

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente

Departamento de Salud, Psicología y Comunidad.

PROYECTO DE APLICACIÓN PROFESIONAL (PAP)

Programa de Salud Pública e Innovación en Nutrición



ITESO, Universidad
Jesuita de Guadalajara

60
años

2G02 - Manejo Psicológico del Dolor y Cuidados Paliativos

PRESENTAN

Lic. en Psicología Alejandra Carrillo Baylón

Lic. en Psicología María Fernanda Alcázar Llano

Lic. en Psicología María José González Sandoval

Profesor PAP: Dra. Patricia Eugenia Ornelas Tavares

Tlaquepaque, Jalisco.

Diciembre 2017

ÍNDICE

CONTENIDO DEL REPORTE PAP - II

Presentación Institucional de los Proyectos de Aplicación Profesional	3
Resumen	3
1. Introducción	4
1.1. Objetivos	4
1.2. Justificación	5
1.3 Antecedentes	5
1.4. Contexto	7
2. Desarrollo	8
2.1. Sustento teórico y metodológico	8
2.1.1 Metodología	10
2.2. Planeación y seguimiento del proyecto	11
2.2.1 Descripción del proyecto	11
2.2.2 Plan de trabajo	13
2.2.3 Desarrollo de propuesta de mejora	16
3. Resultados del trabajo profesional	17
4. Reflexiones	20

4.1 Aprendizajes profesionales	20
4.2 Aprendizajes sociales	23
4.3 Aprendizajes éticos	25
4.4 Aprendizajes en lo personal	26
5. Conclusiones	28
6. Bibliografía	30
7. Anexos	32

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

En el presente documento se da a conocer la experiencia vivida de las autoras, a partir de su participación durante dos semestres en el Instituto Jalisciense de Cancerología, espacio que permitió fomentar y reforzar las habilidades para la intervención psicológica aprendidas a lo largo de la licenciatura, como son la entrevista, la escucha activa, la seguridad al momento de entrar al campo profesional, ejercicio de la ética y la flexibilidad de trabajar con personas que pertenecen a otra área laboral, así como la empatía y apoyo ofrecido hacia las personas que practican bajo otros ideales personales. Por otro lado, se practicó el uso de técnicas pertenecientes a distintos enfoques teóricos como el área conductual, emocional, sistémica, etc.

Este proyecto buscó brindar cambios a nivel cognitivo, conductual, emocional y psicosocial, tanto en los pacientes del hospital donde se realiza el proyecto como en sus familiares, pretendiendo atender los problemas que surgen en el contexto de los Cuidados Paliativos.

A la par del trabajo clínico en colaboración con el Instituto, se realizó una investigación cuasi-experimental de corte comparativo, abierto, prospectivo y transversal, con preprueba y postprueba, y grupo control. La cual consistió en evaluar el efecto de dos modalidades de intervención psicológica (imaginería mental e imaginería mental con contenido religioso/espiritual) sobre la temperatura periférica y la percepción del dolor en pacientes oncológicos con dolor crónico que utilizan un afrontamiento de tipo religioso/espiritual, con la finalidad de descubrir la eficacia de técnicas coadyuvantes al tratamiento farmacológico para disminuir el dolor crónico. El documento que avala dicho estudio se anexa al final de este documento, en donde se asientan las evidencias de que las técnicas empleadas fueron efectivas para el alivio del dolor.

1. Introducción

La intervención psicológica dentro del ámbito hospitalario es una manera en la que se brinda apoyo a las personas en el proceso del cuidado de su salud, tomando en cuenta que son sujetos muy vulnerables debido a la situación en la que se encuentran. Su calidad de vida se ve disminuida por las comorbilidades que trae consigo una enfermedad, como podrían ser la pérdida de autonomía y funcionalidad, así como el incremento de frustración, ansiedad y estrés, pudiendo generar cuestionamientos existenciales y episodios de depresión. Tomando en cuenta dichas condiciones, remarca la posibilidad de trabajar en conjunto con otros profesionales de la salud.

El entendimiento, respeto, el sentido humanitario y la colaboración interdisciplinaria permiten laborar en favor del bienestar del paciente, cuidadores y del mismo personal médico. Por lo tanto, la intervención psicológica se destina a intervenir de diferentes maneras para abordar las esferas psicosociales de quienes se han visto afectados por la enfermedad.

A lo largo de este documento se expone a detalle la labor realizada en el Instituto Jalisciense de Cancerología durante el año 2017, así como los aprendizajes y resultados obtenidos al participar en este proyecto.

1.1. Objetivos

El objetivo general fue realizar intervenciones psicoterapéuticas que brindaran cambios a nivel cognitivo, conductual, emocional y psicosocial, tanto en los pacientes como familiares de los mismos y/o cuerpo médico del hospital donde se realiza el proyecto. La importancia de dicha labor recae en atender los problemas que surgen al enfrentarse a una enfermedad con pocas opciones curativas en el contexto de los Cuidados Paliativos y la bioética aplicada a eventos que denotan enfermedad, dolor, muerte y duelo.

1.2. Justificación

La atención a las personas que cursan con enfermedades avanzadas requiere un enfoque humanizador como el que ofrece los cuidados paliativos. Desde este enfoque, se pretende reducir las problemáticas asociadas a la falta de información al respecto, falta de apoyo, falta de atención digna por parte de un equipo profesionalmente preparado que beneficie a los usuarios mediante la aplicación de talleres, tests, actividades y técnicas psicológicas especializadas, que brinde primeros auxilios psicológicos, atención a su malestar, toma de decisiones sobre su tratamiento, etc.

Se espera que haya un cambio en el estado mental y emocional de la persona a quien se ha atendido, con la finalidad de haber generado una mejora, así como, adquirir mayor experiencia y perfeccionar la atención que los usuarios requieren.

1.3 Antecedentes

El origen etimológico de la palabra paliativo proviene del latín *pallium*, que significa “manto” o “cubierta”, haciendo alusión al acto de curar síntomas o sufrimiento. Son un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar bienestar o confort, así como soporte a los pacientes y sus familias que se enfrentan a una enfermedad potencialmente mortal. Los cuidados paliativos procuran conseguir que los pacientes dispongan de los días que restan con calidad de vida; que estén conscientes y libres de dolor o por lo pronto, el menor dolor posible, es decir, tener los síntomas bajo control, de tal modo que los últimos días puedan discurrir con dignidad, en su casa o en un lugar lo más parecido posible, rodeados de la gente que les quiere y ama (Domínguez-Marín, 2016).

Los inicios de los cuidados paliativos datan de la Edad Media, en los hospicios franceses donde las personas que iban de paso encontraban comida y refugio, entre otros cuidados generales, si estaban enfermos o moribundos. Fue entonces cuando se empezó a tomar en cuenta la voluntad del moribundo y de sus seres queridos en cuanto a las decisiones relacionadas con la muerte (López, 2014).

En 1961, Cicely Saunders, una médica líder en investigación de la medicina paliativa en Londres, comenzó el movimiento Hospice, que daría lugar a lo que se conoce hoy como cuidados paliativos, que proporciona atención total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo multidisciplinario; no con la finalidad de alargar la supervivencia del paciente con enfermedad avanzada, sino de mejorar su calidad de vida y cubrir todas sus

necesidades. En 1987 el Reino Unido se convirtió en el primer país en reconocer a la medicina paliativa como una especialidad médica.

En México, en los 60 se inició la Fundación de Clínicas de Dolor. En 1992 en el Hospital Civil de Guadalajara se instaló la primera Unidad de Cuidados Paliativos por el Dr. Montejo Rosas. En 1999 en Guadalajara inició el Centro Universitario para el Estudio y Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos, auspiciado por la Universidad de Guadalajara. En 2000 inició el proyecto del Instituto Pali, que pertenece a la Secretaría de Salud Jalisco (Domínguez-Marín, 2016).

A pesar de que los cuidados paliativos no son exclusivos para pacientes oncológicos, este proyecto en particular, está dirigido únicamente a pacientes con cáncer y sus familiares. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010), en los últimos años, el cáncer se ha definido como un problema mundial de salud pública. Del 30 al 50% de los pacientes con una neoplasia experimentan dolor, y en su mayoría son tratados con terapia farmacológica, sin embargo, existe una falta de disponibilidad de analgésicos opioides o una mala administración de los mismos que no logran el objetivo de controlar el dolor. En la actualidad, el dolor es uno de los síntomas más comunes en pacientes con cáncer, a menudo causando un efecto negativo sobre el estado funcional y la calidad de vida de los pacientes (Instituto Nacional del Cáncer, 2016).

Es por eso, que además de la terapia farmacológica, existen otras técnicas que pueden ser implementadas como coadyuvantes, unas de ellas son las técnicas psicológicas. Éstas incluyen desde técnicas de relajación y respiración, musicoterapia, e hipnosis Ericksoniana, hasta intervenciones con enfoque cognitivo conductual.

1.4. Contexto

El Proyecto de Aplicación Profesional es realizado en el Instituto Jalisciense de Cancerología el cual es un Organismo Público Descentralizado, ubicado en la calle Coronel Calderón #715, Colonia El Retiro, Guadalajara, Jalisco. México. Cp. 45180.

El Instituto Jalisciense de Cancerología (IJC, por sus siglas) cuenta con cuatro niveles, planta baja, piso 1, piso 2 y piso 3. En cada piso se encuentran diferentes servicios. En *planta baja* está la entrada principal del hospital, así como la entrada de los pacientes de emergencia, se encuentra el área de urgencias, radioterapia, braquiterapia, tomografías, el laboratorio, consulta externa y otros consultorios. En *piso 1*, está el departamento de displasias, quirófanos, salas de quimioterapia, área de cuidados intensivos y el área de hospitalización donde se ven cánceres mixtos como pelvis, mama, cabeza y cuello, cérvix, tórax, gastro, etc. En *piso dos* se encuentra el área de archivos donde se guardan todos los expedientes de los pacientes, farmacia, está nutrición, dermatología, clínica del dolor, área de sistemas y el área de hospitalización donde aquí se ve cáncer de mama y cáncer cervicouterino. En piso 3, se encuentra ubicada el área administrativa como trabajo social, la dirección, administración, finanzas, recursos humanos, el departamento de psicooncología, la biblioteca, el departamento de enseñanza, un auditorio, el comedor para los empleados del Instituto y el área de mantenimiento.

En cuanto al ambiente del hospital, la edificación no es apta para generar un espacio agradable para el usuario debido a que las distribuciones impiden el flujo de ventilación natural, los espacios son reducidos, la luz es artificial en sus totalidad, así como el aire acondicionado.

El IJC es un hospital de tercer nivel, lo cual quiere decir que los servicios que se ofrecen son de atención especializada en patologías catastróficas. Estos tipos de hospitales cuentan con infraestructura y personal capaz de brindar atenciones complejas a la población. Así como, también cuenta con servicios de hospitalización, servicios quirúrgicos especializados en una determinada patología, en el caso de IJC la patología que se trata es cáncer. Dentro del Instituto,

se atienden distintos tipos de cáncer, tales como cáncer de mama, cáncer de pelvis, sarcomas, cáncer de cabeza y cuello, cáncer de pulmón, cáncer de colon, Linfoma No Hodgkin, cáncer gástrico, cáncer de próstata por mencionar algunos ejemplos de las más comunes. Además de ser un hospital especializado en cáncer, el IJC es un hospital universitario, esto quiere decir que da la oportunidad a jóvenes estudiantes que realicen sus prácticas en distintos departamentos.

Al hospital acude población de la Zona Metropolitana de Guadalajara, así como de los pueblos cercanos a Guadalajara y estados vecinos a Jalisco como Colima, Michoacán, Zacatecas, Nayarit, etc.

2. Desarrollo

2.1. Sustento teórico y metodológico

En el 2002, la Organización Mundial de la Salud, publicó la definición de cuidados paliativos, mencionando lo siguiente:

“Cuidado paliativo es un abordaje que promueve la calidad de vida de pacientes y familiares que enfrentan una enfermedad potencialmente fatal, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento. Para esto, recurre a la identificación precoz y a la evaluación y tratamiento necesarios del dolor y de otros problemas de naturaleza física, psicosocial y espiritual” (sin dato de página).

En este mismo documento, fueron definidos nueve principios orientadores de la actuación del equipo transdisciplinar de cuidados paliativos:

- 1) Proporcionar el alivio del dolor y de otros síntomas desagradables.
- 2) Afirmar la vida y encarar la muerte como un proceso normal de la vida.

