. Consiste en una escala likert de 11 ítems de un puntaje del 0 (Sin distrés) -10 (nivel más alto de distrés). Entre más bajo el número, más cerca al color verde, y más alto el número, más cerca al color rojo. Es decir entre más bajo el número, menos distrés y entre más alto, más distrés. Además, contiene una lista de 39 ítems de temas relacionados con la familia, problemas emocionales, problemas religiosos, y

síntomas físicos que esté viviendo el (la) paciente o sus cuidadores. En la lista se llenan las respuestas de acuerdo con si o no, de la presencia o ausencia de esos problemas. Para identificar el distrés tiene una sensibilidad de 0.78 y especificidad de 0.69 a 0.93, y un aproximado de área bajo la curva (AUC) de 0.78 (Cutillo et. al, 2017). Dichos instrumentos psicológicos no se han validado en Costa Rica aún, por lo que se recomienda que se pueda implementar su uso en otras prácticas dirigidas a futuro. Cuando hubo situaciones en donde no se pudo evaluar utilizando dichos instrumentos, se analizó el discurso del paciente y/o de las personas allegadas presentes.

La práctica dirigida se evaluó por medio de análisis estadísticos de la comparación pre-post test de los instrumentos, específicamente el Kruskal Wallis y el T test, los cuales están descritos y graficados en el apartado de resultados como se comentó anteriormente. Con base en dichos análisis, se realizó una interpretación sobre los resultados encontrados con el equipo asesor, y se concluyó el tamaño de efecto que tuvo la atención psicológica en los pacientes.

Consideraciones éticas

Se cuenta con la autorización del Departamento de Hemato-Oncología del Hospital México y Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial (Psicooncología). Además, se trabajó con los pacientes que accedieron al consentimiento informado en donde se enfatiza el carácter voluntario de la participación, los objetivos, alcances y beneficios de la práctica. Se plantea que la información recopilada fue utilizada únicamente para fines académicos con anonimato del paciente y sus familiares para la protección de su privacidad e integridad. Se adjuntó el consentimiento informado. Además, durante todo el periodo de intervención se supervisó con el equipo asesor para hacer ajustes. Se llevó una bitácora de asistencia en donde se documentó las horas laboradas y las actividades que se realizaron, y avalado por la asesora técnica cada semana. A diario se tuvo supervisión de la Dra. Rebolledo por llamada y con el Dr. Manuel Solano aproximadamente por correo y llamadas aproximadamente cada 15 días para hacer modificaciones que se adaptaron a lo que se presentaba en las sesiones de evaluación e intervención.

Resultados

La presente práctica dirigida, como se ha comentado anteriormente, fue realizada bajo la modalidad virtual. Se demostró que la atención psicológica virtual tiene sus fortalezas. Permitió una atención psicológica mucho más expedita debido a que se realizaba en el momento en que el paciente se sentía en condiciones para recibir la llamada ese día de la semana. Es decir, el seguimiento a pacientes se podía hacer en todo momento. También en ocasiones que se requería una intervención en crisis, se podía poner en contacto con el paciente con más rapidez.

Las intervenciones no incluían ningún riesgo físico para los pacientes, porque no se podían realizar visitas en persona a raíz de la crisis sanitaria del COVID-19, y ellos son pacientes de alto riesgo debido a la inmunosupresión después de la quimioterapia. La modalidad virtual permitió que los pacientes no tuvieran esa posibilidad de estar en contacto con gérmenes innecesarios del exterior que podrían exponerlos a alguna bacteria o infección. Asimismo, los pacientes indicaron que la modalidad virtual les daba una mayor privacidad para hablar cuando su apariencia física o síntomas físicos les molestaba en el momento y en persona no se hubieran sentido cómodos.

A continuación se presentan los resultados por medio de distintos apartados. Primeramente, se desglosa el trabajo realizado por tiempo, en donde se coloca una tabla de las horas realizadas en cada actividad correspondiente a la práctica dirigida, y, las horas invertidas fuera del horario normal de la práctica. Siguiendo, se describen los resultados tanto cualitativos como cuantitativos de las intervenciones individuales con los pacientes del TCMH en concordancia con los objetivos planteados. Luego, se procede con los resultados del acompañamiento de consulta externa e interconsultas con la Doctora Rebolledo. Finalmente se comentan los hallazgos del taller de duelo virtual que se llevó a cabo con el equipo de psicooncología del Hospital México. Todas las actividades se realizaron virtualmente.

A) Trabajo realizado por tiempo invertido

En el siguiente apartado, se adjunta una tabla de las horas laboradas en las distintas actividades. Las prácticas dirigidas suelen llevarse a cabo por 6 meses, sin embargo, esta práctica se llevó a cabo durante 7 meses. Las horas que se destinan para la práctica son 160 horas mensuales y como bien coloca Valerio (2016), el trabajo en psicooncología y psicología clínica implican una inversión de mayor cantidad de tiempo, debido a que se requiere realizar más actividades de lo que se pueden durante el horario laboral. El total de horas fueron 1,120 horas durante los 7 meses de

trabajo, visualizadas a continuación, sin contar las horas adicionales de trabajo que se describirán más adelante.

Horas invertidas en actividades realizadas por mes								
Actividad	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	TOTAL
Convocaciones a familiares a taller de duelo	70	0	0	0	0	0	0	70
Evaluaciones psicológicas individuales para TCMH	6	24	18	20	10	4	3	85
Intervención individual con pacientes de TCMH	0	0	16	18	27	16	16	93
Administración, calificación y análisis de pruebas psicodiagnósticas	4	18	6	8	5	2	4	47
Sesiones de consulta externa con la Dra. Rebollo	64	72	72	72	72	28	72	452
Sesiones médicas grupales de cancer de mama	0	0	4	8	8	8	8	36
Sesiones grupales de taller de duelo co-facilitadas	0	9	12	0	0	0	0	21
Labores administrativas para taller de duelo	1	6	1	0	0	0	0	8
Sesiones médicas grupales del Equipo de TCMH	3	4	4	4	4	4	4	27
Sesiones médicas de cancer de cabeza y cuello	0	0	0	0	4	2	4	10
Preparación de sesiones individuales de intervención	0	0	5	6	8	11	10	40
Análisis y anotación de datos de intervenciones individuales TCMH	0	0	8	9	8	10	8	43
Análisis y anotación de datos de consulta externa	10	14	14	15	13	2.5	6	74.5
Adaptación de protocolo de TCMH	0	12	0	0	0	0	15	27
Realización de brochure psicoeducativo para pacientes TCMH	0	0	0	0	0	14	6	20
Supervisiones	2	1	0	0	1	0	4	8
TOTAL DE TIEMPO INVERTIDO	160	160	160	160	160	160	160	1120

Cuadro 1. Horas invertidas en actividades realizadas por mes. Elaboración propia.

El cuadro anterior muestra las horas trabajadas en horario laboral del Hospital México, con las labores que se realizaron directamente con los pacientes y sus datos, así como con los profesionales del hospital. Además de estas horas, se invirtieron horas adicionales al análisis de las evaluaciones e intervenciones de los pacientes. También, se realizó una cantidad importante de sistematización de los datos recolectados de dichas evaluaciones e intervenciones. Además, se participó en varias horas de acompañamiento en consulta externa, por lo que se utilizaron horas extra durante el día y durante el fin de semana, para sistematizar información importante de las áreas cognitivas, conductuales y emocionales de los pacientes para poder plasmarlos en el informe final. También hubo tiempo extra dedicado a bitácoras, luego una revisión exhaustiva de literatura para los casos, y, mayoritariamente, la redacción del presente informe. Con ello, las horas que se invirtieron sí fueron significativamente mayor de lo que se plasma oficialmente del cuadro.

Dicho lo anterior, cabe destacar que el trabajo de los profesionales en psicooncología y psicología clínica es de admirar, ya que requiere bastante tiempo, compromiso y dedicación para llevar a cabo la variedad de actividades que desempeñan.

Intervención psico-oncológica individual a pacientes con cáncer hematológico en proceso de trasplante de células madre hematopoyéticas.

Las intervenciones individuales se llevaron a cabo con los candidatos al TCMH que se internaban en el Hospital México para realizarse el trasplante. No todos aplican debido a que algunos ya se descartaron como candidatos por alguna razón médica o psicosocial. También, es de aclarar que el tiempo de espera para que los candidatos se puedan realizar el trasplante es de aproximadamente 6 meses, excluyendo los casos de urgencia. Por ello, a 21 pacientes se les hizo la evaluación para trasplante, sin embargo, no se realizó el trasplante hasta meses después del periodo de la práctica dirigida. Las intervenciones descritas a continuación, fueron realizadas por medio de la guía del protocolo de y atención psicológica para el TCMH del Hospital México realizado por la Doctora Rebolledo, el cual fue adaptado por medio del agregado de aspectos importantes que se encontraron en la literatura bibliográfica de protocolos internacionales con dicha población, así como de la información extraída de las evaluaciones iniciales con los pacientes, en dicho documento.

A continuación, los resultados cualitativos y cuantitativos de los procesos individuales con los pacientes hematológicos en proceso de trasplante de células madre hematopoyéticas (TCMH).

Evaluación cualitativa

En cuanto a las evaluaciones a candidatos del trasplante de células madre hematopoyéticas (TCM), se realizaron un total de 35 evaluaciones psicológicas. Estas corresponden a los candidatos que se iban valorando con la Doctora Rebolledo. Estas evaluaciones consistían en una entrevista semiestructurada realizada con el director de práctica, en las cuales se hacían preguntas a los pacientes sobre sus emociones, cogniciones y conductas con respecto al TCMH que se iban a realizar próximamente. Además, a estas entrevistas se les agregan preguntas e información que la Doctora Rebolledo realizaba en sus evaluaciones para dicho programa.

Se le realizó un proceso de intervención individual a 14 pacientes dentro de la unidad de hematología, 8 hombres y 6 mujeres. Estos pacientes corresponden a quienes se pudieron realizar su trasplante en el hospital completamente, o quienes se tuvieron que realizar 3 trasplantes seguidos, durante el tiempo en que la sustentante estaba atendiendo durante la práctica dirigida. Los pacientes que se atendieron estaban en alguna fase del proceso médico del trasplante de células

madre hematopoyéticas y sus procedimientos afines. Algunos pacientes tenían la enfermedad en remisión y otros con la enfermedad inactiva. La cantidad de sesiones dependía del avance de cada paciente. Cada trasplante duraba aproximadamente un mes por paciente, sin embargo, en el caso de los 3 trasplantes, eran aproximadamente 3 meses de internamiento. Debido a esto, la cantidad de pacientes era baja, sin embargo, hubo más sesiones por paciente.

Con base en esta experiencia profesionalizante, se describe a continuación, la evaluación cognitiva, conductual y emocional que se realizó de los pacientes, antes, durante y después de la intervención psicológica. Los ejemplos son los más representativos y comunes entre la totalidad de los pacientes intervenidos.

Pre-Intervención

El periodo pre-intervención se refiere al periodo en que los pacientes son candidatos y se encuentran en el proceso de evaluaciones médicas. A continuación, las frases más significativas y representativas de la mayoría de los pacientes extraídas de la sistematización realizada.

En cuanto a las cogniciones previas a la intervención, se organizó en grupos representativos de distorsiones cognitivas. Las personas pacientes presentaron pensamientos catastróficos y polarizados dentro del estado de shock, cuando se les comunicó el diagnóstico como: *“fue un bombazo”, “se me vino todo abajo”, “pensé, esto otra vez”, “no es justo”, “¿Qué voy a hacer?”, “¿cuánto voy a vivir?”, “me ha costado aceptarlo”.*

Otra de las preocupaciones principales fue la generalización con respecto a los efectos secundarios de la quimioterapia y de la efectividad del trasplante para ellos. Por ejemplo: *“pensé que la quimio era veneno”, “escuchaba comentarios de que es muy duro”, “me da miedo que me vaya muy feo”, “¿será que me va a funcionar?”.*

Asimismo, la abstracción selectiva y falacia de justicia sobre el aislamiento prolongado en el hospital y consecuentemente el distanciamiento de sus familias fue indicado con mucha frecuencia: *“lo que más me preocupa es estar internada varios días en el hospital”, “me preocupa mi mamá y su parte psicológica”, “no me gusta estar encerrado”, “no quiero estar lejos de mi familia”, “estoy sola en esto”.*

Seguidamente, con respecto a las conductas, la mayoría de los participantes indicaron el llanto al recibir sus diagnósticos y por tener que pasar por sus tratamientos alejados de sus familias: *“me pegué la llorada”, “he llorado mucho por estar alejado de mi familia”, nos conmovimos mucho y lloramos”*.

Asimismo, hubo comentarios en donde se asociaba el diagnóstico de cáncer con la muerte y por ende catastrofismo: *“le dije a mi esposo que me comprara un ataúd porque me iba a morir”, “di sí, ya me morí de cáncer”*.

Además, se manifestaron de comportamientos desadaptativos, como consumo riesgoso de alcohol, sobre alimentación de comidas poco sanas, y aislamiento social: *“tomé mucha birra, me fui de fiesta varios meses”, “comía demasiado”, “me aislé”*.

Acerca de las emociones más destacadas, la tristeza y sensación predominó como respuesta ante el diagnóstico por primera vez o ante una recaída de la enfermedad: *“muy triste porque tengo que pasar por esto de nuevo”, “ese día si me puse muy mal, tuve un mes super deprimida, no quería comer ni hablar con mi esposo”, “me sentí ahuevado, triste”*. La tristeza también se indicaba debido a la separación de sus familias durante el internamiento prolongado: *“me da tristeza estar alejado de mi familia”, “me pone triste estar lejos de mi familia”, “ahuevado por estar aquí sin mi familia”*.

Además, comentaban que el miedo lo sentían ante la incertidumbre de los efectos y resultados de sus tratamientos. También se indicaba en relación con la experiencia de aislamiento hospitalario: *“me da miedo los efectos de la quimioterapia”, “me dijo que la doctora que el linfoma puede volver y me asusta”, “me da sustillo el internamiento, no me gusta estar encerrado”, “me voy a deteriorar, y eso me da miedo”, “el dolor...me asusta el dolor de todos los exámenes”*.

Sin embargo, algunos pacientes se sentían tranquilos y con fe de que su tratamiento iba a salir de la mejor manera: *“Pienso en el día a día, confié en que Dios me va a sanar”, “yo vivo el día a día”, “yo estoy tranquilo, quiero vivir un día a la vez”*.

Como se pudo evidenciar anteriormente, los pacientes efectivamente presentaron distorsiones cognitivas, en donde las principales distorsiones fueron la sobregeneralización, la polarización, la visión catastrófica, la abstracción selectiva y la falacia de justicia. Las conductas

pretratamiento se caracterizaron de riesgo, impulsivas y poco adaptativas a su situación. Las emociones más frecuentes fueron la sorpresa, el miedo, la frustración, la confusión y el enojo.

Etapas de Intervención

En las distintas sesiones de intervención, se utilizaron distintas técnicas cognitivo-conductuales con cada paciente, dependiendo de las necesidades identificadas en sus evaluaciones. Estas técnicas fueron descritas una por una anteriormente en el apartado de procedimientos. Todas fueron por medio de llamada telefónica, debido a las restricciones por la pandemia del COVID 19.

Se recuerda las técnicas que se emplearon:

- Psicoeducación
- Reestructuración cognitiva.
- Entrenamiento en habilidades sociales y comunicación asertiva.
- Entrenamiento en respiración diafragmática.

Durante la etapa de intervención con los pacientes, se colocan los siguientes hallazgos.

Sobre las cogniciones, se presenta mayoritariamente preocupaciones válidas sobre la enfermedad en sí misma, como también de las reacciones físicas del tratamiento, especialmente de la quimioterapia como mayor amenaza percibida: *“me preocupa seguir con este dolor y no poder comer”, “lo que más me preocupa es las náuseas y los vómitos”, “no quiero pasar dolor”*.

Asimismo, surgen pensamientos de preocupación sobre el internamiento prolongado que han vivido y la lejanía de sus parientes: *“pienso que esto ha sido muy duro sin mi esposo”, “ya quiero irme a casa, extraño a mi familia”, “he estado internado mucho tiempo,*

Los pensamientos relacionados al posible fracaso del tratamiento fueron predominantes también: *“a veces pienso qué pasará si el tratamiento no funciona”, “me preocupa que los marcadores tumorales suban”, “necesito que esto funcione, porque mi hija no puede quedarse sin papá”*.

Sin embargo, hubo un incremento de pensamientos constructivos y relacionados con la resiliencia: *“yo pienso día a día, y que voy a salir de esto”, “a pesar de las náuseas, sigo pensando que yo voy a salir sano de esto”, “yo voy a seguir pensando positivo y a seguir adelante”*.

Seguidamente, respecto a las conductas, los pacientes manifiestan la presencia de llanto, relacionado al internamiento prolongado sin poder estar con sus familiares: *“he llorado, porque es muy duro estar lejos de mi familia”*, *“me pegué la llorada, es mucho tiempo aquí”*.

