

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente

Hospital Valentín Gómez Farías ISSSTE

PROYECTO DE APLICACIÓN PROFESIONAL (PAP)

Manejo Psicológico del Dolor y Cuidados Paliativos.

Programa de Salud Pública e Innovación en Nutrición



2G02 Manejo Psicológico del Dolor y Cuidados Paliativos

Efectos de la hipnosis ericksoniana en pacientes con fibromialgia

PRESENTAN

Adolfo Sebastian Subizar Cruz

Alba Ximena Ramírez Arias

Claudia Isabel Rico Ortiz

Profesor PAP: Dra. Patricia E. Ornelas Tavares (ITESO)

Tlaquepaque, Jalisco, Seleccione México

ÍNDICE

REPORTE PAP

Presentación Institucional de los Proyectos de Aplicación Profesional	2
Resumen	3
1. Introducción	4
1.1 Objetivos	4
1.2 Justificación	4
1.3 Antecedentes	5
1.4 Contexto	7
2. Desarrollo	10
2.1 Sustento teórico y metodológico	10
2.2 Planeación y seguimiento del proyecto	13
3. Resultados del trabajo profesional	17
4. Reflexiones de los alumnos sobre sus aprendizajes, las implicaciones éticas y los aportes sociales del proyecto	21
5. Conclusiones	32
6. Bibliografía	34
Anexos	35

REPORTE PAP

Presentación Institucional de los Proyectos de Aplicación Profesional

Los Proyectos de Aplicación Profesional (PAP) son una modalidad educativa del ITESO en la que el estudiante aplica sus saberes y competencias socio-profesionales para el desarrollo de un proyecto que plantea soluciones a problemas de entornos reales. Su espíritu está dirigido para que el estudiante ejerza su profesión mediante una perspectiva ética y socialmente responsable.

A través de las actividades realizadas en el PAP, se acreditan el servicio social y la opción terminal. Así, en este reporte se documentan las actividades que tuvieron lugar durante el desarrollo del proyecto, sus incidencias en el entorno, y las reflexiones y aprendizajes profesionales que el estudiante desarrolló en el transcurso de su labor.

Resumen

El presente reporte contiene el trabajo realizado en el proyecto de Cuidados Paliativos y Manejo Psicológico del Dolor. Este tiene como objetivo principal, desde el marco de los cuidados paliativos, el promover la calidad de vida en familiares, personal de salud y pacientes hospitalarios. Dicho proyecto se realizó en el Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías, mediante el acompañamiento psicológico en situaciones de duelo, muerte, enfermedad y dolor, así como la realización de talleres y material audiovisual, y el diseño y aplicación de un protocolo de investigación. En total, se realizaron 1,168 intervenciones con pacientes, familiares y profesionales de la salud dentro de los dos escenarios del proyecto. En las cuales, se logró un avance significativo de acuerdo a la escala ESAS en relación con la modificación de ciertas variables, tales como dolor, náuseas y bienestar percibido. Durante el año en el que se realizó el proyecto, los resultados de las intervenciones realizadas van desde un incremento en la calidad de vida del paciente, hasta la recuperación de la autonomía al tener herramientas para decidir sobre su tratamiento y plan terapéutico, así como el tener conocimiento de técnicas para incidir en los síntomas que pueda estar experimentando, como lo serían el dolor y/o náuseas. Es importante mencionar que se observa la necesidad de seguir trabajando en conjunto con otras áreas de la salud para lograr una intervención integral y eficaz para el tratamiento y resolución de las necesidades del paciente y quienes le rodean.

1. Introducción

1.1. Objetivos

Este proyecto tuvo como objetivo el brindar cuidados paliativos psicológicos a pacientes, familiares, cuidadores y/o equipo de salud del escenario. Se pretende que esta atención psicológica genere procesos de cambio cognitivo, conductual y emocional, promoviendo además la autonomía y la independencia del paciente. El objetivo primordial de brindar esta atención es, en todas sus dimensiones, promover una calidad de vida óptima en todos los sujetos involucrados, especialmente en situaciones de enfermedad, dolor, muerte y duelo.

1.2. Justificación

Los cuidados paliativos, aunque esenciales, son un modelo de intervención emergente en México. Pretende, desde la atención interdisciplinar y psicológica, mejorar la calidad de vida a partir del momento del diagnóstico y aún después del final de la vida. La enfermedad diagnosticada puede no representar un riesgo inminente para la vida, pero tanto las condiciones crónicas, potencialmente letales, degenerativas, dolorosas o que meramente representan un duelo para la persona por la pérdida de la salud, se ven favorecidas por la atención paliativa.

En un contexto social donde los índices de diagnóstico y muerte por diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares, entre otros padecimientos van a la alta, la atención paliativa se vuelve cada vez más relevante y necesaria. El proyecto pretende formar profesionales capaces de favorecer el bienestar y la calidad de vida en pacientes, cuidadores, familiares y personal clínico.

El equipo de trabajo partió de la necesidad observada y referida por los pacientes de disminuir el dolor y otros síntomas psicofisiológicos, que en muchas ocasiones, después de largos períodos de tomar ciertos medicamentos, estos últimos se volvían insuficientes. Por esto, siguiendo la línea del abordaje interdisciplinario, es necesario acompañar al paciente desde un enfoque biopsicosocial-espiritual con el fin de que pueda complementar su manejo del dolor y demás síntomas mediante herramientas que ofrece la tecnología psicológica.

1.3 Antecedentes

El proyecto de Cuidados Paliativos y Manejo Psicológico del dolor está conformado, en su generación 2017, por 11 alumnos y alumnas que asisten a dos instituciones de salud pública. Estas son el Hospital Regional Valentín Gómez Farías del ISSSTE y el Instituto Jalisciense de Cancerología. El presente documento se encuentra centrado en el desempeño del equipo de trabajo conformado por un psicólogo y dos psicólogas en el primer escenario mencionado.

Siendo esta la novena generación de estudiantes en formar parte de este proyecto, el mismo tuvo sus inicios en el año 2009, a iniciativa de la Dra. Patricia E. Ornelas Tavares. Este proyecto cuenta con el reconocimiento Premio Pedro Arrupe, otorgado en el año 2010 por el en ese momento Rector del ITESO, Dr. Juan Luis Orozco, S.J. A lo largo del desarrollo del proyecto, los alumnos y alumnas han intervenido en diversos escenarios, los cuales han ido variando durante su trayectoria. Estos escenarios han sido el Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, el Instituto Jalisciense de Alivia al Dolor y Cuidados Paliativos (PALIA), el Hospital General de Occidente, el Hospital Santa María Chapalita, el Instituto Jalisciense de Cancerología y el Hospital Regional Valentín Gómez Farías del ISSSTE.

Respecto a la problemática, el 5 de enero del 2009 se llevó a cabo un cambio en la Ley General de Salud, puntualizando que se debe evitar el sufrimiento en el enfermo terminal, así como aceptar los límites entre el tratamiento curativo y el paliativo, controlando el dolor y atendiendo los aspectos psicosociales y espirituales (González, Méndez, Romero, Bustamante, Castro & Jiménez, 2012). Posterior a esto, en el año 2014, el Diario Oficial de la Federación emitió un boletín, el cual expone la norma oficial que pretende normativizar la intervención en cuidados paliativos. Esta expone la responsabilidad de los prestadores de servicios de atención médica de atender los problemas y complicaciones de los enfermos en situación terminal. Además, menciona a los cuidados paliativos como relevantes en la atención de estas problemáticas, indicando también que el ITESO es la única universidad que en pregrado ofrece formación en cuidados paliativos en México (Diario Oficial de la Federación, 2014).

Respecto a los cuidados paliativos, estos surgen contemporáneamente en México con un incremento en el promedio de vida de los y las mexicanas. Esto conlleva una serie de condiciones, entre ellas alteraciones psicológicas sufridas por los pacientes en situación terminal, sumadas al dolor y otros síntomas físicos. Como especialidad la medicina paliativa surge inicialmente de las necesidades de los pacientes oncológicos, sin embargo, en nuestro país aún es poco y aislado su impacto (González, et. al., 2012).

Algunos autores consideran los inicios de los cuidados paliativos a finales del siglo XIX en Europa, cuando los hospicios romanos alojaban, cuidaban, alojaban y daban ayuda espiritual a adultos mayores, peregrinos y moribundos, esto a partir de una función caritativa. Este tipo de cuidados se ha extendido en los últimos 20 años, debido al beneficio que obtienen el enfermo terminal y su familia al mejorar su calidad de vida tanto en su dimensión física como emocional (González, et. al., 2012).

Respecto al contexto mexicano, en el año 1972 se inauguró la Unidad de Medicina del Dolor en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”. En 1976, se instaló la clínica del Dolor en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, en 1979 nace la Asociación Nacional para el Estudio y Tratamiento del Dolor en la ciudad de Guadalajara. En 1992, se crea la Unidad de CP del Hospital Civil de Guadalajara, así como la del Centro Médico 20 de Noviembre del ISSSTE. Es interesante que tanto estos como muchos otros esfuerzos en México se centraron en la atención psicooncológica, y muy pocos de ellos se han realizado desde la especialización pediátrica. A pesar de ello, México se ha posicionado como uno de los pioneros en cuidados paliativos en Latinoamérica (González, et. al., 2012).

1.4. Contexto

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) es un organismo público en México que se encarga de prestar asistencia médica y de seguridad social a los empleados y familiares del área pública de cada estado.

Creado en 1959, hoy el ISSSTE procura a sus empleados en áreas como enfermedades no profesionales, de maternidad, accidentes de trabajo, así como hacer promociones que mejoren la preparación técnica y cultural para sus derechohabientes; ofrece créditos de adquisición de propiedades y construcción de las mismas, así como préstamos a corto y largo plazo, seguros de vejez, invalidez, muerte, jubilaciones e indemnizaciones.

En 2015, había 12, 984 derechohabientes del ISSSTE nacionalmente según la INEGI (2015). En Jalisco, hasta 2010, había una población total de 385.111 de personas relacionadas al ISSSTE, entre las cuales había 84.454 trabajadores, 239.784 familiares, 28.177 pensionistas y 32.693 familiares de pensionistas.

El Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías del ISSSTE, es el único hospital que brinda atención de tercer nivel, que también ofrece servicios de segundo nivel, en todo Jalisco. Hasta 2015, este hospital contaba con 372,379 derechohabientes. Se encuentra ubicado en Avenida Soledad Orozco 203, en la colonia El Capullo, en el municipio de Zapopan en el Estado de Jalisco. El escenario fue elegido por ser parte de un organismo gubernamental que asiste en servicios de salud y seguridad social a trabajadores del gobierno federal y sus familias, siendo parte del sistema de salud del sector público, que atiende a una parte importante de la población.

El hospital, tiene un edificio principal de 8 pisos, además de planta baja y sótano. En piso uno se internan los pacientes de ginecología y obstetricia, el piso dos es para los pacientes

pediátricos y menores de dieciocho años, así como terapia intensiva pediátrica, piso tres es de cirugía selectiva y cardiología, piso cuatro y cinco son de medicina interna, piso seis es de neurología y siete es para pacientes de cirugía general y trasplante renal. En la planta baja está el área de urgencias, terapia intensiva para adultos y donación de sangre. En el sótano se puede encontrar consulta externa, hemodiálisis, quimioterapia y el descanso (donde colocan a los pacientes fallecidos, ya que no se cuenta con séptico). Además cuenta con otros dos edificios, uno administrativo y otro con más consultorios y farmacia.

La atención psicológica brindada fue adaptada a cada caso, haciendo uso de herramientas psicológicas previas y aquellas que se reforzaron en los espacios de aprendizaje teórico en aula. Esta variedad de herramientas se presenta debido, principalmente, a la gran variedad de necesidades en el contexto sobre el cual se intervino. Los pacientes con principal foco de atención fueron aquellos que se encontraban en el área de urgencias, así como la clínica del dolor y los pisos de especialidades.

El 8% de la población mexicana adulta se ve afectada por la diabetes mellitus, lo que quiere decir que de 6.5 a 10 millones de personas la sufren, con una incidencia de 400 mil nuevos casos por año. De esta parte de la población afectada, se estima que entre el 50 y el 75% de los diabéticos tendrán neuropatía en los 5 a 10 años siguientes al comienzo de la enfermedad, esto significa que de cada 100 personas que vivan con diabetes, 25 referirán síntomas de neuropatía. (Manrique, 2014)

Por otro lado, la fibromialgia es una condición que hoy en día afecta a 2.5% de la población mexicana (3 millones de personas) y que es sufrido en su gran mayoría por mujeres (Barrera, et. al., 2013). Dicho padecimiento se describe como un síndrome reumático de etiología desconocida caracterizado por la presencia de dos síntomas principales: dolor crónico músculo esquelético y cansancio o fatiga que no disminuye con el descanso. Asimismo, el

paciente que la padece puede llegar a cargar con un fuerte estigma social debido a la falta de conocimiento que existe dentro de la población general respecto al tema.

El estudio realizado pretende evaluar los efectos de un protocolo de intervención psicológica basado en la hipnosis ericksoniana sobre la experiencia dolorosa de pacientes con fibromialgia y neuropatía diabética de la Clínica del Dolor del Hospital Regional “Dr. Valentín Gómez Farías” en la Zona Metropolitana de Guadalajara como parte de la contribución al abordaje interdisciplinario de la enfermedad.

2. Desarrollo

2.1. Sustento teórico y metodológico

Los cuidados paliativos surgieron a principios de los años ochentas con la creación de la Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos por el Dr. Tiberio Álvarez, mientras que la prestación de cuidados paliativos domiciliarios surgió con el Dr. Roberto Wenk. Los cuidados paliativos en Latinoamérica han tenido un desarrollo sin un patrón definido, encontrando que cada país se encuentra en una etapa distinta de los mismos (Pastrana et.al., 2012).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en agosto del presente año a los cuidados paliativos de la siguiente manera:

Los cuidados paliativos constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual. (OMS, 2017)

Dicha organización también menciona que los cuidados paliativos no trabajan únicamente con los síntomas físicos, por lo que se requiere de trabajar en equipo para poder facilitar una atención integral tanto al paciente como a sus cuidadores y/o familiares. El trabajo que se realiza con dichas personas es el facilitar la atención de necesidades prácticas y apoyo psicológico en caso de estar pasando por un proceso de duelo, ofreciendo de esta manera, un sistema para apoyar a los pacientes a vivir, dentro de sus posibilidades, de manera activa hasta la muerte (OMS, 2017).