- 3) No acelerar, tampoco adelantar la muerte.
- 4) Incorporar los aspectos psicológicos y espirituales al cuidado del paciente.
- 5) Ofrecer un sistema de apoyo que estimule al paciente a tener una vida lo más activa posible, hasta el momento de su muerte.
- 6) Ofrecer un sistema de apoyo para auxiliar a los familiares durante la enfermedad del paciente y en el período de duelo.
- 7) Utilizar un abordaje transdisciplinar para lidiar con las necesidades de los pacientes y sus familiares, incluyendo el acompañamiento durante el duelo.
- 8) Mejorar la calidad de vida e influir positivamente en el curso de la enfermedad.
- 9) Iniciar el cuidado paliativo lo más pronto posible, conjuntamente con otras medidas de prolongación de la vida, como quimioterapia y radioterapia, e incluir todas las investigaciones necesarias para comprender y controlar mejor las situaciones clínicas estresantes" (OMS, 2002, sin dato de página)

Por otra parte, Rudilla, Barreto & Oliver (2014) promueven la dignidad en el paciente y la defienden, obligando a los profesionales de la salud a tomar en cuenta este elemento vinculado a la promoción y protección de los derechos humanos y la situación sanitaria (p.8). Dicha característica de los cuidados paliativos, obedece al campo de la bioética, siendo un término acuñado por el médico oncólogo de origen norteamericano, Von Rensselaer Potter, en el año de 1970, durante la publicación de su libro: Bioética, puente hacia el futuro, donde invita a la población mundial a crear una ciencia y movimiento científico, donde sea posible combinarse mediante la investigación de naturaleza interdisciplinaria como puente para abordar la ética y ciencias biomédicas, donde la salvación al peligro de la enfermedad y muerte disminuya debido a la destrucción constante de su ambiente generada por el mismo ser humano (Ramos, Ortíz, Ibarra, Balado, Bemúdez, 2015,p.6).

El conocimiento teórico-práctico-científico, es solo una parte de la atención al paciente, sino que, la bioética hace mención a tratar el sufrimiento a causa del dolor, donde la necesidad básica recae en conocer a la persona, desde su carga física, espiritual, siendo un elemento ético-humanista. De acuerdo con Ramos, Ortiz, Ibarra, Balado, Bemúdez (2015), la ética nos humaniza y lo promueve en el ámbito médico, para conducirlo y facilitar el desenvolvimiento adecuado para el paciente. Además de establecer la diferencia entre “querer o poder hacer” y el “deber ser”, fortaleciendo la ideología en las decisiones médicas y primordialmente, las decisiones en la vida (p.7).

Ahora bien, parte de la importancia del cuidado que se le ofrece al paciente, incluye el tratamiento al dolor el cual, no es el único síntoma que puede presentar durante la enfermedad, pero sí es un síntoma que altera la tranquilidad tanto del paciente como de los familiares. La atención y el alivio al dolor suele ser una de las demandas más importantes que afectan el bienestar del paciente, desde su funcionamiento físico como el psicosocial y espiritual. Por lo que brindar información al respecto, tipos y manejo del mismo en cuidados paliativos ha sido una de las tareas con las que nos hemos enfrentado en este proyecto.

Zas, Rodríguez, Silca (2013) estiman que el dolor es uno de los síntomas que genera mayor angustia tanto en quien lo padece como en los familiares que acompañan. Tomando en cuenta lo anterior, resalta la importancia de abordar el dolor de una manera adecuada. Una forma de tratar el dolor es desde el punto de vista terapéutico, sin embargo, para que sea beneficioso hay que evaluar y comparar la agresividad que pueda surgir en las decisiones terapéuticas, así como el beneficio que se espera que el paciente experimente (p.41).

Por otra parte, los cuidados paliativos no pueden ignorar la importancia en el ámbito espiritual, sobre todo al final de su vida. De acuerdo con Rudillaa, Oliverb, Galianad y Barretoc (2015) la dimensión espiritual del enfermo es uno de los rubros que menos se ha desarrollado

y a su vez, de los más necesarios para que el paciente concluya de la mejor manera la etapa de la enfermedad o de su vida (p.79).

De igual manera, Corr y Corr, (citado en Rudillaa, Oliverb, Galianad y Barretoc, 2015, p.80) estiman que el abordaje adecuado del contenido espiritual en la persona promueve la búsqueda y claridad en el sentido que esta le pueda atribuir a su vida, así como brindar esperanza y aceptación ante el hecho de morir. Con base a lo anterior, es posible nutrir la dignidad y fomentar el bienestar existencial en el paciente, de tal manera, que puede ser útil para aliviar los síntomas de ansiedad, depresión, estrés y sufrimiento que padece, ya sea por la misma enfermedad o por algún otro evento en particular.

2.1.1 Metodología

La metodología empleada en este proyecto, aborda una amplia gama de actividades que permitieron reforzar los aprendizajes en el escenario, así como, el desarrollo de diferentes habilidades a partir de lo siguiente:

- Coordinación con el Personal de Salud adscrito a la Institución para la atención de pacientes y coordinación de eventos desde el área de Psicooncología.
- Continuidad al protocolo de investigación ya aprobado por el Comité de Ética correspondiente a la *Eficacia de la Intervención Psicológica orientada al afrontamiento espiritual del dolor crónico en pacientes con cáncer, por medio de imagería mental con contenido religioso y sin contenido religioso.*
- Discusión de casos.
- Diseño de talleres psicoeducativos abordando diferentes temas relacionados al cáncer.
- Elaboración y aplicación de talleres de técnicas de relajación a pacientes de quimioterapia.
- Lectura y análisis de artículos vigentes relacionados con la problemática atendida, así como temas relacionados al proyecto.

- Revisión y análisis de expedientes, reportar los casos atendidos desde una explicación detallada de la intervención, así como sugerencias de plan de tratamiento.
- Seminarios teóricos sobre medicina y psicología en el Instituto y en el aula de clases.

2.2. Planeación y seguimiento del proyecto

2.2.1 Descripción del proyecto

En el Instituto Jalisciense de Cancerología, las actividades que se realizaron a lo largo del período de primavera y otoño, consistieron en: hacer las entrevistas de ingreso a pacientes que asisten por primera vez al Instituto, así como aquellos que reingresan dentro de un lapso de 6 meses. Ofrecer talleres psicoeducativos para promover el servicio de psicooncología, impartir ejercicios de relajación en el área de quimioterapia mientras los pacientes reciben sus tratamientos y evaluar la utilidad de los mismos, ofrecer consulta externa ambulatoria y consulta hospitalaria.

También se ha colaborado con la clínica del dolor, atendiendo a aquellos pacientes que acuden al servicio, debido a la afectación del dolor y que acceden a participar en la investigación. Por otra parte, hemos participado en sesiones académicas exponiendo temas, y se han entregado resultados de la investigación previamente aprobada por el Comité de Ética del Instituto.

Las tareas realizadas incluyeron intervención en crisis, el abordaje del trastorno adaptativo, el apoyo en la comunicación de malas noticias, prevención de la conspiración del silencio, de la claudicación emocional y del síndrome del cuidador. Cierres y despedidas de un ser querido quien ha recibido un pronóstico desfavorable, abordaje del duelo, prevención del síndrome de burnout en el equipo de salud, así como el manejo del dolor y afrontamiento a la enfermedad y a la muerte.

Para lograrlo, semanalmente se revisan artículos y material teórico que dé soporte a las intervenciones. Tales artículos revisados fueron de las siguientes temáticas:

Sesión 1: *Introducción al PAP y Psicología de la Salud.*

Sesión 2: *Antecedentes de Dolor y Cuidados Paliativos.*

Sesión 3: *Diagnóstico y Evaluación del Dolor.*

Sesión 4: *Estrés y Afrontamiento al Dolor.*

Sesión 5: *Síndromes Dolorosos.*

Sesión 6: *Técnicas Cognitivas para el manejo del Dolor.*

Sesión 7: *Técnicas Conductuales para el manejo del Dolor.*

Sesión 8: *Técnicas Emocionales para el manejo del Dolor.*

Sesión 9: *Farmacología y Sedación.*

Sesión 10: *Dolor oncológico y no oncológico.*

Sesión 11: *Bioética y Dolor.*

Sesión 12: *Investigación sobre Dolor en Psicología.*

Sesión 13: *Principios de los Cuidados Paliativos.*

Sesión 14: *Cuidados Paliativos pediátricos y neonatales.*

Sesión 15: *Cuidados Paliativos en enfermedades no terminales.*

Sesión 16: *Síntesis y Cierre del Semestre.*

En cuanto al segundo período (otoño) que inició en el mes de Agosto y concluyó en Noviembre, se hizo la revisión de artículos científicos de los siguientes temas:

Sesión 1: *Modelos de Intervención Psicológica en Cuidados Paliativos: Búsqueda del sentido y dignidad.*

Sesión 2: *Síndrome de desmoralización y Psicoterapia positiva al final de la vida.*

Sesión 3: *Terapia de aceptación y compromiso.*

Sesión 4: *Intervenciones psicoterapéuticas para el manejo de síntomas: sufrimiento, ansiedad, miedo y bloqueo emocional.*

Sesión 5: *Intervenciones psicoterapéuticas para el manejo de síntomas: culpa, agresión e ideación suicida.*

Sesión 6: *Intervenciones psicoterapéuticas para el manejo de síntomas: dolor, disnea, astenia, anorexia y caquexia.*

Sesión 7: *Intervenciones psicoterapéuticas para el manejo de síntomas: síndrome confusional (delirium), insomnio, negación y pacto del silencio (paciente).*

Sesión 8: *Intervención Psicoterapéutica con la familia.*

Sesión 9: *Intervención Psicoterapéutica y Espiritualidad.*

Sesión 10: *Intervención Psicoterapéutica con el equipo de salud.*

Sesión 11: *Cuidados Paliativos pediátricos.*

Se reporta la atención brindada en una base de datos que registró un total de 150 intervenciones en el primer período en la Institución, mientras que en el segundo período se atendieron a 130 pacientes durante el turno matutino, algunas de esas intervenciones fueron seguimiento a los pacientes y a los familiares, otras fueron ingresos. Las tres tareas primordiales de los Psicólogos Paliativistas son: la evaluación, la intervención y la investigación.

2.2.2 Plan de Trabajo

Como se ha mencionado con anterioridad, dentro del Instituto se realizaron diferentes actividades tales como talleres psicoeducativos, técnicas de relajación y la continuidad de los protocolos de Investigación, además de atender a pacientes que se encontraban en el área de hospitalización. A continuación, se describirán en qué consiste cada actividad:

1. Talleres de Psicoeducación

En el primer bloque de Enero a Abril, los talleres se impartían los días martes de 9:00 am a 9:40 am, en las salas de espera que se encontraban fuera de quimioterapia, clínica del dolor y quirófanos. Previamente al taller era necesario leer artículos relacionados con los temas que se iban a impartir, cada taller tiene una duración de aproximadamente 20 minutos y fue impartido en forma de exposición.

Los temas que se abordaron fueron:

7 de Febrero de 2017 “*¿Qué es el cáncer? Y sus generalidades.*”

14 de Febrero de 2017 “*Mitos y realidades del cáncer.*”

21 de Febrero de 2017 “*Factores de riesgo y hábitos saludables.*”

7 de Marzo de 2017 “*De qué manera impacta el diagnóstico: cáncer.*”

21 de Marzo de 2017 “*Manejo del Duelo.*”

28 de Marzo de 2017 “*La importancia de una buena comunicación con el médico.*”

4 de Abril de 2017 “*¿Cómo hablar de la enfermedad con otras personas?*”

18 de Abril de 2017 “*¿Qué tipos de tratamientos existen?*”.

En el segundo bloque, de Agosto a Noviembre, los talleres se impartían los días jueves de 10:00 am a 11:00 am, en las salas de espera que se encontraban fuera de quimioterapia, clínica del dolor y quirófanos. Previamente, fue necesario convocar a sesiones de asesoría con la Licenciada en Psicología Abigail Falcón, los días martes a las 9:00 am, con la finalidad de verificar la información recabada, de tal manera, que fue necesario leer artículos relacionados con los temas que fueron impartidos, así como la organización entre las integrantes para presentarlo de una manera clara y atractiva para el público. Cada taller tuvo una duración de aproximadamente 30 minutos y fue impartido en forma de exposición, apoyándonos de cartulinas con imágenes y texto legible.

Los temas que se abordaron fueron:

14 de Septiembre de 2017 “*Quimioterapia*”

21 de Septiembre de 2017 “*Radioterapia*”

28 de Septiembre de 2017 “*Braquiterapia*”

5 de Octubre de 2017 “*Hormonoterapia*”

9 de Noviembre de 2017 “*Comunicación de la pareja frente al diagnóstico*”

2. Talleres de relajación

Estos talleres se llevaron a cabo en el primer bloque de Enero a Abril, en la sala de quimioterapia los días jueves de 10:30 am a 11:00 am. Dichos talleres consistían en que las personas que estuvieran recibiendo quimioterapia pudieran relajarse y desconectarse por un momento de aquella situación que podría resultar estresante.

En la segunda parte del proyecto, es decir, durante el bloque que corresponde al mes de agosto a noviembre, se suspendió la aplicación de técnicas de relajación a pacientes en quimioterapia para darle prioridad a la investigación correspondiente a pacientes con dolor.

Para impartir los talleres de relajación se necesitó estudiar y conocer ciertas técnicas, como materiales se usó una bocina y un celular para poner música de *Ludovico Einaudi* la cual proporcionó una mejor respuesta en los pacientes oncológicos.