También, se indica que, en algunas ocasiones del internamiento, se manifestaron conductas de aislamiento social y poca colaboración, como no atender las llamadas o mensajes de teléfono de sus familiares, o de las citas virtuales de los profesionales: *“a veces no tengo ganas de hablar”*, *“yo ya tuve sesiones con psicólogos y ya no necesito ayuda”*.

Sin embargo, también en otros pacientes hubo un incremento en la comunicación con su red de apoyo tanto familiar, de amistad y de compañeros de cuarto, por medio de mensajes y videollamadas: *“nosotros hicimos un grupo de WhatsApp y les reporto todos días”*, *“hago videollamadas con mi hija todos los días”*, *“las llamadas con mi esposo son mi soporte”*.

Las conductas de autocuidado tanto físico como mental, también incrementaron, pues revelaron que se enjuagues bucales, estiramientos, y limpieza corporal de acuerdo con la rutina: *“ah si yo me cuido mucho, me hago todos los enjuagues, me lavo las manos siempre y todo eso”*. Asimismo, realizaron ejercicios de respiración y de relajación muscular progresiva, la realización de tareas con compromiso, y la práctica de técnicas de comunicación asertiva con los profesionales del Hospital México: *“me ha ayudado la respiración con los síntomas de náuseas”*, *“si yo apliqué ese ejercicio que me mandó para hablar con las enfermeras y con la doctora por aquello que pasó”*.

Post- Intervención

Después de las intervenciones, se recolectaron los siguientes resultados cualitativos.

Con respecto al ámbito cognitivo, se logró que los pacientes identificaran sus pensamientos desadaptativos como: *“yo sé que no me sirve pensar así”*, *“antes yo pensaba negativamente”*, *“yo me di cuenta que estaba con esos pensamientos dando vueltas en mi cabeza”*.

Además, se logró un aprendizaje de cómo generar alternativas de pensamiento ante la identificación de pensamientos desadaptativos: *“...pero me dije que este malestar es temporal, y que sé que la otra semana me voy a sentir mejor”*, *“a veces temo que voy a dejar a mi hija sin mamá, pero, estoy determinada en terminar esto como una guerrera para estar con ella”*.

Asimismo, lograron aplicar estrategias de afrontamiento para manejar sus síntomas físicos producto del tratamiento, así como malestar emocional como ansiedad, tristeza, ira, frustración y miedo: *“aún hago los ejercicios de respiración que me enseñaste en estos días para calmarme”, “me he sentido mejor con la relajación y las tareas”*.

Con respecto a las conductas, los pacientes aprendieron técnicas para afrontar su proceso médico y para adaptarse mejor al entorno.

Mejoraron sus habilidades sociales, por medio de técnicas de comunicación asertiva, tanto para comunicarse con el equipo médico como también con familiares: *“le dije a la enfermera que no me gustó que me hablara así, y que podíamos hablar cuando estuviera más tranquila”*. *“Hablé con la doctora con esa técnica y lo pudimos solucionar”*.

Asimismo, se adaptaron a los protocolos sanitarios y se mejoraron sus técnicas de autocuidado, entre las más destacadas, ejercicios de relajación progresiva y respiración diafragmática, ejercicios físicos de estiramiento, enjuagues bucales, y lavado de manos y dientes.

Además, se indican acciones de fortalecimiento de su red de apoyo, incluyendo conductas de apoyo emocional a los demás pacientes: *“estoy tan agradecida por mi familia, amigos y compañeros que me ha ayudado todo este tiempo, y me siguen apoyando”, “yo hubiese reaccionado muy diferente en este proceso sin mi mamá, ella ha sido un gran apoyo”, “la familia y yo tenemos un chat, en donde mis familiares me mandan cosas y me mantienen informado, y uno se siente acompañado”*.

En el aspecto emocional, se logró que los pacientes identificaran sus emociones con nombramiento de ellas en sus discursos, gracias a la psicoeducación de emociones: *“sí antes me sentía ahuevado, bueno, en realidad me sentía frustrado”, la semana pasada me sentía con miedo, pero esta semana solo optimista”, “bueno bien para mí significa tranquilo y contento”*.

Asimismo, los pacientes incrementaron significativamente la expresión de dichas emociones y se aprendió la importancia de ello: *“me siento mejor por haberlo hablado”, “con mi mamá no me siento cómodo con expresarme, pero ahora viéndolo de esa manera creo que lo puedo hacer de esa forma”, “es bueno que la mente esté bien para que el cuerpo se recupere mejor”*.

Además, se reflexionó sobre la importancia del apoyo emocional entre compañeros de cuarto en la unidad de trasplante: *mi compañero me ayudó mucho hablando conmigo de nuestros problemas y cómo nos sentimos, y eso es muy bueno*, *“yo trataba de apoyarla porque es muy joven y se veía un poco asustada”*.

A continuación, se describen de forma resumida las técnicas de intervención con sus resultados cualitativos pretratamiento y post tratamiento de los pacientes comentados anteriormente y además se agregan los ejemplos más destacados de las emociones, cogniciones y conductas de los pacientes de TCMH, tanto pre como post tratamiento.

Área	Pre Tratamiento	Ejemplo	Post Tratamiento	Ejemplo
Reestructuración cognitiva	Pensamientos catastróficos sobre la enfermedad	“La enfermedad me va a volver en unos años.”	Identificación de pensamientos irracionales	“Yo me agarré pensando eso de nuevo, y supe que tenía que parar y cambiar eso.”
			Generación de alternativas de pensamiento	“Yo me dije que esto es pasajero, en unos días me voy a sentir mejor.”
			Conocimiento de la importancia de pensamientos, emociones y conductas para la adherencia al tratamiento.	“Sí, estuve pensando en que yo debo de estar bien mentalmente porque mi cuerpo siente eso.”

Preocupaciones sobre reacciones adversas del tratamiento	“Lo que más me preocupa son las náuseas y los vómitos.”	Aprendizaje de realizar debates con sus propios pensamientos.	“Bueno, antes me dieron nauseas, pero en realidad no sé con certeza que me va a dar”.
Mitos y prejuicios sobre el cáncer	“Cuando me dijeron cáncer, le pedí a mi esposo un ataúd porque me voy a morir.”	Aprendizaje de los mitos y realidades sobre el cáncer y de valorar la utilidad de sus pensamientos.	“Ya estoy más tranquila, porque dicen que este tratamiento me va a ayudar, no me sirve de nada pensar así”.
Tristeza por estado de enfermedad	“Es ahuevado que yo tenga que pasar por esto.”	Generación de pensamientos constructivos a partir de sus pensamientos irracionales.	“Me siento agradecida, lista para seguir mi vida.”
Dudas de someterse al trasplante	“Yo no sé si hacerlo, algunos han dicho que es muy duro.”	Conocimiento del procedimiento del trasplante, acompañado de una percepción positiva del proceso.	“Bueno después de aclarar esas cosas, me siento más tranquilo, y estoy listo, a la mano de Dios”.

Psicoeducación	<p>Pocas conductas de autocuidado</p> <p>Poca colaboración en adherirse a tratamiento de psicooncología</p>	<p>“A veces no me cuido también, me dan pereza los enjuagues”</p> <p>“Yo ya tuve psicólogo y considero que ya no lo necesito”.</p>	<p>Mayor autocuidado de higiene</p> <p>Realización de ejercicios físicos de rehabilitación</p> <p>Mayor interés y compromiso con la asistencia a las sesiones de intervención.</p>	<p>“Ahora hago mis enjuagues religiosamente”.</p> <p>“Me lavo las manos, me baño dos veces al día, limpio el teléfono”.</p> <p>“Sí, nos hablamos la otra semana Doctora.”</p> <p>“¿Me puedes explicar la tarea otra vez?”.</p>
Intervención en Crisis	<p>Pensamientos catastróficos anticipados con la presencia de sintomatología física.</p> <p>Ansiedad sobre evolución del trasplante</p>	<p>“Yo no puedo hacer esto, esto es demasiado duro”.</p> <p>“Me preocupa que esto no me funcione.”</p>	<p>Adherencia al tratamiento</p> <p>Generación de pensamientos constructivos</p> <p>Mejor identificación y expresión de emociones</p>	<p>“Sé que esto es temporal, y que tengo que lograrlo si no quiero una recaída”.</p> <p>“Tengo que luchar por mis hijos”.</p> <p>“Siento más ansiedad que miedo.”</p>

Respiración Diafragmática	Enojo por tener la enfermedad y pasar por el trasplante.	<p>“Me enoja un poco porque pienso en el puesto que tendría si no fuera por esto”.</p> <p>“Es que no me va a quedar nada de esto, solo las cicatrices, y me da chicha”.</p>	<p>Menor intensidad de emoción.</p> <p>Generación de alternativas de pensamiento a los problemas que plantea.</p>	<p>“Bueno, ya estoy mejor, he pensado que en realidad sí tengo ganancias a corto, mediano y largo plazo de esto, y planes para cuando salga”.</p>
	Miedo sobre efectos secundarios del trasplante	“Me da miedo vomitar, y no poder comer.”	Mejor manejo de emociones y de síntomas físicos con las técnicas de relajación	“La respiración me ayudó para el dolor de las hemorroides y mantenerme más tranquilo”.
Habilidades Sociales y comunicación asertiva	Poco contacto con redes de apoyo	“Yo no sé mucho de mi papá desde hace rato.”	Mayor contacto con las personas para expandir su red de apoyo	“Ahora trato de contestarle los mensajes por un grupo de la familia”.

	Dificultad en comunicarse asertivamente con personal médico.	“Yo no le comento mucho a mi mamá porque se asusta”.	Comunicación asertiva con personal médico y familia.	“Yo le expliqué a la doctora lo que pasó, de una buena manera para que eso no vuelva a pasar”.
--	--	--	--	--

En resumen, se observa un cambio significativo en las tres áreas descritas anteriormente: emocional, cognitiva y conductual, con las técnicas destinadas para la intervención. La reestructuraciónn cognitiva facilitó el cambio de pensamientos irracionales por alternativas racionales. De igual forma, proporcionó la capacidad en el paciente para tener un papel activo en el debate de sus pensamientos irracionales y con ello el aprendizaje de la utilidad de sus pensamientos en su salud mental. En el ámbito emocional, la reestructuración cognitiva permitió que la tristeza se intercambiara por otras emociones más agradables en el paciente, como el agradecimiento, la felicidad y el alivio.

En cuanto a las conductas, los pacientes incrementan su autocuidado y la adherencia al tratamiento, con el uso de los enjuagues, los estiramientos musculares, la ingesta de sus medicamentos, bañarse, lavarse las manos, y la ingesta de la comida que les brindan.

La psicoeducación fue una técnica que permitió a nivel cognitivo un gran aprendizaje en los pacientes sobre los mitos y realidades sobre su enfermedad y sobre el procedimiento del

trasplante de células madre hematopoyéticas. Además, permitió una percepción de mayor tranquilidad y menor incidencia del miedo al tener mayor conocimiento por los procesos médicos que van a vivir y sobre cómo se comporta su enfermedad hematológica. En cuanto a las conductas, la psicoeducación permitió que se llevaran a cabo conductas recomendadas para una mejor adherencia al tratamiento y calidad de vida, como seguir los lineamientos de alimentación, de ejercicio, de reposo, de un uso correcto de sus medicamentos, y de darse espacios de socialización.

El entrenamiento en comunicación asertiva y en solución de problemas, logró cognitivamente una adquisición de algunas habilidades y para comunicarse asertivamente con el personal médico y con sus familiares en temas con relación a su enfermedad o su proceso del trasplante de células madre hematopoyéticas. Asimismo, a nivel conductual, se logró una mejora en el contacto con sus redes de apoyo, y en tener un papel activo en pasos para solucionar algún problema que se les presente tanto personal como médico. También reguló la presencia de conductas agresivas o pasivo-agresivas en el paciente que podían afectar a sí mismo y a otros. Emocionalmente, la comunicación asertiva brindó al paciente mucho mayor control de la autorregulación emocional, y por ende en la presencia de emociones más placenteras al poder enfrentar sus problemas y solucionarlos más satisfactoriamente.

La intervención en crisis permitió cognitivamente una mayor capacidad de organización, priorización y toma de decisiones en el paciente con respecto a su proceso médico y en cuanto a sus conflictos personales que le afectan psicológicamente. También facilitó que el paciente controlara sus conductas de no adherencia para su salud física como mental. También permitió que retomara las conductas recomendadas para su tratamiento (bañarse, hacer enjuagues, tomar medicamentos, llamar a familiares). Fue muy importante el cambio emocional, en donde la validación y contención emocional de la intervención en crisis generó una estabilización de la crisis emocional, y con ello expresión emocional de manera adaptativa.

Finalmente, la respiración diafragmática fue clave en la intervención, debido a que causaba una relajación en el paciente que mejoraba su desempeño tanto físico como mental. Cognitivamente permitió que los pacientes pudieran organizar sus pensamientos con más facilidad y comunicarse con la terapeuta. Eso conductualmente también le permite practicar la respiración activamente cuando perciba síntomas físicos o psicológicos en sí mismos. Por consiguiente, el ámbito emocional también estuvo beneficiado debido a que la respiración diafragmática

proporciona una relajación fisiológica, por lo que las intensidades de las emociones disminuyeron, y, se tuvo mayor percepción de estabilidad y emociones agradables como la tranquilidad y la esperanza que indican los pacientes.

Resultados cuantitativos de la intervención psicológica individual a los pacientes hemato-oncológicos en proceso del trasplante de células madre hematopoyéticas

Los resultados cuantitativos se analizaron por medio de los promedios de los datos pre y post tratamiento de dos pruebas psicométricas: el Termómetro de Distrés y el HADS. Los siguientes análisis se realizaron con supervisión y aprobación del docente. Existe sospecha de que los datos fueron manipulados por los pacientes, debido a las excelentes cifras de los resultados. Se cree que los pacientes indicaron en los instrumentos avances muy grandes en sus síntomas psicológicos debido a la mejora en sus síntomas físicos hacia el final del proceso del trasplante. Esto es porque los efectos secundarios de la quimioterapia fueron disminuyendo, y con ello incrementó su percepción de bienestar general. Con ello, comentaron que sus emociones eran más agradables porque ya no tenían tantas náuseas o dolor, o también porque les iban a dar de alta, lo cual significaba que pronto iban a ver a sus familias.

Los datos y gráficos se presentan a continuación.

Los pacientes que aplicaron para las pruebas fueron los 14 pacientes de consulta individual a los que se les pudo pasar los instrumentos en el tiempo estipulado de la práctica de graduación, debido a que hubo varios pacientes que no se incluyeron, ya sea porque dejaron de calificar como candidatos, fallecieron, se retiraron del trasplante, y/o su trasplante no había terminado aún y no se le podía hacer el post-test todavía.

En el apartado de procedimientos anteriormente descritos, se explica con detalle cómo fue que se midieron las pruebas. Como repaso, con el Termómetro del Distrés se hizo una comparación del número pretratamiento y el número post-tratamiento, una vez habían terminado su trasplante. Se pudo realizar una prueba T de Student y se calculó la diferencia entre los promedios del pre y post tratamiento. En dicha prueba se observó que el valor P fue 0.001, el cual es menor que 0.05. Esto confirma que el tratamiento psico-oncológico de la sustentante facilitó una reducción significativa del distrés en los pacientes del trasplante de células madre hematopoyéticas. La media

de valores pre-tratamiento fue de 4.86 y la media post-tratamiento fue de 0.21, visualizado a continuación.

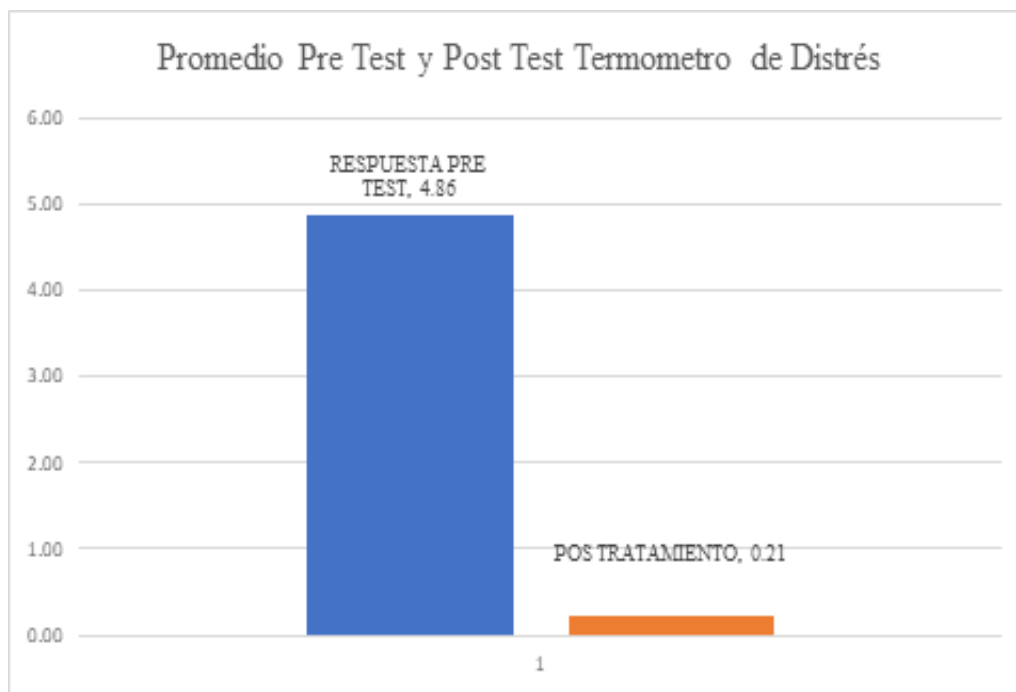


Gráfico 1: Gráfico de Contraste de Promedios Pre y Post Test: Termómetro de Distrés

En cuanto al instrumento HADS, se encontró que, debido al formato de dicho instrumento, y la presencia de una gran cantidad de ceros en las respuestas post test (indicando cero síntomas), el programa no permitió que se pudiera realizar un estudio paramétrico porque las pruebas de T Student, y la prueba de Levene de igualdad de varianzas demostró que no cumplía con el supuesto de igualdad de varianzas ni las pruebas de normalidad. Esto es visible en el gráfico de “cajas y bigotes” en este apartado.