Se estima que para el 2012 en latinoamérica se encontraban un total de 922 servicios de cuidados paliativos, siendo México uno de los países en utilizar la atención domiciliaria como servicio frecuente dentro de dicho sector, teniendo el 70% de los médicos paliativistas acreditados en la región y 3 asociaciones de cuidados paliativos, junto con 5 grupos de investigación activos (Pastrana, De lima, Wenk, Eisenclas, Monti, Rocafort, Centeno, 2012)

Según Espinar (2012), un elemento fundamental en la atención paliativa es el respetar la autonomía del paciente, cuidando de la dignidad del mismo y acompañando dicho proceso, así como cualquier actividad realizada, con información que permita que el paciente tome decisiones.

Espinar (2012) expone los Instrumentos básicos para sustentar la práctica los cuidados paliativos, los cuales son: El control de síntomas, el apoyo emocional y la comunicación con el enfermo, su familia y el equipo de salud, las modificaciones necesarias en la organización de un trabajo interdisciplinario tomando en cuenta las necesidades cambiantes del paciente, Un equipo interdisciplinar que permita el abordaje de los problemas y necesidades que se puedan presentar al trabajar con los pacientes.

Lo que se busca en cuidados paliativos es poder brindar una calidad de vida a las personas con un diagnóstico crónico o en un estado terminal. Como lo definen los autores Molina, J. M., Figueroa, J. & Uribe, A. F. en García y Rodríguez (2007). La calidad de vida se

ha convertido en un indicador de la evolución del estado de salud de estos pacientes, como expresión de una estrategia no sólo de prolongar la vida, sino también de aliviar los síntomas y mantener el funcionamiento vital. (p. 4)". Por lo cual a la hora de realizar la intervención no se debe de perder de vista este objetivo en las diferentes esferas de la persona que se desenvuelve.

El trabajo realizado durante el proyecto se manejo el acompañamiento del proceso del duelo; junto con el resto del ámbito hospitalario debemos tomar en cuenta como lo define el autor Guijarro, C; (2016) "El duelo es una reacción subjetiva y un proceso de adaptación tras la muerte de una persona querida que permite establecer el equilibrio personal y familiar. Es un proceso normal que tarde o temprano todas las personas acabarán experimentando, y cuya duración variará dependiendo de los vínculos que nos unan con quien ha fallecido y de la capacidad de la persona de hacer frente a esta situación", por lo cual se debe de ir trabajando desde el diagnóstico de la enfermedad en etapas avanzadas tanto con el paciente como con los familiares. Para poder evitar la conspiración del silencio y favorecer la comunicación y la agonía de la familia. Buscando que el paciente tenga una muerte digna y se respete su autonomía.

Respecto al sustento metodológico, es importante mencionar que a lo largo del proyecto se realizaron distintas actividades y se utilizaron diversas herramientas que cumplieran con el objetivo de aportar al aprendizaje esperado dentro del proyecto y a la realización del trabajo que requería el mismo, esto se logró gracias a la siguiente metodología:

- Coordinación con el personal de salud adscrito a las instituciones para la atención de pacientes y coordinación de eventos desde el área de psicología.
- -Revisión y análisis de expedientes, formulación del plan de intervención, atención y registro de la misma.
- Diseño de talleres psicoeducativos, según las necesidades detectadas.

- Gestión de espacios de trabajo y promoción de talleres.
- Lectura y análisis de artículos vigentes relacionados con la problemática atendida.
- Clases teóricas de medicina y psicología, así como talleres para el personal de salud.
- Discusión de casos.
- Continuidad a los protocolos de investigación ya aprobados por los comités de ética.
- Realización y análisis de exposiciones y exámenes de temas relacionados con la problemática atendida.
- Realización de tres expedientes paliativos.

2.2. Planeación y seguimiento del proyecto

2.2.1 Descripción del proyecto.

La labor principal a desarrollar a partir del proyecto de aplicación profesional “Cuidados paliativos y manejo del dolor” fue el brindar acompañamiento psicológico a paciente paliativos y sus familiares, así como seguir una línea de investigación de temáticas relevantes para los cuidados paliativos. Estas líneas de investigación fueron aprobadas previamente por un comité de ética y su respectivo escenario, siendo distintas en cada institución.

2.2.2 Plan de trabajo.

A lo largo de la jornada de trabajo de los días martes y jueves, al llegar al escenario en cada piso se realizó un censo diario, brindado en cada piso por las jefas de enfermeras, las cuales derivaron a los pacientes que consideraban que requerían atención psicológica. Posteriormente se dividía el censo entre aquellos pacientes que serían atendidos por la unidad de cuidados paliativos y aquellos que estarían a cargo del equipo de psicología de la salud (Parte del Proyecto de Integración Profesional). Al completar el censo de pacientes de cuidados

paliativos, se asignaba a cada psicóloga o psicólogo una lista de pacientes con los cuales intervenir a lo largo de la jornada.

La atención se les brindó tanto a los pacientes como a los familiares, haciendo uso de diferentes técnicas y modelos teóricos, seleccionados de acuerdo a las necesidades del paciente. De igual manera, se trabajó con aquellos miembros del cuerpo médico que lo solicitaron, impartiendo talleres adaptados a las necesidades reportadas.

Así mismo, se realizó un plan de rotación de parejas para asistir con el Dr. Gaspar de clínica de dolor; en la cual se atendió a los pacientes referidos por el doctor, así como a aquellos que aceptaban el apoyo psicológico que se ofrecía. Dichas intervenciones se realizaban en espacios variables del hospital, los cuales se prestaban para poder mantener de cierta manera la confidencialidad y la privacidad del paciente.

A la par de la atención psicológica, cada uno de los integrantes junto con su equipo gestionó de manera individual actividades de su respectivo protocolo de investigación, las cuales fueron implementadas dentro del hospital. Dentro del escenario se desarrollaron dos investigaciones por parte de dos equipos de trabajo independientes.

El acompañamiento paliativo suponía un plan de trabajo persona a persona, generalmente en el espacio del cuarto donde la persona se encuentra hospitalizada. El acompañamiento fue posteriormente ofrecido a los familiares, ya sea porque se considere necesario por parte del cuerpo médico, de psicología o que los familiares mismos soliciten el servicio.

El recibir la atención psicológica suponía un compromiso enteramente voluntario, y sujeto suspenderse en el momento en que el paciente o el familiar lo decidiese. El marco teórico y de intervención elegidos por el psicólogo paliativo fueron enteramente su responsabilidad para su diseño y aplicación, siendo las aproximaciones cognitivo conductual, sistémico y de psico-neuromodulación los más aplicados.

Durante las horas externas al escenario, a lo largo del periodo de primavera, cada miércoles se realizaron clases teóricas en aulas variables del ITESO, en la cual se atendía a la teoría expuesta por la profesora, se expusieron casos individuales respecto a la labor en el escenario, ya fuera por dudas en problemáticas en materia de intervención, aplicación de técnicas o implicación emocional o ética. Posteriormente se realizaba una mesa redonda cada persona aportaba al caso en cuestión. Del mismo modo, semanalmente se realizaron síntesis de artículos científicos, con base en el siguiente cronograma semanal:

- 1.- *Antecedentes de Dolor y Cuidados Paliativos.*
- 2.- *Diagnóstico y Evaluación del Dolor.*
- 3.- *Estrés y Afrontamiento al Dolor.*
- 4.- *Síndromes Dolorosos.*
- 5.- *Técnicas Cognitivas para el manejo del Dolor.*
- 6.- *Técnicas Conductuales para el manejo del Dolor.*
- 7.- *Técnicas Emocionales para el manejo del Dolor.*
- 8.- *Farmacología y Sedación.*
- 9.- *Dolor oncológico y no oncológico.*
- 10.- *Bioética y Dolor.*
- 11.- *Investigación sobre Dolor en Psicología.*
- 12.- *Principios de los Cuidados Paliativos.*
- 13.- *Cuidados Paliativos pediátricos y neonatales.*
- 14.- *Cuidados Paliativos en enfermedades no terminales.*

En el periodo de otoño, cada estudiante elaboró una vez al semestre una presentación audiovisual con una ficha técnica correspondiente. Estas se realizaron conforme a un cronograma semanal, a partir del cual cada estudiante realizó la síntesis de un artículo científico

de la misma temática, con una antigüedad no mayor a cinco años. El cronograma fue el siguiente:

- 1.- *Modelos de Intervención Psicológica en Cuidados Paliativos: Búsqueda del sentido y dignidad.*
- 2.- *Síndrome de desmoralización y Psicoterapia positiva al final de la vida.*
- 3.- *Terapia de aceptación y compromiso.*
- 4.- *Intervenciones psicoterapéuticas para el manejo de síntomas: sufrimiento, ansiedad, miedo y bloqueo emocional.*
- 5.- *Intervenciones psicoterapéuticas para el manejo de síntomas: culpa, agresión e ideación suicida.*
- 6.- *Intervenciones psicoterapéuticas para el manejo de síntomas: dolor, disnea, astenia, anorexia y caquexia.*
- 7.- *Intervenciones psicoterapéuticas para el manejo de síntomas: síndrome confusional (delirium), insomnio, negación y pacto del silencio (paciente).*
- 8.- *Intervención Psicoterapéutica con la familia.*
- 9.- *Intervención Psicoterapéutica y Espiritualidad.*
- 10.- *Intervención Psicoterapéutica con el equipo de salud.*

Adicionalmente, durante el periodo de otoño, se elaboraron 3 expedientes paliativos, con el formato de un expediente clínico donde se establecía de manera detallada los datos del paciente, las intervenciones que se realizaron y la evolución del caso.

Los recursos necesarios podrían clasificarse de la siguiente forma:

-Humanos: acceso a las instalaciones del hospital, la accesibilidad a guía docente, orientación de los profesionales de la salud que trabajan en los diferentes escenarios, trabajo en equipo de los participantes del proyecto.

-Materiales: Instalaciones de los escenarios, cuestionarios y formatos psicométricos.

-Económicos: Presupuesto invertido en la impresión y copiado de los cuestionarios.

-Tecnológicos: Redes sociales para una eficiente comunicación entre los miembros del equipo.

Diferentes plataformas y medios digitales para la impartición de talleres y creación de bases de datos, estos incluyen excel, word, power point, entre otros.

Desarrollo de propuesta de mejora.

En relación al trabajo en el escenario, se señala la importancia de implementar talleres para el personal de salud, estos en congruencia con las necesidades detectadas, así como aquellas que el equipo mismo refiere. Esto se sustenta en la demanda que externaron varios enfermeros y enfermeras en diferentes pisos del hospital, así como la importancia de seguir trabajando con un equipo interdisciplinario que integre el equipo de cuidados paliativos y manejo del dolor.

Otra propuesta de mejora, sería el seguir implementando las horas de conducción docente con las que se contó durante el periodo de primavera pues brindan sustento teórico, así como un espacio para la asesoría respecto a casos particulares vividos en el escenario.

3. Resultados del trabajo profesional

Durante el año en el que se estuvo trabajando en los distintos escenarios del proyecto, se contabilizaron 1,168 intervenciones, las cuales se realizaron con pacientes, cuidadores, familiares y profesionales de salud. Es importante mencionar que, de acuerdo a los registros realizados, durante el primer semestre el 37% de las personas con las que se realizaron intervenciones eran familiares, mientras que el 63% restante eran pacientes. Durante el segundo semestre del proyecto, se registró que el 77.4% de las personas atendidas en los últimos 6 meses fueron pacientes, mientras que 15.1% de las personas atendidas eran cuidadores, y el 7.5% restante se trató de personal de salud.

A continuación se presentarán una serie de gráficas para representar los resultados obtenidos en el año de trabajo dentro de las diferentes instituciones del proyecto. Estas gráficas se presentarán con los resultados del primer y segundo semestre por separado

Gráfico 1: Resultados de la evaluación ESAS durante el primer semestre.

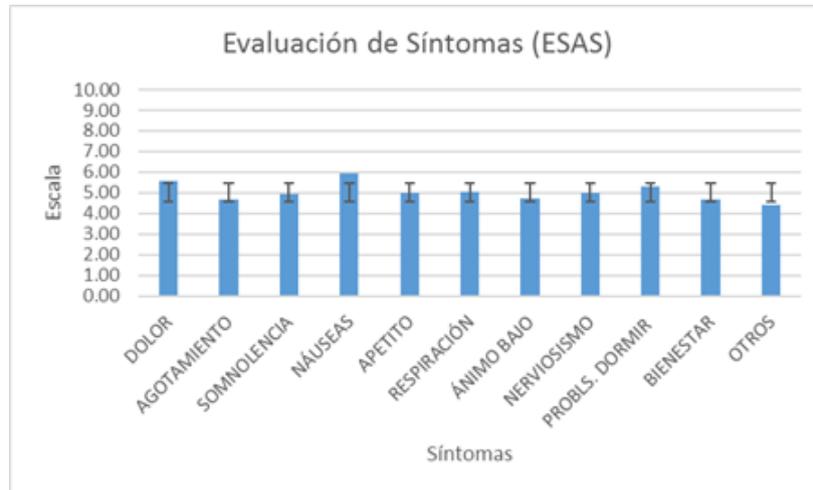
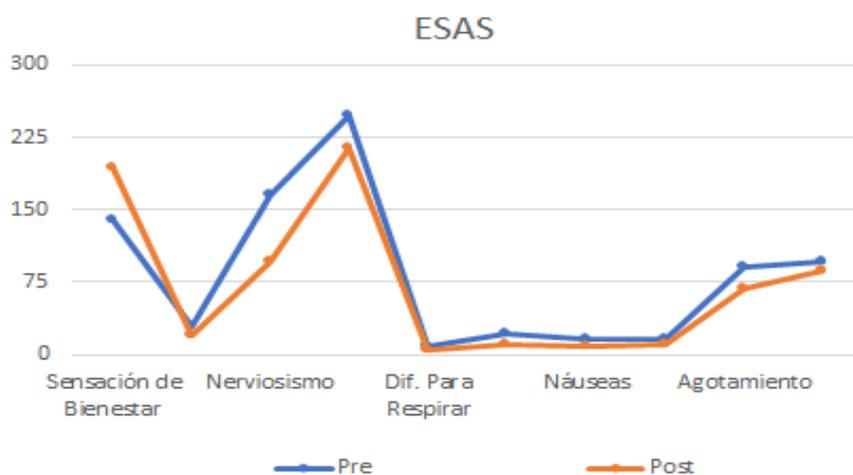


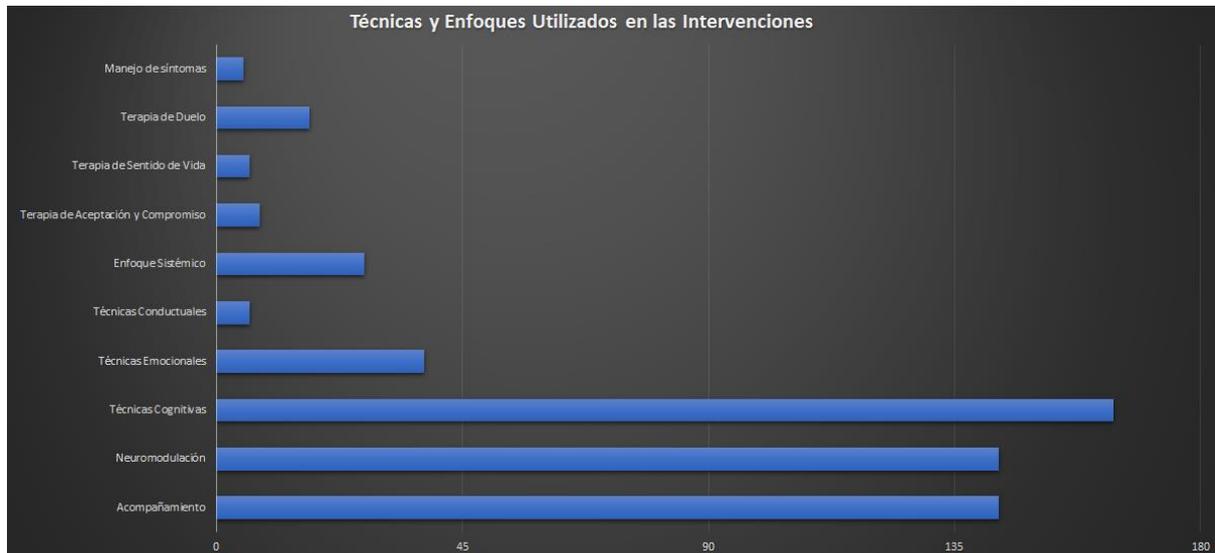
Gráfico 2: Resultados de la evaluación ESAS durante el segundo semestre.



A continuación se presenta una gráfica que representa la incidencia de las técnicas utilizadas durante el segundo semestre. Es importante hacer énfasis en que las técnicas que se

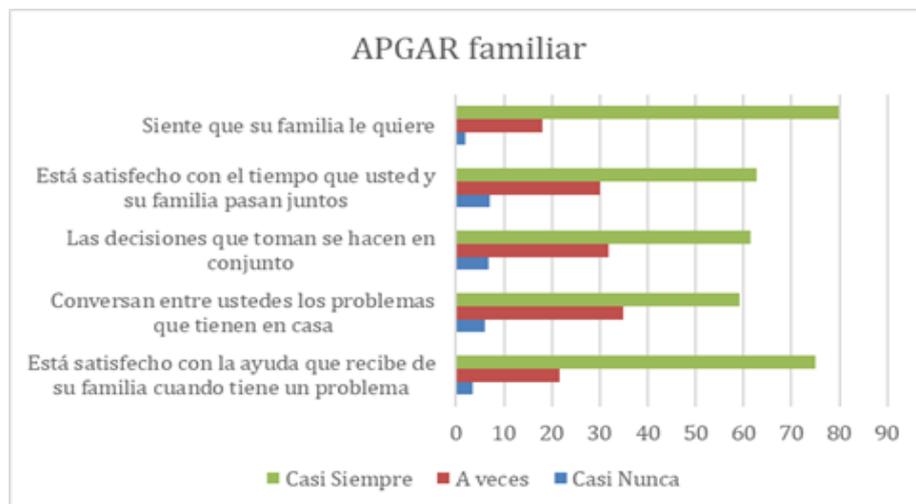
muestran en la siguiente gráfica, también fueron utilizadas durante el primer semestre del proyecto. Sin embargo, y por cuestiones de metodología al realizar los registros, no se cuenta con un apoyo visual que represente la incidencia de las técnicas utilizadas durante dicho semestre.

Gráfico 3: Incidencia de técnicas utilizadas durante el segundo semestre.



En la cuarta y última gráfica se presentarán los resultados del APGAR familiar de las personas con las que se realizaron intervenciones. Dichos resultados representan los números del segundo semestre del proyecto por las causas mencionadas anteriormente.

Gráfico 4: Resultados del APGAR familiar durante el segundo semestre



La atención de los pacientes paliativos y el manejo del dolor lograron resultados diversificados, especialmente a raíz de la diversidad de realidades sobre las cuales se logró intervenir (es decir, diagnóstico, evolución del padecimiento, longitud del tratamiento, entre otros factores). Sin embargo, en general, se puede concluir que el resultado culminante de la atención psicológica fue un incremento del bienestar psicológico así como la implementación de herramientas para el sano afrontamiento de los procesos de enfermedad, recuperación y muerte.

A partir del estudio de casos, uno de los resultados cuantificables sería la reducción de las puntuaciones en la escala *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS) respecto a síntomas psicofisiológicos como lo son el dolor, las náuseas, alteraciones del sueño, angustia, alteraciones del apetito, y bienestar percibido.

Como se ha mencionado anteriormente durante el presente reporte, dentro del proyecto se realizó una investigación como parte de los resultados esperados del mismo. La investigación realizada por los alumnos que presentan este reporte PAP, lleva como título “Efectos de la hipnosis ericksoniana en pacientes con fibromialgia”, dentro del cual se busca evaluar el efecto de un protocolo de intervención psicológica basado en hipnosis ericksoniana en pacientes con fibromialgia dentro del Hospital Regional “DR. Valentín Gómez Farías”.

Dentro de los resultados obtenidos en la investigación se concluyó que, la hipnosis ericksoniana sería un tratamiento poco eficiente para el manejo del dolor, desde un abordaje psicológico, en pacientes con fibromialgia. Sin embargo, dicho resultado contradice a la literatura existente, como lo sería el estudio realizado por Daszkiewicz, Gierlotka, Nierodzinski, Misiolek & Misiolek (2016), en donde se valora la diferencia de 7 a 5 como aceptable en el manejo psicológico del dolor. Es relevante mencionar que, las pacientes atendidas durante el periodo del 2017 quedaron satisfechas con el manejo del dolor, logrando una disminución de hasta 5 puntos en la escala EVA.

Se busca hacer énfasis en que las condiciones ambientales en las cuales se realizaron las intervenciones con hipnosis constituye una variable no controlada, dicha variable podría tener repercusiones sobre los resultados obtenidos en la escala EVA y en los registros de temperatura distal de los pacientes. Dicho lo anterior es pertinente considerar dicha variable para futuras investigaciones, debido a que se cree que dicha situación tuvo una repercusión directa sobre los resultados de varias muestras.

4. Reflexiones del alumno o alumnos sobre sus aprendizajes, las implicaciones éticas y los aportes sociales del proyecto

4.1 Aprendizajes profesionales

Adolfo Sebastian Subizar Cruz

El formar parte de este proyecto representó un detonante impulsar el desarrollo profesional recorrido a lo largo de la carrera. Dentro de este proceso, desarrollé competencias nuevas, a la par de la afinación de otras que surgieron con mis demás proyectos. Una de ellas fue la elaboración concisa y clara de registros, sintetizando la información primordial y relevante tanto del sujeto como de la intervención, permitiendo el análisis retrospectivo de la práctica realizada.

Esta práctica de autoevaluación constante es otra competencia que afiné a lo largo del proyecto, evaluando no solamente mi desempeño en materia de comunicación y escucha, sino tomando en cuenta constantemente desde qué marco teórico e ideológico se plantea mi discurso e intervención. A final de cuentas, otro aprendizaje que me llevo de este proyecto, que antes intuía pero no era del todo consciente, es que los servicios de salud son un acto político y económico. A nivel macro se ve influida por legislaciones, tendencias globales, presupuestos, entre otros, haciendo que gran parte de la salud de las personas recaiga no únicamente en ellas, sino en gran medida en la situación de su contexto.

Esto desde luego no elimina la responsabilidad y la capacidad de acción individual, donde entran a nivel menos abstracto y mucho más tangible (aunque encubierto) los marcos contextuales de cada individuo, incluido el servicio de salud: políticos, culturales, espirituales, teóricos, entre otros. Todo esto moldea la práctica multidisciplinar de los cuidados paliativos, y moldea el cómo la persona interactúa con quienes la brindan.

En una nota similar, un aprendizaje profesional que adquirí fue el hecho de que la práctica de los cuidados paliativos constituyen una revisión constante de tus propios marcos teóricos e ideológicos. Desde qué significa la dignidad humana, hasta qué significa el buen morir y qué es lo que se encuentra (o no) más allá de la muerte, se debe ser consciente de que perspectiva personal se aborda, para que si esta permea o no nuestro actuar profesional, sea de manera intencionada y en una consciencia lo más absoluta y permanente posible.

Alba Ximena Ramírez Arias

A lo largo del proyecto puede desarrollar habilidades en escucha, entrevista y aplicación de test psicométricos, así como técnicas para el manejo del olor como lo son la hipnosis ericksoniana, técnicas de respiración y relajación. también desarrolle la capacidad de salir de mi contexto y de mi realidad para poder tener un abordaje más ético y humano con mis pacientes al ser capaz de entender diferentes contextos e ideologías.

El trabajar con un equipo interdisciplinario conformado por enfermeros, enfermeras, médicos, trabajadores y trabajadoras sociales fue esencial para desarrollar la capacidad de trabajar en conjunto con distintos enfoques. También me enseñó a tomar en cuenta cuestiones físicas y fisiológicas de los pacientes a la hora de intervenir o analizar su condición, desde tomar en cuenta los medicamentos que se le están administrando, la calidad del sueño, síntomas físicos y cognitivos del paciente y señales de posible malestar o sufrimiento en pacientes que tienen limitaciones para comunicarse o que presentan una alteración en el estado de consciencia.

En este proyecto fue muy claro para mí que la psicología es un campo profesional difícil, esto debido a las creencias que se tienen alrededor de ella, estas creencias van desde el pensar que si asistes a una terapia tienes que estar “loco”, o que los psicólogos damos consejos y que todos nosotros tenemos un enfoque transpersonal. A esto se le suma que a la psicología se le resta importancia sobre los resultados que tiene o de la necesidad de llevar un proceso terapéutico.

Fue bastante claro también que, lamentablemente, al restarle importancia a la psicología en muchos ámbitos profesionales, la presencia de un psicólogo o psicóloga en los equipos de intervención se minimiza, dando como resultado una atención incompleta o donde solo ciertos afortunados tienen acceso a una atención integral. sin embargo, también pude aprender que nuestro trabajo habla por sí solo, y que al empezar a trabajar con un paciente, los resultados se hacen visibles para el resto del equipo, facilitando el ingreso de los psicólogos al equipo en un futuro.

Mis mayores pruebas se relacionaban con cuestiones éticas más que teóricas, esto a lo referente de poner límites a la hora de intervenir. Hablo de dichos límites ya que al estar en contacto con una persona o familia que se encuentra viviendo procesos de duelo de manera constante me llegaba a absorber y a involucrarme con la familia, esto resulta benéfico para la empatía, pero era necesario ponerme límites para que esto no interfiriera con mi propio bienestar sin dejar de lado el aspecto humano con el que cada paciente merece ser atendido.

Gracias a este proyecto pude encontrar que área de la psicología me llama más la atención y a la cual me quiero dedicar. Me dio una visión fresca de un modelo de trabajo interdisciplinario y con un tema que me apasiona, que son los cuidados paliativos.

Claudia Isabel Rico Ortiz

Considero que este proyecto es un desafío constante, debido a la interacción con personas en un estado de vulnerabilidad debido a la enfermedad que se están enfrentando ó simplemente el tema de la muerte es un tema tabú o simplemente no se toca dentro de la familia. En cada intervención puse en práctica diferentes herramientas o estilos de intervención adquiridas a lo largo de la carrera; debido a que cada paciente tenía necesidades diferentes, se debía adaptar las intervenciones a ellos. A lo largo del proyecto mi seguridad incremento y mis intervenciones mejoraron.

Al estar en un escenario hospitalario te permite el adquirir conocimientos médicos, conocer cierto tipo de enfermedades, que medicamentos son los más comunes y algunos efectos secundarios de los mismos, lo cual ayudaba mucho en las intervenciones y el abordaje abarcaría todos diferentes aspectos. Al igual el poder contar con la ayuda y el respaldo del personal de salud ayudaba a poder brindar una intervención más integrada; de la misma manera, aprendí cómo se trabaja dentro de las instituciones, adaptándome a sus reglas y normas de trabajo e incluso con diferentes disciplinas.

El equipo de trabajo que se formó para el proyecto considero que fue una parte vital para mi aprendizaje, ya que pude observar diferentes maneras de intervenir y tomar lo que me funciona y me es posible implementar en mis intervención, además el poder trabajar en equipo te ayuda a ampliar tus perspectivas brindándote nuevas formas de poder abordar e incluso ir guiando la sesiones. Al igual que el acompañamiento de todo momento de mis maestros, guiando y asesorando cuando se requería.

Aprendizajes sociales

A lo largo de este proyecto pudimos experimentar, diseñar y planear una estrategia que va en pro de la calidad de vida, ya que posibilita la disminución de dolor y malestar físico y emocional en pacientes que viven con fibromialgia o neuropatía diabética, dicho proyecto se

puede amplificar para llevarlo a cabo con pacientes que experimentan dolor de miembro fantasma, cáncer o incluso lumbalgias. Dicho trabajo impactará y cambiará directamente la realidad de una persona al disminuir la sintomatología de la enfermedad con la que viven.

Dicho proyecto no solo nos ha facilitado herramientas y aprendizajes para redactar un trabajo, pudimos adquirir habilidades que nos permitieron planear y diseñar, cuidando la viabilidad y confiabilidad del mismo. Adquirimos habilidades para la búsqueda de material, adaptarnos al contexto y asegurar tener fuentes confiables, así como el gestionar individuos que nos ayuden a llevar a cabo el proyecto. Todo esto contribuyó a que el proyecto se llevara a cabo de manera efectiva, sin quitar de vista que el verdadero propósito era proporcionar al paciente herramientas para manejar el dolor.

Este proyecto puede ser de gran interés y beneficio social si se expandiera para su aplicación en pacientes con cualquier diagnóstico, que experimenten dolor, malestar emocional o trastornos de sueño. Esto sería debido a que se le estaría ofreciendo a dichas personas una alternativa para el manejo de dolor o de los malestares adicionales al tratamiento farmacéutico.

Los impactos que se pueden evidenciar dentro del proyecto son el dolor, la calidad del sueño y disminución de la sintomatología física, así como el aumento o disminución del bienestar dentro de la vida del paciente, sin embargo los cambios cognitivos y en conductas cotidianas pueden resultar complicado el poder evidenciarlo ya que no contamos con una herramienta para medir dicho avance.

Los grupos que se beneficiaron dentro del proyecto son todos aquellos pacientes que viven con neuropatía diabética o fibromialgia y que el tratamiento farmacéutico no alcanza a cumplir los resultados esperados por pacientes o cuerpo médico. Dicho aspecto también es un beneficio generado por esta propuesta, dentro del cual no solo se da la posibilidad, sino que se trabaja por un tratamiento a largo plazo.

Los servicios profesionales que se facilitaron se enfocaron a un grupo que muchas veces se encuentra en paro de labores por su diagnóstico, donde la mayoría de las veces ya no es posible para el individuo llevar a cabo actividades diarias. Dichos servicios pueden contribuir a disminuir la utilización de medicamentos y de recursos públicos por lo que, de ser reproducido en otros hospitales, puede contribuir a la mejora económica del instituto.

Los saberes aplicados son transferibles a otras situaciones, ya que que no es necesario el contar con herramientas costosas o difíciles de conseguir, lo cual lo hace reproducible y adaptable a distintos contextos, ambientes y tiempos. La manera de darle seguimiento a esta aportación social es el seguir reproduciendo el proyecto dentro del hospital, así como participar en concursos y eventos para exponer su efectividad y su adaptabilidad.

Nuestros supuestos de realidad cambiaron al encontrarnos con personas de distintos contextos, ideas y creencias, el trabajar con ellas y darnos cuenta que cada persona tiene sus propias batallas para contar y que muchos pueden tener tantas cosas en comun y aun así tener sus diferencias, nos abrió la perspectiva para adaptarnos a las necesidades de cada uno de nuestros pacientes, adaptando la técnica, el acercamiento y el ritmo de cada uno, llegando a comprender las diferencias escuchando a la vez que fue lo que formó a aquella persona con la que nos encontramos.

Aprendizajes éticos

Desde luego, la implementación de la labor psicológica en cualquier ámbito representa desafíos éticos puntuales. Sin embargo, consideramos que aquellos que refieren a la psicología de la salud suelen tener características sumamente específicas, de las que puede depender el bienestar de la persona, su familia, e inclusive puede facilitar o entorpecer la labor clínica interdisciplinar.

Algunas de las experiencias más puntuales fueron respecto al papel del profesional de la psicología frente a la institución. Decidir hasta qué punto se debe compartir información

vital para la salud del paciente y hasta qué punto se debe respetar el acuerdo de confidencialidad es una línea delgada y en ocasiones difícil de visualizar. Esto se vuelve desafiante en mayor medida cuando la información es requerida por un miembro del cuerpo médico que goza de mayor jerarquía dentro del espacio, especialmente cuando queda en entredicho la utilidad clínica de la información requerida o el carácter personal de la misma.

La decisión de preservar la integridad del secreto profesional, aún al costo del vínculo con un colega, ha sido juzgada como adecuada en todos los casos. Sin embargo, en casos donde la vida de la persona peligra, tal como en el caso de la ideación suicida, es necesario hacer intervención en crisis de primer orden, pero en muchos casos será necesario hacer enlace con cuerpo médico, familiares u otros profesionales de la salud para garantizar la integridad de la persona. Esto tendrá sus matices dependiendo del estado psíquico del involucrado y del si se trata de un mayor de edad.

Adolfo Sebastian Subizar Cruz

Adicionalmente a los aprendizajes éticos puestos en común anteriormente, son muchas las interrogantes éticas alrededor de los cuidados paliativos. Considero que uno de los aprendizajes éticos más importantes que he desarrollado a lo largo de la carrera fue el cómo la bioética interactúa en el quehacer psicológico al final de la vida. La autonomía y la dignidad son conceptos íntimamente relacionados, sin embargo, la definición de dignidad parece cambiar radicalmente de un contexto a otro. Además, pareciera que el encontrarse al final de la vida, o en situación de hospital, cambiase el como la autonomía y la dignidad se aplican a la persona en cuestión.

El paternalismo es una posición cómoda, que involucra poder de decisión y acción, tanto desde el cuidador como desde el profesional de la salud. Sin embargo, esta es sumamente tóxica, favoreciendo una serie de problemáticas que van desde fallas en el apego al tratamiento, hasta la completa pérdida de autonomía y dignidad del paciente. El saber que quien tiene el

derecho a decidir sobre su vida, muerte y tratamiento es el paciente mismo y nadie más que él o ella, es un aprendizaje vital tanto a nivel ético como profesional.

Alba Ximena Ramírez Arias

Uno de los aprendizajes éticos más fuertes que tuve a lo largo de este proyecto fue el ser capaz de presentarle al paciente la información que requiere para tomar una decisión informada sin sesgar su la misma y el ser capaz de respetar por completo dicha decisión sin juicios de valor o visiones atravesadas por mi contexto.

Fue de vital importancia el aprender que, incluso si el equipo es interdisciplinario, la información del paciente siempre debe de ser protegida y que únicamente se hablará con su médico, cuidador, etc. lo que el paciente autorizó o pidió, tomando en cuenta las consideraciones que el código ético nos marca.

Otro de los aprendizajes más significativos para mí fue el poder integrar toda la información proporcionada por lo pacientes y ser capaz de tener una postura clínica y al mismo tiempo humana, es decir; que la intervención no solo quedará como una consulta con la psicóloga y tampoco como una charla de café, el reto consistía en que las personas con las que trataba ignoraran la bata y me tuvieran la suficiente confianza como para hablar libremente conmigo, así como el darle la seriedad que corresponde al proceso que se estaba llevando.

Claudia Isabel Rico Ortiz

El mayor aprendizaje ético que me llevo es a realizar lo que esté en mis manos para poder ayudar al paciente se encuentre lo más cómodo y con el mayor bienestar posible que se puede, pero que en muchas de las ocasiones no depende de mí, ya que estamos dentro de una institución con una gran cantidad de pacientes que les es imposible satisfacer las necesidades de la mayoría por completo.

Se que suena un poco contradictoria, pero considero que este semestre aprendí eso, a dar lo mejor que pueda de mi y de mi trabajo, buscando el bienestar siempre del paciente, al

mismo tiempo que me cuido a mi misma y hasta donde puedo llegar dentro de la misma institución.

Otro aprendizaje que me llevo es la importancia de la confidencialidad y de la privacidad de cada paciente, ya que ellos deciden revelar una parte muy íntima de su persona, por lo cual debemos tener mucho cuidado con dicha información y cómo hacemos uso de ello. Siempre cuidando y respetando la autonomía y el bienestar del otro; aceptando nuestras limitaciones y nuestras capacidades.

Aprendizajes en lo personal

Adolfo Sebastian Subizar Cruz

Uno de los aprendizajes personales que me llevo de este PAP, es el darme cuenta de la gran relevancia de reflexionar no únicamente sobre el plan de vida en términos de lo laboral y sentimental, sino de contemplar qué deseos tengo para el final de mi vida. Desde la reanimación, donación de órganos, repartición de bienes, hasta el manejo de los restos funerarios, todas son cuestiones de las que frecuentemente se evita pensar o hablar, teniendo el pensamiento mágico de si se piensa en ello seguramente es porque pronto uno se encontrará con el final de su vida. Sin embargo, es sumamente importante poder tomar estas decisiones mientras se cuente con las plenas facultades mentales para disponer de herramientas legales que aseguren el respeto de los valores personales al final de la vida y tras la culminación de la misma.

Vivir, no desde la fantasía de la eternidad como sinónimo de la juventud, ni desde la falsa creencia de que la muerte vive en un estado de permanente lejanía, no significa una invitación a la desesperanza y al pánico. Por el contrario, invita a la toma de decisiones conscientes que abonen a mi bienestar, el cumplimiento de metas y la elección de un plan de vida que se ajuste a mis deseos y valores, el cual incluye el en qué condiciones preferiría pasar

mis últimos días. Este es un aprendizaje personal brindado por el PAP que no preví, pero que a pesar de ello disfruto profundamente.

Alba Ximena Ramírez Arias

A lo largo del año que estuve en el proyecto tuve muchos aprendizajes personales, uno de ellos fue el poder poner a prueba mis conocimientos y habilidades en escenario que resultaba intimidante para mí, revelando mis áreas a mejorar y las áreas en las que tenía fortalezas.

Otro de los aprendizajes fue el saber que fuí capaz de seguir adelante con mi vida profesional, incluso cuando me encuentro viviendo momentos difíciles en el área personal, esto sin despersonalizarme e integrandolo a mis aprendizajes que pueden ayudarme en mi proceso profesional

Otro aporte importante de este proyecto fue el ponerme frente a una realidad y contexto que antes no había visto, el poder decir sobre tu cuerpo, tu vida y tu muerte en todo momento. Me empujó a darme cuenta de la importancia de tomar decisiones sobre lo que se le hará a mi cuerpo en vida y muerte, protegiendolas de distintas maneras y protegiendo a los que me rodean de cualquier situación compleja en la que el no saber lo que yo quería pueda influir en mi bienestar y en mi voluntad para vivir o morir.

Este último aprendizaje se traslada también al ámbito social, el poder ofrecer información sobre una alternativa que le garantiza a la persona que sus decisiones serán respetadas en todo momento. Esto ayudandome también a abrir mi mente a otros contextos, formas de pensar, de actuar y de decidir, aprendiendo a trabajar de manera humana e integral con todas las personas respetando sus creencias.

Claudia Isabel Rico Ortiz

Este proyecto me brindó muchos aprendizajes acerca de mi persona, ahora tengo en claro cómo me gustaría que fuera mi muerte y que le pasaría a mis restos. Al igual la importancia de tener todos mis papeles en regla y la importancia que mis seres queridos

conozcan mis deseos póstumos, para que puedan llevarlos a cabo. Me ayudó a plantearme muchas cuestiones que antes no las tomaba en cuenta o no les daba la importancia que requería hacerlo; así mismo, entendí la importancia de que este tema se toque en mi familia y poder expresar lo que sentimos y pensamos.

También considero que me ayudó a darle un mayor sentido a mi vida en general, antes veía la vida como algo que tenía seguro, pero al estar en contacto con la vulnerabilidad de la vida constantemente, me ayudó a comprender lo efímera que está y lo afortunada que soy al tener todo lo que tengo a quienes tengo en mi vida, cómo son mi familia. Siento que me volví más humana, más agradecida y ahora disfruto más de las cosas.

5. Conclusiones

El Proyecto de Aplicación Profesional (PAP) aporta muchas herramientas necesarias para el desarrollo de habilidades como futuros psicólogos; ya que cada intervención se debía adecuar a las necesidades de los pacientes, utilizando diferentes corrientes o herramientas adquiridas durante la carrera a la par del proyecto.

Durante el año en el que se realizó el proyecto, en específico dentro del Hospital Regional “Dr. Valentín Gómez Farías”, se hizo visible en el trabajo realizado por los alumnos que presentan este reporte, que los resultados de las intervenciones para manejo psicológico del dolor dan, en la mayoría de las ocasiones, resultados favorables para el paciente.

Dichos resultados van desde un incremento en la calidad de vida del paciente por la disminución en la percepción del dolor, hasta el recobrar autonomía al tener una herramienta para el manejo de síntomas que es auto-aplicable y sin restricción de dosis.

Es importante mencionar que se observa la necesidad de seguir trabajando como psicólogos en conjunto con otras profesiones de la salud para un trabajo integral y eficaz que

vaya en pro al bienestar del paciente y sus familiares, esto teniendo en cuenta las necesidades y decisiones del mismo respecto al tratamiento y plan terapéutico.

De igual forma, no se debe de dejar a un lado a los cuidadores ni a los familiares, ya que forman parte fundamental del tratamiento del paciente, por lo que también el equipo de salud debe de cuidarlos y brindarles las herramientas adecuadas para adecuado y sano afrontamiento ante el diagnóstico, sin dejar a un lado su el resto de sus actividades y su vida cotidiana.

Nos permite tener un acercamiento a la parte más vulnerable de la vida de cualquier ser humano y de sus familiares; por lo cual nuestras intervenciones siempre cuidando la calidad de la intervención basándonos en la respeto de la vida y de la persona, salvaguardando la autonomía y el derecho de la decisión del paciente sobre su vida, tratamiento y, en caso de ser necesario, fallecimiento.

Por lo mencionado anteriormente, se puede concluir que es un PAP que te permite no sólo tener un crecimiento personal y profesional; también te brinda la oportunidad de trabajar en los regímenes de una institución pública brindando un servicio de calidad a personas que quizás por el nivel de vida que llevan tan ajetreado o la escasez de recursos económicos, no se dan el tiempo de acudir algún acompañamiento psicológico ó no se toman el tiempo de hablar sobre la muerte o de el diagnóstico que padecen. Siendo así una experiencia muy gratificante y enriquecedora.

6. Bibliografía

- Diario oficial de la Federación (2012). NORMA Oficial Mexicana NOM-011-SSA3 2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos. Revisado el 12 de noviembre del 2016.
- Daszkiewicz, A., Gierlotka, Z., Nierodziński, W., Misiołek, A. & Misiołek, H. (2016). Neuropathic pain after spinal cord injury resistant to conventional therapies – case report. *Psychiatr. Pol.*, 50(2), 345–355.
- Guijarro, C; (2016) Aspectos psicológico del paciente terminal: adolescente y la familia. Universidad de Valladolid: Facultad de enfermería.
- González, C., Méndez, J., Romero, J., Bustamante, J., Castro, R. & Jiménez, M. (2012). Cuidados Paliativos en México. *Revista Médica del Hospital General de México*. 75(3) 173-179.
- Molina, J. M., Figueroa, J. & Uribe, A. F. (2013). El dolor y su impacto en la calidad de vida y estado anímico de pacientes hospitalizados. *Universitas Psychologica*, 12(1), 55-62.
- Espinar, V (2012) Los cuidados paliativos: Acompañando a las personas en el final de la vida. *Cuadernos de Bioética*. 23(1).
- Organización Mundial de la Salud, (2017) Cuidados Paliativos.
- Pastrana, T., De Lima, L., Wenk, R., Eisenchlas, J., Monti, C., Rocafort, J., Centeno, C. (2012) Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica.

Anexos

Efectos de la Hipnosis Ericksoniana en pacientes con fibromialgia

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Escenario: Hospital Valentín Gómez Farías ISSSTE

Proyecto de Aplicación Profesional: Manejo Psicológico del dolor y Cuidados Paliativos



Presentan:

Adolfo Sebastian Subizar Cruz, Alba Ximena Ramírez Arias, Claudia Isabel Rico Ortiz,
Hugo García Balvaneda, Nicole Manuel Rival.

Asesores:

Dra. Patricia E. Ornelas Tavares (ITESO)

Dr. José de Jesús Gaspar (ISSSTE)

Diciembre 2017

Resumen:

El presente, es un estudio cuasiexperimental de tipo comparativo y transversal cuyo objetivo fue evaluar el efecto de la Hipnosis Ericksoniana en la percepción del dolor en 13 pacientes con Fibromialgia. Se utilizaron medidas como el cuestionario de dolor de McGill, el cuestionario de calidad de vida, escala visual de dolor EVA y temperatura periférica antes y después de cada una de las cuatro sesiones. Los resultados fueron comparados con un grupo control al que únicamente se le aplicaron las mediciones: Los resultados sugieren que hubo diferencias significativas en la temperatura en 3 de las 4 sesiones ($p < .05$), mientras que en el caso de la escala EVA se observa una diferencia significativa en una de las 4 sesiones, no se observaron diferencias significativas en el resultado previa y posterior de la prueba sf-36 ($p > .05$). Se considera importante resaltar que, si bien no se aprecia diferencias significativas en todas las áreas evaluadas, dentro del análisis de los datos crudos podemos observar una tendencia al aumento del bienestar percibido y temperatura, mientras que la percepción de dolor tiende a bajar.

Palabras claves: Fibromialgia, Hipnosis Ericksoniana, Biorretroalimentación.

Abstract

The present article is a quasi-experimental comparative and transversal study, whose objective is to evaluate the effect of the Ericksonian hypnosis on the perception of pain in 13 patients with fibromyalgia. Tests such as the McGill pain questionnaire, SF-36, EVA and the measurement of peripheral temperature were used before and after the four sessions. The results were compared with a control group to which only the test were applied without the session of hypnosis: The result suggest there were significant differences in temperature in sessions 3 and 4, while in the case of the EVA scale a significant difference between sessions is noticeable, there isn't and observable significant difference between before and after measures in the life quality questionnaire. It is remarkable that while there is no noticeable differences in all evaluated areas, there is a tendency towards the increase of perceived wellbeing and temperature, while pain perception tends to lower.

Keyword: Fibromyalgia, Ericksonian Hypnosis, Biofeedback

Introducción:

La fibromialgia se describe como un síndrome reumático de etiología desconocida caracterizado por la presencia de dolor crónico en zonas musculares, tendinosas, articulares y viscerales. A esto se le suman comúnmente otros síntomas como fatiga, depresión, ansiedad, rigidez articular, cefaleas, sensación de tumefacción en manos, trastornos del sueño y parestesias en extremidades. (Calvo, 2015).

Según la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (2014) “la fibromialgia afecta al 2% de la población, en su mayoría mujeres y se presenta con mayor incidencia en personas entre 30 y 50 años, aunque existen casos en menores a esta edad, incluso niños, que llegan a padecerla, subrayó” lo cual ha llevado a los equipos de salud a abordar el tema de manera multidisciplinaria, reconocimiento con ella el tratamiento psicológico como un elemento imprescindible para aumentar la eficacia del manejo del dolor.

Dentro de las técnicas psicológicas que han demostrado su efectividad para el manejo del dolor se encuentran la hipnosis terapéutica, en específico la variante “ericksoniana”, cuya maleabilidad permite su aplicación a cualquier persona e incluso la gestión de guiones de autoaplicación para reforzar los efectos del tratamiento fuera de la sesión. El presente estudio pretende evaluar los efectos de un protocolo de intervención psicológica basado en la hipnosis terapéutica sobre la experiencia nociceptiva de pacientes con fibromialgia que acuden a un hospital público de la Zona Metropolitana de Guadalajara como parte de la contribución al abordaje interdisciplinario de dicha enfermedad.

Justificación:

En 2015 el jefe del Departamento de Neurobiología del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Eduardo Calixto González (Notimex, 2015) reportó que 3 millones de personas en México padecen fibromialgia . Martínez-Lavín añade que se considera “un

problema de salud pública de la mujer, ya que el 90% de las afectadas son mujeres entre los 30 y los 60 años” (en Barrera, Mendieta, Guerrero & Fuentes, 2013, pp. 5).

Por su parte, Quevedo (2012) ya había advertido de un incremento clínicamente significativo en la incidencia de fibromialgia a nivel internacional entre los años 2009 y 2011 a partir de una comparación realizada de varios países (México, España, EE.UU., Perú, entre otros). Esto habla de una necesidad creciente y latente que es cada vez más notoria para la comunidad de profesionales de la salud alrededor del mundo. La creciente necesidad ha llevado a los equipos de salud a abordar el tema de manera multidisciplinaria, reconociendo al tratamiento psicológico como un elemento imprescindible para aumentar la eficacia del manejo del dolor. (Ornelas en Camacho & Galán, 2015).

La demanda reiterada de consultas y medicamentos de pacientes con fibromialgia y los reportes de poca mejoría, aún con tratamiento farmacológico, supone un abordaje interdisciplinario que incluya la esfera psicosocial y espiritual del paciente. A su vez, el regreso a consulta, facilita el acceso a personas que se pueden beneficiar de las intervenciones psicológicas en combinación con el uso de fármacos, con el objeto de reducir la dependencia a los mismos.

Como parte de la evaluación del dolor crónico, la entrevista es de vital importancia, ya que requiere identificar las características de dolor tales como su localización y distribución, cualidad, intensidad, duración, así como los factores que influyen en el aumento o disminución del mismo. Entre los métodos verbales unidimensionales se puede recomendar utilizar la Escala Visual Análoga (EVA) para la fácil identificación del nivel del dolor. Establecer la comunicación y confianza entre médico y paciente es crucial para que la información fluya y sea honesta. (Cid, Acuña, De Andrés, Díaz & Gómez, 2014).

Finalmente, otro de los motivos por los que este estudio es viable es porque el equipo de investigación cuenta con entrenamiento y experiencia en el manejo de la Hipnosis Ericksoniana, así como en el registro y manejo de equipos de biorretroalimentación que sirvieron para medir las respuestas psicofisiológicas asociadas al dolor, particularmente la temperatura periférica.

Antecedentes:

La fibromialgia frecuentemente presenta comorbilidad con trastornos del estado de ánimo, lo cual a su vez influye directamente con la respuesta ante el estrés y las anomalías neuroendocrinas. Este tipo de respuesta ante el estrés conduce a la aparición y agudización de los síntomas. Los pacientes que viven con fibromialgia suelen tener problemas con el sueño, lo cual puede agudizar los síntomas o entorpecer la disminución de los mismos, esta falta de sueño también se relaciona con la falta de energía y la fatiga que se presenta con frecuencia en pacientes con dicha enfermedad (Chaves, 2013).

La fibromialgia se diagnostica cuando el paciente presenta una historia del dolor generalizado que se extiende por lo menos durante 3 meses, dolor en ambos lados del cuerpo por encima y por debajo de la cintura, así como dolor en 11 de los 18 puntos dolorosos a la palpación digital (Chaves, 2013).

Sin embargo en el estudio de Molina, Mendoza, Capafons & Llanes (2016) se exponen los resultados favorables de la hipnosis en pacientes con fibromialgia, en el que se presenta reducción en la intensidad del dolor, malestar físico y alteración del sueño sin alargar la duración del tratamiento. También se mencionó la reducción de efectos secundarios por la enfermedad, mejorando las cogniciones y las condiciones del sueño. En dicho artículo se exponen cuatro métodos para controlar el dolor, los cuales son hipnosis grupal, hipnosis individual, auto-hipnosis con grabación y relajación autógena en grupo, reportando la misma efectividad en los cuatro modelos.

Por otro lado, un estudio publicado en la revista *BMC Geriatrics* explora la viabilidad y eficacia de la hipnosis para el manejo del dolor en pacientes geriátricos hospitalizados con dolor crónico. La metodología empleada fue un análisis aleatorio de centro único controlado, con dos grupos a comparar: hipnosis y masajes. Los criterios de inclusión fueron la presencia de 3 meses o más de dolor crónico, con impacto en las actividades cotidianas, con puntuación mayor a 4; tratamiento analgésico y sin impedimento cognitivo (Ardigo, Herrmann, Moret, Déramé, Gianelli, Gold & Pautex, 2016).

Se encontró que la hipnosis mostró mejores resultados de disminución del dolor durante el tiempo de la hospitalización, esto en comparación con el grupo de masaje. Se concluyó que la hipnosis representa un método seguro y valioso en el manejo del dolor de pacientes geriátricos hospitalizados, lo cual representa que puede ser un método viable en pacientes hospitalizados con dolor crónico. Inclusive, esta investigación posiciona su aplicación en adultos jóvenes como ya comprobada (Ardigo, et. al., 2016).

La hipnosis puede ser utilizada para ayudar a la disminución del dolor en padecimientos que tengan representaciones dolorosas. Una de las condiciones con representaciones dolorosas es la fibromialgia, que es un padecimiento reumático caracterizado por la presencia de dolor crónico y cansancio o fatiga crónica que no mejora con el descenso de actividades. Es un padecimiento que afecta principalmente a las mujeres entre 30 y 60 años de edad y se ha considerado un problema de salud pública de la mujer. Se ha reconocido por la Organización Mundial de la Salud y se ha tipificado en la clasificación internacional de Enfermedades (CIE-10) con el código M79.8; sin embargo, es una enfermedad que es desconocida y descalificada por personal sanitario, favoreciendo una multi evaluación y un multitratamiento que difícilmente reporta mejoras (Barrera, et. al., 2013).

La biblioteca nacional de Estados Unidos (Calvo, 2015) define la fibromialgia como “un síndrome reumático frecuente, no articular, caracterizado por mialgia y múltiples puntos

dolorosos musculares a la palpación, los puntos gatillo.” Esto también se puede dar a entender desde una perspectiva más operacional como: una alteración del estado de salud que se caracteriza por un dolor crónico generalizado en músculos y huesos, que en muchas ocasiones imposibilita al paciente a hacer actividades diarias. Dicha condición a menudo se asocia a disturbios del sueño, fatiga, rigidez, cefalea y ocasionalmente depresión (Calvo, 2015).

Se debe mencionar que un reciente estudio de Duruk, Sertel Berk, y Ketenci (2015) indica que la fibromialgia cae en la categoría de “síndrome somático funcional” (SSF) los cuales están primordialmente asociados con dolor y estrés emocional (Keppler, Rosburg, Lemoine, Pflüger, Gyr, y Mager, 2016). Al analizar dichos síndromes, uno de los indicadores que se suele usar de referencia es la temperatura de la piel pues es considerada un marcador de la respuesta automática al estrés, el cual puede ser psicológico o estar provocado por dolor (Keppler, Rosburg, Lemoine, Pflüger, Gyr & Mager, 2016). En el caso del estudio que realizaron Keppler y colaboradores, se sugiere que la línea base de temperatura de sus pacientes con SSF era menor debido a estrés relacionado a dolor (2016). A propósito de, Ozkan, Yildiz, Arslan, Yildiz, Bilgin, Akkus, y Koklukaya (2016) acaban de realizar un estudio en el que se observaron los efectos de los parámetros de la respuesta simpática de la piel en el diagnóstico de la fibromialgia usando redes neuronales artificiales. Dentro de sus varias pruebas clínicas se incluía la temperatura de la piel.

En cuanto a los criterios diagnósticos del padecimiento, según Barrera, Mendieta, Guerrero, y Fuentes (2013), se debe comenzar por señalar que aún “no hay pruebas instrumentales o biomarcadores que hagan sospechar la presencia de fibromialgia” (pp.7). Sin embargo, sí existen tres criterios clínicos base para su exploración y diagnóstico:

- Presencia de dolor generalizado.
- Presencia de dolor al menos durante tres meses.

- Dolor a la presión, al menos en 11 de los 18 puntos sensibles.

En relación a la calidad de la vida social, las pacientes con fibromialgia se encuentran limitados en la movilidad y el contacto físico, lo cual modula la interacción con hijos, pareja y otros allegados; suele tener implicaciones laborales ya que se ven obligadas a disminuir el tiempo de su jornada, a faltar por dolor o porque tienen alguna cita con su médico, e incluso llegan a dejar su trabajo. Asimismo, las pacientes experimentan falta de credibilidad por parte de sus conocidos y su personal de salud porque les creen manipuladoras, hipocondríacas o histéricas (Barrera, et. al., 2013).

Desde la perspectiva de la psicología de la salud, concretamente en el área de manejo psicológico del dolor, Ornelas (en Camacho y Galán, 2015) hace referencia a las intervenciones que el psicólogo realiza bajo los siguientes objetivos:

- A. Normalizar el nivel de actividad funcional del paciente y promover en él una mejor calidad de vida
- B. Promover con la familia la adopción de una dinámica de relación más funcional y saludable. De esa manera el paciente tendrá menor necesidad de valerse de la expresión de su dolor como recurso para demandar atención y lograr control social
- C. Reducir hasta lo posible la dependencia del paciente de hospitales, médicos y otros profesionales de la salud.
- D. Alentar y fomentar en el paciente la reducción de quejas y lamentos de dolor tanto verbales como conductuales, que con frecuencia son elementos en que exacerban la sensación de sufrimiento
- E. Favorecer y encarecer el recurso a la actividad física hasta un nivel normal, de acuerdo con la edad y el sexo del paciente o de las posibles limitaciones médicas

- F. Reducir o eliminar los fármacos relacionados con el dolor. En el caso provocado por cáncer, se pretende producir la analgesia que incremente las horas de sueño, de reposo y de actividad libre de dolor.” (pp. 16)

Entre las técnicas psicoterapéuticas que el Psicólogo de la salud puede emplear para el manejo del dolor se encuentra la Hipnosis, como un método efectivo para reducir la nocicepción.

El Dr. Jorge Grau define la hipnosis como:

...un sueño incompleto especial, producido por maniobras de sugestión, acciones física y mecánicas y la acción ininterrumpida de un estímulo excitatorio que inducen a una inhibición parcial de la corteza cerebral, para lograr que el paciente pase de un estado de vigilia y conciencia normal, a un estado mental de alta receptividad (en Camacho y Galán, 2015, pp. 19)

El proceso de hipnosis posee cuatro partes: pre-inductiva, aplicación de técnicas para la inducción hipnótica, administración de sugerencias y fase post-hipnótica (Camacho y Galán, 2015).

Existen diferentes modelos para la hipnosis aplicada al tratamiento del dolor. El que será utilizado en la presente investigación será el modelo ericksoniano que fue explicada por H. Procter como “la división de procesos mentales en procesos conscientes e inconscientes” (en Vargas, comunicación oral, otoño 2014) la cual se alcanza mediante habilidades de comunicación (Vargas, comunicación oral, otoño 2014).

Se toma como herramienta base la hipnosis, técnica que ha sido reportada en los textos del American Journal of Clinical Hypnosis, el cual en el 2009 publicó un artículo donde demuestra la efectividad del tratamiento en el manejo de los síntomas en cuatro mujeres

diagnosticadas con fibromialgia y en Costa Rica en donde se plantea un estudio sobre la implementación de la hipnosis, que junto con técnicas cognitivo-conductuales, confirman una influencia directa en los factores que mitigan el dolor de esta enfermedad. (Quiroz, 2013).

El presente estudio pretende evaluar los efectos de un protocolo de intervención psicológica basado en la hipnosis ericksoniana sobre la experiencia dolorosa de pacientes con fibromialgia de la Clínica del Dolor del Hospital Regional “Dr. Valentín Gómez Farías” en la Zona Metropolitana de Guadalajara como parte de la contribución al abordaje interdisciplinario de la enfermedad.

El término biorretroalimentación, hace referencia a utilizar la psicofisiológica para mostrar al paciente y cuerpo clínico de manera externa que es lo que está pasando dentro de ellos. Con esto se provee retroalimentación biológica de distintas técnicas utilizadas para trabajar con áreas específicas del cuerpo, todo esto mediante a la relajación y control de signos vitales como lo serían; la respiración, temperatura y ritmo cardíaco. Así como otros signos como la tensión muscular o incluso la actividad cerebral (Schwartz & Andrasik, 2016).

La biorretroalimentación es un entrenamiento en donde el objetivo es que los pacientes aprendan voluntariamente a controlar distintos signos y síntomas. Esto con la finalidad de aumentar el bienestar del paciente con el que se esté trabajando, ya sea por dolor, estrés, ansiedad, nerviosismo o malestares físicos. La biorretroalimentación se puede utilizar tanto en las universidades, como en los hospitales, clínicas o en terapia, ya sea para investigación o para entrenar, debido a su facilidad para adaptarse a los requerimientos y herramientas del paciente, con el cual se trabaja de manera personalizada para alcanzar los resultados deseados (Ancoli, Peper & Quinn, 2012).

En el estudio de Pfammatter (2012) se ha demostrado que la biorretroalimentación resulta ser un tratamiento viable para el dolor, esto debido a que las técnicas utilizadas en

biorretroalimentación, tales como la imaginería asistida y relajación. Se asocian con el incremento de la temperatura periférica, proceso que a su vez se relaciona con la relajación y disminución del dolor.

En 2015 en el artículo de Theadom, Cropley, Smith, Feigin & McPherson se realizó una revisión de teoría acerca de los efectos de las terapias mente y cuerpo en los adultos con fibromialgia. En dicho estudio se planteó que aquellos pacientes que habían recibido atención psicológica tuvieron dos puntos menos en una escala del 0 al 100, en comparación de los que recibieron atención habitual, en el funcionamiento físico y dolor. Mientras que en el caso de los efectos secundarios, de 1000 pacientes que recibieron terapia psicológica, diecinueve de ellos presentaron efectos adversos en comparación con los 51 pacientes de 100 que recibieron atención habitual. Dicho artículo recomienda la revisión de futuras investigaciones para aumentar la fiabilidad de los resultados.

Objetivos y preguntas:

Objetivo general:

Evaluar el efecto de un protocolo de intervención psicológica basado en hipnosis Ericksoniana en pacientes con fibromialgia del Hospital Regional “Dr. Valentín Gómez Farías” del ISSSTE en el periodo de Agosto de 2016 a Diciembre de 2017.

Objetivos particulares:

1. Comparar los registros de temperatura periférica y la Evaluación Visual Análoga (EVA) en grupo control, así como antes y después de cada ejercicio de hipnosis en el grupo experimental.
2. Evaluar si al final del tratamiento, los pacientes reportan una mejor calidad de vida y menor dolor que al inicio del mismo
3. Comparar las mediciones del grupo que recibió Hipnosis, con el que no la recibió.

Pregunta de investigación:

¿La intervención psicológica basada en hipnosis ericksoniana reduce significativamente la experiencia dolorosa en pacientes con fibromialgia?

Hipótesis:

H1: Existe una diferencia estadísticamente significativa entre las mediciones iniciales y finales sobre el dolor y calidad de vida como resultado del tratamiento de hipnosis ericksoniana en pacientes con fibromialgia.

H2: Existen diferencias estadísticamente significativas en las mediciones iniciales y finales por sesión de temperatura y EVA

H3: Existen diferencia estadísticamente significativas entre las mediciones hechas para el grupo control y el experimental

Método

Diseño:

Desde la metodología para las ciencias sociales el presente es un estudio comparativo, cuasi-experimental-transversal con dos grupos con preprueba-posprueba y grupo control. El protocolo de intervención consistió en una entrevista inicial y medición psicométrica, cuatro sesiones de hipnosis con registro de temperatura y eva y una sesión final de evaluación.

Participantes:

Se contó con la participación de 13 mujeres diagnosticadas con fibromialgia que firmaron el consentimiento informado y asistieron a las sesiones de seguimiento completas

El estudio se realizó con una muestra compuesta por 13 participantes, de los cuales 11 formaban parte del grupo experimental y 2 del grupo control, dichos sujetos se encontraban

tomando algún tipo de tratamiento dentro del hospital ISSSTE “Valentín Gómez Farías”. El rango de edad que comprende de los 27 a los 69 años. Respecto al cuidado, 9 de ellas expresan cuidarse a sí mismas sin ayuda de nadie más, 2 comentan compartir su cuidado con familiares y dos de ellas mencionan que sus hijos o esposo son los responsables de su cuidado.

Instrumentos de recolección de datos

- Entrevista semiestructurada que incluyó datos demográficos y una descripción de la experiencia del dolor por fibromialgia.
- Instrumentos Psicométricos
 - Cuestionario McGill de Dolor (versión validada lengua española), que evalúa aspectos cualitativos y cuantitativos del dolor como localización, cualidad, intensidad y valoración del dolor actual.
 - Cuestionario de Calidad de Vida SF-36. Es un instrumento diseñado para evaluar el nivel de calidad de vida relacionada con la salud, conceptualmente basado en un modelo bidimensional de salud: física y mental. Consta de 36 ítems que se agrupan en 8 subescalas. Se puntúan en escalas tipo Likert de rango variable de 2 a 6 valores, su referencia temporal es el momento actual y ha demostrado su fiabilidad y validez en diversos estudios (García-Portilla, Bascarán, Sáiz, Parellada, Bousoño, Bobes, 2008)
- Escala Visual Analógica como indicador principal de la percepción subjetiva del dolor.
 - Formato de registro diario de Escala Visual Analógica (EVA) para el grupo control.
- “Stress thermometer” (Termómetro de estrés) para la medición de temperatura periférica.

Procedimiento

El protocolo de Investigación fue sometido al Comité de Investigación del Hospital y fue aprobado en agosto de 2016. Se realizó una sesión informativa para invitar a las pacientes diagnosticadas a participar en el estudio. Quienes aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado, tuvieron una entrevista inicial en la que se explicaron los objetivos del estudio y el compromiso de asistir a cuatro sesiones individuales con una periodicidad de una vez por semana y completar los registros que se les solicitaron.

En cada sesión se aplicaba un ejercicio de hipnosis ericksoniana enfocado a la disminución del dolor y se les enseñó una versión simplificada del ejercicio en forma de autohipnosis para que pueda continuar con el manejo del dolor en casa. En una sexta sesión, se hizo el cierre con otra entrevista y con la segunda aplicación de los instrumentos.

Finalmente, el grupo control únicamente recibirá indicaciones de cómo registrar su EVA para reportarlo al equipo de evaluación durante 4 semanas consecutivas. Cabe señalar que varias participantes del grupo control desertaron por lo que sólo se tienen los datos completos de dos personas.

Una vez concluido el trabajo experimental, los datos recabados fueron sistematizados para su análisis con ayuda del programa SPSS versión 24.0.

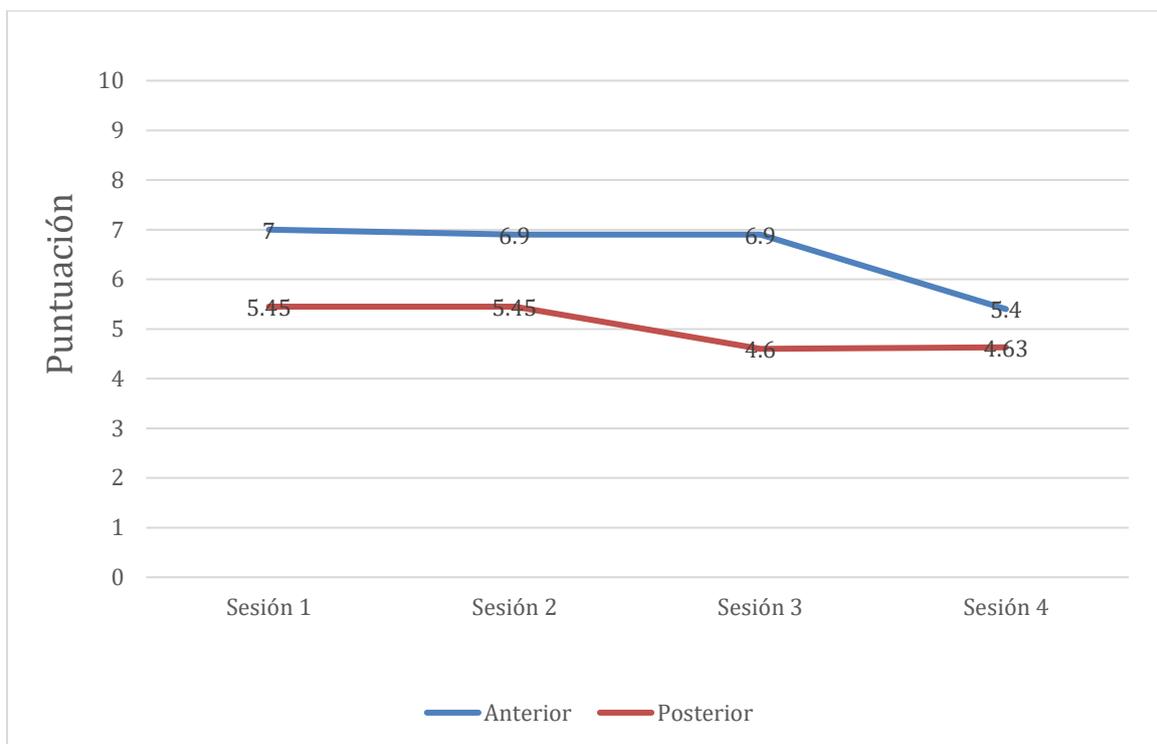
Resultados:

A partir del análisis de los resultados y considerando que la muestra es pequeña y su distribución no es normal, se utilizó un análisis de comparación con el método de suma de rangos de Wilcoxon para responder a cada una de las hipótesis.

Con respecto a las mediciones psicométricas, se hizo una comparación entre las mediciones iniciales y finales sobre dolor y calidad de vida. La primer gráfica corresponde al formato EVA, donde mayor puntuación corresponde a mayor dolor. El segundo y tercer gráfico corresponden al cuestionario de calidad de vida SF-36, donde a mayor puntaje, mayor calidad de vida.

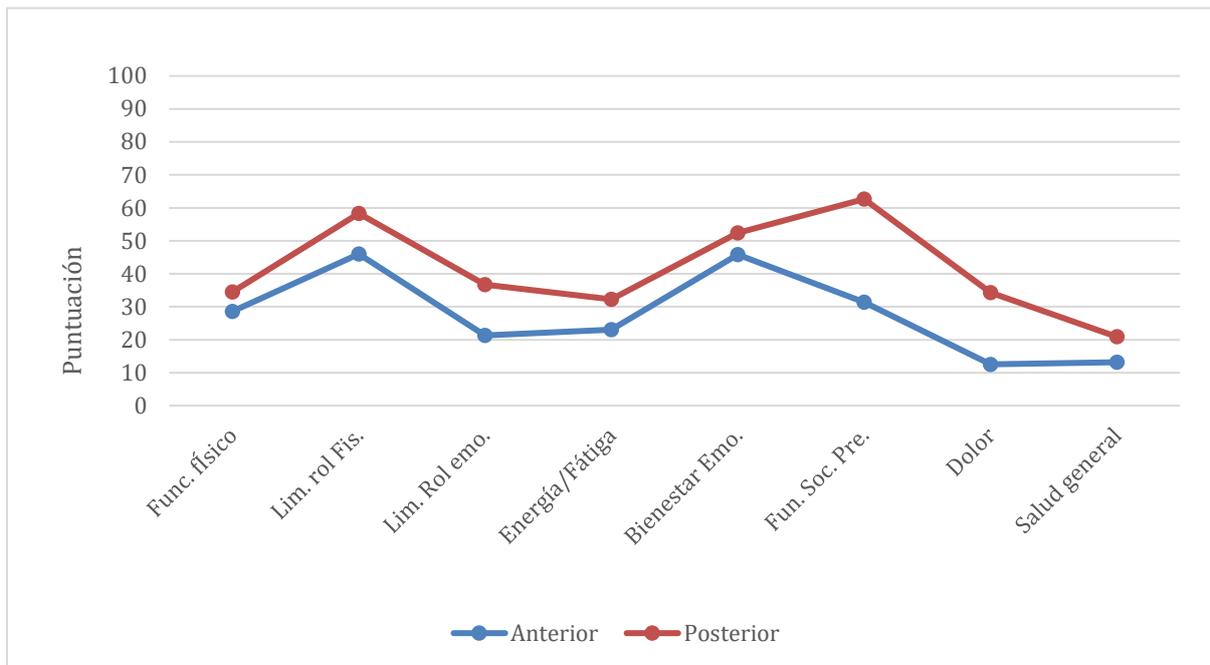
Figura 1: Comparativa iniciales (PRE) y finales (POST) escala EVA

Sesión 1 a la 4



Cómo se puede observar en el gráfico anterior, el promedio de evaluaciones por sesión de escala EVA suponen una disminución del dolor antes y después de la hipnosis, del mismo modo, las puntuaciones promedio refieren menos dolor conforme avanzan las sesiones.

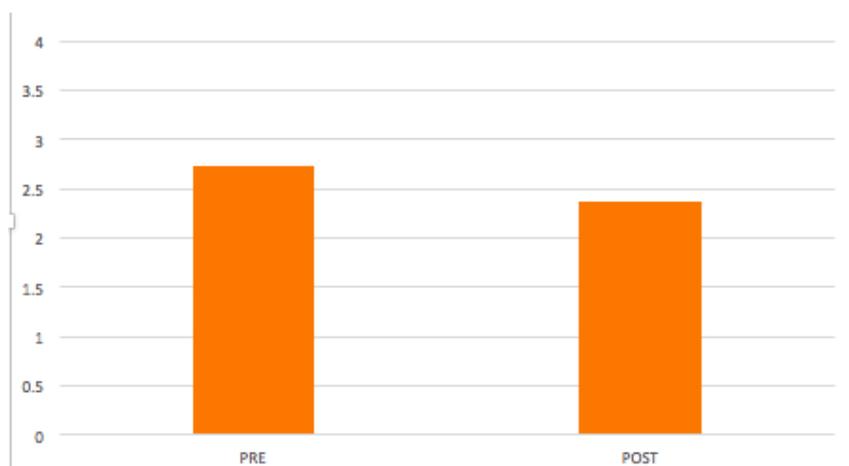
Figura 2: Comparativa iniciales (PRE) y finales (POST) SF-36



Cómo se puede apreciar en los dos gráficos anteriores, entre la primer y última sesión hubo un incremento en todos los rubros del inventario. Esto sugiere una mayor calidad de vida entre ambas sesiones, siendo esta diferencia más significativa en algunas dimensiones que en otras.

Figura 4: Comparativa iniciales (PRE) y finales (POST)

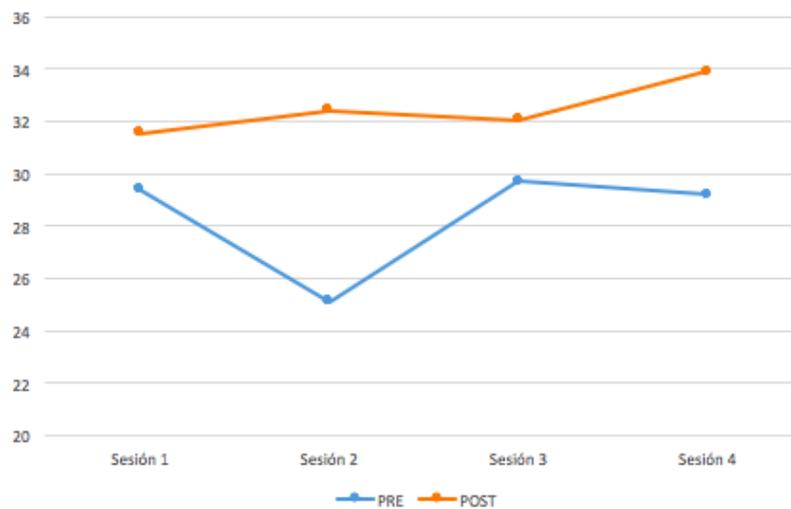
Dolor al momento de la aplicación del cuestionario McGill



La figura anterior muestra la comparativa entre el dolor al momento de la aplicación del cuestionario McGill durante la primera y última sesión. A pesar de que existe una diferencia entre el promedio de puntuaciones posteriores y anteriores, esta es apenas apreciable.

Figura 5: Comparativa iniciales (PRE) y finales (POST)

Temperatura distal en C°



Por último, en la figura 5, se muestra una variación en las puntuaciones promedio antes y después de la hipnosis. Esto refleja un incremento de la temperatura tras la hipnosis, siendo la sesión dos aquella con la diferencia más significativa, contando con la temperatura inicial promedio más baja y la diferencia entre temperaturas más amplia.

Tabla 3: Diferencia entre las puntuaciones iniciales y finales del Cuestionario SF-36 del Grupo Experimental

Estadísticos de Prueba	Funcionamiento Físico	Lim. Rol por salud Física	Lim. Rol por Problemas Emocionales	Energía / Fatiga	Bienestar emocional	Funcionamiento social	Dolor	General Salud
Z	-.719 ^b	-.730 ^b	-.768 ^b	-1.752 ^b	-1.068 ^b	-2.056 ^b	-1.939 ^b	-1.105 ^b
Sig. Asintótica (bilateral)	.472	.465	.443	.080	.285	.040	.052	.269

En la tabla anterior se muestra la comparación de las 8 áreas evaluadas por el cuestionario SF-36, a partir del análisis de comparación con el método de suma de rangos de Wilcoxon entre la primera sesión y la última.

Se puede observar también, en la misma tabla, que existe una diferencia significativa en el funcionamiento social ($p = 0.040$) que registraron los pacientes en la aplicación pre y post del cuestionario. Sin embargo observamos que en el resto de las siete áreas no existen diferencias significativas, encontrando una tendencia a la significancia en el dolor durante la aplicación inicial y final. Resultados similares se observaron en el Cuestionario de dolor de McGill.

Tabla 4: *Diferencia entre las puntuaciones iniciales y final del Cuestionario de dolor McGill en el grupo experimental*

Dolor al momento de la prueba MG POST - Dolor al momento de la prueba MG PRE	
Z	-1.000 ^b
Sig. asintótica (bilateral)	.317

Con estos resultados, la hipótesis de trabajo que afirmaba que existe una diferencia estadísticamente significativa entre las mediciones psicométricas iniciales y finales sobre el dolor y calidad de vida como resultado de la hipnosis ericksoniana en pacientes con fibromialgia se rechaza.

Por otro lado, también se realizó un análisis de las diferencias entre las mediciones de temperatura periférica al inicio y al final de cada sesión. En este sentido, los resultados muestran el efecto inmediato de la hipnosis sobre la señal psicofisiológica con los siguientes resultados:

Tabla 5: Niveles de significancia en la temperatura periférica pre y post durante las sesiones experimentales.

Estadísticos de Prueba	Temperatura 1 POST - Temperatura 1 PRE	Temperatura 1 POST - Temperatura 1 PRE	Temperatura 3 POST - Temperatura 3 PRE	Temperatura 4 POST - Temperatura 4 PRE
Z	-2.584 ^b	-2.625 ^b	-1.601 ^b	-2.936 ^b
Sig. Asintótica (bilateral)	.010	.009	.109	.003

En la tabla anterior se observa la temperatura de los participantes antes y después de la realización de la sesión de hipnosis, encontrando una diferencia significativa en las sesiones 1, 2 y 4, siendo la sesión 3 la única sin una diferencia relevante (P=.109)

En el caso de la evaluación visual análoga, los resultados se muestran a continuación:

Tabla 6: Niveles de significancia en el EVA pre y post durante las sesiones experimentales.

Estadísticos de Prueba	EVA 1 POST - EVA 1 PRE	EVA 2 POST - EVA 2 PRE	EVA 3 POST - EVA 3 PRE	EVA 4 POST - EVA 4 PRE
Z	-1.638 ^b	-1.620 ^b	-2.323 ^b	-1.310 ^b
Sig. Asintótica (bilateral)	.101	.105	.020	.190

La tabla anterior muestra las escalas EVA antes y después de la sesión de aplicación de hipnosis, Mostrando una diferencia significativa en la sesión número 3 (p=.020). Mientras que en las sesiones 1, 2 y 4 no se obtuvieron los mismos resultados.

Ante estos hallazgos, la Hipótesis de trabajo que afirma que existen diferencias estadísticamente significativas en las mediciones iniciales y finales por sesión tanto de

temperatura como EVA, se acepta en relación a la temperatura pero se rechaza en relación a la evaluación visual análoga.

Es importante resaltar que durante la sesión número 3, la temperatura de dicha sesión fue la única en no mostrar una relevancia significativa, a diferencia de la Escala Visual Análoga en donde los resultados de dicha sesión en la prueba, fueron los únicos que mostraron una diferencia significativa.

Finalmente, para responder a la Hipótesis de trabajo que afirma que existen diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones hechas para el grupo control y el experimental, se muestran los siguientes resultados.

Tabla 7: Niveles de significancia por área en los resultados de SF-36 Grupo Control

Estadísticos de prueba	Func. Físico Post - Func. físico Pre	Lim del rol x física Post - Lim del rol salud física Pre	Lim. del rol debido a probls emoc post - Lim. del rol debido a probls emoc pre	Energía/f atiga post - Energía/f atiga pre	Bienestar emocional post - Bienestar emocional pre	Funciona miento social post - Funciona miento social pre	Dolor post - Dolor pre	Salud general post - Salud general pre
Z	-1.000 ^b	-1.000 ^c	-1.000 ^c	-1.000 ^c	-1.000 ^c	-1.000	-1.414 ^c	.000 ^d
Sig. asintótica (bilateral)	.317	.317	.317	.317	.317	.317	.157	1.000

En la tabla anterior podemos observar que ninguno de los apartados del cuestionario SR-36 mostraron una diferencia significativa entre la medición inicial y final del grupo control. De confrontar los resultados obtenidos por la prueba sf-36 podremos observar que, en las cifras

obtenidas por el grupo experimental, alcanzamos a ver áreas con diferencias significativas entre la sesión inicial y la final, mientras que en los datos del grupo control no se observan diferencias significativas en ninguna de las áreas de la prueba.

Por otro lado, tampoco se observaron diferencias significativas en relación a los puntajes obtenidos en el cuestionario McGill de Dolor.

Tabla 8: Niveles de significancia en el cuestionario de dolor McGill en grupo control.

Estadísticos de prueba	
Dolor al momento de la prueba MG POST - Dolor al momento de la prueba MG PRE	
Z	-1.342 ^b
Sig. Asintótica (bilateral)	.180

En la tabla anterior podemos ver que el grupo control no tuvo una diferencia significativa en la investigación. Confrontando, de nueva cuenta, los resultados obtenidos en el grupo experimental y el grupo control, observaremos que ninguno de los dos tuvo una diferencia significativa en los resultados obtenidos de la prueba McGill de la sesión inicial a la final.

Discusión

Dentro de los resultados obtenidos mediante el programa SPSS podemos observar que en algunas de las áreas evaluadas no se visualizan diferencias significativas. Sin embargo ciertas áreas demostraron ser estadísticamente representativas, como lo fueron fueron; El funcionamiento social, el dolor, la temperatura en las sesiones 1,2 y 4, mientras que en la sesión número 3 se obtuvo una diferencia significativa en el EVA. Aunque se desconocen las variables que interactuaron directamente sobre esta aparente discrepancia, es importante resaltar que durante la sesión número tres no se mostró una significancia representativa en temperatura, pero si en la escala EVA.

Es importante mencionar que en la figura número 1 se puede observar la diferencia entre la puntuación del cuestionario eva pre y post, mostrando una tendencia a disminuir la puntuación del dolor después de la sesión de hipnosis. Mientras que en la figura 2 se puede observar que dentro de la función social se registra una diferencia significativa, lo cual se respalda con los resultados proporcionados por el programa SPSS, mientras que el resto de las variables mostraron diferencias en la sesión pre y post, a pesar de que estas no fueron significativas estadísticamente.

En el caso de la figura número tres se puede observar que la diferencia más marcada entre la aplicación pre y post, fue el dolor. Se puede observar una tendencia a subir en la puntuación en la aplicación posterior a las sesiones de hipnosis, lo cual nos indica un aumento en el bienestar percibido por las paciente, incluso si esto no fue significativo en los resultados arrojados por la prueba SPSS.

Los resultados arrojados por la prueba SPSS muestran que la utilización de hipnosis para disminuir el dolor puede ser poco eficaz debido a que no tuvo una diferencia significativa, esto contradice la bibliografía existente, tal como lo es el estudio realizado por Daszkiewicz, Gierlotka, Nierodzinski, Misiolek & Misiolek (2016). En ese estudio se valora la diferencia de 7 a 5 como aceptable en el manejo psicológico del dolor. Sin embargo, las pacientes atendidas en el marco del año 2017 quedaron en su totalidad satisfechas con el manejo del dolor, logrando una disminución de hasta 5 puntos en la escala EVA.

Basándonos en los autores Barros, P; Cornejo , J.P & Mirando, J.P. (2015) “Bajo la hipnosis, se propicia un estado de sugestion hipnotico (susceptibilidad a influencias cognitivo-emocionales, vía generación de un estado alfa con disminución d65e la actividad cognitiva activa y una sensación generalizada de relajación), producido desde afuera o por el mismo

individuo, el cual lleva a un cambio fisiológico en el procesamiento del dolor.” lo cual favorece que la percepción del dolor disminuya considerablemente.

Se ha comprobado que Quirós desde Álvarez-Nemegyei, Negreros-Castillo, Nuño-Gutiérrez, Álvarez-Berzunza y Alcocer-Martínez, (2007). “En México, se realizaron intervenciones con hipnosis ericksoniana para tratar el dolor en estos pacientes en que los hallazgos demostraron una reducción significativa en el número de puntos dolorosos”, por lo cual podemos corroborar que la hipnosis es efectiva para el diagnóstico de fibromialgia.

Una hipótesis que surge a partir de esta investigación, es que es necesario acompañar la hipnosis ericksoniana con un proceso de psicoterapia. Esto se sustenta no solamente en lo observado y lo referido cualitativamente por las pacientes a lo largo de las sesiones, sino también en el artículo de Theadom et. al. (2015). El aportar distintos métodos de afrontamiento, resolver problemáticas personales y familiares, así como brindar herramientas para construir redes de apoyo, disminuiría los factores psicológicos, sociales y espirituales que agraven la experiencia de dolor.

A pesar que dentro de los resultados no se encontraba un instrumento que evaluara la higiene del sueño, el tema se hizo presente en varias ocasiones durante las sesiones de hipnosis. En dichas sesiones las pacientes comentaron sentir una mejora en la calidad y duración del sueño. Siendo esto relevante ya que, en Chaves (2013), se establece que los pacientes que viven con fibromialgia suelen tener problemas de sueño, agudizando los síntomas. Es por esto que es importante realizar un control del sueño en los participantes.

Conclusiones

Se considera relevante que las condiciones ambientales en las cuales se aplicó la hipnosis ericksoniana constituye una variable no controlada que podría tener repercusiones sobre los resultados obtenidos, tanto en la escala EVA como en la temperatura distal. Consideramos pertinente que en investigaciones futuras se tome en cuenta esta variable, puesto que se cree

tuvo una repercusión directa sobre los resultados de varias de las muestras, ya que no todas contaron con un consultorio para la aplicación de la hipnosis.

Aunque el objetivo del presente estudio fue evaluar el impacto de la Hipnosis ericksoniana en la percepción del dolor de las participantes, no se consideró el reporte verbal de las pacientes en relación a su experiencia con el tratamiento, como una variable a evaluar. No obstante, es importante señalar que frecuentemente señalaron una mejor calidad de sueño, sensaciones agradables y bienestar general. Por ello, se sugiere considerar el reporte verbal del participante junto con las mediciones psicofisiológicas y psicométricas asociadas al dolor.

Dicho lo anterior podemos visualizar que, a pesar de que en los resultados correspondientes a el análisis mediante el SPSS pocas áreas son significativas estadísticamente, en la representación de los datos crudos podemos ver un aumento en el bienestar percibido por las pacientes, así como una disminución del dolor.

Concluyendo, se considera que existen diferentes variables, las cuales se pudieran implementar en el protocolo, tales como las alteraciones del sueño. Esto podría ofrecer un mejor correlato de los resultados obtenidos mediante la hipnosis, la cual continuaría siendo la herramienta base para el manejo psicológico del dolor y otros síntomas de la fibromialgia.

Por último, es importante mencionar que el sistematizar las mejoras cualitativas mencionadas de manera verbal por lo pacientes, podría enriquecer la investigación. Proporcionando más información sobre las sesiones realizadas y los factores externos que puedan interferir con la intervención o la percepción del dolor de los pacientes, esclareciendo, a su vez, las discrepancias en los datos estadísticos y facilitando la visualización de posibles patrones en la percepción del dolor.

Referencias:

- Ancoli, S., Peper, E., Quinn, M. (2012). *Mind/Body Integration: Essential Readings in Biofeedback*. San Francisco: Springer Science & Business Media.
- Ardigo, S., Herrmann, F., Moret, V., Déramé, L., Giannelli, S., Gold, G. & Pautex, S. (Enero 4, 2016). Hypnosis can reduce pain in hospitalized older patients: a randomized controlled study. Mayo 8, 2016, de BMC Geriatrics Sitio web: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-016-0180-y>
- Asamblea Legislativa del Distrito Federal (2014) APREMIAN ATENCIÓN AL SÍNDROME DE FIBROMIALGIA. México Obtendido de: <http://www.aldf.gob.mx/comsoc-apremian-atencion-al-sindrome-fibromialgia--18042.html>
- Barrera, I., Mendieta, D., Guerrero, D., y Fuentes, P. (2013). *Fibromialgia: Guía para el manejo cognitivo conductual*. Ciudad de México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Secretaria de Salud.
- Calvo, A. (2015). *Fibromialgia*. Revista Médica Herediana. 139-140.
- Camacho, E. & Galán, S. (2015). *Manejo psicológico del dolor*. En *Alternativas psicológicas de intervención en problemas de salud* (págs. 9-24). Ciudad de México: Manual Moderno.
- Chaves, D., (2013). Revisión Bibliográfica: Actualización en Fibromialgia. *Medicina Legal de costa Rica*, 30(1). Recuperado de: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v30n1/art08v30n1.pdf>
- Cid, J., Acuña, J., De Andrés, J., Díaz, L., Gómez, L. (2014) *¿Qué y cómo evaluar al paciente con dolor crónico? Evaluación del paciente con dolor crónico*. Revista Médica Clínica Las Condes. V.25 (4) pp. 687-697.
- Cruz, P., Vizcarra, I., Kaufer, M., Benítez, A., Valdés, R. & Valdés, R. (Abril/Junio 2014). Género y autocuidado de la diabetes mellitus tipo 2 en el Estado de México. *Papeles de población*, Vol.20, n/a. Mayo 8, 2017, De SciELO Base de datos.
- Daszkiewicz, A., Gierlotka, Z., Nierodziński, W., Misiólek, A. & Misiólek, H. (2016). Neuropathic pain after spinal cord injury resistant to conventional therapies – case report. *Psychiatr. Pol.*, 50(2), pp. 345–355. 08/05/2017, De Psychiatria Polska Base de datos.
- Duruk, B., Sertel Berk, H. Ö., & Ketenci, A. (2015). *Are fibromyalgia and failed back surgery syndromes actually "functional somatic syndromes" in terms of their symptomatological, familial and psychological characteristics? A comparative study with chronic medical illness and healthy controls*. Ağrı: Ağrı (Algoloji) Derneği'nin Yayın Organıdır = The Journal Of The Turkish Society Of Algology, 27(3), 123-131. doi:10.5505/agri.2015.67044
- García-Portilla, M., Bascarán, M., Sáiz, P., Parellada, M., Bousoño, M., Bobes J. (2008) *Banco de Instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*, 5a.Ed. España: Ars Médica
- Keppler, C., Rosburg, T., Lemoine, P., Pflüger, M., Gyr, N., & Mager, R. (2016). Functional Somatic Syndromes: Skin Temperatures and Activity Measurements Under Ambulatory Conditions. *Applied Psychophysiology And Biofeedback*

- Molina, J., Mendoza, J., Capafons, A., Llanes, Y. (2016) *Hipnosis Clínica: Evaluación de su Eficacia y Calidad de la Investigación en Psicología*. Madrid: Medigraphic.
- Notimex. (10 de mayo de 2015). *En México 3 millones tienen fibromialgia*. Obtenido de Poblannerías.com: <http://www.poblannerias.com/2015/05/en-mexico-3-millones-tienen-fibromialgia/>
- Ozkan, O., Yildiz, M., Arslan, E., Yildiz, S., Bilgin, S., Akkus, S., & Koklukaya, E. (2016). A Study on the Effects of Sympathetic Skin Response Parameters in Diagnosis of Fibromyalgia Using Artificial Neural Networks. *Journal Of Medical Systems*, 40(3), 1-9.
- Pfammatter, A. (2012). *A Placebo-Controlled Trial of Thermal Biofeedback Assisted Relaxation for the Treatment of Diabetic Neuropathy: An Evaluation of Outcomes and Mechanisms*. Mayo 8, 2017, de ProQuest Sitio web: <http://gradworks.umi.com/35/09/3509874.html>
- Quevedo, H. (2012). *Incremento en la Prevalencia de Fibromialgia en un Centro Médico: un Estudio Observacional Comparando los años 2009 y 2011*. *Interciencia*, págs 5-9.
- Quiroz, M. (2013), *Hipnosis como tratamiento del dolor en pacientes con fibromialgia*, *Revista Costarricense de psicología*, Vol. 32, N.o 1, p. 1-24, Revisado el 12 Febrero 2016, en: dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4836508.pdf
- Schwartz, M. & Andrasik, F. (2016). *Biofeedback Fourth Edition A Practitioner's Guide*. New York: The Guilford Press.
- Theadom, A., Cropley, M., Smith, H., Feigin, V. & McPherson, K. (2015). *Intervenciones que se centran en la conexión entre la mente y el cuerpo para adultos con fibromialgia*. Marzo 8, 2017, de Cochrane Sitio web: <http://www.cochrane.org/es/CD001980/intervenciones-que-se-centran-en-la-conexion-entre-la-mente-y-el-cuerpo-para-adultos-con>
- Vargas, E. (2014, Marzo) *Intervención en conductas de riesgo: Introducción a la Hipnosis Ericksoniana (Comunicación Oral)* ITESO.
- Vargas, E. (2017, Febrero) *Intervención en conductas de riesgo: Introducción a la Hipnosis Ericksoniana (Comunicación Oral)* ITESO.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

“EFECTOS DE LA HIPNOSIS ERICKSONIANA Y DIARIO DE DOLOR EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA”

Introducción: La fibromialgia es una condición crónica de origen desconocido caracterizada por la presencia de dolor localizado en zonas musculares, tendinosas, articulares y viscerales. Al dolor se le pueden sumar también otros síntomas como: fatiga, depresión, ansiedad, rigidez articular, cefaleas, sensación de tumefacción en manos, problemas de sueño, parestesias en extremidades e incluso un fuerte estigma social. Debido a la complejidad del padecimiento se ha vuelto necesario que su tratamiento incluya a varias disciplinas de la salud además de la médica, entre ellas psicología, la cual ofrece dentro de sus alternativas la hipnosis ericksoniana y el diario de dolor.

Propósito del Estudio: El presente estudio pretende evaluar el efecto de un protocolo de intervención psicológica basado en hipnosis ericksoniana y un diario de dolor sobre la experiencia neuropática.

Forma de realización del trabajo de investigación: El equipo de investigación, le propondrá participar en el estudio; en caso de estar de acuerdo se le realizará una entrevista, se le pedirá que conteste varios cuestionarios, así como un registro semanal que consiste en calificar una vez al día su promedio de dolor en una escala del 0 a 10 durante 4 semanas (*Registro EVA*). Le corresponde a usted enviar este último cada semana. Finalmente, habrá una última sesión en la que se dará una síntesis de los resultados obtenidos.

Beneficios que usted puede obtener si acepta participar en el estudio: Los beneficios que usted puede obtener son: terminada la fase experimental se le hará llegar un resumen de sus resultados y una síntesis del proyecto; de la misma manera, se le ofrecerá de manera gratuita el tratamiento con los mejores resultados.

Riesgos e Inconvenientes: La entrevista, los cuestionarios y el formato de registro EVA y temperatura no representan riesgo alguno para su salud.

Derechos y responsabilidades: Usted tiene derecho de aceptar o rechazar su participación sin repercusión alguna. Asimismo, si por alguna circunstancia una vez aceptado participar, usted decide retirar su consentimiento para continuar en el estudio, puede hacerlo. Sin embargo, su participación será muy útil, pues brindará mejor conocimiento de su enfermedad y tratamiento de la misma. La responsabilidad que usted asume en caso de dar su consentimiento, es reportar semanalmente el registro EVA contestado. Este estudio tiene carácter científico-académico y está supeditado a los lineamientos de la Institución ISSSTE, del ITESO y a la Ley General de Salud. Usted no recibirá ningún tipo de compensación económica.

Datos de contacto. El equipo de investigación está encabezado por la Dra. Patricia E. Ornelas Tavares (Cel. 3333942392) y personalmente con los Psic. Alba Ximena Ramírez Arias, Andrea Rauda Gaona, Adolfo Sebastian Subizar Cruz, Claudia Isabel Rico Ortiz, martes y jueves de 8:00 a 14:00 horas en las instalaciones del Hospital.

Hoja de Consentimiento Informado:

Por este conducto manifiesto que:

1. He sido informada ampliamente sobre el Proyecto: “Efecto de la hipnosis Ericksoniana y diario de dolor en pacientes con fibromialgia” que se llevará a cabo en esta Institución. Los responsables del Proyecto son Nicole Manuel Rivial y Hugo García Balvaneda. Esta información me ha sido proporcionada por: _____

Fecha: _____

2. He sido invitada a participar voluntariamente en el mismo, aportando información necesaria de mi persona.

3. Se me pedirá que participe en una entrevista y en el registro semanal de cuatro semanas del promedio de mi experiencia diaria de dolor (registro EVA).

4. Autorizo a los investigadores mencionados y a quien ellos indiquen, a realizar los procedimientos convenientes al proyecto: entrevista, cuestionarios y registro EVA.

5. Autorizo al equipo de investigación a hacer uso de los resultados de las distintas evaluaciones con fines científicos, docentes y estadísticos, en el marco de la ética profesional y con el resguardo de la información personal bajo estricta confidencialidad.

6. Acepto que no recibiré compensación alguna y libero a los investigadores y a las instituciones participantes de toda obligación económica para conmigo.

7. Me comprometo a hacer el envío semanal del registro EVA vía telefónica o virtual.

8. Mi participación en este proyecto es voluntaria y puede terminar en el momento que así lo decida y lo exprese a los investigadores responsables. Además se me ha orientado para que en caso de querer tratar cualquier asunto relacionado con mi participación en el estudio puedo dirigirme con la Dra. Patricia E. Ornelas Tavares, directora del estudio al 3333942392 o con Alba Ximena Ramírez Arias, Andrea Rauda Gaona, Adolfo Sebastian Subizar Cruz, Claudia Isabel Rico Ortiz los días martes y jueves de 8:00 a 14:00 horas.

Por lo anterior doy mi consentimiento para participar en el estudio:

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

Teléfono: _____

Firma

Testigo No. 1

Relación con el paciente: _____

Fecha: _____

Teléfono: _____

Domicilio: _____

Firma

Testigo No. 2

Relación con el paciente: _____

Fecha: _____

Teléfono: _____

Domicilio: _____

Firma

**GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA LA SESIÓN INICIAL CON
CADA PACIENTE.**

¿Cuál es tu nombre?

¿Cuántos años tienes?

¿De dónde eres y en dónde radicas actualmente?

¿A qué te dedicas?

¿Desde cuándo padeces fibromialgia? ¿en qué lugar y bajo qué condiciones comenzó?

¿Cuándo se te dio el diagnóstico?

Familiograma:

¿Cómo ha cambiado la dinámica en tu familia a raíz del diagnóstico?

¿Cómo ha cambiado la dinámica en tu trabajo a raíz del diagnóstico?

¿Cómo ha cambiado la dinámica en otros aspectos de tu vida social a raíz del diagnóstico?

¿Qué otros padecimientos y enfermedades se te han diagnosticado además de la fibromialgia? ¿de qué manera se están tratando? Nota: anotar, de ser posible, nombre, cantidad y frecuencia de medicamentos utilizados.

- **Preguntas complemento para el cuestionario de McGill**

Describe tu dolor y plátame ¿cómo te imaginas que luce? (de qué color es, qué textura tiene, qué rigidez, etc.)