La técnicas de relajación que se impartieron fueron:

9 de Febrero de 2017 “*Respiración diafragmática e hipnosis (azul-gris).*”

16 de Febrero de 2017 “*Respiración con autoverbalizaciones y Abrazo de mariposa.*”

23 de Febrero de 2017 “*Técnica Autógena de Schultz y Respiración diafragmática.*”

2 de Marzo de 2017 “*Técnica Autógena de Schultz y Respiración con autoverbalizaciones.*”

9 de Marzo de 2017 “*Respiración diafragmática y Técnica de Círculo del dolor.*”

16 de Marzo de 2017 “*Técnica Autógena de Schultz y Respiración diafragmática.*”

23 de Marzo de 2017 “*Respiración con autoverbalizaciones y Respiración guiada.*”

30 de Marzo de 2017 “*Respiración profunda y Happy Place.*”

6 de Abril de 2017 “*Respiración profunda y Técnica Autógena de Schultz.*”

27 de Abril de 2017 “*Respiración diafragmática y Happy Place.*”

3. Protocolo de investigación

Esta investigación tiene como objetivo descubrir qué tan eficaz es la intervención psicológica orientada al afrontamiento espiritual del dolor crónico en pacientes con cáncer, por medio de imaginería mental con contenido religioso y sin contenido religioso. Para lograrlo, es necesario el consentimiento del paciente para participar en dicha investigación, una vez que éste accede, debe contestar un cuestionario de datos demográficos, el Cuestionario de Afrontamiento Ante el Dolor Crónico (CAD) y la escala de patrones positivos y negativos de métodos de afrontamiento religioso Brief-RCOPE. De igual manera se le pide al paciente que puntúe su dolor entre 0 y 10, siendo 0 la ausencia de dolor y 10 la presencia del dolor más intenso e insoportable que han percibido. Después se le coloca un termómetro de biorretroalimentación portable en la yema del dedo para registrar su temperatura periférica antes, durante y después de haber escuchado el audio de imaginería. Al finalizar el audio, se le solicita al paciente que vuelva a evaluar su dolor entre 0 y 10.

Durante esta primera parte del proyecto se realizó esta intervención con dos pacientes. Fueron intervenciones individuales con una duración aproximada de 30 minutos que se llevaron a cabo en el consultorio de psicooncología del tercer piso del Instituto. Sin embargo, la segunda parte que corresponde al proyecto se le dio el seguimiento indicado al protocolo, realizando las mismas intervenciones a 21 pacientes.

Los recursos necesarios para esta actividad fueron: los tres cuestionarios anteriormente mencionados, la Escala Visual Analógica, el termómetro de biorretroalimentación, un celular con el audio de imaginería y audífonos para poder reproducir dicho audio.

4. Pacientes en hospitalización.

Además de las actividades que previamente se mencionaron, una de las principales tareas realizadas en el Instituto los martes y jueves fue visitar a los pacientes en el área de hospitalización, realizar entrevistas semiestructuradas en caso de ser un ingreso o reingreso; y, en caso de ser un seguimiento fue necesario atender las necesidades del paciente por medio de intervenciones psicológicas, sin necesidad de seguir la estructura de una entrevista.

Dichas necesidades podían ser emocionales o físicas, si era una necesidad física, primero se recurre al equipo médico para saber qué apoyo podían brindarle al paciente, y en caso de que ya no hubiera nada más que hacer, se utilizaban las técnicas psicológicas para manejo del dolor u otro síntoma. Para atender alguna necesidad emocional se trabajó de distintas maneras, algunos ejemplos son las técnicas de terapia narrativa, con enfoque cognitivo-conductual, acompañamiento emocional, utilización de la confrontación, reestructuración cognitiva, etc. No hubo un espacio destinado especialmente para dichas intervenciones, por lo que se realizaron en el pasillo o junto a las camas del área de hospitalización.

2.2.3 Desarrollo de propuesta de mejora

Como propuesta de mejora, a partir de la experiencia que tuvimos durante el proceso de selección de pacientes para la aplicación del protocolo de investigación, creemos necesario modificar la metodología que hemos utilizado para encontrar personas que tengan interés en participar.

En cuanto a la organización para cubrir oportunamente las diferentes actividades que se nos atribuyen en las instalaciones y a su vez, realizar la aplicación del protocolo de investigación, dos integrantes acudían al consultorio de Clínica de Dolor donde una de ellas evaluaba si el paciente atendido por el Doctor en turno, era o no candidato para la investigación, mientras que la otra compañera lo acompañaba al consultorio de psicooncología para aplicarle el protocolo, teniendo por prioridad el consentimiento y aceptación de la contribución del

paciente. De manera simultánea, la tercera integrante del equipo, permanecía dentro del consultorio psicooncológico para recibir y atender al participante, además de tener el material preparado para iniciar con la dinámica de la investigación.

3. Resultados del trabajo profesional

Consideramos que los resultados observados a lo largo del proyecto se dividen en dos categorías, los resultados cuantitativos, obtenidos gracias a la investigación, y los cualitativos. Estos últimos son todos los cambios de actitud que observamos en los usuarios, así como los cambios subjetivos que ellos mismos nos expresaron que experimentaron. En seguida se mencionan los resultados cualitativos observados a lo largo de nuestra labor en el IJC.

Nuestros talleres de psicoeducación generaron en las personas una sensación de compañía y apoyo, se sintieron más tranquilos al poder resolver algunas de sus dudas, y mostraron alivio al saber que, en caso de necesitarlo, existe un equipo que puede ayudarles a vivir este proceso. Por otra parte, los talleres de relajación que se llevaron a cabo en la sala de quimioterapia lograron exitosamente su objetivo, es decir, los pacientes manifestaron explícitamente sentirse mejor y más tranquilos después de cada intervención. Además de que, saber que existen profesionales de la salud que los pueden apoyar, también generó en ellos una sensación de seguridad. Respecto a nuestro trabajo realizado en el área de hospitalización, los resultados fueron más variados. Algunos ejemplos son el cambio de perspectiva que se lograba en los pacientes tras hacer una confrontación o una reestructuración cognitiva, la modificación de su estilo de comunicación, el alza que presentaban en su estado de ánimo tras expresar verbalmente sus pensamientos, miedos y emociones, la tranquilidad con la que se quedaban después de haberle encontrado un sentido a su enfermedad y la disminución del nerviosismo pre-quirúrgico después de haber recibido una técnica de relajación, entre otros.

Es importante mencionar que a pesar de que estos beneficios que los usuarios recibieron no son medibles, tienen el mismo peso, o incluso más, que los resultados reportados

cuantitativamente. Ya que son cambios que abonan a mejorar la calidad de vida de las personas y a facilitarles el proceso que implica atravesar una enfermedad como el cáncer.

Ahora bien, cabe resaltar que mediante el estudio realizado, se ha demostrado la utilidad que prevalece en las técnicas de carácter psicológico para tratar y reducir el dolor en el paciente, de tal manera, que el beneficio puede verse reflejado en un estado de tranquilidad y confort. Las evidencias acerca de las aportaciones realizadas desde el área psicológica relacionadas al tratamiento de dolor por cáncer, son explicadas con mayor detalle en el reporte de investigación, el cual, queda anexado a este documento.

4. Reflexiones Individuales

4.1 Aprendizajes Profesionales

María Fernanda Alcázar Llano

Estar en este proyecto me permitió aumentar la confianza en mí misma y acercarme con mucha mayor facilidad a los pacientes y familiares. Aprendí a poner como prioridad las demandas del usuario en lugar de querer trabajar con lo que yo creía que era importante, a ajustar mi manera de intervenir para cada paciente, tomando en cuenta su personalidad, su demanda principal y el estado de ánimo que tenía en ese momento. También me permitió valorar y entender la importancia del ejercicio de mi profesión dentro de un contexto hospitalario, lo cual no tenía muy claro antes de comenzar el proyecto. El escenario me permitió obtener conocimientos del ámbito médico que desconocía y que, a pesar de que yo pertenezco al área de psicología, son necesarios en muchas ocasiones para facilitar el estado de tranquilidad del paciente.

Debido a la clase socioeconómica a la cual pertenecen la mayoría de los pacientes la falta de información es uno de las principales problemáticas que observé durante el proyecto,

la cual se traduce en mal apego a los tratamientos contra el cáncer y alteraciones emocionales significativas, tanto en los pacientes como en sus familiares, por no saber qué le está sucediendo a su cuerpo. El bajo nivel de escolaridad de los usuarios representó un gran reto para mí, ya que la capacidad de análisis y de entendimiento de las personas es muy baja, y por lo tanto es necesario adaptar las intervenciones que se tenían planeadas. Estas adaptaciones consisten principalmente en modificar el vocabulario utilizado y la estructura gramatical de las oraciones, de tal forma que los pacientes puedan entenderme mejor.

En mis primeras intervenciones confiaba cien por ciento en el discurso del paciente incluso si su contenido era de manipulación o chantaje, en cambio al final ya fui capaz de identificar ese tipo de discursos con mayor facilidad y confrontar al paciente en caso de ser necesario.

Participar en este proyecto me permitió descubrir y experimentar un área de la psicología que no conocía, la cual me ha gustado mucho y hasta ahora ha sido la que ha provocado mayor interés en mí. Por lo que lo considero un parteaguas en mi vida profesional.

Alejandra Carrillo Baylón

Las competencias que tuve la oportunidad de desarrollar fueron a partir de la demanda de los pacientes y sus necesidades, en cuanto a identificar y atender oportunamente lo que es una demanda inicial de una demanda real en el paciente en vez de dejarme llevar por otro tipo de demandas que pueden pasar a segundo plano, así como la adquisición de técnicas para el manejo de dolor.

Por otra parte, la disminución de miedo ante la confrontación fue un éxito, ya que opté por proponer la verdad a la persona que estuviera atendiendo en vez de guardar silencio absoluto por ser "prudente", así como el desenvolvimiento con mayor confianza en el escenario apartando el sentimiento de timidez.

Dominar las técnicas de relajación, en cuanto a no titubear durante la mención, adaptar las cualidades del paciente para que la técnica sea lo más personalizada posible y de mayor utilidad para el mismo, comunicar asertivamente y que le sea comprensible a la persona, además de conocer el lenguaje médico y aplicarlo, formalizar mi trabajo mediante los reportes de casos en los expedientes, habilidad de comunicarme con los pacientes, teniendo en cuenta su nivel de comprensión ante términos médicos, de tal manera que adaptar mi lenguaje a su contexto fue parte del aprendizaje.

En el contexto sociopolítico, la burocracia del Instituto no pareció afectarnos, pero sí era cuestionable algunos comportamientos que notaba en algunos integrantes del cuerpo médico y que no parecían ser los más adecuados, entonces me veía en conflicto porque no sabía cómo intervenir o si realmente era mi deber actuar ante cada situación. Entender, aceptar y respetar la labor que le corresponde a cada persona del hospital, donde es importante ceder el espacio que necesitan, ya que cada uno merece ser y es importante.

Lo que he aprendido para mi proyecto de vida profesional, es que definitivamente, este es el escenario que más me ha aportado y apasionado, de tal manera, que me gustaría implementar la labor del psicólogo en dicho lugar. A partir de los cuestionamientos del trato ético a los pacientes, distingo a la perfección el trato que quiero darles, así como al equipo médico.

María José González Sandoval

Las competencias que desarrollé a lo largo de este primer periodo fue el saber cómo interactuar con personas que están en una situación tan vulnerable, además de atreverse a implementar técnicas de relajación durante mis intervenciones en el área de hospitalización, ya que al principio sólo las hacía en la sala de quimioterapia. El poder interactuar en un hospital

me proporcionó nuevos conocimientos sobre medicina que antes no tenía, así como las diferentes charlas y conferencias a las cuales asistí dentro del IJC.

A pesar de no recibir una remuneración económica aprendí que el trabajar dentro de un Organismo Público Descentralizado no es tarea fácil ya que existen reglas y normas con las cuales debo regirme a la hora de interactuar dentro de la organización. Fue intimidante al principio pues sentí mucha presión de no equivocarme con respecto a las normas de la Institución o hacer una intervención que pudiera tener consecuencias negativas, conforme iba pasando el tiempo fui aprendiendo qué cosas eran permitidas dentro del IJC y qué cosas no lo eran. En cuanto a mi vida profesional, esta experiencia me permitió conocer un campo que realmente me gusta y que posiblemente me dediqué a esta área de la psicología de la salud.

Durante los últimos meses considero que mis intervenciones fueron más acertadas, incluso me atreví a utilizar algunos recursos que no utilicé durante el primer módulo, uno de estos *la confrontación*, evidentemente cuando la situación lo requería. Además, durante este segundo módulo sentí mucha más libertad y confianza por parte del equipo de psicólogas del servicio de psicooncología, incluso más apoyo en algunas cuestiones que de repente me costaban trabajo.

4.2 Aprendizajes sociales

María Fernanda Alcázar Llano

Socialmente considero que este proyecto tuvo impacto directo en cientos de pacientes y familiares, así como un impacto indirecto en otros profesionistas del área de la salud. Con el impacto directo me refiero a que dichas personas fueron quienes obtuvieron modificaciones en algunos de sus estilos de pensar o en su calidad de vida como tal; en cambio, otros profesionistas se vieron indirectamente afectados al conocer nuestra labor e incluso necesitarnos para intervenir con algunos pacientes.

Los aprendizajes obtenidos en este proyecto se pueden trasladar fácilmente a distintos contextos ya que aprendí a “desmenuzar” discursos para identificar lo más relevante, por lo cual considero que es una habilidad aplicable en las relaciones humanas en general.