Por ende, se realizó la prueba no paramétrica de Wilcoxon, el cual buscaba probar si hubo diferencias significativas (valor P), además del tamaño del efecto (effect r) que hubo entre el pretratamiento y el post tratamiento, en las escalas tanto de ansiedad como de depresión. El intervalo de confianza de depresión fue de 4.60 a 7.50 y para ansiedad de 6.61 a 10.39, los cuales respaldan que las medianas se encontraban dentro de dichos intervalos.

En la prueba de Wilcoxon de Excel, se mostró un tamaño de efecto de 0.62, el cual se considera un efecto alto, lo que indica que el tratamiento tuvo un efecto grande en bajar los

síntomas de ansiedad y depresión hospitalaria en los pacientes. También se llevó a cabo la prueba Kruskal-Wallis, el cual arrojó un valor p de 0.001, lo cual indica que las diferencias fueron estadísticamente significativas entre la ansiedad y depresión pre y post tratamiento. Finalmente se realizó un estudio de probabilidades condicionadas para el HADS, en donde la probabilidad de puntuar un 0 de ansiedad era del 57.14%, de puntuar un 1 un 35.71% y un 2 un 7.14% ; no hubo valores superiores de ansiedad que un 2. En cuanto a los síntomas de depresión, la probabilidad de puntuar un 0 era un 56.32%, de puntuar un 1, un 14.29% y de puntuar un 2 un 28.57% . Los gráficos de los hallazgos se observan en seguida.

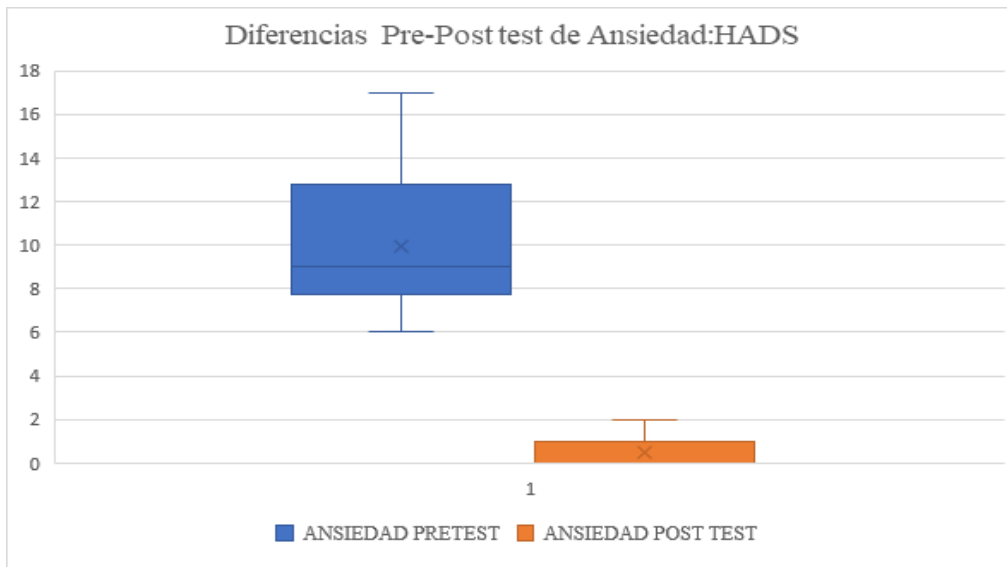


Gráfico 2: Diferencias Pre y Post Tratamiento Ansiedad: HADS

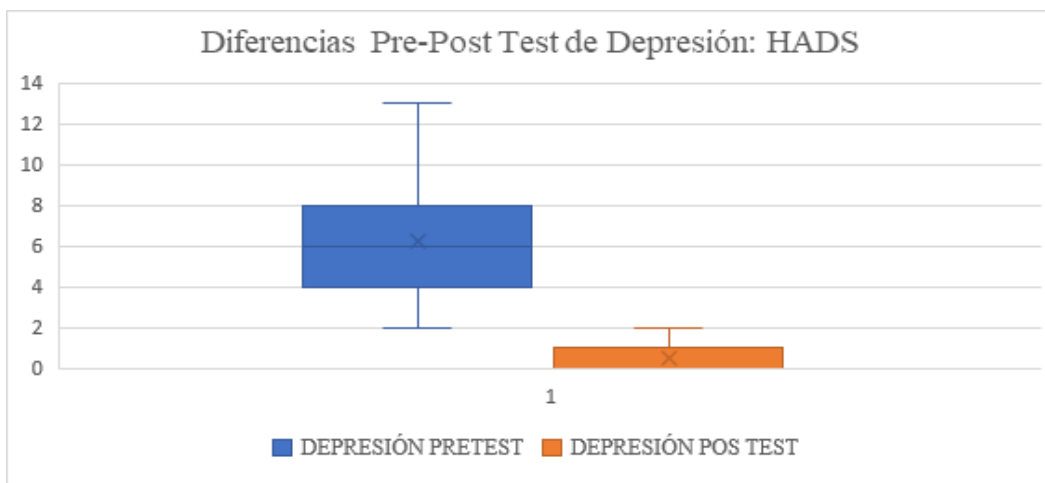


Gráfico 3: Diferencias Pre y Post Tratamiento Depresión: HADS

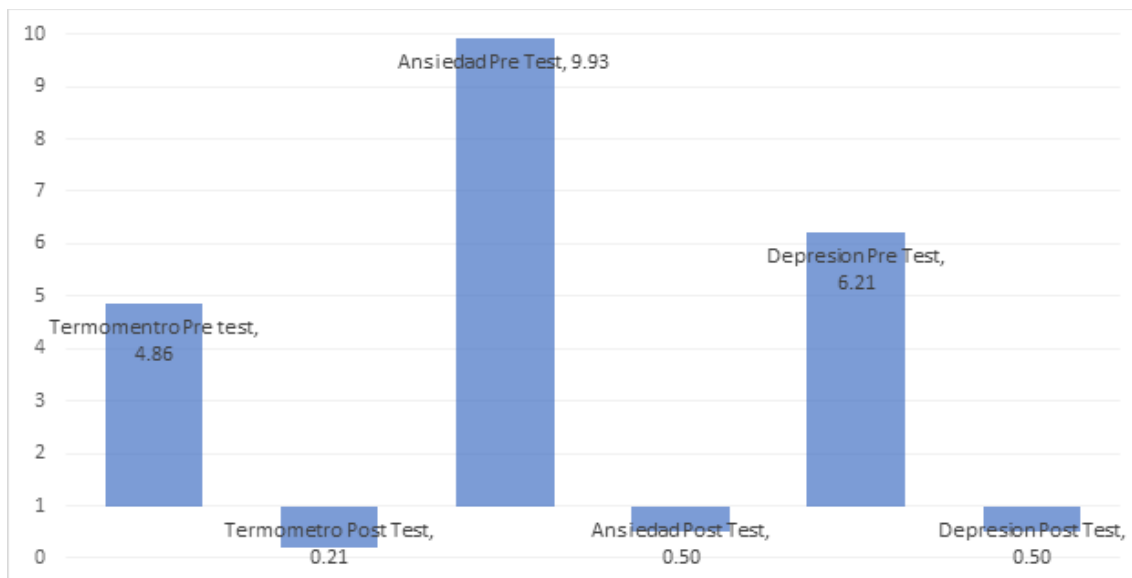


Gráfico 4: Resumen de diferencias pre y post tratamiento de las pruebas psicométricas

Expuestos los datos anteriores, se puede concluir puntualmente que se observó que la intervención cognitivo-conductual tuvo un efecto significativo en los síntomas de estrés, ansiedad y depresión de los pacientes hemato-oncológicos en el proceso del trasplante de células madre hematopoyéticas. A su vez, impactó en la disminución y generación de alternativas de las distorsiones cognitivas de la persona y se incrementó la adherencia al tratamiento y las conductas adaptativas en su estancia hospitalaria. Como se comentó anteriormente, se cree que los datos se pudieron haber manipulado por los pacientes porque sus síntomas físicos influyeron. Esto es porque hacia el final, sus síntomas físicos iban bajando comparado a antes, y por lo que se percibían mejor en todos los aspectos, por lo que puede que los pacientes hayan tomado eso para dar sus respuestas tanto al inicio como al final. Se considera que quizá no hubo depresión en ningún momento debido a que sus enfermedades estaba en recidiva, y por ende tenían esperanza de que el tratamiento fuera a funcionar. Sin embargo, se considera que la intervención psicológica tuvo un impacto positivo y significativo en los pacientes, por la evidencia del cambio en sus pensamientos, conductas y cogniciones que fueron seguidas con detenimiento a través de las sesiones. Es también muy importante a tomar en cuenta, que debido a que la muestra fue de 14 personas, siendo pequeña, pudo haber incidido en los resultados estadísticos del HADS debido a que inicialmente no tuvo una distribución normal y por ello se procedió a los estudios no

paramétricos. Finalmente, es probable que la deseabilidad social influyó, ya que los pacientes ya iban terminando su trasplante, por lo que estaban más animados y motivados, por lo que pudo haber influido al quedar bien con la terapeuta en el post test de las pruebas psicológicas.

Apoyo al servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial (Psico-Oncología)

A continuación, se describirán las actividades que se llevaron a cabo en conjunto con los profesionales de psico-oncología.

Acompañamiento en consulta externa e interconsultas con la Doctora María Luisa Rebolledo

La sustentante asistió a las citas telefónicas de consulta externa, a distancia, con la Doctora Rebolledo. Estas se dieron por medio de llamadas telefónicas por WhatsApp entre la sustentante y la Doctora, para que pudiera participar en la cita virtual que la Doctora atendía por el sistema de WEBEX de la Caja Costarricense de Seguro Social, por las indicaciones de la pandemia del COVID 19. Debido a dicha pandemia, tampoco se pudo asistir presencialmente para acompañar en la atención a pacientes hospitalizados. A pesar de que la atención psicológica fuera virtual por la pandemia del COVID-19, de igual manera, se considera que la experiencia fue de mucho valor y aprendizaje, además ética, por cuidar de la salud de los costarricenses en una emergencia de salud pública al hacer el mayor esfuerzo de no exponer a la mayor cantidad de personas al COVID 19. La Doctora Rebolledo atendía a los pacientes, por medio de llamada y la sustentante se conectaba como observadora no participante de las sesiones. Se consideró importante la atención virtual, ya que permitía atender a pacientes sin arriesgar el equipo médico, así como también a los pacientes oncológicos a un posible contagio de COVID 19. También se pudo atender a más pacientes de lo que se hubiese podido de manera presencial, y, se considera que la modalidad presencial brinda más privacidad al paciente porque la sustentante no estaba observando presencialmente.

Esta atención se dio con pacientes con diferentes tipos de diagnósticos oncológicos referidos al Servicio de Psicooncología. Se tuvo un enfoque principal los martes con las pacientes de mama, y los viernes con los pacientes del programa de TCMH. Esto permitió una aproximación a la realidad contextual bio-psico-social de los pacientes oncológicos, un aprendizaje extenso de

los procedimientos médicos que reciben, y un enriquecimiento mayor de conocimiento sobre la atención psico-oncológica que se les brinda en el Hospital México. Se atendían casos nuevos, casos de seguimiento, y también en ocasiones se les daba de alta a los pacientes.

Los pacientes estaban en diferentes procedimientos médicos dependiendo de su diagnóstico y de la etapa de su enfermedad (diagnóstico, tratamiento, remisión, recaída, paliativo). En total fueron 297 pacientes de consulta externa e Interconsultas que se vieron en el periodo de la práctica.

En la siguiente tabla, se agrupan los diagnósticos más frecuentes de estas intervenciones.

Mama	95
Linfoma	31
Colón	25
Mieloma Múltiple	19
Leucemia	15
Cerebro y Testículo	11

Tabla 1: Diagnósticos oncológicos más comunes atendidos en consulta externa e interconsultas.

Las técnicas que se desarrollaron en estas sesiones virtuales impartidas por la Doctora Rebolledo son las siguientes. La intervención en crisis se realizó con frecuencia, por el estado emocional desregulado de los pacientes en varias ocasiones por distintos temas. Por ejemplo, una recaída de enfermedad, un avance de enfermedad, un tratamiento sin responder adecuadamente, una situación de conflicto familiar, dificultades socioeconómicas, largas esperas para recibir su tratamiento, entre otros. La intervención en crisis aportaba principalmente para estabilizar al paciente emocionalmente y ayudarlo a tomar decisiones con respecto a su problema. La psicoeducación aportaba para informar al paciente sobre vacíos de información, por ejemplo, si el paciente no conocía bien en qué consistía su tratamiento, el comportamiento de su enfermedad, la ubicación de las lesiones, el significado de recidiva, trámites administrativos del hospital, entre otros. Las técnicas de relajación se modelaron y practicaron con el paciente en el teléfono, cuando

se detectaba la necesidad o se comunicaba por el paciente que tenía dificultades para regular algunos síntomas físicos o psicológicos que le causaban malestar. Asimismo, se utilizó el entrenamiento en habilidades sociales cuando el paciente tenía dificultades para comunicarse con el personal médico, o con sus familiares, ya sea por algún tema relacionado a la enfermedad o algún otro problema personal. Y finalmente, la reestructuración cognitiva facilitó el cambio de los pensamientos irracionales por pensamientos funcionales que a su vez desencadenan comportamientos adaptativos con respecto a su enfermedad y tratamiento, así como con su entorno sociofamiliar.

A continuación, se destaca la información recolectada de la atención psico-oncológica brindada a los mismos pacientes de consulta externa e interconsultas con distintas enfermedades oncológicas. Los datos de este capítulo son de carácter descriptivo únicamente, por ser datos cualitativos.

Las personas que estaban en el momento de su **diagnóstico oncológico** comentaban que lo percibieron amenazante, y se encontraban en un estado de mucha sorpresa, confusión y rechazo. Indicaban que entraban en “shock”, en donde se les dificulta creer el diagnóstico: *“no lo pude creer, se me cayó el sistema, mi mundo entero”*. Se presentaba creencias de rechazo y/o minimización del diagnóstico/pronóstico, y/o de hablar de ella: *“yo dije, esto a mí no me puede pasar”*, *“yo no pienso en eso, yo pienso que estoy bien”*, *“aunque los doctores digan eso, yo creo que Dios me va a curar”*, *“me voy a hacer exámenes por privado porque los doctores no tienen toda la información”*.

También, hubo pensamientos irracionales de tipo catastrófico, en donde se asocia el cáncer con la muerte: *“yo no quiero dejar a mi hijo solo”*, *“ella murió hace unos años de lo mismo, seguro que yo voy a lo mismo”*, *“ya yo estoy haciendo números por si yo faltara”*.

El llanto era una conducta, tanto en el momento en que se lo comunicaban, como también en momentos posteriores, como por ejemplo durante la cita virtual: *“he llorado mucho, me ha costado demasiado”*.

Indican conductas de aislamiento, en donde pasan varios días sin socializar con miembros de la familia y realizar actividades cotidianas de ocio o trabajar: *“yo pasé toda una semana en cama”*, *“no pude trabajar ese mes”*, *“no me daban ganas de hacer nada”*.

Asimismo, llevaban a cabo conductas no adaptativas y de riesgo: *“me fui de fiesta, tomé un montón de birra”, “peleaba con mi esposo por todo”*.

Las emociones que predominaban en los pacientes durante esta etapa eran la tristeza, la sorpresa, la ansiedad y el miedo: *“tengo miedo de morir, soy bastante joven”, “me siento ansiosa pensando en que se acerca la fecha del examen”, “*

Las personas pasando por tratamientos destacan preocupaciones sobre los efectos secundarios posibles antes de sus procedimientos, acompañado por incertidumbre *“yo he escuchado que esa quimio es muy dura, y me preocupa que me bote”*. Además, se agregan pensamientos anticipados sobre inminentes cambios de autoimagen: *“yo no quiero perder mi pecho”, “me pone triste que voy a quedar sin pelo”*.

Asimismo, durante los tratamientos, se habla sobre las secuelas que viven, en especial si han sido de mayor duración: *“no he sanado en estos tres meses, me preocupa perder la radioterapia”, “con la quimio mal, paso vomitando, esto es muy duro”*. Por otro lado, hay pacientes que perciben muy pocos o nulos efectos secundarios: *“gracias a Dios yo he estado bien, no he sentido casi nada”*.

Se comunicaron problemáticas con la adherencia a los tratamientos, por ejemplo, con la toma de medicamentos de importancia: *“el doctor me mandó la morfina 2 veces al día, pero yo solo me la tomo cuando tengo mucho dolor, es que eso me da mucha cosa”, “no el doctor no sabe, pero yo ya no voy a ir a más sesiones de quimioterapia”, “yo decidí que no me voy a operar, que sea lo que Dios quiera... no todavía no le he dicho al doctor”*.

También, los pacientes estaban bajo tratamiento, pero seguían con vacíos en la comprensión del mismo: *“yo creo que esa pastilla es como un tipo de quimioterapia” (la pastilla anti-hormonal para el cáncer de mama hormonal), “yo todavía no entiendo muy bien porqué me mandaron esa radioterapia”*.

En el ámbito social se destaca una activación de las redes de apoyo del paciente, en donde el paciente o su familia son asistidos en una variedad de ámbitos: *“mi tío me traslada al hospital en el carro de él”, “me vine a vivir con unos familiares para que me ayuden a cuidar de él y a los niños”, “mis hijos me han cuidado mucho, me ayudan con medicamentos y llevarme al hospital”, “los vecinos nos han apoyado mucho”*.

Esto anterior se relaciona con problemáticas económicas, en donde la red de apoyo se hace sumamente importante: *“me incapacitaron entonces me preocupa los gastos”, “yo dependo totalmente de mi familia porque yo no puedo trabajar”*.

En momentos en donde existe remisión de la enfermedad, se hacían comentarios de alivio por la remisión debido a que la enfermedad y los procedimientos fueron retadores para ellos: *“qué alegría, mi Dios es maravilloso, estoy tan contenta que me libré de eso”, “fue muy duro, pensé que no lo iba a poder lograr”*.

Sin embargo, la cancerofobia suele ser una manifestación: *“cada vez que tengo que ir a citas me entra el miedo”, “dicen que puede volver en unos años y lo he pensado”*. También, con frecuencia después de operaciones mayores, hay pensamientos de alteración de autoimagen: *“me siento mutilada, esta no soy yo”*.

Se comentaron por parte de los pacientes, conductas que se relacionan con creencias de que la enfermedad no ha entrado en remisión: *“me hice un TAC por privado”, “ah yo sigo tomando todo tipo de cosas”*.

Se destaca la importancia socioemocional de sus redes de apoyo y la percepción de sí mismos: *“voy a disfrutar a mi familia más”, “estoy tan feliz... ya que puedo estar en mi casita”, “mi esposo y yo tenemos planeado ir de paseo”, “ahora soy más alegre, veo la vida de manera diferente”*.

Asimismo, se destaca la generación propia de planes a futuro, metas y otros comportamientos adaptativos como parte de sus nuevos proyectos de vida: *“ahora voy a hacer un ranchito para mi familia”, “ahora tenemos planeado ir a Guanacaste a una finca todos”, “ya yo decidí que voy a matricularme en la universidad”, “yo dejé a mi esposo porque él me maltrataba y yo decidí que ya no iba a aguantar más”*.

El autocuidado fue un elemento importante en común también: *“yo sé que debo seguir una dieta especial”, “yo me estoy cuidando mucho, porque sé que tengo las defensas bajas todavía”, “yo no faltó a ninguna cita”*.

En la etapa de recidiva los pensamientos catastróficos se verbalizan en torno a la posibilidad del sufrimiento y/o la muerte: *“yo ya sé todo lo que tengo que volver a pasar... no sé”*

si voy a poder hacer esto de nuevo, es muy duro”, “no quiero dejar a mis hijos”, “no me quiero morir”.

Se expresan comentarios de confusión e incredulidad: *“por qué a mí?”, “esto no me puede estar pasando”, “yo voy a hacerme exámenes por privado”,* así como la creencia de que sabían que tenían recaída de antemano: *“no me dieron pelota, pero yo sabía que era el cáncer”.*

Además, los pacientes en su citas presentaron desregulación emocional, con la presencia de llanto, así como comentarios relacionados con la impotencia: *“por qué a mí?”, “me duele no poder hacer nada, esto está fuera de mi control”, “no puedo trabajar, entonces no puedo ayudar a mi familia”.*

También, se incluyen comentarios que indican un adecuado afrontamiento y sentido de lucha ante esta nueva adversidad: *“yo voy a seguir adelante”, “yo voy a luchar por mis hijos”, “soy agradecido porque tienen un tratamiento para mí”, “claro que lo haré, es una oportunidad de vida para mí* (refiriéndose a la quimioterapia).

En pacientes que son referidos a un manejo paliativo, se evidenció en varios momentos, la falta de información de en qué consistía un abordaje paliativo: *“en realidad no sé qué significa eso”,* en donde en una variedad de pacientes, se relaciona con la muerte: *“ya no tienen nada más para mí”, “yo anoche estuve pensando que me voy a morir”,* y se asocia con rendirse, *“ella le pidió al doctor que le mandara el otro tratamiento, ella no se quiere rendir* (familiar del paciente),

Asimismo, se muestra una dificultad para asimilar el progreso de enfermedad por parte de los pacientes y/o sus familiares, *“se negaron al tratamiento en paliativos, van a buscar una ONG”* (esposo de la paciente), *“yo voy a hablar con el doctor...él me ve por privado”.*

Además, en otros pacientes, se hacen comentarios de voluntades anticipadas, como parte del duelo anticipado, en donde expresan lo que quieren cuando se van a morir, en algunas ocasiones de manera realista y otras de manera irracional: *“yo quiero que me entierren a la par de mi papá”, “ya la herencia de la casa está arreglada”, “ya fui a hacer las vueltas”, “yo sé para lo que voy... pero no tengo miedo a la muerte”.*

También se destaca la esperanza, el sentido de lucha y la resiliencia: *“yo estoy tranquilo, vivo día a día”, “yo me siento bien, y que sea lo que Dios quiera”, “yo voy a vivir mi vida, hasta donde Dios diga, disfrutando a mis hijos”*.

Taller Virtual de Duelo

En el Hospital México se realizan dos talleres anuales de duelo para las personas, generalmente familiares, que han perdido a un familiar debido al cáncer. Estos pacientes fallecidos eran atendidos en el Hospital México. El taller que se realizó en febrero fue virtual debido a la pandemia del COVID-19. Fue el primer taller virtual de duelo que ha realizado el equipo de psicología oncológica. Las primeras 5 sesiones fueron impartidas por parte de los psico-oncólogos, la sexta por parte de un invitado quien expuso sobre espiritualidad, y la última por parte del equipo de psicología oncológica en conjunto con los médicos de Medicina Paliativa. La practicante tuvo el papel de coordinadora de labores administrativa, así como observadora participante, en todas las sesiones.

Asistieron en total 40 familiares de los pacientes, quienes eran familiares cercanos del paciente fallecido, como por ejemplo madres, padres, hermanos, hijos y nietos. El objetivo del taller es facilitar los procesos de duelo de los participantes, por medio de la psicoeducación del duelo y sus etapas, la escucha activa, la expresión y el soporte emocional, estrategias de fortalecimiento de las redes de apoyo, y el reforzamiento de la espiritualidad y el proyecto de vida.

Se realizaban las sesiones los jueves, del 11 de febrero al 25 de marzo, aproximadamente de 9 am a 12 md. Las labores que se realizaron por parte de la practicante fueron las siguientes. Antes de cada sesión se enviaba el link de acceso y se comentaba la temática de la sesión del día. Al inicio de todas las sesiones, la sustentante realizaba una lista de asistencia, se tomaban datos de quienes iban a necesitar un comprobante de asistencia, se realizaban los mismos comprobantes, y ayudaba cuando los participantes tenían problemas para conectarse a la sesión. Además, la practicante digitalizó las reglas y el cronograma que se habían escrito por parte del Departamento de Psicooncología, para el taller, y, se agregaron algunos aspectos sobre su modalidad virtual, e informar a los participantes en la primera sesión.

A continuación, se describe el desglose de las sesiones con sus objetivos y las actividades impartidas por la sustentante.

Tabla 3: Desglose de actividades en el Taller de duelo.

Número y fecha de sesión	Objetivos	Actividades de la sustentante
#1: 11 febrero 2021	<ul style="list-style-type: none"> ● Encuadre terapéutico ● Reglas de comunicación ● Definición de duelo ● Factores, tipos de duelo ● Reacciones físicas y emocionales 	<ul style="list-style-type: none"> ● Informar las normas del taller ● Leer el cronograma ● Generar lista de asistencia ● Coordinar y realizar los comprobantes de asistencia ● Brindar ayuda tecnológica ● Anotar comentarios de los participantes
#2: 18 de febrero 2021	<ul style="list-style-type: none"> ● Catársis ● Expresión de pérdida 	<ul style="list-style-type: none"> ● Generar lista de asistencia ● Coordinar y realizar los comprobantes de asistencia ● Brindar ayuda tecnológica ● Anotar comentarios de los participantes

<p>#3: 25 de febrero</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Culpa-Enojo-Perdón ● Soledad-Esperanza ● Redes de Apoyo ● Concepto de muerte en culturas diferentes 	<ul style="list-style-type: none"> ● Generar lista de asistencia ● Coordinar y realizar los comprobantes de asistencia ● Brindar ayuda tecnológica ● Anotar comentarios de los participantes
<p>#4: 4 de marzo 2021</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Fortalecer personalidad ● Resiliencia ● Autoestima ● Habilidades Sociales 	<ul style="list-style-type: none"> ● Generar lista de asistencia ● Coordinar y realizar los comprobantes de asistencia ● Brindar ayuda tecnológica ● Anotar comentarios de los participantes
<p>#5: 11 de marzo 2021</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Motivaciones para vivir ● Ritos-Manejo de fechas significativas (cumpleaños, navidades) ● Duelo en Adolescentes y Niños (as) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Generar lista de asistencia ● Coordinar y realizar los comprobantes de asistencia ● Brindar ayuda tecnológica ● Anotar comentarios de los participantes

<p>#6: 18 de marzo 2021</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Espiritualidad ● Proyecto de vida 	<ul style="list-style-type: none"> ● Generar lista de asistencia ● Coordinar y realizar los comprobantes de asistencia ● Brindar ayuda tecnológica ● Anotar comentarios de los participantes
<p>#7: 25 de marzo 2021</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Seguimiento de tema de espiritualidad ● Cierre del taller 	<ul style="list-style-type: none"> ● Generar lista de asistencia ● Coordinar y realizar los comprobantes de asistencia ● Brindar ayuda tecnológica ● Anotar comentarios de los participantes ● Hacer lista del total de personas participantes para certificado final ● Modificar y enviar certificado de la finalización del taller

Elaboración propia, 2021

A continuación, se describen algunos ejemplos de lo que los pacientes expresaron en las sesiones del taller.

Antes del taller, en el área cognitiva las personas comentaron principalmente lo siguiente.

1-Rumiación sobre el proceso de muerte del familiar: “a veces pienso, si no hubiésemos ido al hospital ese día, él seguiría aquí”, “yo pienso que debí de haberla visitado más”, “hubiésemos hecho algo más, pagar exámenes por privado, o no sé, algo más”.

2-Pensamientos catastróficos sobre la ausencia del ser querido: “no sé cómo voy a hacer sin ella”, “nuestras vidas giraban alrededor de él, y ahora es un vacío”, “no creo poder superar este dolor nunca”.

3- Indicadores de culpabilización del equipo médico en el desenlace de salud de el/la fallecido/a: “los doctores no nos querían decir qué pasaba”, “tratábamos de contactar a la doctora, pero no recibimos respuesta”.

4-Falacias de justicia: “Uno se pone a pensar que ella siempre fue tan sana, que a ella no le debió de haber pasado eso”, “ella siempre fue tan buena, tan entregada a su familia, no es justo”.

5- Evitación de afrontar el dolor: “Yo todavía no puedo ir al cementerio a verla”, “yo trato de no pensar en eso para no sufrir”, “a veces mi hija me pregunta cosas sobre lo que pasó con mami, pero no sé ni qué decirle y busco cambiar de tema”.

Con respecto a los comportamientos, se indicó:

1. Aislamiento: “yo me quedo en casa, en mi cuarto, no quiero salir con nadie”, “la familia se ha distanciado, casi no nos vemos ahora”.
2. Dificultades en el rendimiento laboral y/o escolar: “en el trabajo me cuesta demasiado poner atención, estoy ahí pero no”, “las chicas han perdido varias clases del colegio”.
3. Presencia de llanto fácil y dificultad para manejar la frustración e impulsos: “yo a cada rato estoy llorando”, “a veces pierdo el control y discutimos”, “a veces me escapo y encierro a llorar”.
4. Realización de ritos de duelo: “yo no he tocado nada de su cuarto, todo está como ella lo dejó”, “yo entro a oler su ropa, a ver sus juguetes, me quedo aquí un gran rato”.

Por último, en el área emocional, se describió:

1. Tristeza: “Todo esto ha sido muy difícil para nosotros, nos ha causado mucho dolor”.
2. Culpa: “A veces siento que pude haber hecho más por ella, para aliviar su dolor”.

3. Miedo: “No sé qué será mi vida sin él, a veces siento temor, da miedo”.
4. Confusión: “Uno no sabe qué sigue, cómo se sobrelleva esto”
5. Motivación: “Quiero aprender a pasar por este proceso de manera sana, porque la verdad esto ha sido demasiado duro para mí”, “vengo aquí para ver cómo puedo ayudar a mi familia”.

Durante el taller, el equipo de psicooncología trabajó en varios momentos lo siguiente: psicoeducación sobre el proceso de duelo, escucha activa, validación y contención emocional, y entrenamiento en habilidades sociales. Las personas en el taller también participaron en los espacios de escucha activa, de validación y contención emocional de los demás. Se utilizaron las presentaciones PowerPoint, y los aportes de las personas dentro de cada sesión.

Después del taller, se ponen de manifiesto los siguientes cambios en el área cognitiva:

1. Aprendizaje sobre el proceso de duelo: “De todo esto me llevo que este proceso es diferente en todas las personas, y que está bien que uno respete su ritmo”, “ahora sé que debo llorar lo que quiera llorar, y entiendo que yo no me tengo que sentir mal por estar así”.
2. Reestructuración cognitiva de pensamientos catastróficos: “yo sé que sí voy a poder seguir adelante sin ella”, “tengo fé de que yo sí voy a poder seguir adelante y sentirme mejor”
3. Desculpabilización propia y del equipo médico: “ya siento menos peso, porque sé que yo hice todo lo que pude por ella”, “agradezco por los doctores, sabemos que al final no había mucho que se podía hacer y se fue sin dolor”.
4. Presencia de pensamientos relacionados a la resiliencia y la espiritualidad: “Dios es mi mayor fortaleza y sé que me ayudará a superar esto”, “hay que tener esa resiliencia que se nos enseñó aquí, porque eso es lo que él hubiese querido de nosotros”.

En el área conductual, se describen las siguientes conductas por parte de los pacientes.

1. Iniciación de conductas de autocuidado y recreación: “ahora empecé un programa de ejercicio”, “mi familia y yo nos estamos reuniendo más seguido para compartir juntos”.
2. Mayor activación conductual en sus trabajos y labores: “en el trabajo me va mejor, estoy con un nuevo proyecto”, “en casa hago oficio, los mandados, me mantengo ocupado”.
3. Práctica de habilidades sociales: “aprendí que no tengo que hablar de eso con los demás, porque no me siento preparada”, estamos mejorando la comunicación entre todos”.

Y finalmente, en cuanto a las emociones se encontró:

1. Mayor identificación de emociones: “no sabía que era todo lo que sentía, pero ahora sé que esta tristeza algún día bajará”, ya sé que era más que todo culpa, y ya siento que la he dejado ir”.
2. Reconocimiento de la importancia de las emociones: *“sí, a veces uno trata de evadir sentir el dolor, pero hay que sentirlas para sanar”, “aprendí que no es malo sentirse triste, es necesario en este proceso”.*
3. Expresión emocional: “yo ahora voy a llorar todo lo que tenga que llorar”, “yo me escondía todo a las chicas (hijas), pero creo que es bueno que entre todas nos apoyemos”, siento un vacío, pero cada día lo siento menos”.