Considero que la manera de ir creciendo el impacto de este proyecto es platicando de los beneficios observados en los pacientes e interviniendo en distintos escenarios, para que así, el personal del ámbito hospitalario reconozca la importancia de la participación psicológica. Al ofrecer un servicio psicológico a alguien que está atravesando por algo tan difícil como es el cáncer, la persona no sólo se siente acompañada, sino que puede llegar a cambiar su estilo de afrontamiento de la enfermedad.

Además, asistir al hospital de cancerología durante estos semestres me hizo percatarme de la vulnerabilidad que tengo como ser humano e incluso hizo que reacomodara algunos valores y prioridades personales.

Alejandra Carrillo Baylón

Cada día que iba al hospital, era una oportunidad de mejorar, de apreciar lo que me gusta y retarme constantemente. Estar en el escenario, fue un golpe de realidad diario, por el hecho de ver personas en condiciones tan vulnerables y difíciles que anteriormente, conocía por relato ajeno, sin embargo, fue diferente experimentarlo directamente. A su vez, fue interesante la combinación de eso con las herramientas de psicóloga con las que cuento y los recursos personales para abordarlo.

Realmente, me siento capaz de liderar un proyecto, al definir la problemática y objetivos a atender, es campo que demanda energía y tiempo. Sin embargo, es un aspecto que llama mi atención y gusto por participar en un futuro nuevamente.

Por otra parte, el equipo que me fue asignado para colaborar, ha sido maravilloso y eso ha facilitado nuestro trabajo, ya que su disposición y la química entre nosotras para comunicarnos y organizarnos ha sido la ideal.

Ahora, he decidido enfocarme un poco hacia el futuro, donde me gustaría promover un programa que permita la apertura a centros de salud integral en zonas rurales, de escasa educación y accesibilidad a servicios de salud donde se eduque a la población acerca de los riesgos del cáncer, así como promover y asentar locales donde la mercancía gastronómica incluya otros hábitos que no sea la comida chatarra, entre otras posibles ideas. De igual manera, un impacto social a largo plazo, donde se implemente la oportunidad de transporte para quienes provengan de otros pueblos y deseen acudir al IJC, ofreciendo intervención psicológica en el trayecto, tal pudiera ser para la preparación para obtener un diagnóstico.

Finalmente, me gustaría exponer mi pensamiento en cuanto a que no me enfoqué en “qué tipo de población atendía”, sino que más allá de especificar sobre un estatus socioeconómico, me gustaría hablar desde el sentido humano, sin fijarme en qué tipo de población atendí, me refiero a la importancia de atender seres humanos con necesidades, quienes se dieron la oportunidad de pedir/recibir ayuda y a su vez, que haya sido oportuna mi presencia y servicios de utilidad para ellos.

María José González Sandoval

A este punto del proyecto me siento más capaz de realizar mi trabajo que al principio del semestre pues estaba ya estaba dentro de un área en el cual nunca había estado a partir de ello fue trabajar con mis propias inseguridades y creer que podía con ello y así fue. Me impresionó mucho el toparme de cara la mayor parte del tiempo con la ignorancia y es que muchas personas no tienen conocimiento o acceso a la información, por ello cuando van al médico y son diagnosticados, muchas veces el cáncer ya está en etapa IV y no existe la posibilidad de cura.

El poder brindar información mediante los talleres de psicoeducación me da tranquilidad pues siento que estoy aportando de alguna manera a la sociedad, pero hace falta mucho más para educar en todo el estado sobre estos temas. Ya que la mayor parte de las personas conocen de ello una vez dentro del problema o situación y lo ideal sería prevenir.

4.3 Aprendizajes éticos

María Fernanda Alcázar Llano

Aprendí a reconocer los momentos en que necesitaba apoyo de alguien más experimentado para no comprometer el bienestar del paciente. Decidí dedicar el tiempo que fuera necesario para cada paciente, aunque esto me impidiera abordar a todos los pacientes programados para ese día, ya que considero más importante concluir como se debe con una intervención profunda y personalizada, aunque implique sólo hacer pocas intervenciones, en lugar de hacer muchas intervenciones superficiales. Estar en un escenario multidisciplinario me enseñó la importancia de la comunicación entre los miembros del personal y a respetar la labor de las demás disciplinas. Quién debe ser el centro de atención es el paciente y las decisiones que se tomen deben de ser en torno a él y a sus necesidades. De igual manera me quedó muy clara la importancia de respetar las decisiones del paciente en cuanto a la cantidad de información que quiere recibir, el momento en que desea recibirla y lo que decide hacer con dicha información.

Alejandra Carrillo Baylón

Las principales decisiones que tomaba eran acerca de si aceptaba atender alguna persona que me derivaran. Primeramente, me daba el tiempo de conocer el caso, analizar el expediente y decidir si es una situación que estoy dispuesta a trabajar de tal manera, que no me afecte o sobrepase mis límites de ser humana. Hasta ahorita no se me ha presentado un caso que niegue su trato, ya que monitoreo lo que corresponde a mi estabilidad psicológica constantemente y los eventos no han superado esa tranquilidad.

María José González Sandoval

Durante este año aprendí que el trabajar en una Institución Pública constantemente me iba a topar con dilemas éticos, donde muchas veces el paciente no importaba o se le trataba sin tanto respeto lo cual evidentemente a veces me generaba conflicto por no poder hacer algo al respecto, debido a que hay reglas dentro de la Institución y en ese momento yo estaba siguiendo el reglamento debido a ser practicante del servicio de psicooncología.

4.4 Aprendizajes en lo personal

María Fernanda Alcázar Llano

Esta experiencia me sirvió para volverme más humana y ser más consciente de los detalles de la vida, así como para valorar cuestiones que antes me podrían parecer insignificantes. Descubrí mi capacidad para separar mis asuntos personales de los asuntos de los pacientes, pero a la vez me di cuenta de que soy más sensible de lo creía. Confirmé y perfeccioné mi capacidad para empatizar con personas que en un principio son desconocidas de tal manera que se vuelvan conocidas en pocos minutos.

Mi participación en el hospital no me enseñó nada nuevo respecto a la diversidad, simplemente lo reforzó y siguió alimentando la manera de pensar y forma de actuar que tengo.

Alejandra Carrillo Baylón

Lo que he aprendido durante el semestre que he estado ejerciendo la psicología en el IJC, es a perfeccionar las habilidades con las que ya contaba como la entrevista, brindar retroalimentación sin miedo, acercarme a los pacientes sin sentirme tímida, desarrollar mayor confianza en mí misma eliminando el pensamiento de que "mi atribución será mínima por ser una estudiante". Así como, trabajar en equipo mediante la organización de tareas, ofreciendo una actitud de apoyo y disposición en todo momento. Eso facilitó nuestra convivencia. Atender las necesidades y demandas reales, además de identificarlas en el debido momento.

Uno de los grandes retos ha sido calibrar cuándo es intervención en crisis y cuando la persona genera la crisis, de tal manera que la contagie a los otros pacientes, inclusive el cuerpo médico. En cambio, uno de los retos profesionales-éticos, es saber guardar silencio cuando una persona desconoce su diagnóstico y por razones éticas, de tal manera, que siento en su mayor parte demasiada frustración y desilusión de no poder aportar de una manera directa. Sin embargo, me toca respetar que no me corresponde como psicóloga decírselo, pero sí, puedo influir adecuadamente a promover el hábito de la comunicación.

Ahora bien, es importante que reconozca parte de mis carencias como son dominar técnicas de relajación y de dolor. Es decir, el problema no se centra en que no las tenga, sino en utilizarlas más seguido para adquirir más confianza al momento de usarlas.

Al tener tan presente y estar en contacto directo ante las enfermedades, el estilo de vida que demanda, los sacrificios, los conflictos que se originan a partir de un diagnóstico, la ansiedad y preocupación por mejorar, así como el arrepentimiento de no cuidarse, me hizo recapacitar y comprender que estoy a tiempo de cuidar de mi cuerpo, de mi salud.

Este PAP ha sido el proyecto que elegí participar desde primer semestre y es un orgullo para mí formar parte del mismo, atribuyendo con mis habilidades, conocimientos, actitudes a mi estilo. Estoy muy contenta de tener la oportunidad de apoyar desde la psicología, sobre todo por la satisfacción tan grande que vivo al notar que he hecho un cambio en el ánimo del paciente.

María José González Sandoval

Mis aprendizajes hasta el momento han sido conforme a las experiencias que he vivido, cada día vivo algo diferente y siempre a la espera de encontrarme con una historia diferente. Claro que me he topado con dificultades, es grato saber que cuento con apoyo de compañeras, maestra y supervisión en el hospital para ver qué cosas puedo mejorar. Me gusta el equipo de

compañeras y amigas que he hecho en el hospital, me encanta que el IJC sea tan organizado y si necesito apoyo me lo brindan.

Hace mes y medio tuve la oportunidad de vivir una experiencia que marcó el curso y la perspectiva de este proyecto. Y fue en ese caso donde confirme que esto es algo que me gusta hacer. Me da satisfacción el poder brindar mi apoyo a las personas que lo necesitan, el saber acompañar y a veces el simplemente estar ahí para la otra persona, es algo que se dice muy sencillo, pero hacerlo no es nada fácil y he aprendido a hacerlo dependiendo el caso.

He aprendido que el estar cerca de la muerte es una experiencia desafiante para cualquier ser humano y con ello tengo una perspectiva distinta de la muerte y de la vida, así como de mi propia salud. Me considero afortunada de haber vivido esta experiencia ya que me da herramientas y aprendizajes para mi formación profesional, pero sobre todo para mi vida personal, pues este proyecto me hizo darme cuenta que puedo hacer las cosas y que soy capaz de hacerlo bien, al principio tenía muchas inseguridades y con este PAP han disminuido considerablemente, me siento muy orgullosa de mí misma porque el avance que he tenido lo he notado y mis intervenciones son mejores. No me arrepiento de haber elegido este PAP ya que he crecido mucho como persona, soy más sensible y he desarrollado esa parte humana y cálida con los demás.

5. Conclusiones

Como equipo nos parece que el proyecto estuvo muy bien, los objetivos desde un inicio fueron muy claros, lo que sí consideramos como una inconformidad fue que en el segundo período del proyecto, la clase teórica fue suspendida, situación que generó mucho conflicto durante este semestre pues ese espacio era destinado para compartir situaciones con los demás compañeros del proyecto, los cuales se encontraban en otro escenario, solíamos tener invitados especiales que abonaban teoría e información de excelente calidad, la cual utilizamos en la

intervención con los pacientes. Así como la clase teórica por parte de la maestra titular Patricia Eugenia Ornelas Tavares.

En cuanto al escenario, como equipo estamos muy contentas de haber podido coincidir en el Instituto Jalisciense de Cancerología (IJC), durante el primer período consideramos que la organización y la estructura de ésta fue muy buena. Sin embargo, en el segundo período modificaron la organización del personal en el hospital, sobre todo en el área de psicooncología, incluso nuestras actividades y supervisoras cambiaron durante el segundo período del proyecto.

Los talleres de quimioterapia se vieron en la necesidad de ser suspendidos debido a que había que darle prioridad al protocolo de dolor crónico que llevamos a cabo durante todo el año. Creemos que los talleres de psicoeducación tuvieron que haber sido suspendidos en lugar de los talleres de quimioterapia, pues de alguna manera nosotras también los disfrutamos muchísimo, ya que las reacciones que tenían las personas en la sala de quimioterapia eran la mejor recompensa al trabajo que estábamos realizando. Los pacientes expresaron abiertamente su gratificación, así como una notable mejora en su lenguaje corporal, denotando haberse relajado.

Referente al protocolo, una desventaja que observamos fue que se perdía mucho tiempo en clínica del dolor pues a pesar de recibir a pacientes con dolor, la mayoría ya no presentaba dolor en ese momento, sino que simplemente iban para surtir medicamentos o por revisión periódica. Así que optamos por hacer la investigación en el área de hospitalización, de esa manera optimizamos tiempo y logramos el aumento de la muestra de pacientes con dolor crónico.

Durante nuestra estancia en el IJC, contamos con el apoyo de las psicólogas del departamento de psicooncología, las cuales nos supervisaron y ayudaron en los momentos que nosotras así lo requerimos. De igual forma agradecemos nuestra estancia y el trato que tuvo

con nosotras todo el equipo del departamento de psicooncología así como algunos integrantes del departamento de enfermería.

Recomendamos altamente el proyecto a aquellas personas que les guste el tema de la muerte, el duelo, aquellos alumnos que quieran aprender a intervenir en contextos donde muy pocas personas se atreven a intervenir, no es un proyecto para todos. Algo de lo que aprendimos en este año fue a acompañar a aquellas personas, tanto pacientes, como familiares y cuidadores, que se encuentran en situaciones vulnerables y que muchas veces no saben cómo expresar todas esas emociones y pensamientos que enfrentan tras tener a alguien en casa enfermo de cáncer. El cáncer es una enfermedad difícil, dolorosa y que la simple palabra genera miedo, temor, incertidumbre, angustia, frustración, tristeza, depresión, enojo y pensamientos de muerte.

Es necesario mencionar que no se está preparado para ello, pero con la marcha se va aprendiendo a cómo abordar a las personas entorno a esa temática. No podemos decir que somos expertas en la materia, pero sí podemos decir que sabemos cómo tratar el tema de la muerte y el duelo en la familia, que actualmente sigue siendo un tabú en nuestra sociedad. Un tema del que pocos se atreven a hablar y del cual es inevitable en el ciclo de la vida.