La participación de la practicante en el taller de duelo permitió tener una mejor aproximación con la vivencia de perder a un miembro de la familia debido a un cáncer. Además, se aprendió bastante sobre el proceso de duelo, la psicoeducación (emociones, el duelo, la comunicación asertiva, resiliencia, espiritualidad, y autoestima), la validación y contención emocional y sobre el manejo adecuado de talleres virtuales con grupos con grandes cantidades de personas.

Sesiones médicas clínicas

En la presente práctica dirigida se asistieron a las sesiones médicas a las que la Doctora Rebolledo tenía acceso, las cuales fueron las sesiones de sarcomas de mama, de cabeza y cuello, y de trasplante de células madre hematopoyéticas. Las sesiones de cabeza y cuello son en horario lunes de 7:00 a.m. a 9:00 a.m. aproximadamente, cada semana. Las sesiones de sarcomas de mama, se imparten los martes de 7:00 a.m. a 9:00 a.m. aproximadamente, cada semana. Finalmente, las sesiones de trasplante de células madre hematopoyéticas se llevan a cabo 2 veces al mes, los miércoles de 8:00 a.m. a 9:00 a.m. aproximadamente. La cantidad de sesiones a las que asistió la practicante fueron 60 en total, y su duración era aproximadamente de 2 horas. El papel de la practicante era de observadora no participante, debido a que las sesiones consistían en que los profesionales en psicología, psiquiatría, nutrición y otros escuchan a los médicos oncólogos hablar sobre cada caso y su plan de tratamiento.

Específicamente, en las sesiones de mama y las de cabeza y cuello, se repasaban los casos de pacientes de una lista, en donde su objetivo era discutir los planes de tratamiento para cada paciente. Estos planes se elaboran considerando dudas de los médicos, historial clínico, imágenes médicas, las redes de apoyo del paciente y el criterio médico e interdisciplinario de los profesionales. A estas sesiones asisten profesionales de distintos tipos de especialidades médicas como oncólogos, psico-oncólogos, trabajo social, paliativos, cirujanos, radiólogos y otros.

En las sesiones para trasplante de células madre hematopoyéticas, se presentó el caso de cada paciente internado y se repasó su evolución física del proceso de trasplante en la unidad de trasplante del Hospital México. La Doctora Tello repasó sintomatología, datos de laboratorio, estado psicológico y relaciones sociales del paciente. Los otros profesionales que se unen son la Doctora Rebolledo de Psico oncología, trabajo social, enfermería y nutrición. Dependiendo de las necesidades que se detecten en los pacientes, se coordina con el respectivo profesional del área para hacer ajustes y citas que beneficien al paciente en su proceso de trasplante. También, se repasan los candidatos al trasplante, sus características y se agendan citas de valoración de las distintas disciplinas para analizar la posibilidad de que sean aceptados para el trasplante. La persona profesional en psico oncología, en este caso la Doctora Rebolledo, analizó los aspectos cognitivos, conductuales y emocionales del paciente y brindó recomendaciones, y si el paciente es nuevo se realiza la respectiva referencia, debido a que es parte de los protocolos en incluir citas de psico oncología a pacientes oncológicos.

La practicante era observadora, por lo que realizó anotaciones de los casos que se presentaban y se tomaba nota sobre una variedad de aspectos relacionados a estos casos. Por ejemplo, la lectura y análisis de resonancias magnéticas, sobre distintos planes de quimioterapia, radioterapia, cirugías, radiocirugía, y otras terapias. A su vez, se aprendió sobre las clasificaciones sobre los estadios, características y progresiones del cáncer en las diferentes partes del cuerpo.

Específicamente, sobre las sesiones del trasplante de células madre hematopoyéticas (TCMH), se tuvo un aprendizaje mayor de las valoraciones médicas que se deben hacer a los pacientes, las patologías que surgen en las enfermedades hemato-oncológicas, los síntomas físicos y condiciones que pueden surgir durante el internamiento del trasplante, los criterios de inclusión y exclusión para dicho trasplante, y las reacciones psicológicas que existen en el internamiento. En las sesiones, la participante tenía un papel de observadora participante, quien comunicaba su

progreso con cada paciente de TCMH, se abordaron aspectos psicológicos importantes y se coordinó con la oncóloga, trabajadora social, nutricionista, y psico-oncóloga si se detecta alguna necesidad en las sesiones. Por ejemplo, si había alguna necesidad socioeconómica, aparentemente, sin resolver, era comunicada a la trabajadora social. Si se consideraba que se necesitaba algún fármaco para que el paciente pudiera manejar sus síntomas de ansiedad o depresión, entonces se le expresaba al psiquiatra del equipo de TCMH.

Como parte del aprendizaje y observación de estas experiencias, se tomó conciencia de la importancia y la utilidad de los equipos multidisciplinarios en la atención de pacientes oncológicos, en donde dicho abordaje permite una atención integral de la persona. El Hospital México y sus profesionales están comprometidos (as) con brindar una atención física, psicológica y social a cada paciente, lo cual se sabe y es conocido por la comunidad médico-científica.

Aprendizajes personales y profesionales

Esta experiencia de acompañamiento a la Doctora Rebolledo fue sumamente enriquecedora para el aprendizaje de la sustentante por múltiples motivos. Es la experiencia en donde más se pudo conocer sobre la realidad de los pacientes y de sus familiares cuando hay una enfermedad oncológica presente. Se adquirió mayor conocimiento sobre distintas enfermedades oncológicas, por ejemplo, cáncer de mama, estómago, pulmón, colón, leucemia, mieloma múltiple, linfoma, entre otros. Además, se conoció mucho sobre los tratamientos y procedimientos que se realizan para las distintas enfermedades, por ejemplo, las colonoscopías, el aspirado de médula, tumorectomías, entre otros.

Se desarrollaron capacidades clínicas sobre el abordaje psico-oncológico como las evaluaciones psicológicas, técnicas de entrevista, la escucha activa y la identificación, validación y contención emocional. Además, se aprendieron técnicas de la reestructuración cognitiva, como la identificación del pensamiento, el debate socrático, y la generación de pensamientos alternos. Por otra parte, se adquirió conocimiento sobre cómo llevar a cabo la psicoeducación con estos pacientes sobre sus enfermedades y tratamientos, así como también guiar de la respiración diafragmática y el entrenamiento tanto en habilidades sociales, como de solución de problemas. Este aprendizaje se adquirió con el aporte académico de Manuel Solano.

Igualmente, se tuvo formación en la redacción de notas del Expediente Digital Único en Salud (EDUS), llevada a cabo por la Doctora Rebolledo también. En dichas notas se logró aprender a sintetizar los datos de las sesiones con los pacientes, incluyendo tanto la objetividad médica, como también el discurso subjetivo del paciente. Se considera importante rescatar del aprendizaje obtenido que el abordaje psicológico con cada paciente es distinto, esto porque se debe adaptar a la edad, el grado académico, su contexto socioeconómico y, además, tomar en consideración si presentara algún trastorno mental o discapacidad que dificulte la comunicación.

En adición, es posible afirmar que hubo un aprendizaje valioso sobre cómo se realiza el trabajo interdisciplinario en un hospital de la C.C.S.S. Inicialmente se tenía un punto de vista reducido, en donde las distintas disciplinas no se relacionaban tanto entre sí, sin embargo, se observó que los oncólogos coordinan con todas las demás áreas tales como trabajo social, nutrición, psiquiatría, dermatología, cardiología, geriatría, entre otras. Por ejemplo, en el caso del TCMH, la oncóloga no puede proceder sin la aprobación de otros especialistas, como dermatólogo, cardiólogo, gastroenterólogo, u otros.

Alcances y Limitaciones

Como principales fortalezas encontradas en la realización de la presente práctica dirigida se encuentra la posibilidad de insertarse en el Hospital México con el Servicio de Medicina Paliativa y Psicooncología. Por primera vez en el país, se realiza un protocolo de intervención psico-oncológica de pacientes hemato-oncológicos que reciben su trasplante de células madre hematopoyéticas (TCMH). Fueron adquiridas por parte de la Doctora Rebolledo y los profesores del equipo asesor habilidades y capacidades a la hora de trabajar el abordaje psicológico clínico y psico-oncológico en esta población de pacientes. Asimismo, se le pudo dar continuidad a la labor realizada por Brenes (2019), Valerio (2017) y Zeledón (2016) y dejar el presente proyecto como un punto de apertura y referencia para otras y otros estudiantes que tengan la disposición de trabajar con población de trasplante de células madre hematopoyéticas en el país.

Se demostró, por primera vez en la historia de prácticas dirigidas, que la Caja Costarricense Social puede adaptarse para dar tratamiento psico-oncológico de manera virtual, debido a la pandemia de la enfermedad del COVID 19. Ya que durante la realización de la presente práctica se pudo mejorar habilidades de atención psicológica virtual que incluyen entrevistas

semiestructuradas, administración de instrumentos psicométricos, e intervención psicológica. En la intervención se destaca la práctica de técnicas de reestructuración cognitiva como el dialogo socrático, el entrenamiento en comunicación asertiva (bola de nieve, hacer preguntas, disco rayado, entre otros), la práctica de una adecuada intervención en crisis, y el entrenamiento en la respiración diafragmática, todas adaptadas a la virtualidad. Se destaca que sí es posible la tele psicología con estos pacientes e inclusive es más seguro cuando se encuentran en su aislamiento hospitalario. En las sesiones médicas de otras especialidades también se aprendió cómo se labora de manera interdisciplinaria en un hospital y sobre los tratamientos a los que someten otros pacientes oncológicos que también son abordados por la psicooncología.

Se aprendió sobre el lenguaje técnico, los aspectos médicos y la sintomatología psicológica en los pacientes hemato-oncológicos en el proceso del trasplante. Esto fue posible al acompañar a la Doctora Rebolledo en sus consultas como también de las sesiones del equipo de trasplante y en las sesiones individuales con los pacientes. Se añade que, fue clave el aprendizaje de cómo comunicarse de una manera más eficaz y ética según la psico-oncología y psicología clínica para que los pacientes tuvieran un mejor entendimiento sobre su enfermedad y tratamiento, así como de las técnicas en la fase de intervención psicológica.

De igual forma, se considera que el alcance principal consistió en la realización de la terapia psicológica cognitivo conductual individual de manera semanal, lo que permitió que se pudiera dar una atención más completa con un seguimiento prolongado al mismo tiempo que los pacientes estaban hospitalizados. Algunos pacientes no se sometían a un solo trasplante, sino a tres, por lo que la cantidad de sesiones eran mayores (aproximadamente 8). En la mayoría de las prácticas dirigidas, usualmente, no se tiene esa posibilidad, por lo que se considera un avance importante. De igual forma, se pudo realizar una adaptación de protocolo de atención psicológica para los mismos pacientes hemato-oncológicos en el proceso de trasplante, esto con el fin de especificar la atención psicológica y aportar herramientas y conocimientos directamente al departamento.

Entre las limitaciones encontradas cabe mencionar la crisis sanitaria del COVID 19 que causó que no se pudiera atender ni realizar la consulta de manera presencial en el Hospital México. Esto causó que no se pudiera rotar la asistencia con los doctores, psico-oncólogos, y otros profesionales como se ha podido en otras prácticas profesionalizantes.

También, como se comentó en los resultados, se tiene una impresión de que los datos quizá fueron alterados por parte de los pacientes, pues se indicaron mejoras muy grandes en su estado psicológico, muy probablemente debido a una mejora significativa en los síntomas físicos después de su proceso de trasplante de células madre hematopoyéticas. Esto es, porque los efectos secundarios de la quimioterapia iban bajando de intensidad cuando se le aplicó la prueba de post test. Por ende, se recomienda en el futuro, intentar hacer una separación más marcada entre el bienestar físico y mental al aplicar los instrumentos y también se considera mejor que los instrumentos se les envíen a los participantes antes y después de cada sesión. Sin embargo, también se considera que no se puede hacer dicha separación del todo, pues el bienestar mental está estrechamente relacionado con el bienestar físico, lo cual se ve reflejado en las emociones, cogniciones y conductas del paciente.

El aprendizaje constante por medio de la capacitación con el equipo asesor y la investigación bibliográfica permitió un buen desempeño en el proceso. Aunque, se considera que el programa de estudios de psicología de la UCR debe tener cursos y capacitaciones en el área de la psicooncología, ya que hay una gran incidencia del cáncer en la población y el impacto psicológico que tiene en los pacientes y sus familias es considerable.

Discusión

El presente trabajo de intervención individual con pacientes de trasplante de células madre hematopoyéticas, fue el primer acercamiento a esta población específica de manera individual con un seguimiento semanal. Además, es la primera práctica dirigida que se lleva a cabo en conjunto con el equipo de Psicooncología del Hospital México y que se realiza de forma virtual.

Dicho lo anterior, un hallazgo importante de este trabajo pionero, es que el modelo cognitivo-conductual tiene efectos significativos en disminuir los síntomas de ansiedad, depresión y distrés. Se mostraron diferencias entre el pre y post tratamiento de ambas pruebas psicométricas, comentado en el apartado de resultados.

Como se ha comentado anteriormente el trabajo virtual fue un reto por el hecho de adaptar las técnicas de las intervenciones clínicas y sus materiales, a una modalidad virtual. Este reto es difícil de enfrentar, debido a que la relación terapéutica con los pacientes es más complicado de establecer y mantener por medio de una llamada telefónica. Sin embargo, la pandemia

principalmente enseñó cómo se pueden adaptar las intervenciones virtuales para que puedan ser más efectivas y seguras para los pacientes. Además del aprendizaje durante la realización la práctica, este trabajo se basó principalmente en la investigación de Sousa, Mohandas y Javed (2020) que arrojó hallazgos interesantes, pero también retos sobre la tele psicología. De igual forma, los autores en su trabajo recomiendan cómo brindar una tele psicología más efectiva.

La otra fuente principal que se utilizó como guía para la práctica virtual fue los lineamientos publicados del Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica (2020), comentados anteriormente, los cuales sirvieron como base teórica fundamental para entender cómo dirigir la práctica bajo la tele psicología basado en la ética, la confidencialidad y la verificación. En la presente práctica dirigida se considera que se pudo establecer una relación terapéutica exitosa con todos los pacientes del programa de TCMH, basado en la escucha empática, la dedicación y el compromiso ético con la persona. Asimismo, se pudo mantener el interés y compromiso de los pacientes por medio de tareas para la semana siguiente, el reforzamiento de la relación terapéutica y el constante entendimiento de la importancia de la terapia para un buen progreso emocional durante su trasplante.

Por esta misma importancia de la relación terapéutica, es que la empatía se hace muy importante, debido a que las enfermedades hemato-oncológicas forman parte de las enfermedades más mortales en el país, indicado por el Ministerio de Salud de Costa Rica (2015). Por ejemplo, las leucemias cobran 116 vidas en un año en hombres y 89 en mujeres. Los linfomas, en promedio, 105 en hombres y 76 en mujeres. Es importante destacar que, durante el transcurso de la realización la presente práctica dirigida, hubo candidatos sur que fallecieron. Esto se dio debido a diversas razones como a causa de la enfermedad del COVID 19, infartos, infecciones, mucositis y otras circunstancias. A su vez, hubo pacientes de la sustentante propiamente internados en el hospital que fallecieron debido a complicaciones del procedimiento, por ejemplo, infección por una bacteria, shocks sépticos, y accidentes cardiovasculares. Esto demuestra lo delicado que es tratar a estos pacientes antes, durante y después de sus procedimientos, sobre todo por los riesgos a los que se enfrentan. Por esto anterior, el profesional en psico-oncología debe tener en cuenta que después de varias sesiones de terapia psicológica, existe la posibilidad de que el paciente fallezca y se debe tener la flexibilidad cognitiva para afrontar este hecho. También por ello, es importante resaltar que la atención psicológica con estos pacientes debe ser sumamente empática, humana y

profesional, teniendo siempre como objetivo principal, que la persona pueda tener la mejor calidad de vida posible en su periodo de hospitalización.

Se evidenció en los pacientes hemato-oncológicos, tanto candidatos como pacientes internados del TCMH dentro del Hospital México, la predominancia de sintomatología de ansiedad, depresión, el trastorno mixto y síntomas del trastorno de estrés postraumático, según el DSM V y el CIE 10. Por ello fue importante la evaluación psicológica previa sobre trastorno mental presente en los candidatos, debido a que se agravan con el transcurso del tratamiento. Esto sucede gracias a la estancia hospitalaria prolongada y sus efectos secundarios, lo cual coincide con lo que indican los autores Reynoso y Becerra (2014), quienes señalan que el diagnóstico más frecuente en pacientes hematológicos es la ansiedad. Los efectos secundarios como el dolor, las náuseas, el vómito e infecciones suelen ser las que contribuyen más a que presenten alguna sintomatología psicológica. Tanto el Instituto Nacional de Cáncer (2019) como Reynoso y Becerra (2014) coinciden en que el trastorno adaptativo es uno de los trastornos más comunes en la población oncológica. Esto se pudo confirmar por las reacciones psicológicas que se observaron en los pacientes atendidos.

Algunas de las sintomatologías mentales destacables de dichos pacientes fueron el retraimiento social, poca comunicación con equipo médico y familiares, no tomar sus medicamentos, llanto, solicitar retirarse del internamiento, poca comunicación asertiva con el equipo médico y crisis de ansiedad. Además, presentan síntomas depresivos como la desesperanza, sentimiento de inutilidad, retraimiento, y pensamientos catastróficos relacionados a la presencia de efectos secundarios, y la hospitalización prolongada, como también indican Ríos-Quezada y Cruzat-Mandich (2015). Los autores Macmillan, Suleman y Hodgekiss (2018) coinciden con los hallazgos de la práctica al comentar que al menos 10% de pacientes oncológicos reportaban ansiedad en algún momento, 15% depresión mayor y 20% depresión menor. Los pacientes no tuvieron depresión significativa como tal, ya que pudo verse influenciado porque el cáncer estaba en remisión. Con esto, los pacientes expresaban mucha esperanza en su sanación. La sintomatología de los pacientes durante la atención fue predominantemente ansiosa, lo cual con el Instituto Nacional de Cancer (2020) quienes indicaron que los síntomas ansiosos en pacientes oncológicos se suelen manifestar en un considerable 44%. También fueron muy frecuentes las

crisis psicológicas que requirieron atención en crisis de inmediato, lo cual en este caso se pudo atender gracias a la telepsicología.

Lo anterior resalta la importancia de que esta población hemato-oncológica reciba atención psicológica de manera semanal, como bien se pudo realizar en la presente práctica por la sustentante, ya que se observa la necesidad de darles un seguimiento más frecuente por las reacciones de crisis que suelen surgir en el internamiento. Esto también fue recomendado notablemente por Reynoso y Becerra (2014). Con estos pacientes es imprescindible tener flexibilidad, empatía y dedicación; partiendo que es un procedimiento en donde en varios momentos se les dificulta comunicarse en sesiones o no atender, por el sufrimiento de los efectos secundarios físicos del tratamiento. Esto coincide con los hallazgos de Ayala (2021) en su atención psicológica a pacientes hemato-oncológicos en el Centro Nacional de Control del Dolor de Costa Rica, Macmillan, Suleman y Hodgekiss (2018), y Ríos-Quezada y Cruzat-Mandich (2015). Para que estas labores se puedan llevar a cabo, es necesario que los profesionales en psicología tengan la formación adecuada en psico-oncología. Se considera que en este momento en Costa Rica son muy pocos los profesionales que están adecuadamente capacitados en dicha área y no existe la cantidad suficiente atender específicamente a la población que se realiza el trasplante de células madre hematopoyéticas.

Dicho lo esto, el trabajo que realiza la psicooncología con pacientes de trasplante de células madre hematopoyéticas requiere adaptarse a las distintas fases del trasplante y las posibles reacciones físicas y psicológicas que puedan surgir. A pesar de que en algunos estudios se estima una cantidad fija de sesiones de psicología, estos pacientes usualmente requieren más tiempo de internamiento debido a que algunos se hacen más de un trasplante, siempre y cuando, cuando los médicos lo consideren necesario. Si se hacen tres trasplantes, los pacientes están internados aproximadamente tres meses, algunas veces de manera seguida, y en otras ocasiones con periodos de descanso de unos días en casa. Esto quiere decir, que si hubo mayor tiempo de hospitalización, hubo mayor número de sesiones de psicología.

La hospitalización prolongada es una de las preocupaciones más comentadas por los autores y por los pacientes, a esto lo califican como una de las experiencias más retadoras porque implica estar alejados de sus redes de apoyo. Un psico-oncólogo que trabaje con estas personas debe tener flexibilidad y persistencia en el seguimiento terapéutico a pesar de los cambios que

surjan en el proceso de cada paciente. Se observa que la terapia cognitivo conductual es muy adecuada para estos procesos extensos y tal argumento es sustentado por Ayala (2021) en su investigación.

Durante la terapia es vital trabajar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida durante el internamiento, ya que es usual que las personas presenten mucho malestar psicológico al estar encerrados por tiempos extendidos sin sus familiares y quieran retirarse del proceso. Retirarse del trasplante implica quedarse sin la oportunidad de seguir su tratamiento, y, por ende, el cáncer progrese.

Conclusiones

El cáncer es una enfermedad que cada vez afecta a más personas en el mundo y en Costa Rica. Dentro del sistema de salud costarricense existen vacíos que impiden contar con profesionales en psico-oncología capacitados para dar la atención psicológica específica para los pacientes oncológicos, y especialmente a los que pasan por el trasplante de células madre hematopoyéticas. Esto evidencia la necesidad de brindar este servicio por la alta demanda de pacientes en esta población oncológica. Se pudo evidenciar una reducción significativa de los valores de ansiedad, depresión y distrés con el modelo y la terapia cognitivo-conductual virtual con los pacientes oncológicos en el proceso del trasplante de células madre hematopoyéticas en el Hospital México.

Se comprueba que el distrés emocional se presenta en los pacientes oncológicos, y es presente tanto en candidatos al trasplante de células madre hematopoyéticas (TCMH) como también cuando ya los pacientes son internados para el procedimiento. Por ende, es importante que se porten capacidades para detectar, documentar e intervenir el distrés de la forma más efectiva para facilitar un adecuado afrontamiento de los pacientes oncológicos y de TCMH ante sus procedimientos médicos. Existe con frecuencia un impacto psicológico negativo tanto antes, durante y después del proceso del trasplante hospitalario.

Primeramente, en el momento del diagnóstico hemato-oncológico se presentan sensaciones como el miedo, la tristeza, y la sorpresa ante la incertidumbre de su pronóstico y el tratamiento. Luego, en el proceso como candidato o candidata, los pacientes expresan la presencia de frustración y ansiedad ante la espera de conocer los resultados de sus exámenes para ver si van a

ser aprobados o no para el trasplante. Durante el internamiento del trasplante, como se comentó en apartados anteriores, se vive temor y ansiedad ante la posibilidad de vivir efectos secundarios nocivos en el trasplante. Y finalmente, hay emociones en el proceso de recuperación, mayoritariamente la felicidad y el alivio, pero también el miedo de que retorne la enfermedad, así como frustración e irritabilidad por la persistencia de malestares físicos del procedimiento, por ejemplo, erupciones en la piel, náuseas, somnolencia y vómitos.

Por lo anterior, fue sumamente importante las intervenciones frecuentes en donde en cada una era imprescindible tener habilidades de intervención en crisis, como la escucha empática, la validación y la contención emocional. Con ello, se evidencia que las técnicas cognitivo-conductuales son efectivas para brindarle una atención integral a estos pacientes para cualquier etapa en que se presenten.

La intervención en crisis fue fundamental para cuando los y las pacientes presentaban cuadros de sintomatología física desagradable por el trasplante (náuseas, vómitos), o, si se encontraban en un estado emocional desregulado (llanto, miedo, ataque de ansiedad). La identificación emocional guiaba el reconocimiento de las cogniciones y conductas; abriendo paso para otras técnicas.

La reestructuración cognitiva les era útil para modificar los pensamientos disfuncionales que surgían en diferentes momentos, que estaban obstaculizando por ejemplo su estilo de afrontamiento, su adherencia al tratamiento, su forma de comunicarse, la manera en que autorregula sus emociones, entre otros.

También, el entrenamiento en habilidades sociales facilitó que los pacientes se pudieran comunicar mejor con el personal médico y sus familiares sobre su enfermedad y sus necesidades.

Y finalmente, la técnica de la respiración diafragmática se comenta por parte de los pacientes, como algo muy necesario y útil para manejar la sintomatología física del procedimiento médico (náuseas, vómitos y dolor), así como la inestabilidad emocional (llanto, miedo, ansiedad), cognitiva (pensamientos irracionales) y conductual (no hacerse enjuagues, no bañarse) durante su internamiento prolongado.

En especial, informar al paciente sobre su enfermedad y sobre el trasplante de células madre hematopoyéticas, fue imprescindible debido a los vacíos de información que presentaban

los pacientes y sus cuidadores con respecto al trasplante de células madre hematopoyéticas (TCMH), aún después de tener citas con sus médicos. La psicoeducación en este caso fue planificada tomando esto en cuenta, con la mayor información posible, y, de una manera que los pacientes pudieran comprender con más facilidad.

La técnica de respiración diafragmática se coloca por los pacientes como la más utilizada para bajar niveles de distrés y ansiedad durante el internamiento, así como la reestructuración cognitiva, para afrontar su proceso con pensamientos alternos a los pensamientos irracionales que presentaban en todas las etapas del proceso.

El instrumento del Termómetro del Distrés se destaca como un instrumento útil y rápido para detectar el distrés emocional en pacientes oncológicos, por lo que se recomienda a los profesionales en psicooncología utilizarlo para guiar sus intervenciones. Es muy práctico y los pacientes fueron colaboradores y se interesaron en las preguntas que se les hacía.

El HADS (Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria) es un instrumento que aporta mucha información también, sobre los síntomas de ansiedad, depresión, y variables socioeconómicas de los pacientes. Esto es importante, porque los pacientes no solo se preocupan por su enfermedad, sino también por sus dificultades socioeconómicas y de su familia. Al tener esta información, se pueden trabajar dichos temas en terapia individual. Las pruebas psicométricas son importantes porque en algunos momentos la sintomatología psicológica suele ser más difíciles de detectar; por lo que no se tratan; como también informa Macmillan, Suleman y Hodgekiss (2018).

Es de destacar, que la mayoría de las pacientes estaban pasando por dificultades socioeconómicas agravantes para el bienestar psicológico integral de los mismos y de sus familiares. Esto se atiende por parte del servicio de trabajo social dentro del equipo del TCMH en el Hospital México, sin embargo, se observa aspectos a mejorar para que los pacientes puedan recibir la ayuda socioeconómica del IMAS de una manera más expedita y eficaz para que no sea un factor de distrés adicional en el proceso del TCMH.

Se considera que se lograron cumplir los objetivos estipulados anteriormente, y se logró un aprendizaje único sobre la población de pacientes de TCMH y la atención psicológica adaptada para los mismos. Fue una experiencia sumamente enriquecedora y se pudo incidir positivamente

en los pacientes y sus familiares para afrontar el proceso de enfermedad y tratamiento. Se considera que estos son logros muy significativos, tomando en cuenta la pandemia del COVID 19, ya que varias prácticas de graduación fueron pausadas o negadas en Costa Rica por ese motivo.

Además, el trabajo virtual es un reto que se pudo superar, debido a que está comprobado que es también agotador para el equipo tratante, y se conoce de la existencia de mayor sobrecarga de trabajo, por estar trabajando virtualmente. Se agrega que, a pesar de no poder asistir presencialmente a atender a los pacientes en persona por parte de la sustentante, aún se pudo hacer excelente comunicación y rapport con cada paciente. Además, las intervenciones se realizaban con la mínima cantidad de problemas. Hay beneficios de la atención virtual, como intervenciones más largas, oportunidad de intervenir con familiares también, así como mayor flexibilidad de tiempo y ubicación de los pacientes para recibir la sesión de intervención.

El cáncer es una enfermedad que cambia las vidas de las personas, con periodos y picos de inestabilidad tanto física, psicológica y social, que definitivamente requiere apoyo profesional dedicado y disponible. El hecho de brindar esa fuente de atención psicológica para esta población específica trae muchísima satisfacción, y además fue una formación que es única y pionera en el país de Costa Rica, por la población hemato oncológica con que se trabajó. Se agradece a todo el equipo asesor por esta oportunidad inigualable.

Recomendaciones

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

- Brindar cursos de formación a las y los estudiantes de psicología en psico-oncología, ya que se considera un área fundamental y cada vez más necesitada en los servicios de salud de Costa Rica. Con ello también brindar formación en lenguaje médico y en el sistema de diagnóstico CIE-10 para que se pueda adaptar mejor a equipos de trabajo interdisciplinarios del área de la salud.
- Continuar la promoción de las prácticas dirigidas en contextos hospitalarios y hacer más vínculos con instituciones de la CCSS para que estudiantes puedan tener una formación con excelentes profesionales del país bajo el modelo de psicología basada en la evidencia.

- Proporcionar mayor capacitación a las y los estudiantes en los cursos de investigación, en el uso y el análisis estadístico de instrumentos psicométricos, y fomentar que se utilicen más en trabajos finales de graduación.
- Incluir formación en la modalidad de tele- psicología en cursos de como Salud, Clínica Cognitiva-Conductual, y otros módulos optativos que requieran realizar práctica.

B) Al Departamento de Hemato-Oncología del Hospital México:

- Utilizar los resultados y hallazgos de la presente práctica dirigida para agregarlos a la atención psico-oncológica integral al paciente que pasa por el proceso del TCMH para ajustar dichas intervenciones a las necesidades que se observaron de los pacientes.
- Procurar buscar recursos para que más profesionales en psico-oncología se puedan insertar en este programa para que los pacientes puedan recibir una atención psicológica más seguida durante su internamiento.
- Desarrollar espacios grupales para pacientes que van a someterse al TCMH, con el fin de beneficiar a los candidatos a trasplante con psicoeducación sobre el trasplante, así como dar una oportunidad para dar validación y contención emocional como psicoprofilaxis pre-TCMH. Esto también ahorraría tiempo y recursos para psicooncología, ya que la explicación se realiza con cada candidato por el momento.
- Utilizar pruebas psicométricas para medir variables de distrés, ansiedad y depresión que pueden ser útiles en las evaluaciones pre-TCMH, en donde las que se recomiendan son el Termómetro de Distrés y el HADS.
- Utilizar la consulta virtual para dar seguimiento a los pacientes internados de TCMH de una manera más rápida y efectiva, con ello se puede reforzar el autocuidado y la adherencia al tratamiento.
- Desarrollar actividades de manejo del estrés y prevención del burnout para los profesionales del Departamento de Psicooncología del Hospital México, ya que se observan con sobrecarga laboral.

Al Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica:

- Brindar mayor prioridad a la formación de profesionales en Psicooncología en las universidades nacionales y privadas, así como cursos, seminarios y demás espacios de formación para poder seguir con la actualización y estudio del área.
- Proporcionar espacios para fortalecer la psicología en línea, con el fin de poder adaptarse a esta modalidad de forma segura y eficiente, para pacientes que prefieren dicha modalidad o para situaciones extraordinarias como la pandemia del COVID 19.
- Generar más espacios de información para la población en general sobre la importancia de la salud mental en una enfermedad oncológica y sobre qué pueden hacer para mejorar la salud mental del paciente y la de sus familiares. Asimismo, brindar información sobre la psico-oncología y su importancia para el paciente oncológico.
- **A los futuros estudiantes de psicología que se inserten en una práctica dirigida en con pacientes pasando por el TCMH:**
- La psicooncología se debe ejercer con mucha empatía, respeto y empeño, se recomienda que se establezca un buen rapport para el éxito de sus intervenciones.
- Investigar sobre los mejores protocolos que se han realizado para los pacientes hemato oncológicos en proceso del trasplante de células madre hematopoyéticas (TCMH) para actualizarse en aspectos importantes a tratar en terapia.
- Llevar a cabo una intervención individual con un seguimiento semanal a los pacientes durante su internamiento del TCMH, debido a la importancia de que sean monitoreados y acompañados por la frecuencia de sus cuadros de crisis emocionales y malestar psicológico en general.
- Resaltar la psicoeducación en sus intervenciones, por la falta de información que los pacientes y sus familias presentan a la hora de las evaluaciones.
- Utilizar un modelo cognitivo-conductual en sus intervenciones con esta población oncológica, debido a que es moldeable para las necesidades de los y las pacientes; de la modalidad virtual, así como del ámbito hospitalario.

Referencias

Alexopoulos, G.S. Mechanisms and treatment of late-life depression. *Transl Psychiatry*, 9, 188 (2019). <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0514-6>

American Psychological Association. (2020). Specialties and Proficiencies: Clinical Psychology. Recuperado por: <https://www.apa.org/ed/graduate/specialize/clinical>

American Psychological Association (2020). *Anxiety*. Recuperado de: <https://www.apa.org/topics/anxiety/>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Amonoo, H., Kurukulasuriya, C., Chilson, K., Onstad, L., Huffman, J., Lee, S. (2020). Improving quality of life in hematopoietic stem cell transplant survivors through a positive psychology intervention. *Biology of Blood and Marrow Transplantation*, 1-27.

Arredondo, G. (2021). *Decir adiós, abrazar la vida. Hacia una educación para la muerte*. Universidad de Antioquia.

Ayala, D. (2021). Inserción profesional en atención a pacientes con enfermedades crónicas o terminales en el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos de la Caja Costarricense de Seguro Social. (*Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología*). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

Bados, A. & Eugeni, G. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Facultad de Psicología: Universidad de Barcelona.