6. Referencias

Domínguez, A. (2016) Cuidados paliativos, sus orígenes y su llegada a México, 84(3), 64-65. Consultado en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2016/ju163a.pdf>

Instituto Nacional del Cáncer. (2016). El dolor y el cáncer (PDQ®)–Versión para profesionales de salud. Obtenido de: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios/dolor/dolor-pro-pdq>

Manchola, C., Brazão, E., Pulschen, A., & Santos, M. (2016). Cuidados paliativos, espiritualidade e bioética narrativa em unidade de saúde especializada. *Revista Bioética*, 24(1). Recuperado de: http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1195/1446

López Aldana A. Cuidados paliativos. Atención médica en cualquier momento no solo durante la etapa terminal. *An Med Asoc Med Hosp ABC* 2014; 59(3): 197-202

Organización Mundial de la Salud. (2010) Dolor por cáncer y cuidados paliativos, reporte del comité de expertos. Ginebra.

Ramos, A., Ortíz, M., Ibarra, L., Balado, A., Bemúdez, A. (2015) Consideraciones bioéticas en la investigación científica en el Servicio de Anestesiología y Reanimación de Ciego de Ávila. *Mediciego*. V. 21 (2). Consultado en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2015/mdc152b.pdf>

Rudilla, D., Barreto, P., & Oliver, A. (2014). Teoría y práctica de la dignidad en cuidados paliativos: una revisión. *Psicooncología*, 11(1), 7. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/44913/42829>

Rudilla, D., Oliver, A., Galiana, L., & Barreto, P. (2015). Espiritualidad en atención paliativa: Evidencias sobre la intervención con counselling. *Psychosocial Intervention*, 24(2), 79-82. Consultado en: http://ac.els-cdn.com/S1132055915000198/1-s2.0-S1132055915000198-main.pdf?_tid=ae6e2338-83a7-11e7-bdee-00000aabb0f02&acdnat=1503014366_84726ca9496221314d9b75abe5d43e47

Zas, V., Rodriguez, J., Silca, E. (2013) Panorama Cuba y Salud, 8(2): 41-48. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cubaysalud/pcs-2013/pcs132g.pdf>

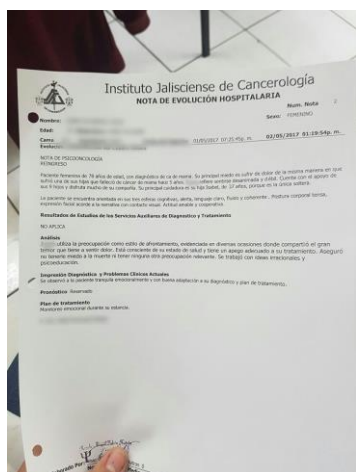
7. Anexos

A lo largo del documento se mencionan a detalle las actividades que realizamos a lo largo del proyecto, por lo que en la siguiente tabla se exponen algunas fotografías que evidencian la labor realizada en el IJC, cuidando la confidencialidad y privacidad de los pacientes.

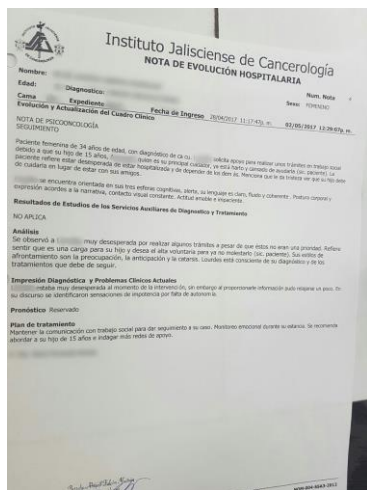
<u>Evidencias</u>	<u>Actividad</u>
	Alejandra Carrillo Baylón ejerciendo técnicas de relajación a los pacientes en sala de quimioterapia.
	María Fernanda Alcázar Llano ejerciendo técnicas de relajación a los pacientes en sala de quimioterapia.



María José González Sandoval ejerciendo técnicas de relajación a los pacientes en sala de quimioterapia.



Ejemplificación notas clínicas elaboradas por una de las integrantes del proyecto





Instalaciones de camillas y mesas junto con alumbrado y sillas para los pacientes, localizadas en el piso 2, del IJC.

Alejandra Carrillo, María José González, María Fernanda Alcázar, practicantes de psicología en el turno matutino junto a la Licenciada en Psicología Erika Sánchez, quien ha ejercido la labor de servicio psicooncológico y apoyo hacia las practicantes a lo largo de su estancia en el IJC.

	Las practicante de psicología del turno matutino (de izquierda a derecha): María José González, María Fernanda Alcázar y Alejandra Carrillo, posando alegremente en las instalaciones del hospital.
	Las practicante de psicología del turno matutino y autoras de este documento, partiendo el pastel de despedida dentro del IJC.
	Algunas integrantes del equipo de psicooncología del IJC despidiendo a las tres practicante del ITESO en su último día en el instituto.

A continuación, se presenta el documento que contiene el trabajo de investigación realizado en el instituto, así como sus resultados y discusión de los mismos.

EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA BASADA EN LA IMAGINERÍA GUIADA PARA EL AFRONTAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO EN PACIENTES CON CÁNCER

Paola Batiz*, Patricia Ornelas*, Alejandra Álvarez*, Alejandra Carrillo Baylón*, María Fernanda Alcázar Llano*, María José González Sandoval*,
Alfonso Cruz Ramos** y Mónica Montero**

*Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente

** Instituto Jalisciense de Cancerología.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue evaluar el efecto de dos modalidades de intervención psicológica (imaginería mental e imaginería mental con contenido religioso/espiritual) sobre la temperatura periférica y la percepción del dolor en pacientes con cáncer y dolor crónico que utilizan un afrontamiento de tipo religioso/espiritual. Se trata de un estudio cuasi-experimental de corte comparativo, abierto, prospectivo y transversal, con preprueba y postprueba, y grupo control. Se utilizaron termómetros de temperatura corporal periférica, Escalas Visuales Analógicas (EVA), el Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor (CAD) y el Brief R-Cope para el afrontamiento religioso. Se hizo una comparación intra e inter sujetos entre las mediciones pre y post de temperatura y EVA. Los resultados arrojaron como afrontamiento preponderante al religioso, siendo el afrontamiento de autocontrol el menos utilizado. Además, el afrontamiento religioso de carácter positivo obtuvo mayor puntaje que el negativo. Los resultados muestran una diferencia estadísticamente significativa en las mediciones de percepción del dolor iniciales y finales tanto del grupo intervenido con imaginería mental ($p=0.007$), como del grupo al que se le aplicó la imaginería con contenido religioso ($p=0.004$). Se discuten las implicaciones prácticas de los hallazgos obtenidos.

Palabras clave: *Cáncer, percepción del dolor, imaginería, temperatura.*

Abstract: Present study's objective is to evaluate the effect of two psychological intervention modalities (mental imagery and mental imagery with religious/spiritual focus) over the pain perception and temperature in chronic pain cancer patients. It is about a quasi-experimental, comparative cut, open, prospective and cross study, with pretest and posttest and a control group. Measurements in each group were evaluated intrasubject, that means, comparing each participant with itself. Later, it was made a comparison between the groups. Results showed as a preponderant coping type the religious one, followed up by the auto affirmation and distraction ones, being the searching information coping one of the lowest scores. Also, the positive religious coping was the one that obtained the major score compared to the negative. Statistics showed significant difference ($p^1=.007$, and $p^2=.004$) in initial and final comparisons of pain perception of both groups, the one intervened with mental imagery, and the one intervened with mental imagery with religious/spiritual focus.

Key words: *Cancer, pain perception, imagery, temperature.*

*Dirigir correspondencia al segundo autor: Dra. Patricia Eugenia Ornelas Tavares. patyor@iteso.mx. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente. Departamento de Psicología, Educación y Salud. Periférico Manuel Gómez Morín 8585, Tlaquepaque, Jal. Cp. 45604.

INTRODUCCIÓN

El interés por atender a personas que padecen una enfermedad crónico-degenerativa surge a partir de observar la vulnerabilidad y la amenaza hacia la calidad de vida que representa una enfermedad como es el cáncer. Dentro de este diagnóstico uno de los síntomas presentes es el dolor agudo y crónico, el cual, en muchas ocasiones ni la mayor dosis de medicamento es suficiente para disminuirlo, generando pérdida en la calidad de vida ya que éste afecta en las esferas psicosociales del individuo.

Por esta razón, hemos decidido llevar a cabo una investigación que permita complementar el tratamiento farmacológico de los pacientes con dolor crónico a través de la meditación plasmada en audios.

En dicha investigación, se pretende abordar el área espiritual mediante audios con y sin contenido religioso. De acuerdo con Leget (2012), atender las necesidades espirituales resultan tan importantes como los son las necesidades del paciente en cuanto al trato de síntomas físicos, así como los rubros sociales y emocionales (citado en Rudilla, Oliverb, Galianad y Barretoc, 2015, p.80).

Con base en lo anterior, el objetivo del presente estudio fue evaluar el efecto de dos modalidades de intervención psicológica (imaginería mental para un grupo e imaginería con contenido religioso/espiritual para otro grupo) sobre la temperatura periférica y la percepción del dolor, comparada con un grupo control sin intervención. Con ello se buscó validar la eficacia de la imaginería mental para la disminución de la percepción del dolor crónico y la eficacia de hacer uso de herramientas del afrontamiento espiritual/religioso. Así, las hipótesis planteadas son: que la aplicación del ejercicio de imaginería mental reduce la percepción del dolor al incrementarse la temperatura periférica en los participantes, que la aplicación del ejercicio de imaginería con contenido religioso reduce la percepción del dolor al incrementarse la temperatura periférica en los participantes, y que existen diferencias significativas entre las mediciones de temperatura y percepción del dolor entre los grupos de pacientes que realizaron

un ejercicio de imaginación mental, los que realizaron un ejercicio de imaginación con contenido religioso y quienes no recibieron abordaje psicológico. De tal manera, que habría una disminución notable del dolor, al mismo tiempo que un aumento considerable en la temperatura periférica de los participantes a los que se les aplicó la imaginación mental con contenido religioso; además, aquellos participantes del grupo control no tendrán cambios relevantes ni en la temperatura ni en la percepción del dolor.

ANTECEDENTES

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010), en los últimos años, el cáncer se ha definido como un problema mundial de salud pública. Del 30 al 50% de los pacientes con una neoplasia experimentan dolor, y en su mayoría son tratados con terapia farmacológica, sin embargo, existe una falta de disponibilidad de analgésicos opioides o una mala administración de los mismos que no logran el objetivo de controlar el dolor.

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP por sus siglas en inglés) el dolor es "una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma", sin embargo, esta definición hace referencia solamente a sus aspectos sintomatológicos, dejando de lado el impacto que éste tiene en la esferas psicosocial y espiritual de las personas.

En la actualidad, el dolor es uno de los síntomas más comunes en pacientes con cáncer, a menudo causando un efecto negativo sobre el estado funcional y la calidad de vida de los pacientes (Instituto Nacional del Cáncer, 2016). En el caso del dolor crónico, de acuerdo a la Asociación Americana de Cáncer (2015), se trata de aquél presente por periodos largos (mayores a 3 meses), que puede mantenerse bajo control con medicamentos, pero que no desaparece y que puede perturbar la vida de las personas que lo sufren. "Junto a la enfermedad propiamente tal, el dolor altera la actividad social, el sueño y la capacidad de disfrutar de la

vida. El afectado se ve preso de la desesperación, depresión y resignación, que en muchos casos actúa como amplificador del dolor.” (Hernán-Garrido, 2013).

Es por eso, que además de la terapia farmacológica, existen otras que pueden ser implementadas como coadyuvantes. Entre las terapias físicas mencionadas por Ornelas (2015) resalta especialmente la termoterapia, que consiste en la aplicación superficial o profunda de calor para aliviar el dolor, pues reduce la tensión muscular y calma el malestar. Dentro de los recursos utilizados tienen que ver con materiales que generan calor, ya que existe un vínculo que relaciona la temperatura con la relajación, este fue reportado por Sánchez (2016), quien diseñó y desarrolló un dispositivo capaz de demostrar que “la conductividad eléctrica de la piel de una persona es inversamente proporcional a su estado de relajación y que esta medida se puede complementar con la medida de temperatura corporal para determinar tal estado.”

El tratamiento no farmacológico para el dolor no se queda únicamente en la aplicación de calor o la elevación de temperatura, sino que existen otras técnicas psicológicas para el dolor, las cuales se trabajan en conjunto con el equipo de salud. La imaginería mental es una de ellas y funciona como analgesia hipnótica del dolor, en donde los pacientes son capaces de "alejarse o distanciarse" del dolor y sumergirse y enfocarse en la imaginería autogenerada del momento. Las diferentes formas de sensibilidad interactúan medularmente para modular el estímulo doloroso y, en ocasiones, controlarlo. (Acevedo-González, 2012).

El término “imaginería mental” se refiere a las representaciones mentales que dan la experiencia de percepción sin la presencia de un estímulo sensorial aferente, por lo que podemos considerarlo un fenómeno subjetivo (Tamayo-Martínez, 2014). Es decir, trata acerca de lo que sucede cuando se percibe con los estímulos de la mente en ausencia de estímulos externos, se refiere a diversos procesos que se integran para generar una percepción unitaria. Menciona que el Sistema Nervioso Central está constantemente procesando la información que recibe por los canales sensoriales, la analiza y la compara con la ya almacenada, es decir, las

imágenes mentales son percibidas de la manera en que el cerebro recuerda la información que recibe, de forma que las imágenes mentales serían una huella de las aferencias registradas en el SNC, independientes de los sistemas sensoriales que las generaron en primera instancia. No obstante, por su experiencia subjetiva, el estudio de la imaginería mental se ha visto limitado.

La imaginería muchas veces suele ser parte de las técnicas de relajación y el uso de las técnicas de relajación tiene un impacto importante en la práctica clínica. Según Blanco (2014), en su estudio las técnicas de relajación tienen un impacto en la salud del paciente o en cualquier otra persona, trae consigo muchísimos beneficios a la salud. Sin embargo, este tipo de técnicas debe ser basado en evidencia, tienen que ser medidos aquellos beneficios que se obtienen mediante la relajación y la imaginería. En las técnicas de relajación se observa de qué manera contribuye la relajación a la efectividad del tratamiento.

Podríamos decir que, al evocar ciertas imágenes mentales, se pueden enviar sensaciones de calor al SNC, lo que producirá vasodilatación periférica que nos permitirá notarlo en la temperatura corporal, esto porque la temperatura del cuerpo está regulada por mecanismos nerviosos de retroalimentación que operan, en su mayoría, a través de centros termorreguladores situados en el Hipotálamo, y para que estos mecanismos de retroalimentación actúen, se necesitan detectores de temperatura que indiquen el momento en que ésta aumenta o disminuye en exceso. (Guyton & Hall, 2011). Ante la presencia de dolor, los nociceptores, que son las terminaciones nerviosas que se encargan de un papel preventivo, que son sensibles a diversos tipos de estímulos, entre ellos, los de dolor, llegan a ser inhibidos o enmascarados por los termorreceptores que actúan al percibir una temperatura uniforme. (Aeschlimann, 2004).

Lo que se busca al momento de paliar el dolor crónico es mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias enfrentando la problemática asociada a enfermedades potencialmente mortales, a través de tratamiento del dolor y otros problemas físicos,

psicosociales y espirituales, tomando en cuenta las creencias de cada persona. (Barragán, 2013). Una de las maneras es a través de la espiritualidad, la cual autores como De Jager Meezenbroek, Garssen, van den Berg, van Dierendonck, Visser, y Schaufeli, (2012) y Puchalski (2012) definen como la propia búsqueda de la experiencia y de la conexión con uno mismo, con los demás, con la naturaleza y con lo trascendente. En su estudio, Meezenbroek et al (2012), identifican que la conexión con uno mismo, se expresa en aspectos tales como la autenticidad, la armonía interior/la paz interior, la conciencia, el autoconocimiento y la experiencia y la búsqueda de sentido de la vida. La conexión con los demás y con la naturaleza está relacionada con la compasión, el cuidado, la gratitud y el asombro. La conexión con lo trascendente incluye el contacto con algo o alguien más allá del nivel humano, tales como el universo, la realidad trascendente, un poder superior o Dios y los aspectos que implica son el temor, la esperanza, la santidad, la adoración de las experiencias trascendentes y trascendentales. (Puchalski, 2012).

De igual manera Navas y Villegas (2007) mencionan que la espiritualidad puede ser un recurso que se convierta en una fuente de fortaleza muy poderosa, logrando promover la calidad de vida y la adaptación a la enfermedad ya que ésta facilita que la persona realice cambios en su estilo de vida y ayuda a que tome conciencia de cómo sus comportamientos, actitudes y creencias influyen en su estado de salud. Además existen quienes consideran a la espiritualidad como un componente terapéutico que puede aumentar el bienestar personal y reducir el impacto de los hechos que le provocan estrés a una persona (Florenzano et al. en Núñez, P., Enríquez, D. & Irarrázaval, M.,2012).

En un estudio realizado por Rudilla, Oliver, Galianad y Barretoc (2015), se hace mención a que la espiritualidad es uno de los rubros que menos se ha desarrollado en el trabajo con el paciente y a su vez, de las más necesarias para que el paciente concluya de la mejor manera (p.79).

De igual manera, Corr y Corr, (2000) estiman que el abordaje adecuado del contenido espiritual en la persona promueve la búsqueda y claridad en el sentido que esta le pueda atribuir a su vida, así como brindar esperanza y aceptación ante el hecho de morir (citado en Rudilla, Oliver, Galianad y Barretoc, 2015, p.80). Los beneficios de abordar el área espiritual, se dirigen a nutrir la dignidad y el bienestar existencial en el paciente, siendo útil para aliviar los síntomas de ansiedad, depresión, estrés y sufrimiento que padece, ya sea por la misma enfermedad o por algún otro evento en particular.

MÉTODO

El presente es un estudio cuasi-experimental de corte comparativo, abierto, prospectivo y transversal, con preprueba-postprueba y grupo de control. Las medidas dentro de cada grupo se evaluaron intra-sujeto, es decir, comparando a cada participante consigo mismo. Posteriormente se hizo una comparación entre los grupos.

Participantes

Se reclutaron 36 participantes en total, adultos ($\bar{x}$ =54.44 años), en su mayoría mujeres, siendo el 72.2 % de las participantes, y únicamente el 27.7% fueron hombres. Los participantes fueron pacientes de un Hospital Público que en su totalidad refirieron sintomatología de dolor crónico -mayor o igual a 3 meses de evolución de acuerdo a la Asociación Americana de Cáncer (2015)-, que manifestaron creencias y prácticas religiosas/espirituales y que cuentan con un diagnóstico médico de cáncer. Fueron asignados de forma aleatoria en tres grupos de 12 participantes cada uno: un primer grupo experimental al cual se le aplicó una intervención audio-grabada de imaginería mental; un segundo grupo experimental al cual se le aplicó una intervención audio-grabada de imaginería mental con un enfoque de tipo religioso/espiritual; y un tercer grupo control el cual fue privado de cualquier intervención y al que únicamente se le tomó temperatura, la Escala Visual Analógica (EVA) y se aplicaron los instrumentos.

Aparatos y materiales

Para recabar información general sobre los participantes se utilizó un cuestionario de datos sociodemográficos, para conocer datos sobre el afrontamiento de los participantes se aplicó el Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico (CAD), cuestionario con una estructura estable y fiable de 6 factores, compuesto por 31 ítems, que explica el 63,8% de la varianza con una consistencia interna de cada factor entre 0,77 y 0,94. (Soriano, y Monsalve, 2002); y también se aplicó la Escala de patrones positivos y negativos de métodos de afrontamiento religioso Brief-RCOPE para obtener información adicional sobre el afrontamiento espiritual de los participantes, compuesta por 14 ítems, reportada como una medición válida y replicable que ha demostrado una buena consistencia interna en distintas investigaciones, en la que los métodos de afrontamiento religioso positivo reflejan una relación segura con una fuerza trascendente, un sentido espiritual de conectividad con otros y una visión benevolente del mundo, mientras que los métodos de afrontamiento religioso negativos reflejan tensiones y luchas espirituales subyacentes con la persona misma, con otros y con la divinidad (Pargament, Feuille, y Burdzy, 2011). Para las mediciones sobre temperatura y dolor se utilizaron termómetros de biorretroalimentación portable “Dr. Lowenstein’s Stress ThermometerTM” modelo SC911, y la Escala Visual Analógica (EVA) que permite a los participantes reportar su percepción del dolor en una escala visual de 0 a 10 donde 0 indica la ausencia de dolor y 10 la presencia del dolor más intenso e insoportable que han percibido (Federación Latinoamericana de Asociaciones para el Estudio del Dolor, 2017).

Se realizaron las audio-grabaciones de imaginería mental en una cabina de grabación y se editaron con el programa FreeRIP MP3 converter, mismas que fueron almacenadas en un dispositivo móvil para su posterior reproducción con audífonos “Super Bass Stereo Headphones” marca eva-y, modelo EV-628. La música de fondo en las audio-grabaciones fue proporcionada por el Mtro. Mario TorreBlanca Galindo, psicólogo experimentado en musicoterapia. Fue música neutra para favorecer la relajación.

Procedimiento

Los participantes fueron captados tanto en la Clínica del Dolor como en el área de hospitalización. Aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión firmaron el consentimiento informado para comenzar con la fase experimental del estudio. Se aplicaron los instrumentos mencionados en el apartado anterior (CAD y Brief-RCOPE), posterior a ello, para los participantes de los grupos experimentales se les colocó el termómetro en la punta de algún dedo de la mano de los pacientes, pues es allí donde surge un reflejo del grado de vasoconstricción periférica que es asociado a cambios en la actividad simpática del sistema nervioso autónomo (Alcaraz y García, 2015). Se tomó una medida inicial de temperatura periférica y se interrogó la percepción del dolor con la Escala EVA antes de aplicar el audio y los cuestionarios correspondientes. Se colocaron los audífonos a los participantes y se reprodujeron las audio-grabaciones indicadas al grupo de participación. Durante la intervención audio-grabada se tomaron medidas de temperatura por minuto y al finalizar se registró la temperatura final y se volvió a interrogar la percepción del dolor con la Escala EVA. Para el grupo control se tomaron los registros de temperatura y EVA previo a la aplicación de cuestionarios y escalas y se volvieron a tomar algunos minutos después de haber finalizado los interrogatorios, de manera que el tiempo transcurrido fuera similar al de las intervenciones para los otros grupos.

RESULTADOS

Como se muestra en la Tabla 1, los resultados del cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico (CAD) arrojaron la puntuación de media más alta para el tipo de afrontamiento religioso en todos los participantes con 18.5 puntos de 20 totales, seguido por el afrontamiento de autoafirmación, con una media de 17.08 puntos de 20 totales, en tercer lugar se encuentra el de catarsis con una media de 14.38 puntos sobre 20, y en cuarto lugar figura el afrontamiento

de distracción con una media de 16.08 de 24 puntos posibles. Llama la atención que uno de los métodos de afrontamiento más bajos resultó ser el de búsqueda de información presentando una media de 13.25 y el de autocontrol es el estilo de afrontamiento menos utilizado presentando una media de 12 puntos de 20 totales.

TIPO DE AFRONTAMIENTO	PUNTUACIÓN PROMEDIO
Afrontamiento religioso	$\bar{X} = 18.5$
Afrontamiento de autoafirmación	$\bar{X} = 17.08$
Afrontamiento de catarsis	$\bar{X} = 14.38$
Afrontamiento de distracción	$\bar{X} = 16.08$
Afrontamiento por búsqueda de información	$\bar{X} = 13.25$
Afrontamiento de autocontrol	$\bar{X} = 12$

Tabla 1. Comparación de resultados de las puntuaciones medias de cada estilo de afrontamiento.

En cuanto a los resultados arrojados por la Escala Brief-RCOPE, se encontró que, de 7 puntos totales, hubo una media de 6.52 puntos para el afrontamiento religioso de carácter positivo, y de 2.6 puntos para el de carácter negativo. En las siguientes tablas se muestra la totalidad de los datos de mediciones de EVA y temperatura para los tres grupos.

Grupo 1 (Imaginería mental)				
	EVA inicial	EVA final	Temperatura inicial	Temperatura final
Promedio	6.83	4.58	90.54	91.8

Tabla 2. Comparación de resultados de mediciones de percepción del dolor y temperatura periférica preprueba y postprueba del grupo no.1

Grupo 2 (Imaginería mental con contenido religioso/espiritual)				
	EVA inicial	EVA final	Temperatura inicial	Temperatura final
Promedio	5.91	3.33	89.3	90.4

Tabla 3. Comparación de resultados de mediciones de percepción del dolor y temperatura periférica preprueba y postprueba del grupo no.2

Grupo 3 (Grupo control)				
	EVA inicial	EVA final	Temperatura inicial	Temperatura final
Promedio	5.58	5.16	88.24	88.66

Tabla 4. Comparación de resultados de mediciones de percepción del dolor y temperatura periférica preprueba y postprueba del grupo no.3

Al comparar las mediciones de cada grupo, hubo una disminución de la percepción del dolor después de la intervención en los 3 grupos, sin embargo, la diferencia entre el valor inicial y final de EVA es mayor en los grupos 1 (imaginería mental) y 2 (Imaginería mental con contenido religioso/espiritual) comparada con la diferencia existente en el grupo 3 (control). De igual manera, se encuentra mayor incremento en la temperatura correspondiente a los grupos 1 y 2, que el incremento registrado en el grupo control.

Para determinar la significancia estadística de estas diferencias, se realizó en un primer momento una prueba de normalidad que de acuerdo al número de participantes (n=36) se reportó con la prueba Shapiro Wilk (como se muestra en la tabla 5), Cuyo análisis sugiere que los datos tienen una distribución normal, por lo que la comparación se realizó con una prueba no paramétrica.

Prueba de Normalidad de Shapiro-Wilk			
	Estadístico	gl	Sig.
EVA INICIAL	.91	36	.006
EVA FINAL	.929	36	.024
TEMP INICIAL	.928	36	.022
TEMP FINAL	.907	36	.005

Tabla 5. Prueba de Normalidad de Shapiro-Wilk donde se muestra Eva Inicial y Final. Y Temperatura Inicial y Final

Posterior a ello se realizó la Prueba *t de student* para dos muestras relacionadas con las variables percepción del dolor (EVA) y temperatura periférica. Los resultados muestran una diferencia significativa entre la comparación de EVA inicial y final ($p < .05$), de los grupos que participaron en el ejercicio de imaginación, contrario a lo observado en el grupo control ($p > .05$).

En cuanto a la comparación entre temperaturas tanto inicial como final en los tres grupos, con base en los valores arrojados a continuación (tabla 6), se observa que no hay diferencias estadísticamente significativas en los tres grupos ($p > .05$)

Grupo	Variables	Puntuación t	Sign. bilateral
1	Eva final-Eva inicial	-4.700	.001
	Temp. Final-Temp. Inicial	1.318	.220
2	Eva final-Eva inicial	-4.531	.001
	Temp. Final-Temp. Inicial	1.266	.232
3	Eva final-Eva inicial	-1.820	.096
	Temp. Final-Temp. Inicial	.709	.493

Tabla 6. Comparación Intragrupos de las mediciones iniciales y finales de la percepción del dolor y de temperatura periférica.

Estos resultados sugieren que independientemente del contenido empleado, la imaginación es una técnica que contribuye a la reducción del dolor percibido, según el reporte del paciente. No obstante, parece que la temperatura periférica no arroja resultados contundentes, sin embargo se observa que la puntuación t es menor en el grupo control, en contraste con los grupos experimentales cuya puntuación t tiende a ser mayor sugiriendo diferencia, aunque no sea estadísticamente significativa.

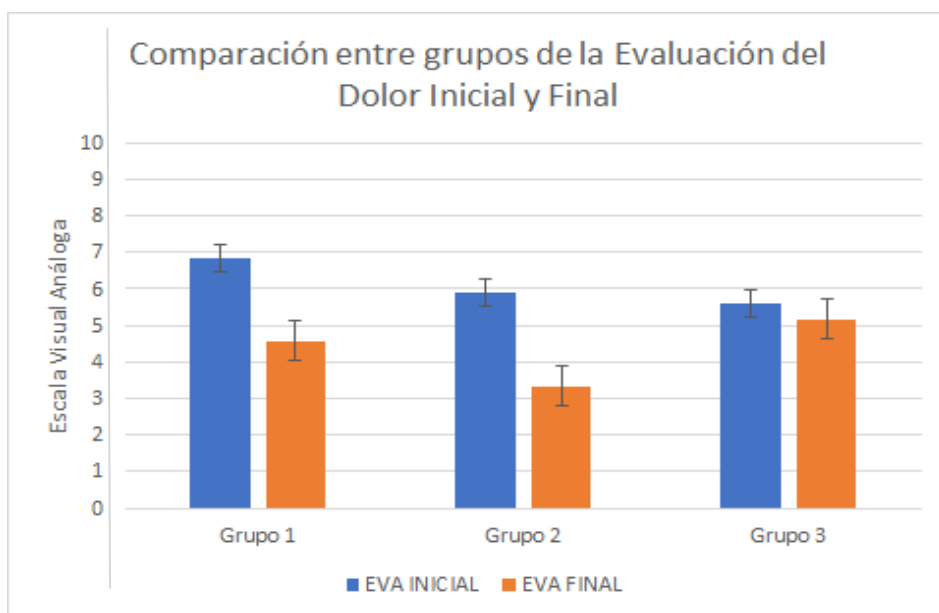


Fig. 1. Promedio de evaluaciones iniciales y finales del dolor en los tres grupos.

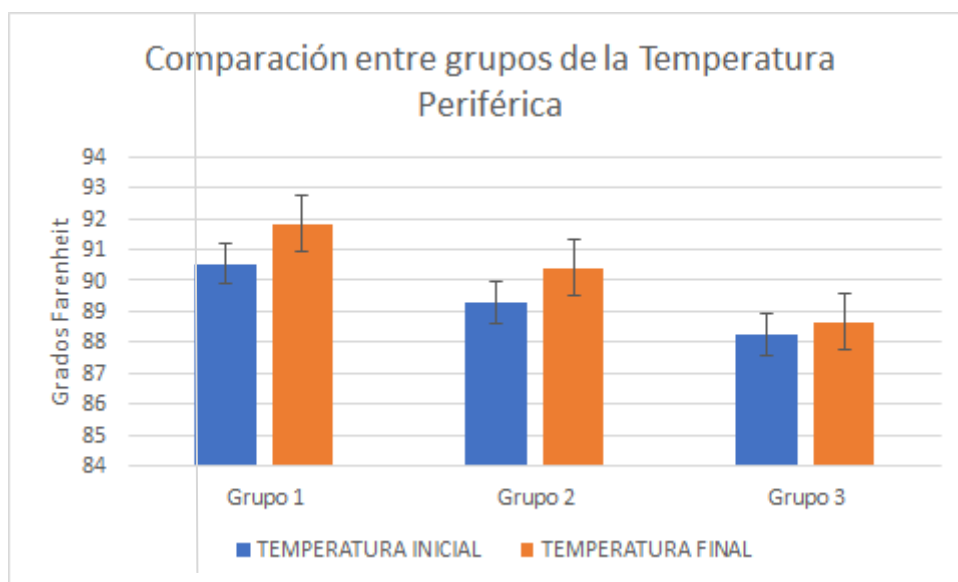


Fig. 2. Comparación entre grupos de la Temperatura periférica inicial y final.

Los resultados por grupo, requiere un análisis más minucioso por lo que lo representamos a manera de gráficas: El grupo 1, al que se le administró la imaginería mental sin contenido religioso, mostró diferencias significativas en relación a las medidas de la percepción del dolor ($p < .05$), pero no en las medidas de temperatura ($p > .05$). De igual manera, el grupo 2, a quienes se les administró el ejercicio de imaginería mental con contenido religioso, no mostró diferencias significativas en relación a la temperatura periférica ($p > .05$), mientras que, en la percepción del dolor, sí mostró diferencias significativas ($p < .05$). Finalmente, el grupo control, no muestra diferencias significativas entre las mediciones inicial y final de la percepción del dolor ni de la temperatura ($p > .05$).

DISCUSIÓN

Los datos que arroja el CAD sugieren que la población estudiada afronta el dolor con recursos religiosos, y según el Brief-RCOPE la mayoría de los participantes reflejan una relación segura con una fuerza trascendente, sin embargo, ambos grupos que fueron intervenidos con imaginería (1 y 2), sin importar si tenía contenido religioso o no, mostraron diferencias significativas entre las puntuaciones iniciales y finales de EVA.

La presente investigación cobra importancia al sumarse a los estudios que buscan evidenciar la validez científica de las intervenciones psicológicas en el plano de la psicología de la salud, específicamente de la psicooncología.

Dentro de los resultados arrojados, uno de los que principalmente llama la atención es el bajo puntaje obtenido en el afrontamiento de tipo “búsqueda de información”, pues al ser un estilo de afrontamiento, que, de acuerdo a Pelechano (2005), se orienta a la solución de problemas, parecería necesario encontrarlo en puntajes altos en la población en general. Una posible explicación tiene que ver con el nivel socioeconómico de los participantes del estudio,

pues de acuerdo a lo mencionado por Hirmas, Poffald, Jasmen, Aguilera, Delgado, y Vega, (2013), el nivel de salud se condiciona de acuerdo a los determinantes sociales. Un ejemplo de ello podría ser el contexto del sistema sanitario en general que, de acuerdo a lo reportado por Gómez-Dantés, O. et al. (2011), es urgente fortalecer la oferta de servicios en las zonas más marginadas del país, y garantizar un paquete común de beneficios para todas las personas, para así lograr el ejercicio universal e igualitario del derecho a la protección de la salud.

Con la explicación anterior, y sumando esto a la evidencia de la falta de información para el autocuidado del dolor o de técnicas psicológicas para el manejo del dolor que se puede observar en la práctica clínica, se puede entender la falta de interés de los pacientes por buscar información para su bienestar.

De acuerdo con Lazarus & Folkman (1986) se puede hablar de dos tipos de afrontamiento: uno dirigido al problema y otro a la emoción. El que se centra en el conflicto, enfoca su atención en la acción para intentar hacer cambios que disminuyan el estrés que provoca la situación. En cambio, el que es centrado en la emoción, intenta controlar el distrés emocional que se deriva del evento, dentro del cual, pretende controlar los pensamientos en vez de proponer acciones para cambiar la interacción dentro de la situación conflictiva, de tal manera, que el estrés perdura. (citado en Montiel Castillo, Álvarez Reyes & Guerra Morales, 2016, p.112).

Conociendo que el afrontamiento dirigido a la emoción no resulta tan efectivo como el que se centra en el problema, puede entenderse que el afrontamiento de autocontrol haya sido el menos utilizado por los pacientes, reportando un puntaje de 12 de 20 puntos. Ya que representa un esfuerzo mayor mantener bajo control las emociones y pensamientos en una situación delicada como lo es una enfermedad que amenaza la estabilidad íntegra del individuo, por lo que se espera que busquen elaborar planes de acción que beneficien su situación antes que atender sus pensamientos.

Mesquita, Chaves, Avelino, Nogueira, Panzini & Carvalho definen que las personas religiosas mantienen mayor capacidad para afrontar situaciones que les resulten difíciles en su vida, ya que se basan en el aspecto religioso y espiritual. Sin embargo, es importante resaltar que espiritualidad y religión no son lo mismo pero se relacionan, ya que la religión es una herramienta que permite vivir la espiritualidad. El afrontamiento religioso pretende trabajar el estrés que resulta de las situaciones conflictivas mediante las cogniciones, creencias y comportamientos personales. Los aspectos benéficos de este tipo de afrontamiento, se enfocan en que la persona se apoye del amor y protección del dios en el que creen o en fuerzas trascendentales (2013, p.1). Por lo que, no es de sorprender que el afrontamiento más utilizado, según el test Brief-RCOPE, fue el religioso, obteniendo una puntuación de 18.25 sobre 20.

Por otro lado, lo reportado con las mediciones de pre y postprueba de ambas imaginerías mentales, en donde los resultados evidenciaron una reducción en la percepción del dolor, nos permite sumar a la afirmación de la teoría de Ronald Melzack y Patrick D. Wall (1965), la teoría de la compuerta, la cual significó el punto de cambio en el tratamiento del dolor. No solo por su importancia neurofisiológica, sino por los hechos que de ella se desencadena de forma directa e indirecta y que permite mejorar el tratamiento del dolor (Acevedo-González, 2012). Melzack postuló que una persona podría modular su dolor usando fuerzas externas. La teoría de la compuerta explica cómo la mente desempeña un papel esencial en la opinión del dolor. Sugirieron que hay un "sistema que bloquea" a nivel del sistema nervioso central que hace que se abran o se cierren las vías del dolor. Las puertas se pueden abrir, dejando proceder el dolor a través de las fibras aferentes y eferentes desde y hacia el cerebro, o viceversa, las puertas se pueden cerrar para bloquear estos caminos del dolor, esto a nivel neuronal; el mecanismo puede ser influenciado por impulsos nerviosos eferentes. Los impulsos eferentes son afectados por una enorme variedad de factores psicológicos conocidos para influenciar el cerebro. "El mensaje enviado del cerebro (vías eferentes) al área donde se siente el dolor se puede

influnciar por la interpretaci3n de la mente.” (Herrera, 2006). Con ello, las im3genes mentales que se les propiciaron a los participantes pudieron fungir de alguna manera para abrir o cerrar aquellas compuertas neuronales que exacerban el dolor, pues en general se registraron descensos en la percepci3n del dolor.

El tratamiento no farmacol3gico para el dolor no se queda 3nicamente en la aplicaci3n de calor o la elevaci3n de temperatura, sino que existen otras t3cnicas psicol3gicas para el dolor, las cuales se trabajan en conjunto con el equipo de salud. La imaginería, por ejemplo, a pesar de no ser extensamente investigada, se ha encontrado como una t3cnica prometedora para pacientes con dolor cr3nico (Morales-Osorio y Mejía-Mejía, 2012).

Así pues, con la aplicaci3n de t3cnicas de imaginería mental a una pequeña poblaci3n de pacientes con dolor, se logró disminuir su percepci3n del mismo. T3cnica que de ser aplicada de manera constante, puede sugerir lograr resultados como los reportados por Araújo-Elias, Sales-Giglio, y Andrucioli de Mattos-Piment, (2008), quienes al aplicar una t3cnica de imaginería mental con un enfoque espiritual obtuvieron en sus resultados una promoci3n de la calidad de vida de pacientes terminales, adem3s de brindarles serenidad y dignidad frente a la muerte.

Por otro lado, durante la aplicaci3n de los cuestionarios en el grupo control, los sujetos brindaron su testimonio acerca de c3mo viven el proceso de su enfermedad, mismo fen3meno que se podría haber producido la baja en las puntuaciones finales de EVA, a pesar de que dicho grupo no recibió imaginería mental. Es decir, al aplicar cuestionarios que sugerían una introspecci3n o la simple descripci3n de cuestiones acerca del dolor, se sugiere la presencia de un desahogo emocional o catarsis, que por sí sola logra una relajaci3n corporal y por lo tanto una percepci3n de que el dolor ha disminuido. Creemos que los participantes se sintieron cómodos y confiados para dar su testimonio en lugar de 3nicamente contestar los cuestionarios, debido a que se proveyó un ambiente adecuado, el cual incluía confidencialidad, privacidad

para el paciente, escucha atenta por parte de las colaboradoras y disponibilidad de horario para participar.

Dentro de los resultados de todos los participantes en general (los tres grupos), se encontró un puntaje alto de afrontamiento religioso positivo, lo cual refleja lo que comentan Szylit-Bousso Szylit-Bousso, Serafim y Deguer-Misko (2010) acerca de la importancia de las creencias religiosas como mediadores de salud en el proceso de la enfermedad. Así como el basarse en ellas, permite que la persona pueda atribuir los sucesos a una fuerza superior, lo cual ofrece resultados simbólicos en cuanto al bienestar y autocontrol. Sin embargo, con base en los resultados obtenidos en esta investigación se sugiere que, a pesar de haber trabajado con personas creyentes de una religión, el aspecto importante para que se logre la relajación y la disminución del dolor, no es el contenido religioso del audio, sino el ejercicio de imaginación por sí mismo. Se ha demostrado que técnicas de meditación pueden ser utilizadas para regular la temperatura del cuerpo y que esto, de acuerdo a un equipo de investigadores de la Universidad Nacional de Singapur, puede mejorar la resistencia a infecciones, el rendimiento cognitivo, acelerar el tiempo de respuesta y disminuir los problemas de rendimiento (Kozhevnikov, Shephard y Gramann, 2013).

De igual manera, creemos que al no especificar un dios o nombrar una religión dentro del discurso del audio, permitió que el sujeto se identificara fácilmente con el contenido de la imaginación, permitiéndole personalizarlo según sus creencias individuales.

Una de las áreas de oportunidad en la cual nos podemos enfocar es la falta de búsqueda de información por parte de los pacientes que concuerda con el sistema Mexicano de Salud actual, es por ello que una invitación latente se encuentra en la facilitación de la información de cuidado sobre el dolor crónico, entre otras situaciones de sufrimiento de las enfermedades.

Otra limitante es la medición con el marcador biológico de la temperatura, puesto que de aplicarse el mismo estudio midiendo la respuesta galvánica de la piel o incluso utilizando

distintas técnicas de biorretroalimentación, seguramente se podrían encontrar resultados más precisos sobre lo que ocurre a nivel corporal cuando una persona se relaja con la imaginiería mental haciendo uso del afrontamiento espiritual.

Se puede sugerir como perspectiva a futuro el uso de herramientas psicológicas y fomentarlas como un hábito, basándonos en la importancia y practicidad que representan estas técnicas, con la finalidad de promover la meditación como una medida que complemente el tratamiento farmacológico en el paciente. De tal manera, que solo es necesario un espacio y la iniciativa de la persona para practicarlo, sin necesidad de invertir económicamente, lo cual, en ocasiones es un impedimento para que la persona continúe con su tratamiento y autocuidados.

CONCLUSIÓN

Ante los resultados obtenidos, de manera general se concluye que la intervención psicológica de imaginiería mental, con y sin contenido religioso, propicia la disminución de la percepción del dolor, además de aumentar la temperatura periférica, como marcador biológico que contribuye a reducir la experiencia nociceptiva.

A pesar de no haber obtenido una diferencia significativa entre la medición de las temperaturas antes y después de la aplicación de los audios, se ha encontrado, que los participantes han experimentado una disminución en la percepción de su dolor. De tal manera que, para el propósito de mejorar la calidad de vida en los pacientes, existe mayor relevancia en la percepción del dolor que cada uno de ellos estima, independientemente de que haya habido o no cambios en su temperatura periférica. Es decir, si la persona percibe disminución en su dolor físico, se traduce a una mejora en su sensación de bienestar a nivel general, sin importar la información registrada por parte de los marcadores biológicos.

REFERENCIAS

- Acevedo-González, J. C. (2012). Teoría de la Compuerta (Ronald Melzak y Patrick D. Wall, 1965). Universidad Médica de Bogotá. Vol. 53. No. 4. Pp. 395-419. Bogotá: Colombia. [En línea] Obtenido de: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v53n4/Teoria%20de%20la%20compuerta.pdf>
- Aeschlimann, M. (2004). La percepción del dolor y la temperatura. Eurobrain. Vol. 5. No. 1. Pp. 1-6. Lausana: Suiza. [En línea] Obtenido de: http://www.dana.org/uploadedFiles/The_Dana_Alliances/European_Dana_Alliance_for_the_Brain/eurobrain-06-2004_es.pdf
- Alcaraz-Mendoza, F. y García-Valencia, A. (2012). Técnicas psicofisiológicas para evaluar el estrés en escenarios clínicos. En: Galán-Cuevas, S. y Camacho-Gutiérrez, E. Estrés y Salud. Investigación básica y aplicada. Manual Moderno. Cap. 6.
- Araújo-Elias, AC., Sales-Giglio, J. y Andruccioli de Mattos-Piment, C. (2008). Analysis of the nature of spiritual pain in terminal patients and the resignification process through the relaxation mental images and spirituality intervention. Revista Latinoamericana de Enfermagem. Vol. 16. No. 6. Pp. 959-965.
- Asociación Americana de Cáncer. (2015). Datos sobre el dolor causado por el cáncer. Obtenido el 29 de Noviembre de 2016 de: <http://www.cancer.org/espanol/servicios/tratamientosyefectossecundarios/efectossecundariosfisicos/datos-sobre-el-dolor-causado-por-el-cancer>
- Barragán, J., & Almanza-Rodríguez, G. (2013). Valoración de estrategias de afrontamiento, a nivel ambulatorio, del dolor crónico en personas con cáncer. Aquichan, Vol. 13 No. 13. Doi: 10.5294/2302. [En línea] Obtenido de: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v13n3/v13n3a02.pdf>
- Blanco C., Estupiñá F.J., Labrador F.J., Fernández Ignacio Arias., Bernaldo de Quirós M., Gómez L., (2014) El uso de las técnicas de relajación en la práctica de una clínica de psicología. Clínica Universitaria de Psicología. Universidad de Murcia, España.
- De Jager Meezenbroek, E., Garsen, B., van den Berg, M., van Dierendonck, D., Visser, A., & Schaufeli, W. B. (2012). Measuring spirituality as a universal human experience: a review of spirituality questionnaires. J Relig Health, 51(2), 336-354.
- Federación Latinoamericana de Asociaciones para el Estudio del Dolor. (2017). Escala Visual Análoga (EVA). [En línea] Obtenido de: <http://www.fedelat.com/info/5-11-escala-visual-anloga.html>
- Gómez-Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H. y Frenk, J. (2011). Sistema de Salud de México. Salud Pública de México. Vol. 53. No. 2. Pp. 220-232. Cuernavaca: México.
- Guyton, A. C. & Hall, J. E. (2011). Tratado de fisiología médica. Duodécima Edición. Elsevier España, S.L. Cap. 73. Pp. 867-880. Barcelona: España.
- Herrera, W. E. (2006). Teoría de la compuerta (Gate Control). Neurocirugía Javeriana. [En línea] Obtenido de: <http://neurocirugijaveriana.blogspot.mx/2006/02/teoria-de-la-compuerta-gate-control.html>
- Hernán-Garrido, R. (2013). Manejo del dolor en cáncer. Revista Médica Clínica Las Condes. Vol. 24. No. 4. Pp. 661-666. Las Condes: Chile
- Hirmas, M., Poffald, L., Jasmen, A., Aguilera, X., Delgado, I. y Vega, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. Revista Panam Salud Pública. Vol. 33. No. 3. [En línea] Obtenido de: http://www.paho.org/journal/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=pdfs-march-2013&alias=571-barreras-y-facilitadores-de-acceso-a-la-atencion-de-salud-una-revision-sistematica-cualitativa&Itemid=847&lang=en
- Instituto Nacional del Cáncer. (2016). El dolor y el cáncer (PDQ®)—Versión para profesionales de salud. Obtenido de: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios/dolor/dolor-pro-pdq>
- International Association for Study of Pain. Task Force on Guidelines for Desirable Characteristics for Pain Treatment Facilities. Seattle, Washington, 1990.

- Kozhevnikov, James Elliott, Jennifer Shephard, Klaus Gramann. Neurocognitive and Somatic Components of Temperature Increases during g-Tummo Meditation: Legend and Reality. *PLoS ONE*, 2013; 8 (3): e58244 DOI: 10.1371/journal.pone.0058244
- Mesquita, A.C., Chaves, E.C.L., Avelino, C.C.V., Nogueira, D.A., Panzini, R.G. & Carvalho, E.C. La utilización del enfrentamiento religioso/ espiritual por pacientes con cáncer en tratamiento quimioterápico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. mar.-abr. 2013 [Consultado el 4 de diciembre de 2017]; 21(2):[07 pantallas]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/es_0104-1169-rlae-21-02-0539.pdf
- Montiel Castillo, Vanessa Esperanza, Álvarez Reyes, Olga Lidia, & Guerra Morales, Vivian Margarita. (2016). Coping in breast cancer survivors. *Medicentro Electrónica*, 20(2), 112-117. Retrieved December 04, 2017, from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432016000200004&lng=en&tlng=en.
- Morales-Osorio, M. A. y Mejía-Mejía, J.M. (2012). Tratamiento con imaginería motora graduada en el síndrome de miembro fantasma con dolor: una revisión sistemática. *Rehabilitación*. Vol. 46. Núm. 04. Pp. 310-316 doi: 10.1016/j.rh.2012.05.009. Madrid: España
- Navas, C. y Villegas, H. (2007). Espiritualidad y salud. *Saberes Compartidos*, 1, 34 -42.
- Núñez, P., Enríquez, D. & Irrázaval, M. (2012). La Espiritualidad en el Paciente Oncológico: una forma de nutrir la esperanza y fomentar un afrontamiento positivo a la enfermedad. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 10(1), 84-100.
- Organización Mundial de la Salud. (2010) Dolor por cáncer y cuidados paliativos, reporte del comité de expertos. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. [En línea] Obtenido de: <http://www.amro.who.int/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.pdf>
- Ornelas-Tavares, P. (2015). Manejo psicológico del dolor. En: Camacho-Gutiérrez, E. y Galán-Cuevas, S. Alternativas psicológicas de intervención en problemas de salud. Editorial El Manual Moderno. Cap. 2. Pp. 9-26. San Luis Potosí. Guadalajara: México.
- Pargament, K., Feuille, M. y Burdzy, D. (2011). The Brief RCOPE: Current Psychometric Status of a Short Measure of Religious Coping. *Religions*. Vol. 2. doi:10.3390/rel2010051 [En línea] Obtenido de: [file:///C:/Users/Paola/Downloads/religions-02-00051%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Paola/Downloads/religions-02-00051%20(2).pdf)
- Pelechano, V. (2005). Acerca de afrontamiento y enfermedad crónica: una reflexión ¿fundada? Con alguna sugerencia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. Vol. 10. No. 1. Pp. 3-14. [En línea] Obtenido de: [http://www.aepcp.net/arc/01.2005\(1\).Pelechano.pdf](http://www.aepcp.net/arc/01.2005(1).Pelechano.pdf)
- Puchalski, C. M. (2012). Spirituality in the cancer trajectory. *Ann Oncol*, 23(3), 49-55.
- Rudilla, D., Oliver, A., Galiana, L., & Barreto, P. (2015). Espiritualidad en atención paliativa: Evidencias sobre la intervención con counselling. *Psychosocial Intervention*, 24(2),79-82.Consultado en :http://ac.els-cdn.com/S1132055915000198/1-s2.0-S1132055915000198-main.pdf?_tid=ae6e2338-83a7-11e7-bdee-00000aab0f02&acdnat=1503014366_84726ca9496221314d9b75abe5d43e47
- Salas, R. A. (2007). Fisiología y Control del Dolor. Informe Médico. Vol. 9. No. 10. Pp. 517-531.
- Sánchez, Javier (2016). Medida de la Relajación Humana. Universidad Pontificia Comillas. Madrid. [En línea] Obtenido de: <http://www.iit.upcomillas.es/pfc/resumenes/48480b8619a7f.pdf>
- Soriano, J., y Monsalve, V. (2002). CAD: Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. Vol. 9. No. 1. [En línea] Obtenido de: http://sid.usal.es/docs/F8/ART13055/CAD_Cuestioanrio_de_afrontamiento.pdf
- Szylyt-Bousso, R., Serafim, T. y Deguer.Misko, M. (2010). Historias de vida de Familiares de niños con enfermedades graves: relación entre religión, enfermedad y muerte. *Rev. Latino-Am Enfermagem*. Vol. 18. No. 2. Pp. 156-162. Sao Paulo: Brasil. [En línea] Obtenido de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/es_03.pdf
- Tamayo-Martínez, N. (2014). Imaginería Mental: Neurofisiología e implicaciones en Psiquiatría. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Vol. 43. No. 1. Bogotá: Colombia. [En línea] Obtenido de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v43n1/v43n1a07.pdf>
- Vallejo, M. (2000). Emociones y Dolor. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. Vol. 7. No. 1. [En línea] Obtenido de: http://revista.sedolor.es/pdf/2000_01_02.pdf