Brenes, F. (2019). *Atención psico-oncológica mediante técnicas cognitivo-conductuales para el manejo del distrés en pacientes con cáncer de próstata que son atendidos en el Departamento de Hemato-Oncología del Área de Psico-Oncología del Hospital México en San José, Costa Rica*. (*Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología*). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

- Caja Costarricense de Seguro Social (2018a). Hospital México. Retirado de: <http://www.ccss.sa.cr/hospitales?v=18>
- Castellanos, M.T., Guarnizo, C.A., Salamanca, Y., (2011). Relación entre niveles de ansiedad y estrategias de afrontamiento en practicantes de psicología de una universidad colombiana. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 50-57.
- Castillo, X. (2017). Alegría, color y sentimiento llenaron al Hospital Nacional de Niños en sus 39 años de realizar trasplantes. Blog. Caja Costarricense de Seguro Social de Costa Rica. Recuperado de: <https://www.ccss.sa.cr/noticia?alegria,-color-y-sentimiento-llenaron-al-hospital-nacional-de-ninos-en-sus-39-anos-de-r>.
- Castillo, X. (2018). *Trasplante de médula ósea salvó la vida de 79 pacientes en el 2017*. Blog. Caja Costarricense de Seguro Social de Costa Rica. Recuperado de: <https://www.ccss.sa.cr/noticia?trasplante-de-medula-osea-salvo-la-vida-de-79-pacientes-en-el-2017>.
- Caves, M. (2019). *Caregiver Distress and Burden and Patient Distress Across the Outpatient PeriAllogenic Bone Marrow Transplantation Period*. (Dissertation for a Doctorate in Philosophy). University of Maryland: Baltimore.
- Chen, Y., Huang, X., Chien, C., Cheng, J. (2016). The Effectiveness of Diaphragmatic Breathing Relaxation Training for Reducing Anxiety. *Perspectives in Psychiatric Care*, 53(4), 1-8.
- Clack, S., & Ward, T. (2019). The Classification and Explanation of Depression. *Behavior Change*, 36(1), p.41-55.
- Corrales, P., Quijano, L., Nayely, K., Góngora, E. (2017). EMPATÍA, COMUNICACIÓN ASERTIVA Y SEGUIMIENTO DE NORMAS. UN PROGRAMA PARA DESARROLLAR HABILIDADES PARA LA VIDA. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(1), 58-65. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29251161005>.

- Cutillo, A., O'Hea, E., Person, S., Lessard, D., Harralson, T., & Boudreaux, E. (2017). The Distress Thermometer: Cutoff Points and Clinical Use. *Oncology nursing forum*, 44(3), 329–336. <https://doi.org/10.1188/17.ONF.329-336>.
- Damon, L.& Andreadis, C. (2017). Capítulo 13: Trastornos de la Sangre. En: M. Papadakis, S.McPhee, M. Rabow (Eds.). *Diagnóstico clínico y tratamiento*. New York: McGraw-Hill.
- De Sousa, A., Mohandas, E., Javed, A. Psychological interventions during COVID-19: Challenges for low and middle income countries. *Asian Journal of Psychology*, 51, <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102128>.
- Delgado, A.C. (2018). Neurociencia y Psicología. *Tempus Psicológico* 1(2), 127-144.
doi: 10.30554/tempuspsi.1.2.2150.2018
- Fernández-Álvarez, Héctor y Fernández-Álvarez, Javier . (2017) Terapia cognitivo conductual integrativa. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22 (2), 157-169.
- Fredenburg, H. A., & Silverman, M. J. (2014). Effects of cognitive-behavioral music therapy on fatigue in patients in a blood and marrow transplantation unit: A mixed-method pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 41(5), 433–444. doi:10.1016/j.aip.2014.09.002.
- Fernández-Álvarez, Héctor y Fernández-Álvarez, Javier . (2017) Terapia cognitivo conductual integrativa. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22 (2), 157-169.
- Galindo-Vázquez, et. al. (2013). Efectos de la terapia cognitivo conductual en el paciente oncológico: una revisión. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 12(2),108-115.
- Gallardo, R. (2017). *Inserción profesional desde la psicología clínica, en el departamento de cuidados paliativos del Hospital San Juan de Dios*. (Práctica dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Psicología). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- García, R. (2018). Post-transplant Psychosocial and Mental Health Care of Hematopoietic Cell

Transplant Recipients. En: Y. Sher ., J. Maldonado (eds). *Psychosocial Care of End-Stage Organ Disease and Transplant Patients*. (439-450). Springer International Publishing.

Gooly, T., Chien, J., Pergam, S., Hingorani, S., Sorrow, M., Boeckh, M., ... McDonald, G. (2010). Reduced Mortality after Allogeneic Hematopoietic-Cell Transplantation. *The New England Journal of Medicine*, 363(22), 2091-2101

Hernández, R. y Gómez, A. (2017). Capítulo 1: El Cáncer. En: A. Herrera-Gómez, S. Ñamendys-Silva, A. Meneses-García (Eds). *Manual de Oncología. 6e*. New York: McGraw-Hill.

Herrera-Gómez, A., Ñamendys-Silva, S. Meneses-García, A. (2017). *Manual de Oncología*. McGraw Hill: México.

Instituto Nacional de Cáncer. (2019). Adaptación al cáncer: ansiedad y sufrimiento (PDQ®)– Versión para profesionales de salud. Recuperado de: https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/ansiedad-sufrimiento-pro-pdq#_151_toc.

Instituto Nacional de Cáncer. (2019). Médula ósea. Diccionario de cáncer. Recuperado de: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/medula-osea>

Instituto Nacional de Cáncer. (2019). Tensión postraumática relacionada con el cáncer (PDQ®)– Versión para profesionales de salud. Recuperado de: https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/supervivencia/nueva-normalidad/ptsd-pro-pdq#_96.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2019). *Costa Rica. Total de defunciones según causa básica de muerte, 2019. Datos preliminares*. Accedido de: <https://www.inec.cr/poblacion/defunciones>.

Llantá, A. Grau, J., Massip, C. (2005). La Psicología de la Salud y la lucha contra el cáncer. *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*, 467-506.

- Macmillan, A., Suleman, S., Hyde, N., & Hodgkiss, A. (2018). Depression and anxiety in patients with cancer. *BMJ*, k1415. doi:10.1136/bmj.k1415.
- Mehnert, A., Hartung, T. J., Friedrich, M., Vehling, S., Brähler, E., Härter, M., ... Faller, H. (2017). One in two cancer patients is significantly distressed: Prevalence and indicators of distress. *Psycho-Oncology*, 27(1), 75–82. doi:10.1002/pon.4464.
- Meichenbaum, D. H., & Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology*, 77(2), 115–126. <https://doi.org/10.1037/h0030773>.
- Méndez-Meneses, K. Rebolledo, M.L., Díaz, S., Rodríguez, S., Acosta B., Mantilla-Maya, B., González-Rodríguez, E., Rivera-Fong, L. (2019). Validación de la Escala de Ansiedad Preoperatoria y de Información Ámsterdam (APAIS) en mujeres latinoamericanas con cáncer de mama: Estudio México - Costa Rica. *Psicooncología*, 16(1), 73-88.
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2014). *Incidencia 2014 diferentes características*. Estadística de Cáncer- Registro Nacional de Tumores. Accedido de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/estadisticas-y-bases-de-datos/estadisticas/estadistica-de-cancer-registro-nacional-tumores/incidencia>.
- Montalván, G. (2015). *Plan de intervención psicológico cognitivo-conductual dirigido a padres/madres de niños/as que padecen leucemia en el área de oncopediatria del hospital oncológico Vicente Rodriguez Solga-Loja*. (Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología Clínica). Universidad Nacional de Loja, Ecuador.
- National Cancer Institute. (2019). Cancer Types. Recuperado de: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos#l>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Cancer*. Recuperado de: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
- Ordoñez, L. (2021). Efecto de un protocolo breve de activación conductual, para uso en tele

psicología durante la pandemia por COVID 19, en personas con depresión. (Trabajo presentado para optar al título de magíster en psicología clínica).

Ortiz, J. (2014). *Inserción profesional de la psicología en el ambiente hospitalario y la práctica clínica en el Servicio de Neurocirugía y la Unidad de Neuro-Oncología del Hospital México*. (Práctica dirigida para optar por el grado de licenciatura en psicología). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

Pengpid, S. & Peltzer, K. (2020). Psychological Distress and Its Associated Factors Among SchoolGoing Adolescents in Tanzania. *Psychological Studies*.
Doi:<https://doi.org/10.1007/s12646-020-00550-2>

Rebolledo, G. & Alvarado, S. (2006). Distres y cáncer. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 39(1), 52-58.

Reynoso, L. & Becerra, A. (2014). *Medicina conductual: Teoría y práctica*. México: Qartuppi.

Reynoso, L., & Seligson, I. (2005). *Psicología Clínica de la Salud. Un enfoque conductual*. México: Editorial Manual Moderno.

Rico, L., Restrepo, M., Molina, M. (2005). Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) en una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Avances Medición* 2005; 3:73-86.

Ríos-Quezada, M. & Cruzat-Mandich, C. (2015). Percepción y significados asociados a la calidad de vida en pacientes hemato-oncológicos. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 53 (4), 261-268.

Robert, V., Álvarez, C., & Valdivieso, F. (2013). PSICOONCOLOGÍA: UN MODELO DE INTERVENCIÓN Y APOYO PSICOSOCIAL. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24, 677-684.

- Rojas, G. & Ramírez, M. (2002). Investigación trasplante médula ósea. *Revista Trabajo Social*, 27(64), 27-44. Accedido de: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/64/art3.htm#Licda>.
- Sarkar, S., Scherwath, A., Schirmer, L. *et al* (2014). Fear of recurrence and its impact on quality of life in patients with hematological cancers in the course of allogeneic hematopoietic SCT. *Bone Marrow Transplant*, 49, 1217–1222. <https://doi.org/10.1038/bmt.2014.139>.
- Salazar, M. (2015). *Atención Cognitivo Conductual Emocional al Paciente Oncológico que Asiste al Departamento de Psicooncología y Hemato-Oncología del Hospital México*. (Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Schulz-Kindermann, F., Hennings, U., Ramm, G., Zander, A., & Hasenbring, M. (2002). The role of biomedical and psychosocial factors for the prediction of pain and distress in patients undergoing high-dose therapy and BMT/ PBSCT. *Bone Marrow Transplant*, 29, 341–351.
- Studts, J., Mejia, M., Kilkus, J., Brothers, B. (2014). Evidence-Based Practice in Clinical Behavioral Oncology. En: C. Hunter et.al. (Eds). *Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings*. (625–672). doi:10.1007/978-0-387-09817-3_23.
- Sweet, J., Rozensky, R., Tovian, S. (2013). *Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings*. New York: Springer Science.
- Tecchio, C., Bonneto, C., Bertani, M., et.al. (2013). Predictors of anxiety and depression in hematopoietic stem cell transplant patients during protective isolation. *Psycho-Oncology*, 22(8), 1790-1797.
- Toro, L., Barragán, K., Jiménez, A. (2019). Características del enfoque Cognitivo-Conductual en pacientes con cáncer desde una perspectiva psicooncológica. (Monografía). Corporación Universitaria Minuto de Dios, Pereira - Colombia.

- Tuma, H., & Masser, J. (2018). *Anxiety and the Anxiety Disorders*. Routledge: Virginia.
- Valerio, S. (2017). *Uso de estrategias cognitivo-conductuales para la reducción de niveles de distrés en pacientes oncológicos que asisten al Servicio de Medicina Paliativa y Psicooncología del Departamento de Hemato-Oncología del Hospital México*. (Práctica dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Psicología). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Wang, Y., Duan, Z., Ma, Z. et al. (2020). Epidemiology of mental health problems among patients with cancer during COVID-19 pandemic. *Transl Psychiatry*, 10, 263. <https://doi.org/10.1038/s41398-020-00950-y>.
- Wang, YH., Li, JQ., Shi, JF. et al. (2020). Depression and anxiety in relation to cancer incidence and mortality: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Mol Psychiatry*, 25, 1487–1499 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0595-x>.
- White, L., Chonen, M., Berger, A., Kupzyk., L., Bierman, P. (2019). The Meaning of Self-efficacy for Symptom Management in the Acute Phase of Hematopoietic Stem Cell Transplantation. *Cancer Nursing*, 43 (2), 113-120.
- Worldwide Network for Blood and Marrow Transplant (2015). One million haemopoietic stem-cell transplants: a retrospective observational study. *The Lancet Haematology*, 2(3), 91-100.
- Wright, J. H., & Caudill, R. (2020). Remote Treatment Delivery in Response to the COVID-19 Pandemic. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(3), 130–132. doi:10.1159/000507376.

Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA



**ESCUELA DE PSICOLOGÍA
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Atención cognitivo-conductual para pacientes hemato-oncológicos en proceso de trasplante de células madre hematopoyéticas.

Consultante Adulto

En cumplimiento del Código de Ética y Deontológico del Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica

Nombre de la practicante en Psicología: Elizabeth Miller Campos

Nombre del participante:

- A. **PROPÓSITO DEL PROYECTO:** El proyecto realizado por la sustentante Elizabeth Miller Campos, corresponde a una práctica dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Psicología de la Universidad de Costa Rica. El propósito de la misma es brindar una atención psicosocial al paciente con cáncer hematológico que sea referido al Servicio de Medicina Paliativa y Psicooncología. Se enfocará en la disminución del malestar emocional y físico que pueda estar experimentando el paciente, para procurar mejorar su calidad de vida durante su proceso hospitalario. El proyecto durará seis meses en total.
- B. **¿QUÉ SE REALIZARÁ?:** Se le proporcionará atención psicológica durante aproximadamente una hora, una vez a la semana, hasta que se le dé de alta del trasplante de células madre hematopoyéticas. Inicialmente, se le hará una evaluación del grado de ansiedad y depresión con una prueba llamada “Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria”, y el malestar emocional con una prueba llamada “Termómetro del Distrés”. Luego la practicante realizará una intervención psicológica que aclare información acerca de su enfermedad y tratamiento, y luego paulatinamente se le enseñarán herramientas que ayuden a manejar los malestares físicos y psicológicos que pueden surgir durante el periodo de trasplante en el hospital. Finalmente, cuando se le vaya a dar de alta, se volverá a evaluar con las pruebas mencionadas.
- C. **RIESGOS:**
1. La participación en este estudio puede significar cierto riesgo o molestia para usted por ansiedad o malestar emocional que le pueda generar en el tiempo de intervención. Puede sentir sentimientos de vulnerabilidad y algunas emociones intensas durante el proceso.

2. Si sufriera algún daño como consecuencia de la intervención, la practicante realizará una referencia al profesional apropiado para que se le brinde el tratamiento necesario para su recuperación total.

- D. **BENEFICIOS:** Al participar en este proyecto, obtendrá una adquisición de herramientas y habilidades que le permitirá enfrentar de la manera más efectiva al malestar experimentado durante el proceso hospitalario y facilitará una mejor calidad de vida.
- E. Antes de dar su autorización, usted debe haber hablado con la Dra. María Luisa Rebolledo, coordinadora de Psicooncología para el programa de trasplante de células madre hematopoyéticas, y ella debió haber contestado sus dudas satisfactoriamente. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerlo llamando a Elizabeth Miller Campos al 8443-4288 en el horario de lunes a viernes de 7:00 am a 4:00 pm. Además, puede consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación al CONIS –Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud, teléfonos 2233-3594, 2223-0333 extensión 292, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201 o 2511-5839, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.
- F. Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene derecho de negarse a participar o discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de su atención médica.
- G. Su participación en este proyecto es confidencial, los resultados aparecerán en una publicación científica, pero de una forma anónima.
- H. No pierde ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

Nombre, cédula y firma del sujeto (niños mayores de 12 años y adultos) fecha

Nombre, cédula y firma de la Sustentante que solicita el consentimiento fecha

Anexo 2: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Tick the box beside the reply that is closest to how you have been feeling in the past week.
Don't take too long over you replies: your immediate is best.

D	A		D	A	
		I feel tense or 'wound up':			I feel as if I am slowed down:
3		Most of the time	3		Nearly all the time
2		A lot of the time	2		Very often
1		From time to time, occasionally	1		Sometimes
0		Not at all	0		Not at all
		I still enjoy the things I used to enjoy:			I get a sort of frightened feeling like 'butterflies' in the stomach:
0		Definitely as much	0		Not at all
1		Not quite so much	1		Occasionally
2		Only a little	2		Quite Often
3		Hardly at all	3		Very Often
		I get a sort of frightened feeling as if something awful is about to happen:			I have lost interest in my appearance:
3		Very definitely and quite badly	3		Definitely
2		Yes, but not too badly	2		I don't take as much care as I should
1		A little, but it doesn't worry me	1		I may not take quite as much care
0		Not at all	0		I take just as much care as ever
		I can laugh and see the funny side of things:			I feel restless as I have to be on the move:
0		As much as I always could	3		Very much indeed
1		Not quite so much now	2		Quite a lot
2		Definitely not so much now	1		Not very much
3		Not at all	0		Not at all
		Worrying thoughts go through my mind:			I look forward with enjoyment to things:
3		A great deal of the time	0		As much as I ever did
2		A lot of the time	1		Rather less than I used to
1		From time to time, but not too often	2		Definitely less than I used to
0		Only occasionally	3		Hardly at all
		I feel cheerful:			I get sudden feelings of panic:
3		Not at all	3		Very often indeed
2		Not often	2		Quite often
1		Sometimes	1		Not very often
0		Most of the time	0		Not at all
		I can sit at ease and feel relaxed:			I can enjoy a good book or radio or TV program:
0		Definitely	0		Often
1		Usually	1		Sometimes
2		Not Often	2		Not often
3		Not at all	3		Very seldom

Please check you have answered all the questions

Scoring:

Total score: Depression (D) _____ Anxiety (A) _____

0-7 = Normal

8-10 = Borderline abnormal (borderline case)

11-21 = Abnormal (case)

Anexo 3: Termómetro de Distrés

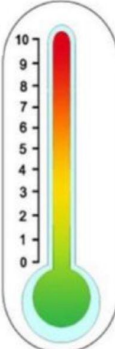
Servicio de Psico-oncología INCan

TERMÓMETRO DE MALESTAR EMOCIONAL

MALESTAR EMOCIONAL: Experiencia emocional desagradable de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual, emocional), social y/o espiritual, que interfiere con la capacidad para enfrentar el cáncer, sus síntomas físicos y/o su tratamiento.

Por favor indiquen el número del (0 al 10) que mejor describa qué tanto malestar emocional ha experimentado en la última semana, incluyendo el día de hoy.

**MALESTAR EMOCIONAL
EXTREMO**



**NINGÚN
MALESTAR EMOCIONAL**

Psico-oncología INCan

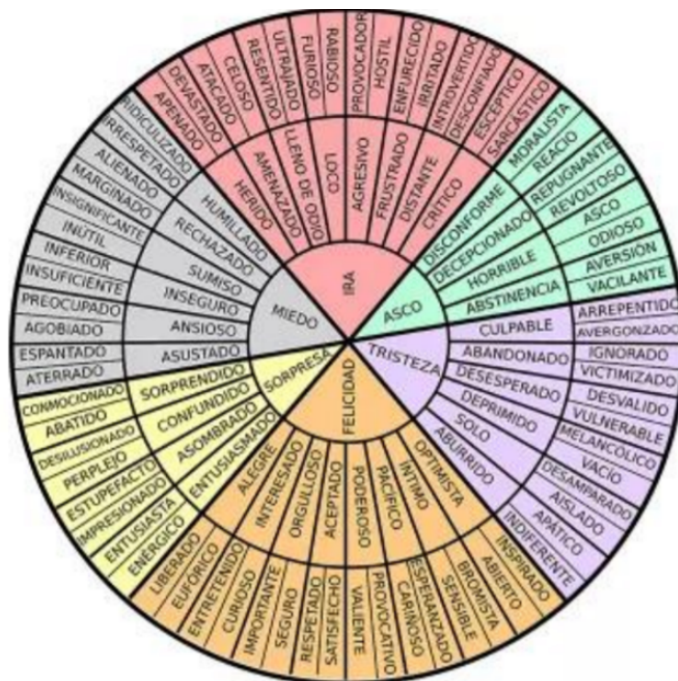
Servicio de Psico-oncología INCan

Por favor indique si ha tenido cualquiera de los siguientes problemas en la última semana, incluyendo el día de hoy. Asegúrese de marcar **SÍ** o **NO** para cada uno.

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Problemas prácticos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Problemas físicos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuidados de los hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apariencia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bajo/vestido
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas económicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiración
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambios en la rutina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escuela/trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estreñimiento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación de pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alimentación
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación con los hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fatiga
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensación de debilidad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas emocionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Movilidad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indigestión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Memoria/Concentración
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tristeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en boca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preocupación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Náusea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de interés en las actividades habituales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nariz seca/congestión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preocupaciones religiosas o espirituales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas sexuales
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piel seca/como zón
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas para dormir
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hongos en manos o pies

Otros _____ Psico-oncología INCan

Anexo 4: Rueda de Emociones



Anexo 5: Brochure psicoeducativo elaborado para los pacientes de TCMH

<p><u>Importancia de las redes de apoyo</u> (familia, amistades, compañeros)</p> <ul style="list-style-type: none">-Apoyo emocional- Apoyo informativo-Apoyo material <p><u>Actividades con las redes de apoyo:</u></p> <ul style="list-style-type: none">-Reuniones en persona o video-llamada-Salir a caminar- Salir a comer o preparar una comida- Acompañarse a una cita o evento.	<p>“Gracias por inspirarnos y enseñarnos a ser valientes”</p> <p>- Karla Susana</p>	<p>EL TRASPLANTE DE CELULAS MADRE HEMATOPOYÉTICAS</p> <p><u>ASPECTOS PSICOLÓGICOS IMPORTANTES</u></p> <p>Hospital México, C.C.S.S.</p> 
---	---	---

Antes del trasplante

- INCERTIDUMBRE SOBRE CUMPLIR CON REQUISITOS DE SER CANDIDATO/A
- ANSIEDAD POR ESPERA DE RESULTADOS
- MIEDO A HOSPITALIZACIÓN Y A LOS POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS
- PREOCUPACIONES DE QUE TRASPLANTE NO FUNCIONE

Hospitalización

- MIEDO DE NO PODER SOPORTAR SÍNTOMAS FÍSICOS
- TRISTEZA POR SEPARACIÓN DE SU RED DE APOYO
- SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN POR HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA
- IRRITABILIDAD

Después del trasplante

- MAYOR SENSACIÓN DE ALIVIO Y BIENESTAR
- POSIBLE CANSANCIO
- BAJA EN SIGNOS DE ANSIEDAD Y ESTRÉS
- MIEDO DE QUE ENFERMEDAD REGRESE O SE ACTIVE

Recomendaciones

1. RECONOCER MIS EMOCIONES;
- TRISTEZA, ENOJO, ANSIEDAD.
2. IDENTIFICAR EL GRADO DE 0 AL 10. SI ES MAYOR A 5, ACUDIR A EJERCICIOS DE RELAJACIÓN.
3. REAFIRMAR QUE MIS PREOCUPACIONES SON VÁLIDAS PERO POCO PROBABLES.

Recomendaciones

- REALIZAR EJERCICIOS DE RELAJACIÓN PARA MANEJAR SÍNTOMAS
- COMUNICARSE FRECUENTEMENTE CON REDES DE APOYO (FAMILIA, AMIGOS).
- SOLICITAR AYUDA A EQUIPO DE PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA DE LA UNIDAD.

Recomendaciones

- MANTENER ADECUADO USO DE MEDICAMENTOS
- SEGUIR RUTINA DE EJERCICIOS Y HABILIDADES APRENDIDAS
- TENER CITAS DE SEGUIMIENTO CON PROFESIONAL EN PSICOLOGIA

Anexo 6: Protocolo de atención psico oncológica con técnicas cognitivo-conductuales para pacientes de TCMH del Hospital México

**Programa multidisciplinario de TCMH
Hospital México. CCSS**

PRE TRASPLANTE TCMH

María Luisa Rebolledo García
Psicóloga oncología . C.P. 1444

Fecha de evaluación: _____

**FASE A
Confidencial**

1. Nombre _____ 2. Apellidos _____
3. Edad _____ Fecha de nacimiento _____ 4. Domicilio _____

5. Teléfono _____ 6. Cédula _____ 7. Provincia _____

DATOS DE REGISTRO

8. Número de expediente _____ 9. Servicio de procedencia
10. Atención psicológica Hematología Otro
 Hospitalización
 Consulta externa
11. Días ingreso para TCMH
12. Fecha de salida hospitalaria

DATOS MEDICOS

13. Diagnóstico (escribir diagnóstico completo con estadiaje y factores de pronóstico)

Categorización diagnóstica

LEUCEMIA

LINFOMAS

MIELOMA MÚLTIPLE (MM)

- Mieloide Aguda (LMA) Hodgkin (LH) Síndrome Mieloplásico
- Mieloide Crónica (LMC) No Hodgkin (LNH) Tipo
- Linfoide Aguda (LLA) Trombopenias- coagulopatías
- Linfoide Crónica (LLC)
- Mega (LMM)

14. Fecha de diagnóstico (dd-mm-aa) _____

15. Tipo de TCMH

16. Fase de enfermedad

- Antólogo
- Alogénico
- Haploidéntico
- No relacionado

- TCMH día "0"
- + 100
- + 1 año
- + 2 años
- + 5 años

17. Pronóstico: alto riesgo riesgoso Dudoso Favorable Muy favorable

18. Diagnóstico de base que condicione el tratamiento y pronóstico

- pulmonar renal cardíaco otros: _____

19. Karnofsky _____ %

HISTORIA DE PSICOPATOLOGÍA PREVIA

20. Existe historia psicopatológica previa? SI NO

21. Diagnóstico (DSM-IV) _____

22. Explicar situación actual (remisión, cambio, agravamiento, mismo diagnóstico, etc.)

23. Tratamiento psicofarmacológico actual _____

SINTOMATOLOGIA FISICA

24. Síntomas físicos que presenta el o la paciente en el momento de la evaluación:

- cansancio digestivos (náuseas/ vómitos/ diarrea) infecciones otros

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

24. Existe una conspiración de silencio alrededor del o la paciente?

Desde la familia Desde el equipo tratante

No No

Sí Sí

Sobre diagnóstico Sobre diagnóstico

Sobre pronóstico Sobre pronóstico

Psicooncología . Hospital México

PRE TRANSPLANTE TCMH

María Luisa Rebolledo García
Psicóloga oncología . C.P. 1444

Fecha de evaluación: _____

FASE B Confidencial

Nombre Apellidos

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Estado Civil 2. Estructura familiar (identificar paciente (P) y Soltero (a)
cuidador principal (CP), definir unidad familiar)

Pareja

Casado/a

Separado/a- divorciado/a

Viudo/a

3. ocupación laboral:

4. situación laboral actual

Empleado	Hogar
Empresa	Estudiante
Por cuenta propia	Incapacidad laboral transitoria
Jubilado	Incapacidad laboral permanente
Desempleado	Otros

¿Ha cambiado? SI ¿Cuánto le afecta? Mucho Bastante Regular Poco Muy poco

5. Nivel de estudios (oficiales)

Sin estudios	Diplomado
Estudios primarios	Licenciatura
Bachillerato elemental	Postgrado
Otros	
Actualmente en curso	Finalizados

6. Nivel de estudios no oficial Muy bajo Bajo Medio Alto Muy alto

7. Nivel socioeconómico: Muy bajo Bajo Medio Alto Muy alto

8. problemas económicos: NO SI

¿Cuánto le afecta ? mucho bastante regular poco muy poco

INFORMACIÓN

9. ¿Qué enfermedad tiene/ha tenido?

10. ¿Sabe en que consiste/ó el TCMH?

11. ¿Información sobre el pronóstico?

[uniformar el uso de mayúsculas al inicio de oración]

Diagnóstico	tratamiento/ curso de la enfermedad	pronóstico/ gravedad
No lo conoce	no lo conoce	no lo conoce
Ligeramente sabe	ligeramente sabe	ligeramente lo sabe
Conoce bastante	conoce bastante	conoce bastante
Buena información	buena información	buena información

12. ¿Necesita más información sobre algún aspecto concreto del TCMH/ de evolución? (SI NO)
 Diagnóstico Tratamiento Pronóstico Cuidados Otros
13. ¿Hasta qué punto cree que es comprensible la información que le dan sobre el TCMH/ su evolución?
 (0-10)
14. ¿Qué palabra, imagen o sensación le sugiere el TCMH?
15. ¿Qué le resulta/ resultó lo más difícil del TCMH?

PRE-POST TRASPLANTE

16. ¿Qué opina al respecto? Muy bueno Bueno Regular Malo Muy Malo
17. ¿Ha variado su peso? Tengo mas peso recuperé peso baje peso
18. ¿Cómo es su apetito? Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo
19. ¿Cómo duerme ? Muy bien Bien Regular Mal Muy mal
20. ¿Mantiene relaciones sexuales? SI NO no aplicable
21. ¿Ha cambiado desde la enfermedad/ el TCMH/ la última remisión? NO SI Mejor Peor
22. ¿Le preocupa que no pudiera tener hijos en el futuro? NO SI ¿Porqué?
23. ¿Realiza alguna actividad que le distraiga? tv/radio Leer Cocer Dibujar Otros

APOYO SOCIAL

24. ¿Ha podido hablar sobre su situación actual con algún familiar o amigo cercano? SI NO
25. ¿Hasta qué punto se apoyado de la familia? (0-10)
26. ¿Y de amigos/as? (0-10)
27. ¿Cómo cree le han apoyado últimamente?
28. ¿Ha cambiado su relación con su familia o amigos/as? SI NO
- ¿Con quién?
- ¿En que?
29. ¿Hasta qué punto se siente satisfecho con el equipo de profesionales? (0-10)
30. ¿Cree que alguien (pareja, familia, amigos/as, equipo) podrían hacer algo por usted para que se sintiera mejor? SI NO
31. ¿Quién? Pareja Familia Equipo otros 32. ¿Qué?
33. ¿ Puede contar realmente con alguien que no sea del núcleo familiar? SI NO

ESTADO DE ANIMO

- 34.¿Cuál ha sido su estado de ánimo durante la semana pasada? (0: nada triste – 10 muy triste)

35. ¿Cuál ha sido su nivel de ansiedad durante la semana pasada? (0: nada nervioso – 10 muy nervioso)
36. ¿Cómo valoraría su nivel de bienestar general? (0: muy bajo- 10: muy alto)
37. ¿Cómo se le hizo el día ayer? Muy corto Corto Normal Largo Muy largo
38. ¿Porqué?

EVENTOS VITALES

39. ¿Le ha ocurrido algún acontecimiento especialmente difícil o doloroso para usted últimamente?
40. ¿Cuándo ocurrió?
41. ¿Qué cosas pensó o hizo para resolverlos o para sintiere mejor?

RECURSOS PERSONALES Y AFRONTAMIENTO

42. Desde que le diagnosticaron ¿hasta qué punto encuentra dificultad para hablar de sus sentimientos?
(0-10)
43. ¿Qué es lo que más le preocupa en este momento?
44. ¿Cuánto esfuerzo le cuesta hacer frente a esta situación? (0: ningún esfuerzo---- 10: mucho esfuerzo)
45. ¿Se siente capaz de afrontar el TCMH (0: nada- 10: mucho)
46. ¿Cree que puede hacer algo para influir o para controlar durante el TCMH?
47. Desde que tiene la enfermedad. ¿Qué es lo que le ayuda a sentirse mejor?
48. ¿Se siente seguro/a para enfrentar el aislamiento? (0: nada- 10: mucho)
49. ¿Cómo cree que podemos ayudarle?
50. ¿Nosotros damos seguimiento a nuestros pacientes para ver como evolucionan o se encuentran ¿Podríamos contactar con usted vía teléfono o e mail?

SINTOMAS AFECTIVOS

Estado de ánimo:

Negación de la enfermedad:

Miedo:

Tristeza:

Enojo:

Llanto fácil:

Incertidumbre:

Culpa:

Ansiedad:

Rumiación:

Anhedonia:

Preocupación:

Cansancio:

TERMÓMETRO DEL DISTRÉS PRE-INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Valor inicial del 0 a 10:

HADS PRE INTERVENCIÓN: ANSIEDAD: DEPRESIÓN:

PRESENCIA DE DOLOR:

Escala subjetiva de dolor de 0 a 10:

Localización de dolor:

ANTECEDENTES

¿Ha recibido atención psicológica previamente? (SI) (NO)

Motivo:

¿Ha recibido atención psiquiátrica previamente? (SI) (NO)

Motivo:

Medicamentos que actualmente toma:

ANÁLISIS SUBJETIVO:

ANÁLISIS OBJETIVO:

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA SEGÚN EL CIE-10:

PLAN DE INTERVENCIÓN:

- Escucha activa. Aplicar en sesión # _____
- Identificación y psicoeducación de emociones. Aplicar en sesión # _____
- Facilitación de expresión emocional, validación y contención emocional. Aplicar en sesión # _____
- Intervención en crisis. # _____
- Psicoeducación/psicoprofilaxis sobre proceso de trasplante. Aplicar en sesión # _____
- Psicoeducación sobre conductas de autocuidado. Aplicar en sesión # _____

- Vinculación con redes de apoyo y psicoeducación a familiares. Aplicar en sesión # _____
- Fortalecimiento de adherencia al tratamiento. Aplicar en sesión # _____
- Reestructuración cognitiva. Aplicar en sesión # _____
- Técnicas de habilidades sociales. Aplicar en sesión # _____
- Técnica de solución de problemas. Aplicar en sesión # _____
- Técnica de respiración diafragmática. Aplicar en sesión # _____
- Técnica de relajación muscular progresiva. Aplicar en sesión # _____
- Otro:

COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES SOBRE EL PLAN DE TRATAMIENTO:

EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO:

Termómetro del estrés pretratamiento:

Termómetro del post-tratamiento:

HADS pre-tratamiento:

HADS post tratamiento:

RESULTADOS CUALITATIVOS DEL TRATAMIENTO: