

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Práctica Dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Psicología

**APORTES NEUROPSICOLÓGICOS EN LA INSERCIÓN CLÍNICO-PROFESIONAL EN EL
SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA, LA UNIDAD DE NEURO-ONCOLOGÍA Y EL SERVICIO
DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA DEL HOSPITAL MÉXICO**

Sustentante: Bach. Javeth Calvo Molina

Carné: B91427

Comité Asesor:

Directora: Dra. Mónica Salazar Villanea

Asesora Técnica: M.Sc. Rocío Vindas Montoya

Lectora: Dra. Ana María Jurado Solórzano

Lector: M.Sc. Luis Enrique Ortega Araya

Junio, 2024

Tribunal examinador

HOJA DE APROBACIÓN



Dr. Juan Carlos Brenes Sáenz

Presidente del Tribunal Examinador



M.Sc. Amaryllis Quirós Ramírez

Profesor(a) invitad(a)



Dra. Mónica Salazar Villanea

Directora del Trabajo Final de Graduación



Dra. Ana María Jurado Solórzano

Lector(a)



M.Sc. Luis Enrique Ortega Araya

Lector(a)



Javeth Calvo Molina

Sustentante

Resumen

El presente Trabajo Final de Graduación (TFG) se realizó bajo la modalidad de Práctica Dirigida y consistió en la inserción psicológica y neuropsicológica en el Servicio de Neurocirugía, la Unidad de Neuro-oncología y el Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital México. Esta Práctica Dirigida, realizada bajo el contexto formal del campo clínico hospitalario de Julio 2023 a junio 2024.

El sustentante realizó funciones concernientes a la Psicología y Neuropsicología hospitalaria, desempeñándose como un integrante de diversos equipos multidisciplinarios y relacionándose con personas pacientes y familiares en variadas condiciones de salud y contextos sociodemográficos. El compendio de las tareas ejecutadas consistió en la realización de evaluaciones psicológicas y neuropsicológicas, el acompañamiento de pacientes en el proceso de internamiento, la realización procesos psicoterapéuticos, el desarrollo de espacios de psicoeducación para familiares y pacientes, y el diseño como también ejecución de procesos de neurorehabilitación. De igual manera, se brindó continuidad al Programa de Craneotomía con Paciente Despierto que ha sido un esfuerzo conjunto del Hospital México y la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica desde el 2012. Este Trabajo Final de Graduación culminó en la realización de un *Protocolo de Acompañamiento Intrahospitalario y de Preparación psicológica para el Egreso de Pacientes y Familiares del Servicio de Neurocirugía*.

La experiencia obtenida en la Práctica Dirigida posibilitó el desarrollo de habilidades y competencias invaluable. Esta formación permitió el construir un perfil profesional multifacético y con herramientas para realizar intervenciones psicológicas en una amplia diversidad de contextos hospitalarios y condiciones de salud.

Esta Práctica Dirigida contribuye al mantenimiento del Proyecto Hospital México y Escuela de Psicología, por medio de la continuación y ampliación de tareas desarrolladas por sustentantes anteriores, las cuales han sostenido la relevancia de la Neuropsicología en contextos hospitalarios costarricenses.

Dedicatoria

A mi madre por su amor y apoyo constante.

A mi familia, por creer en mí y en la educación

A la Dra. Mónica, mentora y profesora, por su guía y enseñanza.

A Valeria por su escucha atenta, acompañamiento y comprensión.

A mis amistades, por ser un apoyo invaluable.

A Percy, Lucky y Samantha, por mostrarme que siempre se puede ser amor.

Agradecimientos

Agradezco a mi madre, por su amor y esfuerzo. Gracias a ella he podido alcanzar mis sueños. Gracias a mi familia, por acompañarme y apoyarme en mi trayectoria de vida.

A Valeria por su cariño y presencia en los momentos más difíciles del contacto con el dolor.

Gracias inmensas a la Dra. Mónica Salazar Villanea, a quien considero mi mentora académica y profesional. Mi agradecimiento infinito por confiar en mí y apoyarme en mi crecimiento personal y profesional.

Un gran agradecimiento a la M.Sc. Rocío Vindas Montoya por recibir con calidez un estudiante novato del manejo hospitalario. Gracias por todas sus enseñanzas, acompañarme en esta trayectoria y marcar mi camino profesional. La admiro enormemente y siempre le estaré agradecido. Un especial agradecimiento a Salomé; conocerla en esta experiencia endulzó mis días.

Al Servicio de Neurocirugía, en especial al Dr. Miguel Esquivel Miranda, por visualizar en mí la capacidad de ser parte de su equipo de trabajo. Abrirme las puertas al Servicio fue una experiencia formadora que marcó mi formación. Enormes gracias a la Dra. Dessiré Gutiérrez, por acompañarme en la integración al servicio, valorar mis aportes e involucrarme constantemente. Gracias a la Dra. Mónica Quiroga, por enseñarme tanto, y hacerme sentir un miembro más del equipo. A los médicos Asistentes, Residentes e Internos por abrirme la puerta a sus cotidianidades, valorar mis aportes y apoyarme en mi ejercicio práctico.

Gracias al M.Sc. Luis Enrique Ortega Araya, su escucha y consejos me dieron fortaleza para enfrentar los retos de esta experiencia. Gracias a la Dra. Ana María Jurado Solórzano por permitirme adquirir conocimientos esenciales para esta travesía. A mis profesores en la Universidad, en especial a Carlos Saborío, Jorge Sanabria, Juan Carlos Miranda y Bradley Marín por compartir su conocimiento conmigo y brindarme oportunidades de formación que nunca olvidaré.

A la Universidad de Costa Rica, por permitirme acceder a una educación de calidad y entrar en contacto con la realidad de nuestro país lo que me permitió ser una persona más sensible.

Gracias a mis amistades por cuidarme, impulsarme y hacer de mi experiencia en la universidad un recuerdo inolvidable lleno de buenos momentos.

A todas las personas pacientes y familiares, infinitas gracias por abrir sus corazones y sus vidas y permitirme acompañarlos.

Índice de contenidos

1. Introducción	1
2. Antecedentes	4
2.1. Antecedentes nacionales	4
2.2. Antecedentes internacionales	6
3. Contextualización de la institución	12
3.1. Visión del Hospital	13
3.2. Misión del Hospital	13
4. Marco teórico y conceptual	13
4.1. La salud desde una perspectiva biopsicosocial	13
4.2. La Psicología de la Salud como una rama integral	14
4.3. La relevancia del rol de la persona profesional de Psicología en contextos hospitalarios	15
4.4. La Neuropsicología: integral y biopsicosocial	15
4.5. La evaluación neuropsicológica como proceso fundamental para la calidad de las intervenciones	16
4.6. Rehabilitación neuropsicológica centrada en la persona paciente	19
4.7. La complejidad de los tumores cerebrales: impactos cognitivos y emocionales	24
4.8. Craneotomía con Paciente Despierto: un procedimiento interdisciplinario para la calidad de vida	25
5. Objetivos	26
6. Metodología	27
6.1. Población meta	27
6.1.1. Beneficiarios directos	27
6.1.2. Beneficiarios indirectos	28
6.2. Estrategia de intervención	29
6.3. Estructura general de realización de inserción práctica, intervenciones realizadas y funciones específicas desarrolladas	31
6.3.1. Evaluaciones neuropsicológicas (no craneotomía de paciente despierto):	31
6.3.2. Evaluaciones neuropsicológicas del Programa de Craneotomía con Paciente Despierto (CPD) y Protocolo de Preparación Prequirúrgico.	33
6.3.3. Atención a pacientes en salón.	35
6.3.4. Sesiones multidisciplinarias.	36
6.3.5. Evaluaciones psicológicas para el programa de trasplante renal	37

6.3.6.	Intervenciones psicoterapéuticas.....	37
6.3.7.	Neurorehabilitación o Rehabilitación cognitiva.....	38
6.3.8.	Actividades de psicoeducación para pacientes y familiares de Neuropsicología.....	39
6.3.9.	Protocolo de Acompañamiento Intrahospitalario y de Preparación psicológica para el Egreso a Pacientes y Familiares del Servicio de Neurocirugía.....	41
6.4.	Descripción de las relaciones interdisciplinarias.....	42
6.5.	Descripción del sistema de supervisión de la práctica.....	43
6.6.	Consideraciones ético-legales.....	44
7.	Análisis de resultados	45
7.1.	Sistematización de alcances funciones, conocimientos y habilidades adquiridas por objetivo.....	45
7.2.	Alcances por nivel de Impacto.....	50
7.2.1.	Macronivel: relación institucional y rol de la Psicología.....	51
7.2.2.	Mesonivel: relación profesional con pacientes y familiares.....	56
7.2.3.	Micronivel: Habilidades, competencias y conocimientos adquiridos.....	68
8.	Conclusiones: algunas reflexiones finales.	72
9.	Limitaciones	78
10.	Recomendaciones	80
11.	Referencias	83
12.	Anexos	96
12.1.	Anexo 1: Consentimiento Informado del Servicio de Psicología y Psiquiatría utilizado.....	96
12.2.	Anexo 2: Protocolo de Acompañamiento Intrahospitalario y de Preparación psicológica para el Egreso de Pacientes y Familiares del Servicio de Neurocirugía.....	98

1. Introducción

La Neuropsicología clínica busca abordar y acompañar a personas con trastornos neurocognitivos producto de patologías neuronales adquiridas o del neurodesarrollo. Esta disciplina mantiene una perspectiva biopsicosocial que se compromete a posicionar a la persona en el centro de las intervenciones clínicas (Kolb y Whishaw, 2021; Wilson et al., 2017). La Neuropsicología se ha desarrollado intensamente en ambientes hospitalarios donde la diversidad de patologías abordadas requiere de una articulación interdisciplinaria. Esto ha llevado a que profesionales en Neuropsicología estén presentes durante todo el proceso médico de hospitalización llevando a cabo evaluaciones clínicas, acompañamiento, psicoeducación, rehabilitación y aportes multidisciplinarios para la definición de tratamientos médicos (Kim et al., 2020; Silva y Ramos, 2021). Las secuelas neuropatológicas de los pacientes abordados neuropsicológicamente por sus lesiones cerebrales, o Daño Cerebral Adquirido (DCA), afectan la vida de las personas, su funcionamiento diario cognitivo y emocional, su vida social, familiar, condición laboral, proyecto de vida e identidad, por lo que la intervención psicológica se vuelve esencial (Chieffo et al., 2023; Kim et al., 2020; Kolb y Whishaw, 2021; Salazar et al., 2016; Silva y Ramos, 2021; Verdugo et al., 2021; Wilson et al., 2017).

La investigación y experiencia clínica neuropsicológica ha reconocido al Daño Cerebral Adquirido (DCA) como el conjunto de secuelas cerebrales producto de una neuropatología que genera impactos de distinto grado en las funciones del Sistema Nervioso Central (Chieffo et al., 2023; Kim et al., 2020; Kolb y Whishaw, 2021; Salazar et al., 2016; Silva y Ramos, 2021; Verdugo et al., 2021; Wilson et al., 2017). Esto causa importantes cambios en el funcionamiento físico, sensorial, cognitivo, emocional y conductual de las personas con dicha condición. Las repercusiones a nivel familiar, social y personal derivan de la gravedad, profundidad, patología subyacente, proceso de rehabilitación y andamiajes disponibles para la compensación de posibles condiciones de discapacidad (Kolb y Whishaw, 2021; Salazar et al., 2016; Silva y Ramos, 2021; Wilson et al., 2017).

Al impactar la organización cerebral, el DCA afecta la calidad de vida de las personas (Verdugo et al., 2019, 2021), su desempeño cotidiano e interacciones sociales (Kolb y Whishaw, 2021), pero también su noción de sí mismos o identidad (Salazar et al., 2016). Por ello, se considera indispensable llevar a cabo un proceso de acompañamiento con fundamento científico y clínico, con una rigurosa y extensa evaluación neuropsicológica, procurando establecer una relación profesional-paciente que permita la exploración de las dimensiones afectivas, sociales y subjetivas de la persona con DCA y su familia (Hendrix et al., 2017; Salazar et al., 2016).

Para realizar una adecuada intervención neuropsicológica, la persona profesional debe de poseer un conocimiento extenso de la diversidad de neuropatologías y su impacto psicológico en las personas

pacientes (Miller y Maricle, 2019). Además, debe de tener habilidades en el manejo de instrumentos de evaluación como pruebas psicológicas y la entrevista clínica (Wilson et al., 2017). Debe de poseer conocimiento general de otras disciplinas médicas para comprender los tratamientos médicos y sus secuelas, siendo capaz de posicionar el criterio psicológico en equipos multidisciplinarios con el objetivo de maximizar el bienestar de las personas usuarias de los servicios médicos (Cornwell, et al., 2023). Aún más importante, resulta que la persona profesional en Neuropsicología sea capaz de trabajar de manera cercana con las personas pacientes y familiares (Johnson, 2018). Dicha relación terapéutica ha demostrado aumentar la satisfacción de las personas usuarias de los servicios hospitalarios, dado que los pacientes comprenden la información médica, evacúan sus dudas, perciben confianza para comentar sus déficits neuropsicológicos y problemas personales que repercuten significativamente en el éxito de cualquier procedimiento o tratamiento médicos (Cornwell, et al., 2023).

Tomando en cuenta los aportes neuropsicológicos y psicológicos en ambientes hospitalarios y en equipos multidisciplinarios, el presente trabajo se suma a la trayectoria de colaboración de la Escuela de Psicología y el Hospital México desde el 2012, para mejorar la atención de pacientes con patología cerebral tumoral. Esta relación interinstitucional del Servicio de Neurocirugía, la Unidad de Neuro-Oncología y el Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital México con la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica (Acuña, 2017; Acuña et al., 2020; Jiménez, 2018; Jiménez et al., 2022; Molinari, 2015; Ortega, 2013; Ortiz, 2014; Quesada, 2015; Serrano, 2020; Serrano et al., 2022) obtuvo en 2020 el premio “Aportes al Mejoramiento de la Calidad de Vida de la Defensoría de los Habitantes de Costa Rica”, por visibilizar la importancia de la Neuropsicología en ambientes hospitalarios y garantizar un mejor acompañamiento de pacientes y familiares.

En este trabajo en particular, se buscó aportar elementos innovadores a los productos ya derivados de Trabajos Finales de Graduación previos que, en modalidad de Práctica Dirigida bajo la dirección de la Dra. Salazar Villanea, habían logrado resultados como: protocolos selección optar por tratamientos médicos específicos como cirugías de tumor cerebral con pacientes despiertos, protocolos de evaluación neuropsicológica pre, trans y postquirúrgicos, guías para valorar la factibilidad de intervenciones médicas y su repercusión en el estilo y calidad de vida de cada persona paciente, así como también hacer más integral el seguimiento médico de pacientes, monitoreando y atendiendo secuelas psicológicas post tratamientos por medio de la rehabilitación. (Acuña, 2017; Jiménez, 2018; Molinari, 2015; Ortega, 2013; Ortiz, 2014; Quesada, 2015; Serrano, 2020).

En la presente Práctica, se mantuvo el rol de la Neuropsicología en los procesos de evaluación preoperatorio, transoperatorio y postoperatoria, permitiendo identificar el perfil cognitivo y emocional de la persona previo su tratamiento para posteriormente proveer los recursos necesario para minimizar las secuelas del DCA (Acuña et al., 2020; Donders et al., 2022; Jiménez et al., 2022; Pamias et al., 2019;

Salazar et al., 2016; Serrano, 2020; Serrano et al., 2022; Wang et al., 2023). Adicionalmente se sostuvieron los roles de acompañamiento psicológico y se innovó el quehacer previo con procesos de neurorrehabilitación, así como con el diseño e implementación de un protocolo de estadía y egreso hospitalario que, en coordinación con el programa de educación de Enfermería, permitiera sostener un acompañamiento psicoeducativo para pacientes y familiares.

Según Salazar (2012) el acompañamiento neuropsicológico tiene como propósito mantener e incrementar las habilidades cognitivas, emocionales, sociales y conductuales de una persona para permitirle vivir mejor en su entorno y tener un funcionamiento satisfactorio en su vida cotidiana. En ese sentido, durante este trabajo se buscó la ejecución de un acompañamiento riguroso, integral, cercano, y basado en evidencia permite la generación de planes centrados en los deseos y necesidades de la persona paciente, para que después del DCA se recuperen factores que enriquecen la vida o compensen sus secuelas (Oosterhuis et al., 2022; Reuter y Park, 2014).

Estudios de neuroimagen también han demostrado la efectividad de las intervenciones neuropsicológicas al comprobar mejoras en las funciones cerebrales de las estructuras lesionadas o la compensación por medio de redes neuronales secundarias (Chen et al., 2022; Sadighi et al., 2023; Waltzman et al., 2023). Esto se ha traducido en un aumento del número de recursos con los que cuentan los pacientes con DCA a lo largo de su neurorehabilitación. Si bien, las alteraciones cognitivas en su mayoría no son reversibles en la totalidad y dejan secuelas en la cotidianidad de las personas (Chieffo et al., 2023; Salazar et al., 2016; Verdugo et al., 2021), la neurorrehabilitación, tal y como se logró en la presente Práctica Dirigida, parece mantenerse como una ruta clara de intervención centrada en los objetivos de la persona paciente y sus capacidades. Esto permite que las personas tengan mejores pronósticos y reduzcan sus síntomas postquirúrgicos (Wilson et al., 2017).

Específicamente en este trabajo, como en las intervenciones hospitalarias pasadas, se ha evidenciado que la rehabilitación neuropsicológica presenta resultados beneficiosos en el mejoramiento emocional, cognitivo y conductual de las personas pacientes, reduciendo los niveles de dependencia y aumentando su satisfacción con las intervenciones médicas como también el nivel de calidad de vida (Jackson et al., 2020; Johnson, 2018; Proctor y Vu, 2019).

A continuación, se desarrolla un recuento de la experiencia vivida, se realiza un análisis del proceso y sus resultados, así como los aportes brindados por medio de la inserción profesional durante el 2023-2024 en el Servicio de Neurocirugía, el Servicio de Psiquiatría y Psicología, la Unidad de Neuro-Oncología. Se detallan también experiencias emergentes en servicios como Nefrología o Neurología y se detalla el aporte de diseño e implementación de un Protocolo de Acompañamiento Intrahospitalario y de Preparación psicológica para el Egreso de Pacientes y Familiares del Servicio de Neurocirugía

desarrollado gracias a la integración en el programa de educación a familias de pacientes neuroquirúrgicos, facilitado por el Servicio de Enfermería.

2. Antecedentes

2.1. Antecedentes nacionales

En la presente sección, se realiza un recuento del proyecto de la Escuela de Psicología y el Hospital México, para formar estudiantes en el ámbito de la Neuropsicología clínica de manera práctica. Así pues, se inicia con un resumen de los pilares del proyecto definidos por la Dra. Mónica Salazar Villanea y seguidamente se describen los trabajos finales de graduación realizados dentro del proyecto por parte de estudiantes de la carrera, destacando los alcances de estos trabajos y por ende su aporte a la continuidad de este.

En este proyecto de colaboración interinstitucional, se ha buscado que las decisiones tomadas sobre los procesos de salud sean integrales y estén basadas en evidencia científica; que se lleve a cabo una articulación interdisciplinaria que es fundamental para una atención centrada en las personas pacientes de manera eficiente y eficaz; y no dejar de lado en la práctica Neuropsicología las necesidades, valores y expectativas expresadas por las personas pacientes (Salazar et al., 2016).

En coherencia con las intervenciones anteriores del proyecto (Acuña, 2017; Acuña et al., 2020; Jiménez, 2018; Jiménez et al., 2022; Molinari, 2015; Ortega, 2013; Ortiz, 2014; Quesada, 2015; Salazar et al., 2016; Serrano, 2020; Serrano et al., 2022), en este trabajo se asumieron funciones clínicas supervisadas como realizar valoraciones neuropsicológicas antes, durante y después de las cirugías con pacientes despiertos; brindar acompañamiento y preparación de pacientes y familias para los procesos neuroquirúrgicos; valorar las posibles secuelas neuropsicológicas de dichos procesos; realizar intervenciones clínicas; llevar a cabo neurorehabilitación en espacios hospitalarios o seguimiento en hogares; y psicoeducar a pacientes y familiares de manera integral sobre el proceso de rehabilitación y las posibles secuelas de una intervención. Cabe destacar también que en este proceso se logró retomar la implementación del modelo de estimulación intrahospitalaria propuesto por Serrano (2022), que no pudo ser ejecutado previamente por limitaciones de la pandemia.

Partiendo de las funciones realizadas por los Trabajos Finales de Graduación pasados, en esta práctica se propuso lograr alcanzar las metas clínico formativas de: participar en un proceso de atención y diagnóstico de personas portadoras de tumores cerebrales; acompañar en la atención emocional a pacientes y familiares; formarse en Sesiones Clínicas de equipos multidisciplinarios hospitalarios; colaborar con valoraciones psicológicas y neuropsicológicas en las etapas pre, trans y postoperatorias aplicando protocolos de evaluación neuropsicológica (que en caso de ser recomendado el tratamiento, incluye la fase transoperatoria de cirugía de paciente despierto); contribuir en la atención a familiares a

través de sesiones psicoeducativas, elaborar materiales y talleres relacionados a las secuelas y efectos cognitivos probables, su manejo y ajuste a la vida cotidiana e llevar a cabo sesiones de neurorehabilitación (Acuña, 2017; Jiménez, 2018; Molinari, 2015; Ortega, 2013; Ortiz, 2014; Quesada, 2015; Serrano, 2020).

Asimismo, esta práctica profesional buscó sostener los tres niveles de impacto previamente establecidos en el proyecto. El primero es a nivel científico-académico (macro nivel) para el posicionamiento de la Neuropsicología como especialidad fundamental que apoya a la toma de decisiones hospitalarias; el segundo es un impacto al nivel de las relaciones multidisciplinarias en contextos hospitalarios (meso nivel) que permite brindar una mejor atención; por último, se encuentra el impacto a la calidad de vida de las personas pacientes y sus familiares (micro nivel).

De esta manera, a continuación, se resumen específicamente las intervenciones pasadas, generadas a lo largo del desarrollo del proyecto formativo sin perder de vista que cada una de las prácticas profesionales realizó algunas tareas particulares atendiendo a la demanda del momento.

Ortega (2013) realizó trabajo pionero de valoración psicológica y neuropsicológica antes, durante y después de las cirugías de resección tumoral, así como el acompañamiento y preparación de pacientes para los procesos neuroquirúrgicos. Además, apoyó el desarrollo de un protocolo de evaluación neuropsicológica pre, trans y post operatorio para craneotomía de paciente despierto y un protocolo de evaluación breve para la fase transoperatoria. Lo realizado permitió esquematizar una forma de valorar las posibles secuelas neuropsicológicas de las personas pacientes y de esta forma apoyar la toma de decisiones del equipo de salud en el proceso de tratamiento. Además, Ortega (2013) colaboró en la intervención clínica, psicoeducativa y el acompañamiento para las personas pacientes y su familia.

Ortiz (2014) continuó la línea de trabajo realizada por Ortega (2013), incluyendo, la elaboración y aplicación de instrumentos para evaluar las funciones ejecutivas y realizó una identificación de instrumentos para el posible abordaje del Síndrome Disejecutivo. Por su parte, Molinari (2015) retomando los objetivos del proyecto integró intervenciones de rehabilitación neuropsicológica para pacientes dentro del contexto intra y extrahospitalario. De igual manera realizó una sistematización de los resultados de las intervenciones realizadas por Ortega (2013) y Ortiz (2014), elaborando un informe que mostraba cómo las funciones cognitivas de algunas personas presentaban una disminución tras la cirugía y por ende requerían una intervención neuropsicológica futura.

En ese mismo año, Quesada (2015) aportó al proyecto desarrollando un programa para la intervención psicosocial en el acompañamiento psicológico y psicoeducativo en pacientes con tumores cerebrales y sus familias. Además, se integraron iniciativas para sensibilizar al equipo médico del Servicio de Neurocirugía para favorecer la comunicación empática entre el personal médico y las personas pacientes.

Acuña (2016) continuó con la atención clínica y neuropsicológica a pacientes, sosteniendo la psicoeducación y rehabilitación cognitiva. De su práctica se derivó la publicación de un artículo *Rol de la Neuropsicología en la evaluación y preparación del paciente candidato a craneotomía con paciente despierto* (Acuña et al., 2020). Este artículo realiza una sistematización de las buenas prácticas y criterios de elegibilidad que personas pacientes candidatas a craneotomías despiertas, haciendo énfasis en los factores psicológicos.

Jiménez (2018) dio seguimiento el trabajo efectuado por Acuña (2018) realizando tareas de evaluación neuropsicológica, psicoeducación, contención en crisis a persona usuarias y familiares, así como también brindar atención psicológica clínica. De su práctica profesional surgió el artículo *Conciencia Transoperatoria en Personas Operadas Mediante Craneotomía Despierto* (Jiménez et al., 2022) que describe los beneficios y complicaciones en pacientes operados bajo la modalidad de craneotomía despierto y los retos para los equipos profesionales a cargo. Además, destaca la importancia de los criterios de selección, preparación psicológica y neuropsicológica antes y durante la cirugía y las consideraciones para lograr un procedimiento exitoso y evitar las posibles secuelas psicológicas a largo plazo. Por último, enfatiza en los insumos esenciales para la realización de este tipo de procedimiento con base al conocimiento de los años de ejecución del proyecto.

Por su parte, Serrano (2020) llevó a cabo el diseño de un modelo intrahospitalario de estimulación dirigido a personas con DCA que sean atendidas en el Servicio de Neurocirugía del Hospital México. Para esto, caracterizó los déficits cognitivos típicamente descritos en personas con DCA y realizó una revisión sistemática de las mejores prácticas de rehabilitación neuropsicológica y estimulación dirigidas a la rehabilitación de la atención, memoria, funciones ejecutivas y lenguaje. Además, contempló desde el espacio físico hasta protocolos de atención específicos para población que necesitara neurorehabilitación en el ámbito hospitalario. Su práctica culminó con la publicación *Diseño de un modelo intrahospitalario de estimulación neuropsicológica para pacientes costarricenses con Daño Cerebral adquirido. Una revisión sistemática* (Serrano et al., 2022) cuyas condiciones de posible implementación fueron exploradas en el presente trabajo dado que la pandemia había impedido su desarrollo.

Expuestos estos alcances de las prácticas pasadas y rutas pendientes de trabajo, resultó fundamental dar continuidad al plan de trabajo del proyecto, contemplando los nuevos retos surgidos.

2.2. Antecedentes internacionales

A continuación, se exponen una serie de antecedentes internacionales que evidencian el importante rol que juega la Neuropsicología en el tratamiento de pacientes cuyo funcionamiento cerebral se ha visto impactado por accidentes cerebrales, tumores cerebrales, enfermedades autoinmunes u otras

neuropatologías (Jackson et al., 2020; Johnson, 2018; Keller et al., 2023; Kolb y Whishaw, 2021; Maas et al., 2017; Watson et al., 2023; Wood et al., 2019).

A nivel general, Thakkar et al. (2020) y Van Bost et al. (2022) establecen que la Neuropsicología integra conocimientos neuroanatómicos, biológicos, sociales y psicológicos para formular la vía más efectiva para los procesos de neuro-evaluación y neurorehabilitación buscando maximizar la calidad de vida de las personas que sufren un evento cerebral.

Procesos de evaluación y rehabilitación neuropsicológica han demostrado mejoras en las condiciones cognitivas y psiquiátricas de personas pacientes (Baumgartner et al., 2021), esto por medio de mecanismos como: una adecuada psicoeducación que esclarece y afirma el desempeño cognitivo usual que puede ser producto de una condición neuropsicológica, lo que ha demostrado una disminución de las consideraciones negativas que pacientes consideran tendrían producto de su diagnóstico. Además, se ha demostrado que el funcionamiento emocional y cognitivo se ve mejorado por intervenciones compensatorias de índole cognitivo, hábitos de sueño adecuados, terapia psicológica, psicotrópicos y andamiajes sociales (Zhao et al., 2020).

Por consiguiente, pacientes que son parte de intervenciones neuropsicológicas, mejoran su bienestar general luego de un DCA (Allen et al., 2022). Esto por medio de la perspectiva centrada en la persona que la Neuropsicología aporta (Feiger et al., 2022), que no solamente implica la reducción de síntomas sino también mejorar la calidad de vida por medios como adaptaciones funcionales y del entorno para retomar la funcionalidad afectada por el DCA y su familia (Baumgartner et al., 2021; Borg et al., 2022; Kanchan et al., 2018; Lanca et al., 2020).

Otros estudios internacionales han demostrado que el trabajo realizado en dominios cognitivos y emocionales tiene impacto en la calidad de vida de las personas con DCA (Chieffo et al., 2023; Cortés y Crespo, 2015; Pranckeviciene et al., 2017; Salazar et al., 2016).

La calidad de vida es un fenómeno multidimensional que refleja el bienestar de una persona con relación a las necesidades básicas como: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, autodeterminación, inclusión social y derechos (Verdugo et al., 2021). Las intervenciones neuropsicológicas son capaces de intervenir sobre la complejidad de variables que influyen en la calidad de vida por medio de un acompañamiento que comprende la relación entre las bases neuronales del ser humano y sus manifestaciones en la funcionalidad, la independencia, las relaciones sociales, y las actividades simples como complejas del diario vivir (Pranckeviciene et al., 2017).

Es así que la Neuropsicología ha demostrado la importancia de la creación de planes de rehabilitación centrados en la persona (Wilson et al., 2017), que permitan contemplar variables importantes para la calidad de vida fuera de los dominios de la funcionalidad cognitiva, como lo son las

condiciones económicas, sociales, culturales, objetivos de vida, y relaciones trascendentes con grupos sociales y psicoeducación de las secuelas (Foster et al., 2019; Salazar et al., 2016; Verdugo et al., 2021).

Para diversos autores (Block et al., 2023; Salazar et al., 2016; Sohlberg et al., 2001, 2023; Verdugo et al., 2021) estas variables socialmente complejas se ven afectadas por las secuelas cognitivas. Por ende, la investigación neuropsicológica ha demostrado que la forma más relevante de llevar a cabo una rehabilitación es por medio del fortalecimiento de factores externos que permitan amortiguar los déficits, hasta que las secuelas postoperatorias más inmediatas (mareos, debilidad, náuseas, reposo, desinflamación encefálica) se hayan reducido (Wilson et al., 2017).

Esto ha llevado a la Neuropsicología no solo a considerar la calidad de vida en términos del funcionamiento cognitivo inmediato producto de la alteración del tejido encefálico, sino también desde una perspectiva de la calidad total de vida de la persona (Wilson et al., 2017). Trascender este esquema médico-conductual hacia uno biopsicosocial implica la construcción y fortalecimiento de andamiajes culturales, sociales y comunitarios, sin dejar de lado los cognitivos y emocionales (Oosterhuis et al., 2022; Reuter y Park, 2014; Singh, 2023).

Cuando se habla de calidad de vida y reducción de las secuelas del DCA, se ha destacado la importancia de comprender que las intervenciones neuroquirúrgicas generan altos niveles de estrés y ansiedad que impactan en la experiencia hospitalaria antes de una cirugía o posterior a esta (Pertz et al., 2022). Un acompañamiento que no aborde el malestar de las personas internadas en ambientes hospitalarios ha demostrado estar asociado con un aumento de niveles posteriores de malestar físico, depresión, mayores secuelas cognitivas y disconformidad con los servicios de salud (Oteri et al., 2021).

Para dicha situación, durante las intervenciones neuropsicológicas hospitalarias se ha propuesto que profesionales en esta área indaguen y promuevan en las personas pacientes estrategias de afrontamiento como la escucha, la empatía, la aceptación, la esperanza y el optimismo (Liang et al., 2020). Estas estrategias de afrontamiento resultan ser eficientes dado que permiten lidiar con las situaciones emergentes del contexto hospitalario (como los impactos emocionales producto de noticias o procedimientos médicos) y facilitar el trabajo posterior al egreso (Salazar et al., 2016; Staub et al., 2022).

En este sentido, se ha observado que la presencia de un acompañamiento neuropsicológico que brinde estrategias de afrontamiento adecuadas logra predecir que pacientes tengan un mejor desempeño en evaluaciones postoperatorias y mejores resultados en la rehabilitación (Kim et al., 2020; Liang et al., 2020; Moreale et al., 2017).

Sin embargo, para que un acompañamiento neuropsicológico sea integral, es importante que el profesional en Psicología no sólo evalúe o fomente las estrategias de afrontamiento de las personas pacientes, sino que es importante que establezca una relación profesional que permita exportar la historia de vida, redes de apoyo y esperanzas del futuro (Moreale et al., 2017). Esto implica a su vez que la

relación existente esté basada en la escucha empática de pacientes y familiares, dado que la funcionalidad del vínculo influye en el éxito de las intervenciones neuropsicológicas (Liang et al., 2020; Platz y Owolabi, 2021; Salazar et al., 2016). Para esta Práctica Dirigida todos estos aspectos fueron principios orientadores que, derivados de estudios previos, apuntaron hacia la realidad de que las estrategias de afrontamiento utilizadas en las personas pacientes tienen un componente de heterogeneidad que responde a su historia individual, experiencias de vida, género, recursos sociales, familiares y económicos (Liang et al., 2020).

Otros factores relevantes en la evaluación y rehabilitación neuropsicológica que fueron considerados son las variables de nivel educativo, cultura, estilos de vida, trabajo y la demanda/ejercitación cognitiva que conforman la reserva cognitiva (Arola et al., 2021; Feiger et al., 2022; Ownsworth et al., 2014). Este término se refiere a la capacidad de resiliencia que tiene el cerebro para optimizar los recursos cognitivos individuales antes de un DCA con el objetivo de optimizar y compensar el funcionamiento luego de una alteración en áreas cerebrales específicas (Ownsworth et al., 2014). Una reserva cognitiva alta tiene un efecto positivo en la reducción de signos y síntomas clínicos, la recuperación de pacientes y la prevención del desarrollo de trastornos cognitivos (Feiger et al., 2022; Reuter y Park, 2014).

Arola et al. (2022) han demostrado la relación entre las funciones cognitivas de las personas, sus desempeños postoperatorios y su reserva cognitiva. Por consiguiente, se ha considerado la importancia de que dentro de los sistemas médicos tradicionales se contemplen variables no solo de intervención quirúrgica como tipo y extensión de la lesión o resultado de la cirugía, pero también recursos de afrontamiento previos al DCA (Arola et al., 2021; Ownsworth et al., 2014; Reynoso et al., 2018). Esto significa que diferentes estrategias de afrontamiento pueden tener diversos impactos en las personas pacientes, y ello incide en la vivencia de diversos niveles de malestar durante la estancia hospitalaria o posterior a esta (Kim et al., 2020; Liang et al., 2020).

A un nivel del quehacer profesional en esta Práctica Dirigida se consideró también que un predictor importante del bienestar es el trabajo multidisciplinario durante todo el proceso de atención médica (Jackson et al., 2020; Johnson, 2018; Proctor y Vu, 2019). Se justifica la integración de la Neuropsicología en procesos multidisciplinarios de evaluación, tratamiento y rehabilitación dado que estos poseen herramientas valiosas para intervenir sobre dificultades conductuales, cognitivas y emocionales que están presentes en poblaciones con condiciones neurológicas.

La importancia de la articulación del profesional en Neuropsicología en equipos multidisciplinarios presenta la ventaja de facilitar la generación de una visión profesional amplia que abarque el impacto de la enfermedad y su tratamiento (Johnson, 2018). De igual manera Proctor y Vu (2019) destacan que profesionales en Neuropsicología aportan a los ambientes hospitalarios y modelos

médicos tradicionales, herramientas de evaluación y conceptualización de casos clínicos desde un panorama biopsicosocial que permite la propuesta de rutas más integrales en el tratamiento. Por otra parte, Damas et al. (2022), destacan el importante rol que las personas profesionales en Neuropsicología cumplen en las relaciones profesional-paciente en contextos hospitalarios y multidisciplinarios. Se tuvo constancia en esta práctica que pacientes suelen comunicar más sus opiniones, quejas, recomendaciones y sentimientos a profesionales en Neuropsicología que a otros profesionales durante sus estancias hospitalarias. Damas et al. (2022) y Johnson (2018), explican este fenómeno dado que, como parte de la formación profesional, el trato centrado en la persona, la empatía, la comprensión y la validación emocional, y la capacidad de diálogo multidisciplinarios son habilidades centrales para el ejercicio adecuado de la profesión psicológica y neuropsicológica. Es por ello por lo que la relevancia de la presencia de profesionales en Neuropsicología en dichos equipos se ha asociado con un aumento en los niveles de satisfacción en las personas pacientes con su estancia hospitalaria (Kim et al., 2019; Sohlberg et al., 2023). Esto se explica en esta Práctica Dirigida también dado al fortalecimiento de los procesos de evaluación, diagnóstico y tratamiento que se vuelven más rápidos, certeros e integrales; la relación profesional-paciente; la articulación con equipos multidisciplinarios; y la propuesta de tratamientos centrados en la persona paciente.

Si bien la existencia de profesionales en Psicología fortalece las estructuras médicas, existen retos para brindar intervenciones adecuadas y de calidad a pacientes. Por ejemplo, la pandemia por COVID-19 impuso rezagos en los procesos de evaluación, tratamiento y rehabilitación de personas con DCA (Lester et al., 2021). Se ha identificado que la pandemia por COVID-19 impactó gravemente a los servicios de referencias hospitalarias por DCA, el manejo de las personas con DCA a nivel hospitalario y los programas de rehabilitación por causa del aislamiento.

Internacionalmente el volumen de las referencias hospitalarias por sospecha de TCE durante la pandemia presentaron cifras variables. Jayakumar et al. (2020) reportaron una disminución de entradas hospitalarias por TCE en el Reino Unido durante la primera orden de aislamiento. No obstante, Goyal et al. (2020) discrepan al reportar un aumento de entradas hospitalarias por DCA en comparación con años prepandemia en países como la India. Respecto a esta diferencia Lester et al. (2021) hipotetizan que dicha variación puede haberse presentado por la diferencia en las directrices sociales emitidas por cada gobierno, la prioridad de atención de pacientes con COVID-19 frente a otras condiciones o el nivel de riesgo percibido por la población con respecto al COVID-19 que los llevara a no recurrir a centros hospitalarios por miedo al contagio, aunque presentaran síntomas de neuropatología.

Independientemente del número de consultas médicas realizadas internacionalmente, Lester et al. (2021) reportan un aumento en la severidad de las lesiones que llevaron al DCA durante la pandemia. Dicha severidad se atribuye según Hecht et al. (2020) y Chan et al. (2021), a la tendencia durante la

pandemia de no acudir inmediatamente a los servicios de salud luego de presentado un accidente o manifestados síntomas de neuropatía. La tardanza en la atención de la sintomatología se conoce es un factor que predice un mal pronóstico de evolución de la patología, por esto la observación de un incremento en la severidad de los DCA reportados durante la pandemia.

Con respecto al manejo de pacientes que ingresaban a hospitales por TCE o DCA, se reportaron cambios en la prioridad de los servicios brindados a la población con estas condiciones durante la pandemia por COVID-19 (The Society of British Neurological Surgeons, 2021). Así pues, Goyal et al. (2020) y Lester et al. (2021) indicaron un cambio en los criterios para someter urgentemente a una persona a craneotomía debido a la saturación de los servicios médicos. En Costa Rica, de forma similar, los servicios hospitalarios tendieron a someter a cirugía solamente a pacientes que requerían una intervención urgente, ampliando las listas de espera. Mathiesen et al. (2020) justifican dicho cambio dada la necesidad de muchos centros médicos de utilizar camas Neuroquirúrgicas de Cuidados Intensivos (Neuro-UCI) para pacientes hospitalizados por COVID-19.

En referencia a las intervenciones neuropsicológicas el periodo de aislamiento por COVID-19, Obispo et al. (2022) reportan una ejecución acelerada de las evaluaciones neuropsicológicas, tratamientos y programas de rehabilitación. La combinación de la necesidad de desaturación de camas ocupadas por pacientes internados que no fueran por COVID-19 y la gravedad de las lesiones cerebrales reportadas durante la pandemia, llevó a que las intervenciones neuropsicológicas vieran mermados sus procesos de tratamiento y por ende su efectividad. Esto sin contar que un número de pacientes con DCA se vieron contagiados por COVID-19 lo que dificultó su proceso de recuperación y agudizó las secuelas (Lester et al., 2021; Obispo et al., 2022).

Lester et al. (2021) rescatan que la implementación de la tele-rehabilitación para pacientes no hospitalizados como estrategia para el abordaje del DCA favoreció mantener el contacto entre profesionales en salud y sus pacientes. Además, permitió que se comprendieran mejor las condiciones domésticas (ventajas o dificultades) de las personas pacientes al permitir un contacto más íntimo con la realidad en los hogares. Sin embargo, esto requirió un proceso de familiarización con las nuevas tecnologías para todas las personas. Este hecho dificultó la adaptación de las estrategias clínicas a medios virtuales para brindar un tratamiento efectivo, y fue una gran barrera para los casos en donde por secuelas sensoriales o condiciones de literacidad informática, no era posible utilizar con efectividad los servicios tecnológicos.

A nivel de impacto social, estudios en retrospectiva a la emergencia de COVID-19 reportaron, que las personas con DCA indicaron menores niveles de afectación física y mental en comparación con grupos sin esta condición, durante el confinamiento por COVID-19 (Lester et al., 2021; Morrow et al., 2021; Obispo et al., 2022). Para esta práctica fue fundamental reconocer que esta realidad impactó

también las necesidades y demandas de atención pues, por un periodo prolongado, se presentó una imposibilidad o dificultad de participación en las citas de seguimiento y la asistencia a centros de rehabilitación o grupos de apoyo, aspectos que se perfilan como las consecuencias que mayor insatisfacción generaron en las personas con DCA.

En última instancia, los resultados internacionales expuestos denotan la diversidad de apoyos, funciones y tareas que una persona profesional en Psicología y Neuropsicología realiza en contextos de atención sanitaria.

3. Contextualización de la institución

La Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) es fundada el 1 de noviembre de 1942 y establecida como Institución Semiautónoma del Estado y se encarga de abordar temas de salud y pensiones en el país. Por su parte, el Hospital México es fundado en 1969 para satisfacer la demanda de modernización del servicio de salud hospitalario de la población asegurada del país. Es considerado un hospital altamente especializado, agudo y de clase A, que cuenta con un aproximado de 24 especialidades y subespecialidades médicas.

En 1969 se inaugura la especialidad de neurocirugía en el Hospital México y hasta el 2009 se habían realizado alrededor de 20.000 intervenciones (Evans, 2009). Aproximadamente en el 2024, el Servicio de Neurocirugía cuenta con una cantidad de 17 médicos entre ellos Neurocirujanos, Residentes y Médicos Generales. Las cifras más recientes antes de esta práctica (2018) sobre intervenciones bajo el marco de proyecto contabilizaron 54 visitas generales de monitoreo psicológico, 40 Sesiones Clínicas de Neurocirugía, 36 Sesiones Clínicas de Neuro-Oncología, 14 Sesiones Clínicas de Base de Cráneo, 4 Sesiones de Neuropatología, 82 pacientes atendidos en el Servicio de Neurocirugía, 49 en el Servicio de Psicología Clínica, 28 atenciones en el Servicio de Emergencias, 23 evaluaciones neuropsicológicas y 22 intervenciones psicoeducativas (Jiménez, 2018). El Servicio de Neurocirugía mantiene estrecha relación por medio de Sesiones Clínicas con profesionales de Neuro-oncología, Neurología, Radiología, Neuroendocrinología, Ortopedia y Psicología.

Los profesionales en Psicología trabajando en el Hospital México laboran en dos grupos de trabajo, y ambos brindan apoyo al Servicio de Neurocirugía desde diferentes énfasis. Un grupo de 5 psicólogos generales laboran para el Servicio de Hemato-oncología del Hospital México. El resto laboran para el Servicio de Psiquiatría, Psicología Clínica y Salud Mental, lugar donde se realizó la práctica. Como parte de este grupo de trabajo, el servicio cuenta con 6 psiquiatras, 5 tiempos en Psicología Clínica y 4 tiempos completos en Psicología General. La atención de usuarios de Neurocirugía se realiza en Consulta Externa mediante el sistema integrado de referencias, y mediante un sistema de interconsultas en hospitalización que se reparten según un roll establecido. Las interconsultas y referencias de usuarios del

programa de Craneotomía despierto se coordinan directamente entre el equipo interdisciplinario capacitado para este tipo de procedimientos y se sigue el sistema de referencias e interconsultas establecido para la disciplina.

3.1. Visión del Hospital

Satisfacer las necesidades a los clientes del hospital, a través de una atención integral y participativa del proceso salud-enfermedad mediante la prevención, curación, rehabilitación, docencia e investigación altamente especializadas. Con eficacia y eficiencia, ofrecemos calidad en el servicio, con una visión empresarial moderna y objetiva; que nos permita alcanzar el liderazgo tanto en el Sistema Nacional de Salud, como en el nivel internacional, dentro de un marco de respeto fundamental por la persona y responsabilidad Social (Caja Costarricense del Seguro Social, 2012).

3.2. Misión del Hospital

El Hospital México conceptualiza al cliente como su fin primario y la satisfacción de sus necesidades en prevención, promoción, curación, rehabilitación docencia e investigación como su objetivo principal. Esto se logrará estableciendo mecanismos que garanticen la calidad y acciones estratégicas empresariales para lograr la excelencia en las diferentes áreas de trabajo que favorezcan su desarrollo siguiendo los lineamientos existentes tanto nacionales como internacionales (Caja Costarricense del Seguro Social, 2012).

4. Marco teórico y conceptual

Como parte de una continuidad epistemológica, el presente Trabajo Final de Graduación tomó en consideración la estructura teórico-conceptual de los trabajos anteriores (Ortega, 2013; Ortiz, 2014; Molinari, 2015; Quesada 2015, Acuña 2016; Jiménez, 2018 y Serrano, 2020). No obstante, se realizó una revisión y actualización bibliográfica con el objetivo de presentar una base conceptual lo suficientemente integral y sólida para comprender el desarrollo de la práctica profesional desde los conocimientos más actualizados.

4.1. La salud desde una perspectiva biopsicosocial

Actualmente Organización Mundial de la Salud (WHO por sus siglas en inglés) conceptualiza a la salud como un estado físico, mental y social de bienestar, entendido éste como un estado positivo de calidad de vida y que no necesariamente se encuentra enlazado con la ausencia de enfermedad

(Hernández et al., 2017), sino que contempla la accesibilidad a recursos para una vida cotidiana de calidad que son determinados por condiciones sociales, económicas y ambientales (WHO, 2021a, 2021b).

Sin embargo, a lo largo del tiempo, el concepto de salud ha sufrido transformaciones en tanto a sus criterios e indicadores sobre lo que es salud hasta llegar a la conceptualización actual (Bolton, 2022). Los modelos más tradicionales concibieron la salud como una condición de enfermedad íntimamente vinculada con lo físico, lo que llevó al desarrollo de un modelo biomédico que considera la existencia de un estado de salud predeterminado y homogéneo que hay que preservar por medio de curación y la farmacología (Fischman, 2018).

Sin embargo, en la actualidad el planteamiento de la salud se hace desde un punto de vista biopsicosocial (Bolton, 2022) en donde las enfermedades ya no son solamente afectaciones fisiológicas, sino también sociales, culturales, ambientales y psicológicas. Esta visión más integral permitió generar un enfoque centrado en la persona (Seger, 2018) para evaluar la salud como un estado de bienestar complejo y multifactorial y no solamente como la ausencia de enfermedad.

4.2. La Psicología de la Salud como una rama integral

Desde un enfoque biopsicosocial la Psicología de la Salud se define como aquella Psicología que implementa conocimiento de otros subcampos (Psicología clínica, social, del desarrollo, experimental, fisiológica y política) para el mejorar la calidad de vida de personas con enfermedades (Sarafino y Smith, 2022). Se busca por medio de esta identificar e influir en los estilos de vida y procesos físicos, emocionales, cognitivos y conductuales que pueden llevar a la enfermedad, para así mejorar la prevención, la recuperación y promoción del bienestar (American Psychological Association, 2023).

La Psicología de la Salud busca trabajar al nivel de los sistemas sociales (sociedades, comunidades, familias, instituciones de salud y gobiernos), psicológicos (cognición, emoción, conducta) y de procesos biológicos (Sarafino y Smith, 2022). De igual manera, la Psicología de la Salud comprende que las maneras contemporáneas de promover un estado de salud psicológico óptimo son complejas e involucran otras variables como los roles de género, los sistemas de salud, la legislación, los niveles socioeconómicos, pero también la perspectiva contemporánea de la salud mental (López y Velarde, 2021; Sarafino y Smith, 2022). De esta manera, profesionales de la Psicología de la Salud se encuentran en una constante crítica y reflexión de los factores psicosociales que impactan en la calidad de vida de las personas.

4.3. La relevancia del rol de la persona profesional de Psicología en contextos hospitalarios

El rol de la persona profesional en Psicología puede ser encontrado en diversas instituciones de salud, incluidos hospitales (Vergara, 2018; Wood et al., 2019). En estos espacios, tradicionalmente el rol de la Psicología se ha vinculado con procesos secundarios de atención o asesoramiento posterior a la asistencia médica de primera línea (Bonin, 2018). Sin embargo, en los últimos años, la Psicología se ha posicionado como un servicio central en la generación y aplicación de tratamientos médicos, procurando acompañar a pacientes durante procedimientos médicos sin descuidar su rol de la atención a casos referidos al Servicio psicológico.

La efectividad de la intervención psicológica en pacientes hospitalizados y quienes consultan directamente al servicio le ha permitido a la Psicología ganar un espacio en los equipos multidisciplinarios (Kidd y Styron, 2020). De esta manera, más allá de que profesiones como la Psicología brinden un apoyo auxiliar a la medicina o la cirugía. Una atención integral con la coordinación mutua de diversas profesiones brinda una mejor atención en los servicios de salud, mejora el diagnóstico, facilita la recuperación-rehabilitación, reduce los tiempos de estadía, mejoran la adherencia al tratamiento y aumenta la satisfacción de pacientes y familiares con dichas instituciones (Proctor y Vu, 2019).

4.4. La Neuropsicología: integral y biopsicosocial

La Neuropsicología se conceptualiza como la rama de la Psicología que se centra en el estudio de la relación entre condiciones neuropatológicas como el Daño Cerebral Adquirido (DCA), trastornos del neurodesarrollo o condiciones neurodegenerativas y su relación en el funcionamiento cognitivo, emocional, conductual (Kolb y Whishaw, 2021; Wilson et al., 2017). Por ende, una persona profesional en Neuropsicología debe de conocer los fundamentos neuroanatómicos y su correspondencia psicológica para comprender la extensión del impacto de las lesiones cerebrales y sus tratamientos. Esto procura que las personas profesionales sean capaces de evaluar la condición neuropsicológica de una persona y generar planes de tratamiento y compensación de déficits.

Una perspectiva biopsicosocial de la Neuropsicología reconoce a la persona más allá del déficit indicado por un diagnóstico de DCA (Chan et al., 2022; Kolb y Whishaw, 2021; Puente y McCaffrey, 1992). Más bien reconoce la influencia de aspectos sociales, culturales, y bioquímicos como variables que influyen en el funcionamiento de las personas. De esta manera busca, por medio de procesos de evaluación, psicoeducación, rehabilitación y trabajo multidisciplinario, que se generen planes integrales de intervención que permitan compensar la calidad de vida de las personas más allá de sus diagnósticos médicos.

4.5. La evaluación neuropsicológica como proceso fundamental para la calidad de las intervenciones

Desde los inicios de la neuropsicología la rigurosa evaluación científica se ha considerado la clave de la intervención clínica (Lezak, 2012). Actualmente, autores como Wilson et al. (2017) posicionan que el objetivo de la evaluación neuropsicológica es determinar el estado cognitivo y conductual de una persona paciente que sufre de una neuropatología o Daño Cerebral para conocer la posibilidad de preservar, mejorar o redefinir su desempeño según la afectación de sus mecanismos cerebrales. Dichos autores destacan que se ha trascendido el paradigma en donde la evaluación cognitiva por medio del desempeño en pruebas es la más relevante. En su lugar, se recomienda realizar un proceso integrado de evaluación de varias sesiones que contempla una entrevista clínica y la aplicación de pruebas psicológicas.

De igual manera, Malec (2017) reconoce que la evaluación neuropsicológica en el DCA no puede ir desligada de los objetivos finales de funcionalidad propuestos por la persona paciente, como retomar el trabajo o las actividades cotidianas. Por consiguiente, una adecuada evaluación debe de ser comprensiva y considerar holísticamente las fortalezas, limitaciones y contexto social en el cual la persona vive en conjunto con su perfil cognitivo.

Wilson et al. (2017) consideran que es relevante explorar en una evaluación neuropsicológica los dominios de: historia de vida antes de la lesión; parámetros de la lesión; lesiones asociadas y comorbilidades; limitaciones físicas; funcionamiento cognitivo; funcionamiento diario; estado emocional y psicopatología; capacidades de autorregulación y consciencia de la enfermedad(a); habilidades interpersonales y sociales; ajuste social y familiar y participación comunitaria; andamiajes presentes; reserva cognitiva y deseos a futuro.

Por su parte, Nejati (2023) y Sohlberg et al (2001) definen una ruta de evaluación general que incorpora las consideraciones realizadas por Wilson et al. (2017), esta consiste en las siguientes fases: 1) conocimiento de la información médica e historial psicológico, cognitivo y de vida de la persona pacientes (anamnesis neuropsicológica); 2) valoración de signos y síntomas para formular el diagnóstico (semiótica neuropsicológica); 3) evaluación psicométrica; 4) entrevistas a familiares; 5) formulación del diagnóstico y 6) posibles rutas de tratamiento, rehabilitación, y psicoeducación.

Malec (2017) describe el dominio de la historia de vida antes de la lesión como un aspecto fundamental a considerar en las condiciones médicas, particularmente cuando la funcionalidad cotidiana de una persona se ve afectada por una neuropatología. Además, una exploración extensa de historia de vida permite identificar variables relevantes en la generación de un plan de intervención e inclusive psicopatología existente de base que impactará el proceso de recuperación. Además, esta exploración permite identificar información sobre fortalezas y puntos vulnerables de la persona paciente. En contextos

hospitalarios conocer la historia de vida resulta crucial, dado que no es lo mismo generar una intervención de acompañamiento a una persona paciente reintervenida por un tumor cerebral que sufrió de estrés postraumático durante su primer internamiento, que a una persona paciente que ingresa por primera vez al hospital.

Por otra parte, conocer rasgos generales de la personalidad de la persona plasmados a lo largo de su historia de vida en conjunto con sus recursos psicológicos de afrontamiento a situaciones estresantes, manejo de las emociones, resoluciones de conflictos y perfil emocional permite acoplar un plan de trabajo específico para la persona e informar al equipo médico sobre condiciones importantes previas como por ejemplo, dificultades en el pasado para la adherencia a tratamientos, tendencia a la conflictividad o al contrario, evidencia de resiliencia y colaboración en situaciones difíciles (Van Bost et al., 2022).

La historia de vida también explora otros dominios importantes de la persona como su bagaje escolar y laboral, sus relaciones sociales, experiencias en la familia similares a las de la actualidad y plan de vida que constituyen factores importantes de la reserva cognitiva (Arola et al., 2021).

Una exploración detallada y extensiva del historial de la persona le permite al profesional en Neuropsicología informarse e informar a otros médicos sobre la condición general de la persona y no concebirle solamente por su diagnóstico médico o manifestaciones patológicas presentadas durante la hospitalización (Bartfai et al., 2022). Dicho conocimiento fomenta una mejor relación terapéutica, un mayor éxito en la adecuación de las intervenciones planeadas, menores niveles de malestar emocional en las personas pacientes y un proceso de acompañamiento y rehabilitación adaptado a las especificidades de la persona (Campanella et al., 2021; Ownsworth et al., 2014).

Es importante que en paralelo con la exploración de la historia de vida, la persona profesional en Neuropsicología se informe informarse del historial médico de la persona paciente, debido a que existen comorbilidades de índole fisiológico y/o hormonal que pueden impactar en los índices de mortalidad prematura luego del DCA o la efectividad de la compensación de las secuelas luego del DCA (Kasper et al., 2022).

Un aspecto indispensable de la evaluación neuropsicológica es la exploración de los síntomas psicológico presentados por las personas pacientes (Anzalone et al., 2023). Esto se logra por medio de la revisión de valoraciones previas realizadas por otros profesionales en salud, pero también por medio de la observación y la medición por pruebas psicológicas. Es importante que la persona profesional en Neuropsicología indague y observe signos y síntomas que son reportados por la persona paciente y sus familiares (Boccardi et al., 2022). En este sentido, la información comentada por personas pacientes “sobre lo que se siente diferente” o el cambio en la funcionalidad o presencia de malestar, suele indicar una vía de inicial de indagación (Anzalone et al., 2023). Sin embargo, es necesario que se cuenten con hipótesis de exploración basadas en la evidencia científica y médica de manifestaciones comunes de

síntomas cuando se presenta una patología previamente identificada por diagnóstico médico, o en caso de que no exista uno, contar con las herramientas profesionales de indagación como cuestionarios o preguntas clave (Boccardi et al., 2022). Por otra parte, poseer las habilidades para interpretar resultados de las Resonancias Magnéticas, las Tomografías Computarizadas y otros exámenes de imagen, son de suma relevancia para la exploración, dado que permiten establecer hipótesis de afectación en el funcionamiento de la persona paciente según sus zonas cerebrales comprometidas (Malec, 2017).

La evaluación cognitiva por medio de la aplicación de pruebas psicológicas es indispensable para un adecuado diagnóstico y propuesta de tratamiento (Harrell, 2022). Independientemente del contexto de evaluación (consulta externa, intrahospitalaria en piso o evaluación extensa por cita directa) es fundamental que el criterio neuropsicológico se complemente de los resultados de un instrumento psicométrico. Algunas pruebas estandarizadas ampliamente utilizadas, que también pertenecen a los protocolos de evaluación que se implementaron en esta Práctica Dirigida, son: el Test de evaluación cognitiva de Montreal (*Montreal Cognitive Assessment or The MoCA Test*), la Batería de Evaluación Neuropsicológica (Neuropsi); la Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos (*Wechsler Adult Intelligence Scales-WAIS*); las Escalas de Memoria de Wechsler (*Wechsler Memory Scales-WMS*); la prueba de *STROOP*; el Test de Barcelona; la prueba de denominación de Boston; el test de trazos (*Trail Making Test*); la Prueba de Problemas de la Memoria (*Test of Memory Malingering-TOMM*); el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory-MMPI*); Cuestionario Sobre la Salud del Paciente (*Patient Health Questionnaire-PHQ-9*); y el Inventario de la Adaptabilidad Mayo-Portland (*Mayo-Portland Adaptability Inventory-MPAI*).

Loughan et al. (2023), Nabasny y Juengst (2023), Silverberg y Mikolić (2023) indican que la desregulación emocional y los trastornos afectivos graves son comunes en la presencia del DCA, como también la ansiedad y depresión durante el internamiento hospitalario. Para la evaluación de dichos aspectos y monitorear la efectividad del tratamiento, se ha recomendado utilizar la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (*Hospital Anxiety and Depression Scale-HADS*), la Escala Generalizada de los Desórdenes Ansiosos (*Generalized Anxiety Disorder Scale-GAD*) y el Cuestionario de la Calidad de Vida luego del DCA (*Traumatic Brain Injury Quality of Life-TBIQoL*).

El proceso de evaluación también debe contar con el contacto de personas familiares, quienes suelen aportar información relevante sobre los cambios neuropsicológicos de los pacientes, más aún cuando se ha observado que muchos pacientes suelen tener dificultad para reconocer sus propios cambios o déficits luego del DCA (Terneusen et al., 2023). Además, una interacción con las personas familiares permite tener espacios de sensibilización y psicoeducación sobre el DCA, dado que muchas personas familiares no atribuyen los cambios conductuales, emocionales o cognitivos a la enfermedad (Malec, 2017).

Una vez recopilada la información del proceso de evaluación, la persona profesional en Neuropsicología debe de generar un diagnóstico basándose en la triangulación de la información procurando aceptar o descartar sus hipótesis con base en los hallazgos encontrados de todas las fuentes (Wilson et al., 2017). Un error común de la formulación de un diagnóstico es la omisión de información que no provenga de una fuente psicométrica o el rechazo de un síntoma porque este no fue constatado en una prueba. Diversos autores (Miller y Maricle, 2019; Mondini et al., 2022) han indicado que esta información debe de ser considerada y analizada en su totalidad, y no descartada de inmediato sin una exploración profunda, dado que muchas veces instrumentos de evaluación pueden no ser sensibles a sintomatología manifiesta durante la complejidad de las situaciones de la vida cotidiana de una persona.

Dado que el DCA es un fenómeno complejo, el abordaje realizado debe de hacerse de manera organizada y con un sentido que cubra las necesidades de la persona paciente (Verdugo et al., 2021). Es importante que todo proceso de intervención inicie y mantenga una adecuada psicoeducación sobre las secuelas del DCA o secuelas presentables luego de someterse a un tratamiento como la neurocirugía, la radioterapia, la quimioterapia o la medicación (Keller et al., 2023). La psicoeducación ha demostrado ser indispensable para que las personas pacientes y sus familiares comprendan los cambios suscitados por el DCA y se comprometan con un proceso de intervención (Reuter y Park, 2014).

De igual manera, la creación de un plan de intervención debe contemplar las dimensionalidades de la persona y su entorno, y no enfocarse solamente en la rehabilitación de aspectos cognitivos. Al contrario, un plan neuropsicológico tiene que buscar realizar con la persona los ajustes necesarios, basándose en sus recursos actuales y posibles, para compensar sus déficits emocionales, cognitivos, sociales, laborales (Fisher et al., 2020; Wilson et al., 2017), y resignificar su identidad luego del DCA (Salazar et al., 2023). La relevancia de insistir en que las intervenciones neuropsicológicas promuevan andamiajes psicosociales se propone dado a que los mismos han demostrado tener un impacto a nivel del funcionamiento individual neuronal de las personas con DCA, favoreciendo el soporte a las lesiones cerebrales, fomentando la recuperación y aumentando la funcionalidad (Reuter y Park, 2014).

4.6. Rehabilitación neuropsicológica centrada en la persona paciente

El concepto de rehabilitación no es sinónimo de tratamiento o recuperación. Un tratamiento busca proveer de un procedimiento como cirugía o medicamentos mientras que una rehabilitación es un proceso que incluye métodos para restaurar o compensar déficits cognitivos, emocionales o conductuales con el propósito de funcionar en el ambiente más apropiado para las personas (Allen et al., 2022; Block et al., 2023; Fisher et al., 2020; Johnson, 2018; Kim et al., 2019; Miotto, 2022; Nejati, 2023; Sohlberg et al., 2001, 2023; Van Bost et al., 2022; Watson et al., 2023; Wilson et al., 2009, 2017). Por consiguiente, la rehabilitación es un proceso activo de cambio en donde la persona paciente y su familia adquieren el

conocimiento y las destrezas necesarias para minimizar el impacto de la discapacidad y buscar un nivel deseado de autonomía y participación social (Kim et al., 2019).

Los programas de neurorehabilitación deben de ser desarrollados contemplando las secuelas funcionales de la persona, su personalidad antes de la lesión y estilo de vida, tomando en cuenta también el de su familia. Este abordaje de aspectos premórbidos suele realizarse por medio de entrevistas clínicas o formularios que contemplan factores como creencias antes de la lesión, valores, objetivos de vida, niveles culturales y relación familiar (Wilson, 2017). No obstante, no se debe dejar de lado que una de las tareas más importantes es la identificación de los problemas actuales a rehabilitar, ya sean cognitivos, emocionales, psicosociales o conductuales.

Además, es importante que los planes de rehabilitación contemplen las posibilidades de integración y desarrollo de las personas pacientes en sus familias y entornos (laborales y/o educativos, por ejemplo) (Baumgartner et al., 2021; Fisher et al., 2020). Así pues, se busca contemplar los desafíos y andamiajes que pueden presentarse, construir las estrategias de afrontamiento necesarias y comprender e interiorizar la magnitud del cambio que se genera en la persona luego del Daño Cerebral Adquirido.

Los procesos de rehabilitación suelen partir de diversos modelos teóricos del Daño Cerebral Adquirido y su progresión. El modelo propuesto por Wilson (2009) entiende que luego de un DCA la persona experimenta cambios en sus conductas que suelen ser de difícil manejo para la persona, sus familiares y equipo de salud. Problemas de conducta como la desinhibición y la desregulación emocional influyen directamente sobre la capacidad que una persona tiene para beneficiarse de una rehabilitación. Dichos problemas son un factor importante para la toma de decisiones a corto y largo plazo con respecto al manejo de las secuelas. Además, pueden afectar la independencia de la persona, su integración a la comunidad u otros entornos sociales o inclusive ocasionar problemas legales.

Para entender la relación entre problemas conductuales y los procesos de neurorehabilitación es importante comprender la evolución de las secuelas luego del DCA. Prigatano (1996) propone que el sitio, fuente y severidad de la lesión impacta en consecuencias como la impulsividad, distraibilidad y afectaciones cognitivas. Igualmente, factores reactivos, como los cambios conductuales asociados a sentimientos de frustración y soledad impactan el desarrollo de los procesos de rehabilitación. Por último, factores como el nivel premórbido del control conductual de la persona, su estilo de interacción social, autoestima, personalidad, historia, afrontamiento y logros influyen en las etapas posteriores del DCA.

En los primeros meses luego de ocurrido el DCA, las personas suelen presentar poca o nula conciencia de sus déficits. Esto se agrava por la presencia de estados confusionales y dificultades severas de regulación emocional y conductual (Wilson, 2009). Por ende, los objetivos primordiales en un proceso de rehabilitación en esta etapa son reducir la frecuencia e intensidad de las conductas para disminuir el

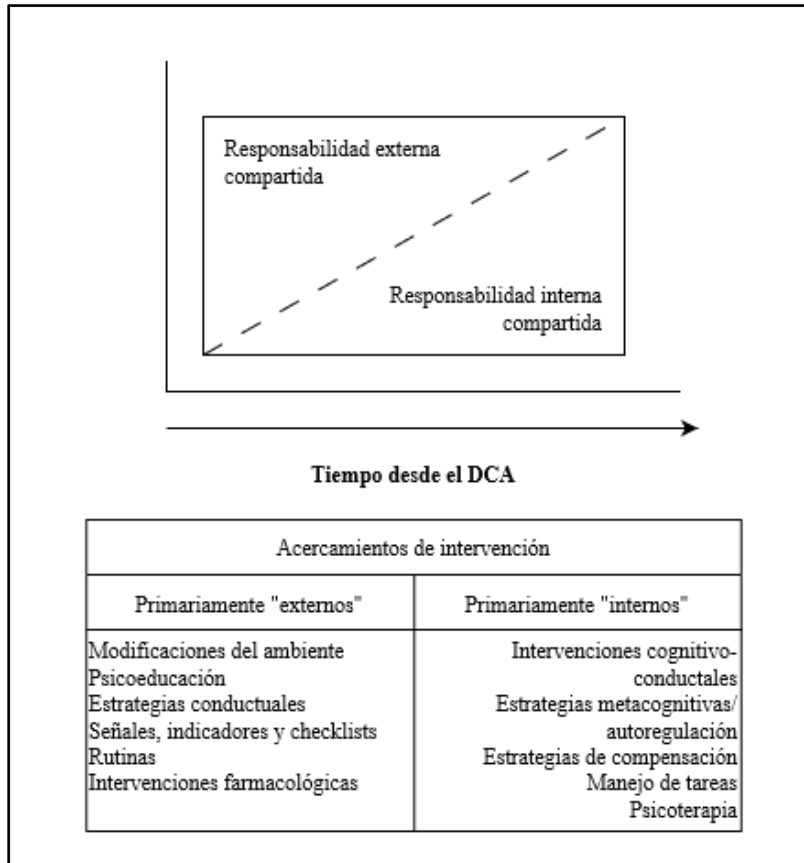
riesgo de afectaciones hacia la persona o los demás, mantener adherencia al tratamiento médico postoperatorio y prevenir que la persona desarrolle patrones inapropiados de pensamiento.

Las conductas problema en su gran mayoría son ocasionadas por estímulos ambientales. Es por ello por lo que la metodología propuesta para las etapas más agudas del DCA se concentra en factores externos más que internos. En este sentido, se busca estructurar el ambiente y ejecutar análisis conductuales que permitan comprender los antecedentes y consecuencias de las conductas problema para así implementar intervenciones basadas en agentes externos (Sohlberg et al., 2001, 2023). Esencialmente, cuando una persona está poco consciente de sus dificultades conductuales o emocionales luego del DCA o presenta grandes problemas para regularlas, la rehabilitación trabaja sobre el ambiente y la familia. Esto permite facilitar los procesos de recuperación y compensación cerebral (que han demostrado influir en la estabilización de los problemas conductuales y emocionales), además de impedir que las conductas problemáticas sean reforzadas y aprendidas. Conforme la persona va recuperando su conciencia del déficit y capacidad de autorregulación, el foco de la rehabilitación debe de moverse a proveer entrenamiento en estrategias de recuperación o compensación de capacidades o habilidades afectadas por el DCA a la persona afectada. No obstante, las intervenciones en rehabilitación deben de ser dinámicas, permitiendo una transición entre los aspectos externos e internos de forma temporal y cuando sea necesario.

La figura 1 muestra el modelo de abordaje de rehabilitación externo-interno propuesto por Sohlberg et al. (2001).

Figura 1.

Modelo de abordaje neuropsicológico en rehabilitación.



Nota. Adaptado de *Time-based shifts in responsibility for the safety and behavior of an individual with brain injury* (p.340), de M. M. Sohlberg, 2001, The Guilford Press.

Para concluir, en la Tabla 1 se presentan varios principios de la neurorrehabilitación rehabilitación cognitiva que guían los procesos neuropsicológicos basados en lo propuesto por Nejati (2023):

Tabla 1

Principios de la neurorehabilitación o rehabilitación cognitiva en el ámbito neuropsicológico.

Principio	Definición
Principio de compensación	Se refiere al proceso de sobrellevar y adaptarse a las pérdidas moderando los déficits por medio de diversos mecanismos de andamiaje cognitivos o sociales como adaptaciones del entorno familiar y social.
Principios de re-aprendizaje y sus modalidades	Todo proceso de cambio conductual producto de un Daño Cerebral está íntimamente relacionado con la capacidad de aprender. Los circuitos cerebrales luego de una lesión sufren reconexiones para manejar las funciones existentes que se vieron comprometidas.
Principio de la verbalización	La verbalización en rehabilitación se refiere al proceso de transmitir en lenguaje pensamientos, ideas e instrucciones. Esta puede tener implicaciones en la autoinstrucción, la cual ha demostrado tener implicaciones positivas en los procesos de rehabilitación y resignificación del Daño Cerebral.
Principio de automatización	Se refiere a la habilidad de llevar a cabo una tarea sin esfuerzo consciente. Luego de un Daño Cerebral algunas conductas que eran automáticas y “relativamente sencillas” requieren un esfuerzo consciente.
Principio de aprender minimizando errores	Se enfatiza la importancia de simplificar el aprendizaje para que exista mayor facilidad a la hora de monitorear y recordar información e inhibir errores.
Principio de procesamiento por niveles	El nivel con el cual la información es decodificada cognitivamente influye en la duración y capacidad de memoria. El Daño Cerebral puede alterar el procesamiento de la información del entorno y por ende una nueva forma de acercarse a los estímulos externos.

4.7. La complejidad de los tumores cerebrales: impactos cognitivos y emocionales

Los tumores cerebrales pueden calcificarse en: astrocitomas, meningiomas, gliomas, meduloblastomas, schwannomas vestibulares, tumores de células germinales, craneofaringiomas y adenomas hipofisarios (American Brain Tumor Association, 2023). Los tumores se han clasificado comúnmente en diversos grados (1 al 4) según su histología y marcadores moleculares (American Brain Tumor Association, 2023; Horbinski et al., 2022; Louis et al., 2021). Los tumores de grado 1 ocurren primariamente en infantes y son considerados diferentes a los demás ya que se presentan en adultos. Los tumores de grado 2 suelen ser de bajo grado, pero algunos resultan agresivos. Sin embargo, tumores de grado 3 y 4 son definidos como de alto grado.

Es importante denotar que la sintomatología y secuelas de los tumores cerebrales está relacionada con su tamaño, tipo, localización y procedimientos empleados para su tratamiento (cirugía, radiación, quimioterapia o medicación) (American Brain Tumor Association, 2023). Si bien, de un 5 a 10% de las personas con tumores del sistema nervioso han tenido familiares también diagnosticados con tumores cerebral (aunque los gliomas y meningiomas parecen tener una mayor carga genética), la gran mayoría de tumores no se manifiestan en pacientes por razones genéticas (Horbinski et al., 2022).

Youn et al. (2022) ha demostrado que a nivel cognitivo pacientes con tumores cerebrales en la fosa posterior tienden una predisposición a tener un bajo rendimiento en funciones ejecutivas, atención y Coeficiente Intelectual (CI); mientras que pacientes con tumores en las células germen del sistema nervioso central no necesariamente tiene afectaciones a nivel de CI, pero sí deficiencias severas en funciones de memoria. Por su parte, Peterson et al. (2023) determinaron que, para tumores supratentoriales, pacientes suelen expresar deficiencias en la fluidez fonémica, velocidad motora, escaneo visual y velocidad grafomotora.

No obstante, Parsons y Dietrich (2023) han demostrado que el tipo de mutación y localización de gliomas es relevante para la definición de las consecuencias neurocognitivas. Así, por ejemplo, gliomas con mutaciones en las enzimas isocitrato de deshidratación drogenasa 1 y 2 (IDH1/2) suelen ser menos agresivos que su variante de tipo libre, lo que ha mostrado mayores afectaciones a nivel desempeño en tareas cognitivas, comprensión del lenguaje, velocidad motora y posibilidad desarrollar afasia. Esta consideración es apoyada por estudios que han determinado que las variables como la localización, momento de detección, genética de la persona paciente, procedimiento quirúrgico, calidad de la rehabilitación y estrategias de afrontamiento son importantes para determinar las secuelas longitudinales de un tumor cerebral (Cheng et al., 2022).

Las conclusiones evidenciadas por Cheng et al. (2022) son apoyadas por Chieffo et al. (2023) y Loughan et al. (2022) quienes han resaltado secuelas emocionales como desmotivación, apatía, cambios repentinos e intensos de humor, desinhibición y agresividad en pacientes que han presentado gliomas,

meningiomas y adenomas pituitarios. No obstante, dichas consecuencias han mostrado verse disminuidas luego de procesos quirúrgicos adecuados e intervenciones neuropsicológicas integrales (Loughan et al., 2023).

Sin embargo, pacientes y familiares que se enfrentan con el diagnóstico y tratamiento de un tumor cerebral experimentan frustración, miedo, ansiedad e incertidumbre (Hirayama et al., 2023; Loughan et al., 2023). Intervenciones psicológicas han demostrado ser efectivas en los momentos previos a la cirugía (Hirayama et al., 2023), disminuyendo los niveles de ansiedad por medio de técnicas de relajación y procesos de psicoeducación que preparan a pacientes y familiares para la dinámica de cirugía y etapas postoperatorias (Lawrie et al., 2019). De igual manera, el aporte psicológico durante y después de los tratamientos ha demostrado mejoras en los niveles de calidad de vida en las personas que tuvieron tumores cerebrales y sus familias (Pertz et al., 2022).

4.8. Craneotomía con Paciente Despierto: un procedimiento interdisciplinario para la calidad de vida

La Craneotomía con Paciente Despierto (CPD) o Cirugía de Paciente Despierto consiste en un procedimiento quirúrgico multidisciplinario en donde pacientes se someten a una cirugía para resección tumoral con anestesia localizada a nivel de la piel y el cráneo comúnmente cooperando activamente en el proceso intraoperatorio (Acuña et al., 2020; Jiménez et al., 2022)

La colaboración de la persona paciente consiste en la realización de protocolos de monitoreo funcional neuropsicológico o tareas como por ejemplo ejecutar movimientos con la mano o pie, nombrar objetos, repetir oraciones, contar, o conversar libremente entre otras actividades (Acuña et al., 2020; Donders et al., 2022; Jiménez et al., 2022; Ng et al., 2021; Pamias et al., 2019).

El procedimiento intraoperatorio de colaboración por parte de la persona paciente ha demostrado tener resultados positivos en la recuperación y mantenimiento de funciones cognitivas (Barberis et al., 2021, 2022; Wang et al., 2023) como también en el aumento de la calidad de vida, menor experimentación de secuelas postoperatorias, preservación de la funcionalidad, disminución de la morbilidad y los tiempos de estancia hospitalaria (Acuña et al., 2020; Jiménez et al., 2022).

Dichos beneficios son producto de que la CPD maximiza la resección tumoral por medio de la identificación transoperatoria de áreas del lenguaje y sensorial-motoras por la estimulación cerebral cortical y subcortical (Acuña et al., 2020; Donders et al., 2022; Jiménez et al., 2022; Ng et al., 2021; Pamias et al., 2019). Esto permite identificar con mayor precisión áreas funcionales del cerebro y lograr una resección segura con una retroalimentación en tiempo real que le indica a la persona profesional en Neurocirugía cuáles tejidos cerebrales considerar para ser removidos.

Este procedimiento implica una alta coordinación interdisciplinaria (Acuña et al., 2020; Jiménez et al., 2022) de profesionales en neurocirugía, anestesiología, personal de enfermería, Neuropsicología, Psicología clínica y psiquiatría. Específicamente, Acuña et al. (2020) y Pamiás et al. (2019) definen que la persona profesional en Neuropsicología con respecto a la CPD funge funciones de: evaluación para determinar la idoneidad cognitiva y emocional de la persona paciente para someterse a esta cirugía, preparación previo a la cirugía por medio de una psicoeducación de los procedimientos quirúrgicos y tareas esperadas durante la operación; brindar estrategias de regulación emocional para afrontar la operación; acompañar emocional de forma transoperatoria; y evaluación cognitiva de la persona luego de la cirugía para determinar las secuelas y área de trabajo en el tratamiento de rehabilitación.

La función indispensable de la Neuropsicología ha permitido elegir mejores candidatos para la CPD que colaboran durante los procesos de estimulación y resección, procurar mejores niveles de regulación emocional y evaluar el impacto de dicha modalidad mayores niveles de regulación en la ansiedad en pacientes y familiares (Acuña, 2020; Jiménez et al., 2022; Ng et al., 2020). Esto se traduce en intervenciones neuroquirúrgicas más certeras que exponen al paciente a menores secuelas y aumenten su satisfacción con la intervención médica (Jiménez et al., 2022; Pertz et al., 2022).

5. Objetivos

Objetivo general:

Desarrollar competencias, habilidades y destrezas de intervención clínica neuropsicológica por medio de la inserción profesional en el Servicio de Neurocirugía, la Unidad de Neuro-Oncología y el Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital México

Objetivos específicos:

1. Adquirir conocimiento especializado en la aplicación y análisis de resultados de la valoración Neuropsicológica aplicando los protocolos, manuales y normas de procedimientos del Servicio de Neurocirugía, la Unidad de Neuro-Oncología, el Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital México.
2. Desarrollar destrezas de valoración transoperatoria en Cirugía de Paciente Despierto y psicoeducación por medio de la aplicación del protocolo de evaluación neuropsicológica y material psicoeducativo para pacientes que incurrirán en esta modalidad.
3. Desarrollar habilidades de formulación de casos neuropsicológicos por medio de la realización de entrevistas, evaluaciones neuropsicológicas, atención clínica de pacientes, familiares y reuniones multidisciplinarias en el Servicio de Neurocirugía y la Unidad de Neuro-Oncología del Hospital México.

4. Adquirir habilidades profesionalizantes de la neurorehabilitación con pacientes que tuvieron neurocirugías en el Servicio de Neurocirugía del Hospital México.

Objetivo externo:

1. Contribuir con la atención neuropsicológica de las necesidades de personas pacientes con tumores cerebrales en el Servicio de Neurocirugía del Hospital México desde la práctica clínica.

6. Metodología

La Práctica Dirigida se realizó durante un año a medio tiempo, iniciando en agosto del 2023 en el contexto de un campo clínico supervisado por la Asesora Técnica y el equipo del Servicio de Neurocirugía y de Neuro-Oncología, como también del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital México.

Esta práctica se llevó a cabo en continuidad con las prácticas y proyectos anteriores de colaboración interinstitucional entre la Escuela de Psicología y el Hospital México, lo que ha permitido sistematizar y consolidar un método de intervención y formación. Esto implica que para el desarrollo de esta práctica se valoraron los procedimientos, parámetros, fases y tareas previas, bajo la supervisión de la directora del proyecto la Dra. Mónica Salazar Villanea, buscando continuar el plan de acción y depurar los procesos de intervención; así como aportar con elementos emergentes y novedosos en el diseño e implementación, por ejemplo, de un Protocolo de Acompañamiento Intrahospitalario y de Preparación psicológica para el Egreso de Pacientes y Familiares del Servicio de Neurocirugía con herramientas psicoeducativas para pacientes y familiares.

6.1. Población meta

6.1.1. Beneficiarios directos

En la inserción interdisciplinaria de la Práctica Dirigida, se trabajó con pacientes y familiares internados y consultantes de los servicios de Psicología, Psiquiatría, Neurocirugía, Neurología, Neuro-Oncología, Nefrología, Emergencias y Enfermería. El perfil de los pacientes atendidos y sus familiares correspondió a un amplio rango de condiciones referidas como tumores cerebrales, hidrocefalias, traumatismos craneoencefálicos, enfermedades autoinmunes, patologías cerebrovasculares, epilepsia, tumores de columna, enfermedades de riñón, trastornos psicopatológicos y usuarios en procesos penales. A parte de las sesiones de psicoeducación y acompañamiento emocional para familiares brindadas regularmente en las labores de la práctica, se coordinó el diseño e implementación de un Protocolo de Acompañamiento Intrahospitalario y de Preparación psicológica para el Egreso de Pacientes y Familiares del Servicio de Neurocirugía, producto de charlas informativas gestionadas en conjunto el Servicio de

Enfermería para familiares de pacientes en el Servicio de Neurocirugía. Además, se realizaron charlas psicoeducativas para familiares y pacientes de Ortopedia y Nefrología ortopedia y trasplantes generales.

6.1.2. Beneficiarios indirectos

Dado que el enfoque de la práctica fue inter y multidisciplinario, la inserción impactó positivamente a los servicios de Neurocirugía, Psicología, Psiquiatría, Neurología, Radiología, Neuro-Oncología, Trabajo Social, Medicina Paliativa, Nefrología, Ortopedia, Enfermería y Emergencias. Dichos alcances se lograron por medio de la participación en Sesiones Clínicas interdisciplinarias y la atención de pacientes y familiares en consultas externas. Además, durante la práctica se colaboró en la coordinación y asesoramiento de las prácticas del Módulo de Neuropsicología de la Carrera de Psicología de la Universidad de Costa Rica en donde se realizaron intervenciones psicoeducativas y de rehabilitación para pacientes, cuyo seguimiento interinstitucional implicó acompañamiento en el marco de este trabajo. También se facilitaron charlas de autocuidado para cuidadores de pacientes con condiciones neurodegenerativas.

6.2. Estrategia de intervención

La Tabla 2 presenta la matriz de estrategia de intervención utilizada para alcanzar y lograr con satisfacción los objetivos específicos planteados.

Tabla 2

Estrategia de intervención por objetivos y las tareas realizadas para cumplir con los mismos.

Objetivo específico	Tareas realizadas para lograr el objetivo
Adquirir conocimiento especializado en la aplicación y análisis de resultados de la valoración neuropsicológica aplicando los protocolos, manuales y normas de procedimientos del Servicio de Neurocirugía, la Unidad de Neuro-Oncología, el Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital México.	<ol style="list-style-type: none">1. Identificación de las pruebas neuropsicológicas utilizadas y su correspondencia para los motivos de consulta.2. Estudio de las bases neuropsicológicas detrás de los mecanismos evaluados por las pruebas utilizadas.3. Estudio del manual de aplicación y normas de interpretación de las pruebas.4. Práctica supervisada de la aplicación de las pruebas.5. Aplicación de pruebas de valoración.6. Revisión de los resultados obtenidos en las pruebas aplicadas.7. Sistematización de los resultados e interpretación de estos.8. Comunicación de los resultados a los equipos multidisciplinarios, pacientes y Estudio de las implicaciones de los resultados obtenidos en las valoraciones con respecto al caso específico de cada persona paciente.
Desarrollar destrezas de valoración transoperatoria en cirugía de paciente despierto y psicoeducación por medio de la aplicación del protocolo de evaluación neuropsicológica y material psicoeducativo para pacientes que incurrirán en cirugía despierto.	<ol style="list-style-type: none">1. Estudio de las subpruebas utilizadas en el protocolo de evaluación transoperatoria y el protocolo de preparación.2. Indagación de la extrapolación del rendimiento en las subpruebas del protocolo transoperatorio para efectos de establecer si una persona es candidata a CPD.3. Práctica supervisada de las subpruebas del protocolo de cirugía despierto.4. Explicación del proceso de estudio de cirugía despierto a personas pacientes candidatas y sus familiares.5. Aplicación de las subpruebas del protocolo a pacientes estudiados para cirugía despierta.6. Revisión de los resultados obtenidos en las subpruebas y entrevista clínica para cirugía despierta.7. Elaboración de criterio sobre la idoneidad cognitiva y emocional de la persona paciente

estudiada para la cirugía despierta.

8. Comunicación del criterio al Servicio de Neurocirugía.
9. Psicoeducación sobre el procedimiento de cirugía despierto a pacientes seleccionados y sus familiares.
10. Preparación es estrategias de autorregulación para la cirugía.
11. Preparación en las tareas de estimulación realizadas por las personas pacientes durante la cirugía.
12. Acompañamiento transoperatorio de la persona paciente y aplicación de pruebas de evaluación transoperatoria.
13. Comunicación del resultado de la cirugía a las personas familiares.
14. Psicoeducación sobre cuidados y secuelas posterior a la intervención en cirugía despierto.
15. Evaluación postoperatoria como parte del protocolo de cirugía despierto.
16. Realización de informe final sobre los impactos neuropsicológicos pre y post cirugía despierto.
17. Desarrollo de un Protocolo de Acompañamiento Intrahospitalario y de Preparación psicológica para el Egreso de Pacientes y Familiares del Servicio de Neurocirugía.

Objetivo 3

Desarrollar habilidades de formulación de casos neuropsicológicos por medio de la realización de entrevistas, evaluaciones neuropsicológicas, atención clínica de pacientes y familiares y reuniones multidisciplinarias en el Servicio de Neurocirugía y la Unidad de Neuro-Oncología del Hospital México.

1. Estudiar los dominios y procedimientos a considerar durante una evaluación neuropsicológica.
2. Aplicar entrevista neuropsicológica a pacientes y familiares.
3. Aplicar pruebas cognitivas y emocionales para la evaluación de pacientes neuropsicológicos según motivos de consulta.
4. Triangulación de resultados obtenidos en la entrevista y pruebas neuropsicológicas
5. Triangular la información obtenida de forma que permita integrar un criterio clínico en el informe a realizar.
6. Realizar informe que responda al motivo de consulta específico.
7. Generar un plan de intervención neuropsicológica que atienda a los intereses del paciente y el motivo de consulta.
8. Comunicar los resultados de la evaluación y el plan de intervención a pacientes, familiares y equipo médico involucrado en el caso.

Objetivo 4

Adquirir habilidades profesionalizantes de la neurorehabilitación con pacientes que tuvieron neurocirugías en el Servicio de Neurocirugía del Hospital México.

1. Estudiar las estrategias de rehabilitación más eficientes propuestas por la literatura científica.
 2. Para pacientes internados aplicar el protocolo de rehabilitación intrahospitalario.
 3. Para pacientes de consulta, generar un plan de rehabilitación basado en el historial médico, secuelas manifiestas y objetivos de la persona paciente.
 4. Para pacientes de consulta, implementar el plan de rehabilitación durante las Sesiones Clínicas.
 5. Evaluar los alcances y dificultades obtenidos por la persona paciente y su familia al implementar el plan de rehabilitación.
-

6.3. Estructura general de realización de inserción práctica, intervenciones realizadas y funciones específicas desarrolladas.

La realización de las tareas durante la Práctica Dirigida fue realizada a medio tiempo durante 1 año, asistiendo aproximadamente 4 días a la semana de forma presencial y un día de manera virtual para seguimiento de pacientes, realización de informes, supervisión y estudio. El impacto de las labores se evidenció por medio de diversas actividades vinculadas a los objetivos propuestos. El desarrollo de dichas actividades se expone a continuación:

6.3.1. Evaluaciones neuropsicológicas (no craneotomía de paciente despierto):

Diversas evaluaciones neuropsicológicas se realizaron para pacientes no referidos como posibles candidatos para el programa de Craneotomía con Paciente Despierto. La modalidad de atención de estos pacientes siempre fue presencial y en ocasiones por interconsulta o consulta externa. El proceso de evaluación consistió en la aplicación de una entrevista clínica con un enfoque neuropsicológico tomando en consideración el motivo de referencia, el cual en ocasiones respondía a referencias de Servicios como Psiquiatría, Neuropsiquiatría, Oncología, Neurocirugía y Neurología. En las referencias recibidas en consulta externa se indicaba el interés del profesional en medicina de realizar la evaluación debido a razones como: reporte del paciente de cambios cognitivos sin antecedentes de enfermedad neurológica; evaluación de pacientes con antecedentes de enfermedad neurológica sin intervención; evaluación de pacientes con antecedentes de enfermedad neurológica con intervención que fueron referidos por recomendación del pasante durante las sesiones de neurocirugía o por algún profesional en neurocirugía en su consulta externa.

6.3.1.1. Protocolo para la evaluación en casos de candidatos a Cirugía de Epilepsia Refractaria

Se recibieron interconsultas que solicitaban evaluación neuropsicológica como parte de los requisitos descritos en los protocolos de intervención de programas interdisciplinarios. Por ejemplo, las referencias de Neurología se realizaban para la evaluación de las funciones cognitivas de pacientes a los cuales se les estaba estudiando por crisis epilépticas sin un foco epileptógeno definido. Por ende, las personas usuarias permanecían en observación bajo monitor de Video-Encefalografía y sin medicación antiepiléptica. Durante este tiempo eran evaluados por medio de la aplicación de una entrevista clínica y un compendio de subpruebas neuropsicológicas previamente establecidas en el protocolo del programa. Estas evaluaciones se realizaban con el objetivo de brindar insumos para la localización del posible o los posibles focos epileptogénicos, pero también para caracterizar el funcionamiento del paciente y el

impacto en el rendimiento cognitivo por su epilepsia y la estimación de las posibles secuelas postquirúrgicas.

6.3.1.2. Protocolo para la evaluación en casos de Hidrocefalia del Adulto.

Por otra parte, existe el programa de evaluación neuropsicológica en pacientes Adultos con hidrocefalia interdisciplinario (Neurocirugía-Neuropsicología) donde se realiza una evaluación pre-punción Lumbar (PL) y post PL y en ocasiones seguimiento luego de la colocación de una válvula de derivación. Este programa se realiza dado que se han identificado diferencias significativas en el desempeño cognitivo de pacientes con hidrocefalia post PL. Estos procesos de evaluación requerían de la coordinación ágil entre el Servicio de Neurocirugía y Psicología para cumplir con los criterios de tiempo en donde pueden observarse cambios en las funciones cognitivas. El protocolo de evaluación incluye una entrevista clínica breve y la aplicación de subpruebas cognitivas específicas definidas que han demostrado ser sensibles a los cambios suscitados por la sustracción de líquido cefalorraquídeo.

6.3.1.3. Otras evaluaciones.

También se solicitaba la realización de evaluaciones neuropsicológicas para pacientes internados en el Servicio de Neurocirugía que no eran candidatos a CPD, en su gran mayoría con tumores cerebrales. Estas evaluaciones se realizaban pre-intervención para obtener un perfil del paciente y poder brindar seguimiento del impacto del tratamiento y su recuperación.

Las evaluaciones del programa de epilepsia e hidrocefalia tienen protocolos de evaluación ya predeterminados con el mínimo de las subpruebas neuropsicológicas determinadas, y el tiempo de evaluación se basa más en la aplicación de pruebas que en la entrevista clínica. Para las evaluaciones de consulta externa, las pruebas neuropsicológicas utilizadas varían de acuerdo con el diagnóstico del paciente y su funcionalidad al corte. Sin embargo, las entrevistas clínicas suelen abarcar mayor tiempo para procurar la exploración de niveles de funcionalidad actuales y no solo los resultados pre y post tratamiento.

Luego de la aplicación de cualquier evaluación neuropsicológica se sistematiza la información, y se elabora un informe que contiene siempre información integrada de los hallazgos encontrados en la entrevista clínica y las pruebas neuropsicológicas. En el caso de la consulta externa, se tiene mayor posibilidad de entrevistar a las personas familiares para triangular la información obtenida, sin embargo, por las condiciones de internamiento de los pacientes que se recibieron por interconsulta, esta información no siempre fue posible integrarla debido a que algunos resultados deben entregarse el mismo día. Todas las partes de los procesos de evaluación se realizaron bajo el cercano acompañamiento de la

asesora técnica y al finalizar formulación del informe se gestionaba la presentación de los resultados al equipo médico tratante de la persona paciente.

Las evaluaciones neuropsicológicas finalizaron con la gestión de posibles rutas de intervención para rehabilitación acordadas con la asesora técnica. Algunos de los casos recibidos por consulta externa requirieron de un abordaje enfocado en rehabilitación cognitiva, mientras que otros se vieron beneficiados de intervenciones psicoterapéuticas, dado que algunos casos, por medio de diagnóstico diferencial, se detectaba la presencia de algún trastorno psicológico más allá de alguna patología neurocognitiva o DCA. También, se realizaban las referencias necesarias, dado ser que la persona paciente se pudiera ver beneficiada de la asistencia de algún otro servicio.

Luego de la realización de los informes y la propuesta de rutas de intervención, se realizaba una o dos sesiones de devolución de los resultados a la persona paciente y sus familiares. Además, se proponían posibles rutas de trabajo con la persona paciente y se consideraban sus objetivos de tratamiento.

6.3.2. Evaluaciones neuropsicológicas del Programa de Craneotomía con Paciente Despierto (CPD) y Protocolo de Preparación Prequirúrgico.

El programa CPD está íntimamente vinculado con el surgimiento del proyecto conjunto Hospital México y Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica, del cual las Prácticas Dirigidas, como este trabajo, se desarrollaron. Además, marcó un hito importante en la visibilidad del relevante papel de la Neuropsicología en el Hospital México. El proceso de evaluación de pacientes para CPD inicia con la referencia de un paciente por parte del equipo de Neurocirugía ya sea en una sesión clínica, ingreso a emergencias, consulta externa o referencia de otro hospital. El paciente era informado de sus opciones de tratamiento y referido bajo internamiento o no, al equipo de Neuropsicología. La evaluación consistió primero en la comunicación clara y ética del objetivo de la evaluación, la cual es parte de un estudio para saber si la persona es candidata o no a la CPD. Dicha evaluación buscó indagar en los dominios cognitivos, emocionales y fisiológicos mínimos requeridos y aquellas contraindicaciones que no pueden ser subsanadas en el tiempo requerido antes de la cirugía. El protocolo de evaluación inició con la administración de una entrevista clínica profunda, específica en el protocolo para este programa. Dicha entrevista es también aplicada a las personas familiares. Luego se aplicó el protocolo de evaluación transoperatoria para CPD desarrollado por Ortega (2013) y cualquier otra prueba cognitiva o psicométrica que se consideró necesaria. Luego de la obtención de los resultados, se elaboró para cada caso un informe explicando el criterio neuropsicológico para que la persona paciente pudiera ser admitida o no en la modalidad CPD. Este criterio se le comunicaba al equipo de Neurocirugía especializado en el programa.

Si la persona no era aceptada, se coordinaba con su neurocirujano tratante para que sea propuesto otro tratamiento para el cual la persona cumpliera los criterios. Si la persona era aceptada se procedía a la

fase de preparación. Esta fase constó de varias etapas. Primero, una psicoeducación al respecto del procedimiento quirúrgico, desde la movilización en el piso de internamiento, hasta las etapas que han de transcurrir durante la cirugía. Se sensibilizó a la persona con respecto a los estímulos sensoriales que pueden ser experimentados a nivel externo (máquinas, sonidos, instrumentos médicos, luces, personas) e internos (sensaciones corporales, dolor, emociones). También se explicaron los procesos postquirúrgicos y los cuidados que la persona debe de tener, de acuerdo con las estrategias de afrontamiento para cada caso. En esta etapa se procuraba que esté presente una persona familiar quien el paciente considerara que cuenta con las habilidades de afrontamiento para recibir y manejar la información y por último se evacúan cualquier tipo de dudas.

Luego de la etapa de psicoeducación y sensibilización, se procedía a la etapa estrategias de regulación emocional. Junto con la persona usuaria se practicaron estrategias para la regulación de las emociones y estados fisiológicos como el estrés y la ansiedad. Estas estrategias se practicaban los días antes de la cirugía y se mantuvo un monitoreo del estado emocional de la persona paciente. Luego, se procedía a practicar con la persona paciente los ejercicios cognitivos y motores que se le serían solicitados durante la cirugía y en específico la etapa de estimulación cerebral.

La siguiente etapa consistía en la indagación de temáticas que permitieran a la persona anclarse al proceso de conversación durante las etapas de la cirugía en donde esto es requerido. En esta etapa se buscaba brindarle a todo el equipo médico en sala, herramientas para mantener un ambiente de familiaridad, compañía y apoyo con la persona paciente, controlar los niveles de ansiedad y estrés, y evaluar en tiempo real el nivel de alerta de la persona paciente o cualquier efecto de la estimulación cerebral durante la resección.

Luego de finalizada la cirugía se acompañaba al paciente a cuidados intensivos. Se procedía a llamar a la familia para comunicar el resultado global y procedimiento de la cirugía, buscando rescatar los puntos fuertes del desempeño del paciente. También se hacía un seguimiento del paciente al día siguiente, para conocer su estado emocional y cognitivo, como también su experiencia de la operación y corregir alguna percepción errónea en caso necesario.

De ser posible, antes de la salida del paciente se agendaba una reunión con la familia para reforzar la información brindada sobre los cuidados de recuperación y las siguientes etapas de seguimiento en Neuropsicología como, por ejemplo, la evaluación postoperatoria que no se realiza hasta mínimo 3 meses después de la cirugía.

Durante esta práctica profesional se tuvo la oportunidad de realizar evaluaciones postoperatorias de los pacientes acompañados a cirugía despierto, pero también de una paciente que fue operada en esta modalidad tiempo atrás. Las evaluaciones postoperatorias no solo consisten en la aplicación de pruebas neuropsicológicas, si no de un seguimiento del proceso de recuperación. Con base a lo descrito en el

apartado de rehabilitación, el acompañamiento postoperatorio brindado busca identificar secuelas inmediatas luego de la operación, por lo general de tipo emocional o conductual y cualquier dificultad en el funcionamiento diario. Además, se tuvieron sesiones con las personas familiares para proveer psicoeducación sobre el abordaje de las secuelas y se ejecutaron sesiones donde planes de reestructuración ambiental se realizaron.

Posteriormente, la persona paciente es citada 3 o más meses luego de la operación y es evaluada con respecto a su desempeño cognitivo. Los resultados obtenidos se contrastan con su desempeño pre-cirugía y se integran en un informe que es comunicado a los médicos tratantes, a la persona paciente y sus familiares. Esta evaluación sirvió como insumo para brindar herramientas de rehabilitación basadas en secuelas, pero también para que las personas familiares comprendieran la realidad del desarrollo funcional de la persona luego de la operación y aceptaran ser preparadas para manejar las secuelas.

En un caso de paciente del programa CPD, pero en varios de pacientes neuropsicológicos en general, se emitió una recomendación de adaptación al puesto laboral debido a que el trabajo de la persona paciente presentaba contraindicaciones graves. Con éxito, la adaptación del puesto fue realizada y se le brindó seguimiento al paciente en su proceso de reincorporación laboral. Con otros pacientes neuropsicológicos en general, se trabajan procesos de solicitud de pensión por invalidez o de readaptación del estilo de vida luego de haber sido pensionados.

6.3.3. Atención a pacientes en salón.

Como parte de la rotación en el Servicio de neurocirugía se brindó asistencia psicológica breve a pacientes internados en el Servicio de Neurocirugía. Los pacientes, por lo general, eran identificados durante las visitas junto con el equipo de neurocirugía o por medio de la consulta directa a los Residentes de este Servicio. Los abordajes brindados variaron ampliamente debido a la diversidad de condiciones y estados de salud experimentados por las personas pacientes.

Para algunos pacientes y familiares se brindó contención emocional e intervención en crisis sobre el proceso de internamiento, la noticia de la enfermedad, el miedo al dolor o la muerte vinculados a la cirugía o el temor a las secuelas posteriores a esta. También se brindó psicoeducación sobre las implicaciones psicológicas y cognitivas vinculadas a la patología a pacientes y familiares, como aspectos relevantes a conocer luego de la cirugía y durante el internamiento.

En algunos casos se efectuaron evaluaciones neuropsicológicas breves por medio de tamizajes cognitivos como la prueba MoCA. También, se aplicaron ejercicios de rehabilitación transoperatoria propuestos por Serrano (2020). Sin embargo, para estas dos tareas las limitaciones de espacio y tiempo fueron más relevantes que para las otras intervenciones breves.

Algunos casos requirieron de la aplicación de estrategias de abordaje particulares, como comunicación no verbal pictórica o el acompañamiento de pacientes en episodios de delirium. Todos los casos que eran abordados bajo la modalidad de atención en piso eran reportados al equipo médico del Servicio y se procedía a elaborar la nota correspondiente con el apoyo de la Asesora Técnica.

Bajo la modalidad de interconsulta, junto con la Asesora Técnica se acompañó en intervenciones psicológicas de pacientes internados en otros servicios. Se intervinieron pacientes internados en Neurología, Nefrología, Ortopedia, Oncología, Emergencias y Cuidados Intensivos. Los motivos de las intervenciones también variaron dependiendo de la necesidad de los pacientes, pero el acompañamiento emocional y la psicoeducación fueron las estrategias empleadas en la mayoría de los casos. Por ejemplo, en pacientes internados en Nefrología se realizaron intervenciones sobre el abordaje del proceso de trasplante renal y las emociones de miedo y tristeza vinculadas a la operación o a procesos infecciosos. En Neurología se realizaron evaluaciones cognitivas breves que fueron solicitadas por el servicio y en Emergencias se brindaron intervenciones en crisis por intentos de autoeliminación o por la descompensación psicológica asociada al evento de emergencia. En Ortopedia y Oncología, se brindó acompañamiento psicológico en crisis de dolor y angustia por el internamiento. En Cuidados Intensivos se acompañaron varios casos de descompensación emocional por reavivación de las experiencias que ocasionaron el internamiento y se acompañó un caso multidisciplinario de largo internamiento por medio de visitas diarias para acompañamiento y rehabilitación cognitiva para amortiguar los impactos de los episodios de delirium. En estos casos, siempre se contempló la exploración del estado mental del usuario, incluido su funcionamiento cognitivo, permitiendo la observación de alteraciones neurocognitivas, emocionales y conductuales presentes en usuarios en tratamiento médico-quirúrgicos que recibían atención por otras condiciones fuera del servicio de Neurocirugía y se participó de estrategias de psicoterapia bajo la modalidad de intervención al pie de la cama.

6.3.4. Sesiones multidisciplinarias.

Como parte de las dinámicas semanales de la Práctica Dirigida se asistieron a las sesiones multidisciplinarias primordialmente del equipo de Neurocirugía. Las sesiones a las que se asistieron fueron: Sesión General de Neurocirugía, Sesión de Neuro-oncología, Sesión de Base de Cráneo. Además, se presentó un caso en una Sesión de Neurología como parte de un proceso de evaluación.

En las Sesiones de Neurocirugía participan profesionales de diversas áreas como: Psicooncología, Trabajo Social, Medicina Paliativa, Oncología, Radioterapia, Endocrinología, y Ortopedia. La labor durante estas sesiones consistió en brindar criterio crítico sobre el aporte de la Neuropsicología en pacientes valorados, ya fuera para opción de tratamiento o de seguimiento y se comunicó el reporte de trabajo con pacientes que tuvieran seguimiento en el servicio. Además, se identificaron pacientes a los

cuales referir a Neuropsicología con motivo de generar planes para manejar sus secuelas cognitivas reportadas durante la sesión o para ser evaluados previo a una intervención o reintervención. Por último, al final de algunas sesiones se brindó contención emocional a pacientes y familiares luego de la comunicación de alguna mala noticia.

6.3.5. Evaluaciones psicológicas para el programa de trasplante renal

Durante las actividades de la práctica se tuvo la oportunidad de participar en el programa de trasplante renal del cual la Asesora Técnica es parte. Este programa contiene un proceso en el cual las personas que buscan ser candidatas de un trasplante de riñón deben ser evaluadas psicológicamente. Esta evaluación permite aportar insumos sobre la idoneidad de la persona a ser candidata a trasplante y vincularse con un proceso de mantenimiento del órgano exitoso. La integridad de las funciones cognitivas es parte de los criterios que se valoran.

Las evaluaciones consisten en una entrevista clínica a profundidad con la presencia de la persona paciente y sus familiares que fungirán como cuidadores luego del proceso. En esta entrevista se indagan aspectos generales del funcionamiento psicológico de la persona, pero se hace hincapié en su perfil de personalidad, estrategias emocionales, patrones conductuales y dinámicas familiares. En una gran mayoría de ocasiones se aplicaron pruebas psicométricas o cognitivas para complementar la conceptualización del caso. El reporte final de la evaluación se integra a los criterios médicos generales para que la persona paciente pueda ser considerada como candidata para el trasplante.

6.3.6. Intervenciones psicoterapéuticas

Las intervenciones psicoterapéuticas fueron diversas, pero en su mayoría se realizaron con pacientes con trastornos neurocognitivos, candidatos a trasplante renal, procesos legales o patologías emocionales. Dichas intervenciones se realizaron con el acompañamiento de la Asesora Técnica y dividiéndose labores en la intervención.

Para pacientes neurocognitivos, algunos motivos de consulta abordados estuvieron vinculados con secuelas en su vida cotidiana luego del DCA. La gran mayoría de pacientes ya tenían más de un año desde la lesión. Los pacientes solían reportar afectaciones en la regulación emocional y su desempeño cognitivo. Dichas secuelas, afectaban a las personas en su trabajo, familia, relaciones sociales y proyecto de vida. Por ende, los abordajes tuvieron una validación emocional, procesos de psicoeducación sobre las secuelas, recomendaciones de neurorrehabilitación y propuestas de andamiajes para mejorar la funcionalidad cotidiana. Algunas intervenciones requirieron generar planes para la mejora de contextos laborales y sociales. De igual manera, durante este proceso se pudo evidenciar el impacto de las secuelas del DCA tenían en la noción de identidad de las personas.

Algunos abordajes neuropsicológicos involucraron a las familias, dado que se trataba de pacientes que tenían alguna condición de neurodegeneración. Por ende, se hicieron sesiones conjuntas e individuales de psicoeducación, contención emocional y generación de estrategias para el impacto de ejercer un rol de cuidado o para apoyar en las dificultades de sus familiares.

En los casos de psicoterapia de trasplante renal, se abordaron temáticas vinculadas con la experiencia emocional de vivir con un trasplante, el impacto de los cambios en la vida cotidiana y el proceso de volver a recibir un trasplante luego de haber perdido el injerto. En estos abordajes se encontraron con casos donde se presentaban cambios en las dinámicas familiares producto de la situación del trasplante y el cuidado del paciente trasplantado. En este sentido, fue necesario la implementación de técnicas sistémicas para el abordaje de los conflictos familiares. También se manejaron pacientes con poca adherencia al tratamiento o con un historial de conductas de riesgo que podrían poner en jaque el trasplante.

Como emergentes adicionales, la psicoterapia de procesos judiciales fue específica a adolescentes a los cuales como resolución de su sentencia judicial por delitos se les indicó llevar un proceso de psicoterapia. Estos indicaron afectaciones a nivel de relaciones sociales, plan de vida, identidad y trastornos emocionales. Solo se participaron en dos casos de psicoterapia, en donde las intervenciones estuvieron dirigidas a brindar acompañamiento durante el transcurso de la situación.

Por último, se abordaron algunos casos de psicoterapia de diversos motivos de consulta, sin embargo, durante estos procesos se tuvo un rol menos protagónico en la intervención, debido a que las personas pacientes ya contaban con un proceso de larga data con la Asesora Técnica. Por ende, en las sesiones se participó observando la forma en la cual la asesora realizaba la intervención y se aportó con apreciaciones cuando se consideraba relevante.

6.3.7. Neurorehabilitación o Rehabilitación cognitiva

La rehabilitación cognitiva brindada partió del modelo de trabajo externo-interno propuesto por Sohlberg et al. (2023). Se dedicaron sesiones durante la dinámica normal de atención en el Servicio de Psicología para trabajar con pacientes con condiciones de DCA o neurodegeneración. La neurorehabilitación se concentró, en la mayoría de los casos, a analizar las conductas percibidas como problema de la persona paciente presentaba y sus impactos en la dinámica familiar o su vida cotidiana. Luego se desarrolló con la persona paciente y sus familiares ajustes del entorno que permitieran conservar el funcionamiento y reducir la aparición de conductas problemáticas. Fue importante también trabajar con las personas familiares brindando explicaciones sobre el motivo de los cambios neuropsicológicos observados en la persona paciente y la importancia de los ajustes en el entorno, como también estrategia de manejo para las conductas de desregulación emocional y conductual.

Con algunos pacientes se trabajó en el desarrollo de cambios internos por medio de la práctica de compensaciones. Estas compensaciones buscaron permitirles a las personas retomar actividades cotidianas simples y complejas. Durante las sesiones se practicaron los ajustes necesarios, que fueron desde actividades automáticas como las tareas del hogar, organización de tareas del día a día, ajustes posibles en entornos laborales y sociales. Estas compensaciones buscaron impactar sobre las capacidades cognitivas, emocionales y conductuales de modo que se potenciara la funcionalidad cotidiana de las personas. No se realizaron intervenciones de entrenamiento específicas a dominios cognitivos de manera aislada, como, por ejemplo, podrían haberlo sido programas de entrenamiento de la memoria o las funciones ejecutivas, pero estas actividades se asignaron como tareas para el hogar.

Durante la atención en salón se implementaron las actividades del protocolo de rehabilitación intrahospitalaria propuesto por Serrano (2020). Se priorizaron las actividades que se consideraban eran adecuadas para el nivel de funcionamiento de la persona, sus dominios cognitivos más afectados y la idoneidad basada en las necesidades cognitivas vinculadas a la cotidianidad de la persona. Sin embargo, la aplicación fue corta y no se abordaron todas las actividades debido a que no siempre era posible garantizar un ambiente que proporcionara concentración, privacidad y no interrupciones.

Como parte de las prácticas del Módulo de Neuropsicología de la Carrera de Bachillerato y Licenciatura de la Universidad de Costa Rica, se colaboró con la coordinación y supervisión de casos de neurorehabilitación domiciliaria realizados por estudiantes del curso bajo la supervisión de la Dra. Salazar Villanea y el MSc. Ortega Araya. Los aportes y el seguimiento de esta Práctica Dirigida buscaron apoyar a las personas estudiantes para ejecutar planes de rehabilitación que fueran sensibles a la historia y los objetivos de las personas pacientes. Las personas pacientes y sus familiares se beneficiaron de la continuidad en la atención por medio de la alianza entre el Hospital México y la Universidad de Costa Rica, dado que algunas personas no habían contado con servicios de rehabilitación cognitiva y estaban a la espera de sus citas. Todas las intervenciones fueron registradas en el sistema EDUS con apoyo y supervisión de la Asesora Técnica.

6.3.8. Actividades de psicoeducación para pacientes y familiares de Neuropsicología

Durante todas las atenciones en salón, evaluaciones, consultas psicológicas y rehabilitación la psicoeducación fue angular a las intervenciones. La psicoeducación brindada utilizó materiales previamente realizados por practicantes con su adecuada referencia y nuevos insumos planteados durante las sesiones. La psicoeducación abarcó muchas áreas, por ejemplo: relación zona del tumor o patología con las funciones cognitivas y psicológicas, cuidados luego de la operación, relevancia de la evaluación, importancia de los andamiajes y compensaciones como parte de un proceso de recuperación, metodología

y objetivos de la rehabilitación, procedimientos médicos y sus impactos, secuelas emocionales, de identidad y funcionales experimentadas, manejo de conductas difícil para familiares, entre otras.

Como aspecto novedoso y aporte específico de esta Práctica Dirigida, se tuvo la oportunidad de trabajar en conjunto con el Servicio de divulgación de Enfermería preparando una charla sobre recomendaciones psicológicas a considerar antes, durante y luego de una cirugía de cerebro. Esta charla es ahora parte del programa de cuidados post operatorios de las personas pacientes de Neurocirugía que es impartida para familiares de pacientes internados. Con base en esta charla se integró información relevante de psicoeducación familiar que puede ser consultada en el *Protocolo de Acompañamiento Intrahospitalario y de Preparación psicológica para el Egreso de Pacientes y Familiares del Servicio de Neurocirugía* en el Anexo 2. Por su parte, el abordaje desde enfermería abarcó aspectos como la dieta, el cuidado de las heridas, la actividad física y otros aspectos médicos relevantes luego de la operación.

La presentación psicoeducativa sobre recomendaciones psicológicas no se había realizado antes, si no que fue un esfuerzo nuevo realizado por solicitud del Servicio de Enfermería en donde Neurocirugía recomendó la participación del sustentante.

La intervención abordó recomendaciones para antes de la operación como la importancia de una comunicación no cargada de malas noticias o preocupaciones, y la preparación psicológica para la estadía, como también las implicaciones psicológicas para familiares y pacientes. Para los períodos durante la cirugía se dieron recomendaciones para el manejo del delirium, la delegación de responsabilidades y comunicación a familiares para disminuir el distrés en los pacientes internados, el manejo de intervenciones médicas de emergencia y el impacto emocional de estas, como también recomendaciones para el manejo de la experiencia de espera durante la cirugía. Las recomendaciones para luego de la cirugía abarcan los impactos cognitivos, emocionales, conductuales y de identidad. Se brindaron recomendaciones para manejar algunos problemas conductuales o de desregulación emocional, y la importancia de estar alerta de afectaciones cognitivas, para la adecuada referencia a una rehabilitación profesional. Además, se brindaron materiales ya elaborados por pasantes en prácticas anteriores y se refirió al sitio web del proyecto “Narrativas del DCA” de la Dra. Salazar Villanea en el Instituto de Investigaciones Psicológicas (IIP) de la Universidad de Costa Rica y del cual el sustentante forma parte del equipo investigador. En este sitio las personas familiares y pacientes pueden consultar insumos psicoeducativos para la vivencia de la experiencia del DCA.

Durante la práctica profesional también se facilitaron talleres de autocuidado para personas familiares de pacientes neurocognitivos, en relación con la práctica del módulo de Neuropsicología. Estos talleres son el producto de un esfuerzo conjunto entre el IIP, la Escuela de Padres y Madres de la UCR y el Hospital México. En total se facilitaron un total de 5 talleres donde se abordaron temáticas como la experiencia del cuidado y sus características; recomendaciones para la comprensión y el manejo del proceso

de envejecimiento y su diferenciación de patologías como la demencia; el impacto del rol de cuidado en la salud integral de las personas cuidadoras y recomendación para su manejo; la importancia de las redes de apoyo; y recomendaciones para un autocuidado como también reflexiones positivas de la labor de cuidado. Este programa fue brindado en modalidad virtual y abierto a todo público con colaboración del Servicio de Psicología para referir a familiares que podrían ser beneficiados.

6.3.9. Protocolo de Acompañamiento Intrahospitalario y de Preparación psicológica para el Egreso a Pacientes y Familiares del Servicio de Neurocirugía

Como aporte novedoso de la presente Práctica Dirigida se confeccionó un *Protocolo de Acompañamiento Intrahospitalario y de Preparación psicológica para el Egreso de Pacientes y Familiares del Servicio de Neurocirugía*. Este protocolo tuvo dos objetivos, el primero proveer de información psicoeducativa relevante sobre las secuelas físicas, cognitivas, emocionales, funcionales y psicológicas de las intervenciones neuroquirúrgicas y acompañar emocionalmente durante los procesos de internamiento y etapas de recuperación post quirúrgica en un contexto hospitalario. Para el alcance de estos objetivos se diseñó una estrategia metodológica individual para pacientes internados y otra modalidad de intervención para familiares. En el Anexo 2 puede consultarse el protocolo realizado especificado por momentos de intervención, poblaciones y sus respectivas fases de ejecución.

6.3.10. Actividades académicas de formación

Durante el periodo de práctica se realizaron varias sesiones académicas a cargo del profesional médico Residente en Neurocirugía a las cuales se asistió como oyente. Se abordaron temáticas referidas al diagnóstico y abordaje quirúrgico de condiciones vasculares, procesos infecciosos y enfermedades autoinmunes.

Se participó en dos charlas de otros servicios hospitalarios para Neurocirugía. Una charla fue sobre la creación y dinámica de trabajo con el nuevo Hospital de Día del Hospital México y otra sobre decisiones bioéticas con pacientes que expresan su derecho a no vivir.

Por otra parte, se fue parte de dos sesiones informativas del programa de trasplante, coordinadas por la Asesora Técnica. La primera actividad fue organizada para familiares y personas candidatas a trasplante renal. En ella se abordaron los lineamientos logísticos de la donación, la ejecución de los procesos médicos y quirúrgicos, el impacto psicológico del trasplante y los testimonios de personas trasplantadas. La otra charla fue dirigida al equipo de enfermería con el objetivo de describir las implicaciones psicológicas en juego durante la solicitud de donación de órganos y posibles herramientas

que el personal de enfermería podría aplicar para facilitar el proceso de acercamiento a las familias durante la solicitud de donación.

También se asistió a dos sesiones clínico-académicas generales del hospital. Una referida a los servicios que brinda el PET/CT de la UCR para realización de imágenes médicas y otra vinculada a los avances de la cirugía automatizada asistida por robots para el tratamiento de cáncer de próstata. Por iniciativa propia se coordinó una visita al PET/CT donde se hizo un recorrido por las instalaciones y se observaron algunas imágenes médicas. Esto permitió conocer la nueva tecnología, los procesos de toma de imágenes y plantear posibles alianzas futuras interdisciplinarias entre Neuropsicología y profesionales del centro.

Adicionalmente, para complementar la formación durante la Práctica Dirigida, se presentó la posibilidad de asistir a algunas clases de la maestría de Ciencias Neurológicas de la Escuela de Medicina de la UCR. Se participó como oyente en varias exposiciones de temas vinculados a patologías cerebrales y su impacto en las personas pacientes desde perspectivas interdisciplinarias.

Por último, se tuvo la oportunidad de participar en el congreso del Programa de Investigación en Neurocirugía y Órganos de los Sentidos (PINECOS) en el cual se escucharon ponencias internacionales y multidisciplinarias sobre resultados exitosos en el abordaje de patologías neuroquirúrgicas para la promoción de la calidad de vida.

6.4. Descripción de las relaciones interdisciplinarias

Como aspecto esencial del aporte psicológico al Hospital México, el contacto con diversos servicios fue ejecutado de tal manera que se permitiera adquirir y compartir conocimiento entre las diversas disciplinas, así como también velar por la salud de las personas pacientes y sus familiares.

La participación incluyó al Servicio de Psicología y Psiquiatría, en tanto se generaron relaciones de colaboración y aprendizaje con profesionales de este servicio más allá del vínculo con la Asesora Técnica. De igual manera, la integración activa con el Servicio de Neurocirugía permitió trabajar con Médicos Asistentes, Residentes y Médicos Generales en visitas a piso, referencias, evaluaciones, Sesiones Clínicas, coordinación de casos, el programa de Craneotomía con Paciente Despierto y demás dinámicas de la interacción cotidiana.

La inserción hospitalaria promovió que en las tareas diarias y específicas se interactuara los siguientes servicios y especialidades:

- Servicio de Psicología Clínica, Psiquiatría y Salud Mental: profesionales en Psicología clínica y general, Neuropsicología, Psiquiatría, Neuropsiquiatría, Enfermería, Especialistas en Salud Mental, Personal administrativo y Personal de limpieza.

- Servicio de Neurocirugía: Neurocirujanas(os) asistentes, Residentes de Neurocirugía, Profesionales en Medicina General, personal de Enfermería y Personal Administrativo.
- Servicio de Neuro-oncología: profesionales en Psico-oncología, Medicina Oncológica, Radiología, Ortopedia, Cuidados Paliativos y Médicos Residentes.
- Servicio de Neurología: profesionales en Neurología, personal técnico de Neurología y personal de Enfermería.
- Servicio de Cuidados Intensivos e Intermedios: Profesionales en Medicina Internista, Residentes, Terapeutas Respiratorios, personal de Enfermería y Asistentes de Pacientes.
- Servicio de Emergencias: Médicos Especialistas en Emergencias, Profesionales de Medicina General y Medicina Interna.
- Servicio de Nefrología: Médicos Nefrólogos(as), Médicos Generales, Integrantes de la Asociación de Hemodiálisis y Trasplante Renal (ASHYTRA), Coordinadores del Programa de Donación de Órganos y Trasplantes.
- Servicio de Enfermería: profesionales en Enfermería y Coordinadores de las secciones de Educación Familiar.
- Servicio de Trabajo social: profesionales en Trabajo Social.
- Servicio de Endocrinología: Médicos Endocrinólogos(as).
- Servicio de Otorrinolaringología: Médicos Otorrinolaringólogos(as).
- Personal de la Sala de Operaciones: Asistentes de pacientes, personal de Enfermería, Instrumentistas, personal Técnico y Estudiantes
- Servicio de Anestesiología: Anestesiólogos(as) y Residentes.

6.5. Descripción del sistema de supervisión de la práctica

La dinámica de supervisión utilizada en la presente Práctica Dirigida consistió en supervisiones diarias con la Asesora Técnica, la Msc. Rocío Vindas. Estas supervisiones implicaron el manejo de una bitácora de casos, la conversación activa de casos, redacción de informes, la revisión bibliográfica y la planificación de sesiones de intervención, evaluación y rehabilitación. Además, se contó con la supervisión del jefe del Servicio de Neurocirugía el Dr. Miguel Esquivel Miranda y las Asistentes de Neurocirugía la Dra. Dessiré Gutiérrez y la Dra. Mónica Quiroga.

En cuanto a las supervisiones con directora de la Práctica Dirigida, la Dra. Mónica Salazar Villanea, estas se efectuaron semanalmente y se abordaron inquietudes sobre casos, retroalimentación de intervenciones, revisión de bibliografía y revisión de informes. Las supervisiones se realizaron de forma presencial, virtual o por medio de llamadas telefónicas cuando se requería una respuesta o guía inmediata.

Del mismo modo, se realizaron reuniones trimestrales con el Dr. Esquivel Miranda, la Dra. Dessiré Gutiérrez, la Dra. Rocío Vindas y la Dra. Mónica Salazar-Villanea para brindar retroalimentación sobre las labores realizadas.

Con el equipo asesor, se realizaron supervisiones mensuales o quincenales que permitieron recibir recomendaciones para la relación de las labores durante la Práctica Dirigida.

6.6. Consideraciones ético-legales

Las labores realizadas durante la Práctica Dirigida, por su carácter de apoyo y aporte, no representaron ningún riesgo para las personas involucradas. Dichas acciones contribuyeron al bienestar de las personas atendidas, aumentando su calidad de vida y satisfacción con los servicios del Hospital. Para garantizar la calidad del trabajo, siempre se ejecutó el debido consentimiento informado (Anexo 1) y se hizo estricto seguimiento como también cumplimiento de los pasos establecidos en los manuales de normas y procedimientos para la atención de pacientes neuroquirúrgicos y psicológicos de los Servicios de Neurocirugía, Psiquiatría, Psicología Clínica y Salud Mental del Hospital México.

Del mismo modo, la Práctica Dirigida no incorporó ningún procedimiento que atentara contra la seguridad de las personas pacientes. Además, toda intervención estuvo bajo la supervisión de la Asesora Técnica. Por otro lado, para proteger la información producto de las intervenciones, esta fue resguardada en los expedientes y bases de datos del Hospital México con las firmas de los consentimientos informados que la CCSS tiene ya establecidos, y para los cuales solo el equipo tratante tiene acceso.

De igual manera, todo material psicoeducativo empleado fue utilizado reconociendo la autoría de las personas que lo confeccionaron y empleado bajo los marcos del trabajo hospitalario realizado en la Práctica Dirigida.

Se siguió además lo establecido en el Código de Ética y Deontológico del Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica (2019), con el fin de que todas las personas pacientes tengan una atención bajo la ética profesional debida. En esa línea, la información específica de las personas usuarias se mantuvo únicamente en su expediente clínico del Hospital México y se acató el Artículo 32 que indica: “La persona colegiada no debe hacer referencia a casos clínicos...que pudieran ser identificables, mostrar personas o sus fotografías en publicaciones de investigación...sin el consentimiento expreso de la persona o entidad usuaria” (Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica, 2019, p. 15). Asimismo, se siguió lo mencionado el Artículo 43 en cuanto a “cuando se supervise el trabajo de estudiantes en práctica universitaria, los informes deberán ser avalados por la persona colegiada encargada de tal práctica” (Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica, 2019, p. 20).

7. Análisis de resultados

7.1. Sistematización de alcances funciones, conocimientos y habilidades adquiridas por objetivo

En el presente apartado se detallan y analizan los resultados obtenidos durante la Práctica Dirigida. La Tabla 3 contiene una sistematización de los alcances por objetivo organizados en términos de productos, dificultades enfrentadas, estrategias de resolución de estas, así como también competencias y habilidades adquiridas.

Tabla 3*Sistematización de resultados con respecto a los objetivos planteados.*

Objetivo	Productos	Dificultades y estrategias de resolución	Competencias y habilidades adquiridas
Adquirir conocimiento especializado en la aplicación y análisis de resultados de la valoración neuropsicológica aplicando los protocolos, manuales y normas de procedimientos del Servicio de Neurocirugía, la Unidad de Neuro-Oncología, el Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital México.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se recibió entrenamiento en la aplicación de la entrevista clínica y pruebas neuropsicológicas de acorde con las particularidades de cada caso y diagnóstico médico asociado. 2. Se obtuvo conocimiento sobre la interrelación entre las bases neuropsicológicas y los mecanismos evaluados en las pruebas cognitivas. 3. Se desarrolló la capacidad para la triangulación y análisis de resultados neuropsicológicos basados en procesos de evaluación. 4. Se obtuvieron habilidades para la extrapolación de resultados obtenidos en evaluaciones a los contextos cotidianos de pacientes y familiares. 5. Se adquirieron competencias para la comunicación del análisis psicológico y neuropsicológico a equipos multidisciplinarios para informar planes de tratamiento. 	<p>Dificultades</p> <p>Debido a la remodelación del hospital se reorganizaron espacios físicos que previamente se utilizaban para realizar evaluaciones neuropsicológicas por lo que no estuvieron disponibles.</p> <p>Resolución</p> <p>Se coordinó con la Asesora Técnica la utilización de un espacio físico con las condiciones idóneas.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manejo de la aplicación de pruebas, normas y protocolos de evaluación neuropsicológica y psicométrica. 2. Dominio de conceptos relacionados con la Neuropsicología, la Psicología clínica y otras profesiones en el ámbito de la salud. 3. Capacidad de integración y análisis de la información obtenida de la evaluación psicológica. 4. Habilidad para conocer las implicaciones de los resultados obtenidos en la vida cotidiana de las personas pacientes, dependiendo de sus diagnósticos y particularidades individuales. 5. Destreza para la comunicación y síntesis de información psicológica a equipos médicos multidisciplinarios, familiares y pacientes.

Desarrollar destrezas de valoración transoperatoria en cirugía de paciente despierto y psicoeducación por medio de la aplicación del protocolo de evaluación neuropsicológica y material psicoeducativo para pacientes incurrirán en cirugía despierto.

1. Adquisición del conocimiento necesario para la evaluación y preparación de pacientes candidatos a CPD.
2. Se realizaron informes neuropsicológicos pre y post operatorios de los casos evaluados para CPD.
3. Se capacitaron a pacientes en técnicas de autorregulación emocional para los procedimientos de CPD.
4. Se realizaron un total de 10 evaluaciones neuropsicológicas como parte del estudio de posibles pacientes candidatos al programa de Craneotomía con Paciente Despierto.
5. Se participó en la preparación y acompañamiento de 3 pacientes y sus familias para CPD en las cuales se aplicaron los protocolos de evaluación transoperatoria.
6. Se efectuaron 3 evaluaciones postoperatorias luego de las CPD para evaluar los resultados neuropsicológicos de la cirugía.
7. Se desarrolló un Protocolo de Acompañamiento Intrahospitalario y de Preparación psicológica para el Egreso de Pacientes y Familiares del Servicio de Neurocirugía (ver Anexo 2).

Dificultades

El número de cirugías de paciente despierto a las cuales se atendió se limitó por las dificultades logísticas y presencia de criterios de exclusión en algunos pacientes.

Resolución

Se participó en la evaluación postoperatoria de pacientes que antes de iniciar la Práctica Dirigida habían sido operados en la modalidad de CPD.

1. Capacidad para realizar el estudio de posibles pacientes candidatos a CPD por medio del protocolo de evaluación.
2. Dominio de las fases de psicoeducación y entrenamiento para pacientes electos para CPD y sus respectivos familiares.
3. Destreza para el acompañamiento psicológico, regulación emocional y evaluación transoperatoria de pacientes operados en modalidad CPD.
4. Habilidad para el trabajo multidisciplinario durante el estudio y valoración transoperatoria de pacientes operados bajo CPD.
5. Capacidad para la redacción de informes neuropsicológicos comparativos del funcionamiento pre y post CPD.

Desarrollar habilidades de formulación de casos neuropsicológicos por medio de la realización de entrevistas, evaluaciones neuropsicológicas, atención clínica de pacientes y familiares y reuniones multidisciplinarias en el Servicio de Neurocirugía y la Unidad de Neuro-Oncología del Hospital México.

1. Se aplicaron protocolos y pruebas de evaluación psicológica específicas para atender pacientes con diversas patologías.
2. Se realizaron planes de abordaje basados en los intereses de las personas pacientes y sus resultados obtenidos en procesos de evaluación psicológica.
3. Se redactaron informes que integraron resultados triangulados de los procesos de evaluación.
4. Se llevaron a cabo sesiones de psicoeducación sobre los procesos de evaluación para informar a las personas pacientes sobre las implicaciones de los resultados.
5. Se coordinó la participación en sesiones multidisciplinarias para informar a profesionales médicos los resultados de los procesos de acompañamiento y evaluación de pacientes.
6. Se realizaron un total de 28 evaluaciones neuropsicológicas, de las cuales 3 fueron sobre epilepsia, y 1 de hidrocefalia.
7. Se ejecutaron 31 acompañamientos psicológicos en modalidad de terapia al borde de la cama (monitoreo psicológico) e interconsulta para el Servicio de Neurocirugía.
8. Se realizaron 170 intervenciones psicoeducativas y de acompañamiento a familiares de pacientes con patologías neurológicas.
9. Se participó activamente en Sesiones Clínicas del Servicio de Neurocirugía.
10. Se adquirió conocimiento profesionalizante producto de la participación en diversas Sesiones Académicas Hospitalarias y Congresos.

Dificultades

Existieron interconsultas o referencias de otros servicios que solicitaron evaluaciones neuropsicológicas, sin embargo, debido a que las personas pacientes presentaban emergentes emocionales importantes que complicaron realizar evaluaciones.

Resolución

Luego de abordados los emergentes emocionales se aplicaron tamizajes cognitivos y de ser necesario o posible tener un seguimiento, se aplicaron protocolos de evaluación más profundos en sesiones posteriores.

1. Integración al espacio hospitalario y generación de vínculos profesionales con el equipo médico de diversos servicios.
2. Adaptación a las logísticas del ambiente hospitalario, lineamientos y protocolos de trabajo.
3. Habilidad para el trabajo conjunto con profesionales de la salud de manera interdisciplinaria.
4. Flexibilidad y adaptación en el manejo de situaciones hospitalarias en beneficio de una atención clínica óptima y de calidad para las personas pacientes.
5. Capacidad de crear, plantear y negociar soluciones con el personal de salud para el beneficio de las personas pacientes.
6. Capacidad de establecimiento del vínculo terapéutico por medio de la escucha empática con las personas pacientes y familiares del servicio.
7. Conocimiento de protocolos, técnicas, abordajes y métodos de evaluación de la Psicología de la Salud.
8. Adaptación a las necesidades y requerimientos particulares de las personas pacientes valoradas.
9. Capacidad de efectuar intervenciones psicoeducativas sobre temáticas neuropsicológicas que implican a las familias en su rol de cuidado.
10. Generación de aportes relevantes desde la Psicología y Neuropsicología en la toma de decisiones médicas interdisciplinarias

Adquirir habilidades profesionalizantes de la neurorehabilitación con pacientes que tuvieron neurocirugías en el Servicio de Neurocirugía del Hospital México.

1. Se esquematizan programas de neurorehabilitación específicos a las necesidades de las personas pacientes atendidas y sus familiares.
2. Se ejecutaron actividades de rehabilitación intrahospitalaria atendiendo a las secuelas cognitivas identificadas por medio de las visitas médicas en el Servicio de Neurocirugía.
3. Se realizaron procesos de evaluación concernientes a los alcances y dificultades de los procesos de neurorehabilitación.
4. Se realizaron 7 sesiones de neurorehabilitación en modalidad de consulta externa.
5. Se ejecutó el protocolo de rehabilitación cognitiva intrahospitalaria con 3 pacientes del Servicio de Neurocirugía.

Dificultades

Debido al faltante de un espacio físico acondicionado para rehabilitación intrahospitalaria y prioridad de emergentes emocionales de varios pacientes no se pudo aplicar completo el protocolo de rehabilitación transoperatoria efectuado por Serrano (2020).

Resolución

Se aplicaron algunas actividades del protocolo y se dedicaron sesiones de consulta externa para la rehabilitación.

1. Habilidad para la identificación de necesidades funcionales, emocionales y cognitivas de las personas pacientes.
 2. Negociación y propuesta de alternativas junto con personas pacientes y familiares.
 3. Dominio la teoría neuropsicológica vinculada al Daño Cerebral Adquirido y las estrategias de ajuste y compensación vinculadas a las secuelas reportadas por pacientes y familiares.
 4. Capacidad para la realización de abordajes de rehabilitación basados en las necesidades emocionales y/o cognitivas específicas de cada persona.
 5. Conocimiento sobre la aplicación de actividades de neurorehabilitación intrahospitalaria dependiendo de las condiciones cognitivas específicas de las personas pacientes.
 6. Destreza en la realización de planes de rehabilitación desde la aplicación de modelos neuropsicológicos basados en la evidencia y centrados en las personas pacientes.
 7. Adaptación de procesos de rehabilitación basados en los emergentes circunstanciales (psicológicos, emocionales, familiares, laborales, médicos) presentes en la vida de las personas pacientes.
-

7.2. Alcances por nivel de Impacto

La inserción profesional en la presente Práctica Dirigida permitió consolidar la formación en el rol de la Psicología en tres niveles de impacto: macronivel, mesonivel y micronivel. En la Tabla 4 se presenta un recuento cuantitativo de las labores realizadas durante el periodo de práctica y, posteriormente, se aborda con mayor profundidad cada uno de estos niveles. Es importante recordar que los aportes generados se integraron a la continuidad del trabajo realizado previamente por diversos estudiantes como parte del Proyecto Hospital México y Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica.

Tabla 4

Niveles de Impacto

Macronivel: Relación institucional Rol de la Psicología	Mesonivel: Relación profesional con pacientes y familiares
<p>Actividades y sesiones asistidas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visita a pacientes ingresados en neurocirugía y emergencias: 58 - Sesiones Clínicas de Neurocirugía General: 37 - Sesiones Clínicas de Neuro-oncología: 42 - Sesiones de Base de Cráneo: 21 - Sesiones de Neurocirugía Vascular: 3 - Sesiones académicas en neurocirugía: 6 - Sesiones académicas generales del Hospital: 2 - Sesiones académicas de formación: 9 <p>Total: 178</p>	<p>Pacientes atendidos en neurocirugía</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapia al borde de la cama (monitoreo psicológico) (visita e interconsultas): 39 - Neuro-Rehabilitación transoperatoria: 2 <p>Familiares atendidos en neurocirugía</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervenciones en visita: 63 - Intervenciones programa psicoeducativo “cuidando-nos: 65 - Programa psicoeducativo con neurocirugía-enfermería: 45 <p>Total: 206</p> <p>Pacientes y familiares atendidos en Psicología</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicoterapia con pacientes neurocognitivos: 52 - Psicoterapia general: 16 - Psicoterapia y evaluaciones pacientes de trasplante renal: 25 - Psicoterapias pacientes de procesos judiciales: 3 - Sesiones de neurorehabilitación: 7 - Interconsultas casos generales: 15 <p>Total: 124</p> <p>Evaluaciones neuropsicológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluaciones neuropsicológicas generales: 40 - Evaluaciones cirugía de epilepsia: 6 - Evaluaciones hidrocefalia: 1 - Evaluaciones pre CPD: 10 - Evaluaciones transoperatorias: 3 - Evaluaciones Post CPD: 3 <p>Total: 63</p>
<p>Micronivel: Formación profesional y personal: habilidades, competencias y conocimientos adquiridos</p>	

7.2.1. Macronivel: relación institucional y rol de la Psicología

Las Prácticas Dirigidas realizadas por Ortega (2013), Ortiz (2014), Quesada (2015), Molinari (2015), Acuña (2016) y Ximénez (2018), permitieron que la Neuropsicología se posicionara en el Hospital México como especialidad psicológica relevante para un tratamiento integral de las personas pacientes. La presente Práctica Dirigida retomó la inserción estudiantil en el contexto hospitalario luego de la pandemia por COVID-19, permitiendo fortalecer los aportes anteriores y generando nuevos impactos.

La relevancia de indicar los resultados obtenidos en un macronivel se debe a la intencionalidad de seguir posicionando a la Neuropsicología como una disciplina que es capaz de trabajar en entornos multidisciplinarios, aportar en la generación de planes de tratamiento integrales y beneficiar a la población que acude a los centros hospitalarios públicos.

La mayoría de las intervenciones, se llevaron a cabo en el Servicio de Neurocirugía y Psicología, lo que se debe a que existen los antecedentes profesionales y mecanismos logísticos para la ejecución de tareas que implican la Neuropsicología. Sin embargo, el rol visible de trabajo conjunto se desarrolló también en el contacto con Servicios como Neurología, Radiología, Psiquiatría o Neuropsiquiatría.

Los aportes más específicos en las relaciones multidisciplinarias respondieron formalmente a los espacios de interacción en visitas y en las Sesiones Clínicas. Fue posible asistir con regularidad a las sesiones de Neurocirugía General, Neuro-Oncología y Base de Cráneo. Sin embargo, también se asistió a algunas de las sesiones de Neurocirugía Vascular y Neurología. Cada una de estas sesiones y el diálogo multidisciplinario en ellas, permitió visualizar diversos aportes que la Neuropsicología puede generar en los Servicios Hospitalarios.

La intención inicial de participar en las Sesiones Clínicas era la observación y aprendizaje de conocimientos desde las diversas áreas de la salud. A modo general, participar de todas las sesiones permitió adquirir conocimiento sobre terminología médica relacionada con patologías del sistema nervioso central, pero también vinculada a otras patologías médicas. También se observó cómo se lleva a cabo un proceso de estudio de caso desde equipos multidisciplinarios, los diferentes tipos de tratamientos médicos para patologías neurológicas, sus criterios e implicaciones. Observar el modo de trabajo de las personas profesionales en medicina permitió visualizar la complejidad de las labores que se realizan en los ambientes hospitalarios, así como también los retos que se presentan cotidianamente.

Por otra parte, también se obtuvo la capacidad de contar con guías y formaciones médicas para aprender a leer y entender mejor las imágenes y otros exámenes médicos, ahondando en el manejo de los casos para comprender las relaciones complejas entre la localización de la enfermedad neurológica y sus implicaciones sintomatológicas, funcionales y de abordaje médico. Obtener este conocimiento inicial fue

fundamental para poder realizar aportes desde la Psicología en los espacios de las Sesiones Clínicas. Como resultado de esta interacción multidisciplinaria se pudo observar que la Psicología es validada y legitimada en el quehacer médico, para procesos como el diagnóstico y las decisiones de intervención o tratamiento que son prioritarias para salvaguardar la salud orgánica de las personas pacientes. En este sentido, durante la Práctica Dirigida, los aportes psicológicos a otros servicios consistieron en el ejercicio del juicio clínico, la presentación de consideraciones psicológicas en la ejecución de planes de tratamiento y el apoyo por medio de la aplicación de herramientas psicológicas como la evaluación, psicoeducación, atención en crisis y psicoterapia. Esta relación multidisciplinaria permitió generar una red de acción donde cada especialidad aportaba especialmente sus conocimientos para el bienestar de la persona paciente y su familia. La ejecución de un rol activo durante las sesiones clínica permitió que se visibilizara la importancia de la Psicología, lo que llevó a que diversos servicios consideraban positivamente la opinión clínica psicológica y neuropsicológica expresada.

Es importante destacar que la participación en las diversas Sesiones Clínicas permitió reconocer que la Psicología y el conocimiento neuropsicológico también debe adaptarse a las particularidades de las condiciones o patologías presentadas en las sesiones.

Es así que en la sesión de Neurocirugía los casos abordados responden a patologías generales de columna vertebral y cerebro, donde la mayoría de pacientes se encontraban en control con su respectivo neurocirujano, estaban en lista de espera o ingresaban para valoración de un diagnóstico no conocido de enfermedad. Los planes resultantes de la valoración de los casos en estas sesiones implicaban la respuesta rápida de neurocirugía. Estos pacientes luego de ser abordados eran redirigidos a un control por otras especialidades médicas para continuar el tratamiento y permanecer en observación. Durante la participación en estas sesiones se refirieron casos a Neuropsicología para evaluación posterior a la intervención médica o acompañamiento psicoterapéutico. Además, se generaron aportes basados en casos conocidos que se habían abordado durante las visitas al servicio o interconsultas.

Las Sesiones de Neuro-Oncología se caracterizaron por presentar pacientes sólo con lesiones tumorales que requerían un abordaje multidisciplinario y, por ende, la confección de un plan con diversos tratamientos, por ejemplo, Neurocirugía, Radioterapia y Quimioterapia. En estas sesiones es donde existió la presencia de mayor diversidad de profesiones médicas de manera permanente: Neurocirujanos, Médicos Oncólogos(as), Médicos Radiólogos(as), Trabajadores(as) Sociales, Psicooncólogos(as), Neurólogos(as) y profesionales en Medicina Paliativa. Los casos abordados en estas sesiones, por lo general presentaban patologías tumorales recurrentes o su diagnóstico implicaba tumores de alta malignidad por lo que debían de efectuarse planes de acompañamiento paliativo. Además, en estas sesiones es donde se valoraba si un paciente cumplía con los criterios iniciales para ser estudiado en el Programa de Craneotomía de Paciente Despierto. Los aportes generados durante estas sesiones implicaron

emitir criterios neuropsicológicos basados en la localización de la lesión o su malignidad, así como también el historial médico previo. En estas sesiones se abordaron casos que fueron retadores, como tumores de alta malignidad para los cuales el tiempo de vida de las personas pacientes era reducido o casos de personas menores de edad. Estos casos fueron impactantes personalmente, dado que se trabajó acompañando durante el internamiento a muchos de estos pacientes. Además, se acompañó durante la presentación de malas noticias, lo que implicó implementar estrategias de comunicación clara pero empática, brindando apoyo emocional.

En las Sesiones de Base de Cráneo se abordaron casos de pacientes con tumores ubicados en la región selar o supraselar que, por lo general, crean disrupciones en estructuras hipotalámicas, quiasma óptico y ventrículos. Esto implicaba que durante las sesiones se contara con la participación permanente de una profesional en Neuroendocrinología. Las personas con estos tipos de tumores presentaban afectaciones hipotalámicas, desórdenes endocrinos, deterioro visual, hidrocefalia, cefalea persistente, vértigo, desórdenes de memoria, cambios de personalidad y disrupciones emocionales (Glese et al. 2019). En estas sesiones también se brindó criterio neuropsicológico para la confección de planes de tratamiento y la comprensión de sintomatología psicológica presentada por las personas pacientes. Además, se dio seguimiento a pacientes durante su internamiento, lo que permitió dar retroalimentación a la sesión sobre el resultado de los tratamientos. Es importante mencionar que, por la novedad de las patologías observadas en estas sesiones, se tuvo que realizar un estudio profundo de las implicaciones neurológicas, cognitivas y emocionales implicadas, lo cual contribuyó a la formación académico-profesional durante la práctica.

En las Sesiones de Neurocirugía Vascular se presentaron casos de pacientes con enfermedades como malformaciones arteriovenosas cerebrales, aneurismas, angiopatía cerebral, vasculitis o hemorragias, entre otras. En estas sesiones se participó con poca frecuencia debido al choque de horarios con otras funciones. Sin embargo, se realizaron aportes sobre las variables psicológicas implicadas en estas patologías, ya fuera con respecto al estado actual de las personas pacientes o su estado futuro.

La Sesión de Neurología en la cual se participó fue para la presentación de un caso estudiado como parte del protocolo de evaluación de pacientes candidatos a cirugía de epilepsia. Con este estudio neuropsicológico se buscó mapear los dominios cognitivos de la persona paciente durante su internamiento sin medicación para así indicar posibles focos epilépticos basándose en su desempeño cognitivo. Estos insumos sirvieron para completar los estudios de Encefalografía realizados durante el internamiento para poder tener un control del funcionamiento de la persona paciente e indicar el mejor tratamiento para el manejo de la epilepsia.

A parte de las Sesiones Clínicas, pasar visita con el equipo como una tarea continua permitió una integración interdisciplinaria al equipo de Neurocirugía. Además, generó relaciones profesionales con los

Médicos(as) Asistentes, Residentes, Médicos(as) Generales e Internos(as). Estas pasadas de visita fueron extremadamente relevantes los primeros 6 meses de la Práctica Dirigida, dado que lograron una adaptación a las dinámicas del servicio, observar el estado de las personas internadas y la realidad del quehacer hospitalario. Estas visitas además permitieron adquirir conocimiento sobre patologías neurológicas, la presentación de casos y exámenes neurológicos que se realizaron en el momento. También se pudieron observar procedimientos como el diagnóstico de una muerte encefálica en Cuidados Intensivos. Conforme se fue realizando la integración al equipo de Neurocirugía iniciaron los aportes psicológicos durante las visitas, la comunicación con pacientes y la referencia para el acompañamiento de pacientes y familiares identificados durante la visita por la presencia de malestar psicológico o sintomatología cognitiva.

La participación en las Sesiones Académicas facilitadas por el Servicio de Neurocirugía fue fundamental para la adquisición de conocimiento médico vinculado a la Psicología. Se participó en dos charlas facilitadas por Residentes, una sobre laminectomía y otra sobre neuropatologías del neurodesarrollo. En el servicio ofrecieron además dos charlas a las cuales también se asistió, una sobre la logística de un Hospital de Día y otra sobre dilemas éticos de la intervención en pacientes que no desean intervención quirúrgica. Adicionalmente, se participó en dos sesiones generales del Hospital México, una sobre divulgación de los servicios del PET-CT de la UCR y otra sobre cirugías robóticas para cáncer de próstata. Estas sesiones permitieron integrarse a las dinámicas cotidianas de la institución e inclusive gestionar por voluntad propia una visita al PET-CT para conocer las instalaciones y los abordajes de imagen realizados.

Por otro lado, se participó del congreso PINECOS, en el cual se recibió amplio conocimiento sobre los últimos avances en Neurocirugía y se interactuó con profesionales de esta y otras disciplinas vinculadas, fortaleciendo vínculos multidisciplinarios. Además, se generaron aportes que posicionaron variables psicológicas en espacios de discusión médica. En esta misma línea, se participó en cinco clases de la maestría de ciencias neurológicas gracias al Dr. Miguel Esquivel. En estos espacios se generó una discusión interdisciplinaria provechosa, dado que participaron diversas disciplinas sanitarias.

Como parte de la formación, se pudo asistir a cuatro charlas organizadas por la Asesora Técnica. Una charla fue de carácter psicoeducativo con pacientes y familiares que deseaban optar a un trasplante renal. En esa charla se ayudó con la gestión de actividades grupales y se tuvo un acercamiento cercano con las necesidades y dudas de la población. De igual manera, se obtuvo conocimiento sobre los procedimientos médicos implicados, y las variables psicológicas que están presentes en el proceso de trasplante. La siguiente charla fue dirigida a estudiantes de enfermería sobre las implicaciones psicológicas de los procesos de solicitud de donación de órganos. En esta charla se adquirió conocimiento sobre las variables cognitivas, emocionales y sociales que están vinculadas en la posición que las personas

tienen sobre la donación de órganos de su persona familia fallecida. Además, se conocieron las estrategias psicológicas recomendadas para acompañar estos procesos y promover la donación de órganos cuando sucede una muerte encefálica. También se recibieron dos capacitaciones, una sobre acompañamiento del delirium en pacientes internados y otra sobre el análisis funcional de la conducta para la formulación objetiva de casos clínicos. Estas dos charlas fueron indispensables para el ejercicio profesional durante la Práctica Dirigida y el abordaje psicológico informado y adecuado dentro de la diversidad de pacientes en contextos hospitalarios.

Los resultados obtenidos en este nivel implican aportes caracterizados por la relevancia de una familiarización con las dinámicas, servicios y contextos hospitalarios. Sin embargo, también permitieron generar una comprensión de las particularidades de los casos que son abordados en el Hospital México. En este sentido, el impacto generado a nivel institucional estuvo marcado por una formación académica que con conocimiento implicado de varias disciplinas. Resultó claro que para una integración profesional de la Psicología durante la Práctica Dirigida era necesario adquirir conocimiento básico vinculado a otras profesiones. Esto permitió que la integración en los equipos multidisciplinarios fuera más fluida y se pudieran integrar las recomendaciones psicológicas con otros conocimientos. Se considera que la capacidad de integrar el conocimiento psicológico con el médico fue esencial para poder cumplir con los objetivos de posicionar la Psicología desde una perspectiva biopsicosocial en pro de las personas. Esto es así, debido a que un abordaje psicológico hospitalario, sin conocimiento o consideración de las variables médicas, no permitiría comprender en su totalidad el malestar psicológico de las personas pacientes, más cuando hay sintomatología asociada como secuelas neurológicas, dolor crónico o condiciones psiquiátricas.

Esta capacidad de integración psicológica permitió visualizar que la Psicología es un área esencial para garantizar el bienestar y calidad de vida de las personas pacientes. El trabajo efectuado por las Prácticas Dirigidas pasadas y la actual, permitió reafirmar visiones humanas del trato de quienes consultan los servicios hospitalarios, destacando su cualidad de personas y luego la de personas usuarias o portadores de patologías. Además, los aportes neuropsicológicos permitieron brindar una perspectiva amplia sobre las implicaciones de diversos tratamientos en la totalidad personal y funcional. De igual manera, permitió posicionar en los diversos Servicios fenómenos asociados a la experiencia de secuelas cognitivas producto de intervenciones médicas como, por ejemplo, la tendencia a no vincular cambios cognitivos, emocionales, conductuales o de identidad a tratamientos quirúrgicos.

Los aportes efectuados desde el rol de la Psicología en esta Práctica Profesional fueron altamente valorados por otros servicios, en especial el Servicio de Neurocirugía, donde los resultados de una valoración neuropsicológica integral y no solo cognitiva, permitieron esclarecer el perfil de las personas pacientes más allá de su patología. Esto influyó en la toma de decisiones médicas, considerando la

exclusión de algunos pacientes en el programa de CPD por criterios emocionales o de Estrés Post Traumático basándose en el trabajo generado por Acuña (2022).

Desde un macronivel, la presente Práctica Dirigida permitió visualizar que como estudiante de Psicología se poseen habilidades importantes para el trabajo en ambientes hospitalarios, lo que refleja que la formación en el Escuela de Psicología de la UCR tiene espacios de formación que deben potenciarse para mantener la inmersión psicológica en dichos contextos. Nuestra disciplina es capaz de articularse multidisciplinariamente y mantener sus principios éticos y perspectivas teóricas para el beneficio de la población costarricense.

De igual manera, los alcances nacionales de Psicología en espacios como el Hospital México permiten la ejecución de aportes que trascienden la clínica tradicional y abarcan la acción social. Existe también la posibilidad de beneficiar a personas de diversas áreas del país y con condiciones médicas diversas. El nivel de impacto que un ambiente hospitalario público facilita y extiende el alcance de nuestra profesión, diversifica nuestros campos de acción, promueve los abordajes realmente biopsicosociales, no discrimina y posiciona a la salud mental al alcance de todas las personas, independientemente de sus condiciones médicas.

7.2.2. Mesonivel: relación profesional con pacientes y familiares

En este nivel se describen los impactos en un nivel de relación con pacientes y familiares, pero también con una articulación implicada con otros profesionales de la salud. El propósito último de los aportes generados en este mesonivel consistió en promover una mejor calidad de vida en las personas pacientes y familiares. Es por ello por lo que los abordajes realizados estuvieron íntimamente supervisados por la Asesora Técnica, la directora de la Práctica Dirigida y el Comité Asesor. Además, los abordajes psicológicos realizados buscaron posicionar a la persona en el centro del acompañamiento, objetivo con el cual el equipo profesional durante la Práctica Dirigida estaba altamente comprometido.

Las relaciones profesionales llevadas a cabo durante la Práctica Dirigida se efectuaron por medio de una gran diversidad de funciones. En este sentido, el rol de la Psicología fue activo y no se encasilló solamente en un tipo de labor como la atención clínica, la evaluación o la psicoterapia. Los resultados de la inserción profesional también reflejan que la persona profesional en Psicología debe de tomar un rol proactivo, en donde su vinculación con servicios o tareas mantiene lineamientos éticos y conserva los debidos procesos.

Por consiguiente, los resultados de esta Práctica Dirigida en este nivel de impacto reflejan una diversidad de funciones. En total, un número de 214 pacientes y familiares se vieron beneficiados de los aportes realizados solamente para el Servicio de Neurocirugía. Estos aportes englobaron proceso de acompañamiento psicológico durante el internamiento, rehabilitación transoperatoria, psicoeducación,

comunicación de malas noticias e intervenciones en crisis. Por su parte, 338 pacientes y familiares se vieron beneficiados de las intervenciones realizadas en el Servicio de Psicología, Psiquiatría y Salud Mental. Junto a la Asesora Técnica se llevaron a cabo procesos de psicoterapia con diversas poblaciones como pacientes neurocognitivos, pacientes de trasplante renal, pacientes en procesos judiciales y otros pacientes en general. De igual manera se llevaron a cabo procesos de rehabilitación con pacientes neurocognitivos de manera más continua y con un enfoque en la funcionalidad cotidiana. También se efectuaron varias interconsultas a pacientes con patologías diversas no consideradas en el planteamiento original de esta Práctica Dirigida, lo que permitió enriquecer la formación profesional. Por último, se realizaron un total de 63 evaluaciones neuropsicológicas, en las cuales se contabilizan las evaluaciones del programa de CPD. Además, se efectuaron evaluaciones cognitivas a pacientes que eran atendidos en consulta externa o a quienes se les solicitaba una valoración cognitiva por medio de interconsulta. La posibilidad de realizar evaluaciones neuropsicológicas que combinaran el programa de CPD y casos neurocognitivos, permitió visibilizar diferencias importantes en el abordaje de las personas pacientes.

A continuación, se describen de manera más específica los resultados obtenidos para cada una de las tres áreas listadas anteriormente.

Con respecto a las personas pacientes acompañadas durante el internamiento en el Servicio de Neurocirugía, sus edades estaban en el rango de los 20 años a los 60 años, con gran variedad de estudios académicos y de zonas fuera y dentro del Gran Área Metropolitana. En términos de distribución de género, se atendió a un número similar de hombres y mujeres. Con relación a las condiciones de salud y patologías de las personas atendidas, estas fueron diversas, sin embargo, existió un mayor porcentaje de pacientes con tumores cerebrales, seguidos por malformaciones arteriovenosas, hemorragias cerebrales, hidrocefalia, infecciones cerebrales y patologías de columna y traumatismos craneoencefálicos. Las personas pacientes fueron identificadas por medio de las visitas al servicio, la referencia directa de algún Médico Asistente o Residente, y también se abordaron casos por interconsulta. Los abordajes realizados durante este acompañamiento fueron de diferentes alcances, en algunas ocasiones se necesitaba un tamizaje breve por medio de la aplicación del MoCA o una entrevista cognitiva. Sin embargo, la gran mayoría de casos respondían a motivos de consulta por necesidades emocionales de pacientes provocadas por sus procesos de internamiento, noticia de su enfermedad u otros aspectos de su vida.

El proceso de acompañamiento psicológico y emocional resultó en la utilización de estrategias de comunicación, escucha empática y psicoeducación esto con la intención de contribuir a que la experiencia de internamiento fuera menos dolorosa para las personas pacientes. Dichas intervenciones reflejaron que los aportes neuropsicológicos en pacientes internados requieren de la presencia de técnicas de intervención emocionales o de psicoterapia breve, adaptadas a una comprensión cognitiva del estado de las personas pacientes con condiciones neurológicas. Esto resultó en el establecimiento de una relación

profesional con pacientes y familiares que no se basaba en el escrutinio cognitivo. Al contrario, el acercamiento sincero y empático permitía que la estancia hospitalaria fuera más llevadera, que existiera cierta tolerancia de los tratamientos aplicados, colaboración por parte de pacientes y familiares con el equipo médico y mayor satisfacción final con el proceso de internamiento.

Esta capacidad de integración de conocimientos neuropsicológicos y psicoemocionales fue fundamental para el trabajo con pacientes que presentaban un deterioro grave de su funcionalidad. Se acompañaron casos de pacientes que presentaban afasia severa, nula capacidad para moverse, desorientación o agresividad producto de traumatismos craneoencefálicos o enfermedades infecciosas. Los abordajes requirieron emplear técnicas de comunicación no verbal por medio de la escritura, pictogramas o movimientos de ojos o dedos. Estos pacientes constituyeron el grupo donde el acompañamiento emocional fue prioritariamente mayor, dado que su incapacidad de comunicación con el personal médico muchas veces dificulta el hacer notar sus necesidades, les aislaba y les tendía a sumergir en el miedo. Acompañar a las personas pacientes en estas condiciones evidenció la relevancia de la relación profesional psicológica que debe de integrar la vinculación sincera y comprensiva, trabajando desde el deseo de ayudar en la experiencia de malestar.

El acompañamiento breve al borde de la cama fue una modalidad nueva para la persona practicante y al inicio implicó retos en el acercamiento y comprensión de las personas pacientes. Con el pasar de las intervenciones y la integración en las dinámicas hospitalarias, se permitió comprender las particularidades de este tipo de intervención como, por ejemplo, lo que implica dar acompañamiento emocional a una persona paciente que la solicitó, pero siente pena de conversar en un salón de hospital con otras personas y sin posibilidad de poder movilizarse a otro espacio. También, se establecieron relaciones con pacientes que se les dio un seguimiento desde su ingreso a cuidados intensivos. Algunas de estas personas ingresaban por eventos traumáticos que implicaba manejar un intenso malestar en momentos de gran vulnerabilidad orgánica y psicológica. De igual manera, algunas personas permanecieron periodos prolongados internadas en el hospital, por lo que el seguimiento y acompañamiento fue diario. Esto llevó al desarrollo de relaciones profesionales más cercanas y poder contribuir en una experiencia hospitalaria más humana.

Por otra parte, se llevaron a cabo dos intervenciones de rehabilitación transoperatoria utilizando el modelo realizado por Serrano (2020). Como se comentó anteriormente, las intervenciones se realizaron en los salones de internamiento debido a remodelaciones en el Hospital que impidieron utilizar otros espacios físicos que anteriormente estaban destinados para ello. Es importante destacar que las actividades realizadas estuvieron adaptadas a las necesidades de cada persona paciente, sin embargo, resultó complejo promover interés en realizar las actividades, en parte por sus condiciones de recuperación con fatiga, poca conciencia de sus secuelas (conocido como anosognosia), o bien porque el

periodo de internamiento de algunas personas no fue extenso, por lo que la posibilidad de trabajo fue corta. De igual manera, otras personas preferían conversar, leer un libro, hablar con sus familiares o descansar, en lugar de participar de las actividades de neurorehabilitación. Estos retos no significan que el modelo no sea funcional, pero sí es importante considerar aspectos de factibilidad para la ejecución. También, resulta importante indicar que las personas pacientes pueden observar dificultades en su desempeño al realizar las actividades de rehabilitación, lo que puede generar malestar en ellas, aunque se hayan tomado las previsiones psicoeducativas del impacto de tratamientos neuroquirúrgicos.

Respecto a los resultados de las intervenciones psicoeducativas para familiares de pacientes internados en el Servicio de Neurocirugía, se coordinó con el Enfermero encargado de las charlas educativas de cuidados postquirúrgicos, un espacio para informar a las familias de algunas recomendaciones psicológicas para la experiencia del internamiento. Las sesiones se realizaban los martes o miércoles, cada quince días en el auditorio del hospital y tuvieron una duración de una hora aproximadamente. Las personas familiares que asistían recibían el visto bueno para su permiso de visita y se les compartía material psicoeducativo previamente realizado por practicantes como, por ejemplo, los folletos *Aprendiendo a entender y manejar las crisis convulsivas: Cómo vivir mejor* y *Cuidando a un ser querido con un tumor cerebral. Una experiencia que puede ser gratificante*. Sociodemográficamente las personas que asistieron a estos talleres eran cónyuges, hijos(as) o sobrinos(as) de las personas internadas, de edades muy diversas, al igual que sus géneros. Las temáticas abordadas incluyeron aspectos como recomendaciones para evitar el estrés de la persona internada, estrategias de comunicación, manejo de momentos difíciles como las operaciones o intervenciones médicas de emergencia, recomendaciones para la estadía en el hogar e implicaciones de las intervenciones neuroquirúrgicas a nivel cognitivo, emocional, funcional y de identidad. Muchas de las personas familiares realizaron preguntas vinculadas a las secuelas de las intervenciones y algunas otras se acercaron al final de la charla para conversar sobre el impacto emocional que el internamiento ha tenido en sus vidas. En estas breves conversaciones, se brindó acompañamiento y validación de los sentimientos y experiencias.

Con relación al taller para persona cuidadoras titulado *Cuidándo-nos* este se desarrolló en coordinación con el Módulo de Neuropsicología a cargo de la Dra. Mónica Salazar Villanea y casos referidos por la Asesora Técnica que se consideraban podían verse beneficiados. En total se realizaron cinco sesiones que fueron previamente descritas en el apartado de metodología. Las personas que participaron eran cuidadoras de familiares con diversidad de condiciones, algunas con secuelas de intervenciones quirúrgicas, pero otras con condiciones neurodegenerativas. El hecho de desarrollar estos talleres de forma virtual permitió que pudieran beneficiarse y acceder personas fuera de la Gran Área Metropolitana. Además, se permitió establecer una relación de continuidad y apoyo desde el Hospital por medio de la UCR. A parte del proceso de aporte de recomendaciones para la labor de cuidado y

autocuidado, estos espacios permitieron conocer las experiencias de las personas familiares y generar conocimiento que resultó relevante el practicante. Estos talleres permitieron también conocer las historias y procesos vividos por personas cuidadoras que han ejercido este rol por mucho tiempo y visualizar las trayectorias recorridas que han implicado cambios en la forma de vivir de las personas. Todo este conocimiento resultó importante para luego poder generar recomendaciones y procesos psicoeducativos en intervenciones familiares que se realizaron en el ambiente hospitalario.

Con respecto a los aportes generados en la atención a pacientes y familiares en el Servicio de Psicología, Psiquiatría y Salud Mental, se realizaron diversas intervenciones psicoterapéuticas. Dichas intervenciones englobaron grupos de personas mayores de edad que tenían secuelas por su enfermedad neurológica. Estas personas consultaban los servicios de Psicología ya habiendo transcurrido algunos meses o años luego de sus intervenciones, mientras que otras portaban con un trastorno del neurodesarrollo. Estos procesos psicoterapéuticos en ocasiones ya habían sido iniciados por la Asesora Técnica, pero otros fueron comenzados durante el tiempo en que se desarrolló esta Práctica Dirigida. Los motivos de consulta presentados por estas personas referían a temáticas vinculadas a procesos de reajuste en sus vidas cotidianas, en donde disrupciones en su identidad, proyecto de vida, relaciones sociales o laborales habían sido ocasionadas por el DCA. Se consideran estos procesos psicoterapéuticos porque los abordajes empleados implicaron técnicas que responden a modelos como la Terapia Cognitivo Conductual, la Psicodinámica y el Humanismo. Sin embargo, fue esencial en todo el proceso no perder de vista que la persona se encontraba atravesada por variables cognitivas y experiencias de vida para las cuales la Neuropsicología provee de amplio conocimiento. Este enlace entre conocimientos es lo que se ha descrito como procesos de neuropsicoterapia, en donde es necesario ejecutar procesos importantes de psicoeducación de las secuelas del DCA y trabajar sobre las facultades cognitivas, emocionales y funcionales afectadas por la enfermedad neurológica que producen disrupciones en la vida cotidiana de las personas. Lo característico del desarrollo de estas intervenciones, es que las personas con las que se llevan a cabo, por lo general cuentan con más de un año desde sus intervenciones quirúrgicas lo que ha favorecido los procesos de desinflamación cerebral. Esto implica también que se han dejado las etapas de recuperación e incapacidad médica, por lo que se presentan nuevos retos cotidianos como la reintegración laboral y social. En muchos de los casos abordados no resultaba necesario realizar una evaluación cognitiva extensa, debido a que las personas asistían por motivos de consulta externos a este dominio o ya contaban con un tamizaje previo. Estas sesiones se desarrollaban de manera particular a las otras sesiones de psicoterapia general, en tanto era fundamental contar con la articulación familiar y llevar a cabo procesos de extensa psicoeducación para poder evidenciar la necesidad de efectuar reajustes en la vida cotidiana para promover el funcionamiento y la calidad de vida de las personas.

Estos procesos psicoterapéuticos son considerados de gran complejidad, dado que requirieron por parte de la persona Practicante y la Asesora Técnica la realización de intervenciones multidominio. En algunas sesiones era necesario abordar situaciones de crisis emocional, en otras trabajar sobre la reconfiguración de la identidad, construir con las personas pacientes proceso de readaptación laboral o de los planes de vida, atender situaciones de crisis individuales o problemas familiares e inclusive efectuar ejercicios para la adaptación del funcionamiento a las actividades cotidianas. Además, en ocasiones era necesario generar abordajes multidisciplinarios para incluir en el plan de trabajo evaluaciones neuropsiquiátricas que beneficiaran a las personas pacientes en el manejo de su sintomatología. Estos procesos de psicoterapia permitieron generar conocimiento invaluable debido a la oportunidad de integrar aprendizajes desde varias especialidades de la Psicología y adaptarlos a las condiciones de cada persona. Se destaca que, como parte de las actividades de formación se inició y finalizó un proceso de psicoterapia con una paciente con graves secuelas neuroquirúrgicas; esta intervención se diferenció de las demás atenciones en tanto se pudo trabajar continuamente con la paciente en un tiempo relativamente corto, facilitando el desarrollo de un proceso terapéutico de forma completa. Este proceso permitió visualizar cómo otras variables psicológicas como diagnósticos de depresión grave previa la enfermedad neurológica, dinámicas familiares, experiencias adversas en la infancia, aspectos culturales, procesos de pensión por invalidez, y por supuesto secuelas neuropsicológicas de las intervenciones quirúrgicas, impactan la totalidad de la vida de una persona.

También se destaca otro caso de un paciente que por sus rasgos psicológicos requirió un acompañamiento cercano en su proceso de radioterapia luego de su cirugía. Este paciente presentaba intensas respuestas de ansiedad frente a los procedimientos médicos y esto fue un factor de exclusión para ser operado despierto. De igual manera, durante la prueba de la máscara protectora para radioterapia, presentó una crisis de pánico. Por ello, se realizaron intervenciones para el manejo de la experiencia de radioterapia utilizando una máscara prestada por el equipo técnico en radioterapia para que la persona paciente pudiera entrenarse en estrategias de relajación expuesto a la sensación de tener colocada la máscara protectora.

Este tipo de intervenciones caracterizaron el rol profesional, debido a que la vinculación con las personas pacientes no finaliza en el consultorio o el tiempo indicado para la terapia, si no que se integraba a otros ambientes hospitalarios y se brindaba un acompañamiento en donde la Psicología tiene la posibilidad integrarse como verdadera rama de la salud. Las personas pacientes se vieron beneficiadas de estos acompañamientos empáticos e interesados que involucran su experiencia hospitalaria y vivencia de la enfermedad.

Bajo esta misma línea, es importante mencionar que las intervenciones en esta modalidad distaron grandemente de las realizadas con pacientes internados, dado que la agudeza del impacto de la

enfermedad requiere abordajes diferenciados de mayor contención al malestar inmediato de una experiencia crítica. Esta capacidad de ejecutar aportes con poblaciones en diversos estados funcionales resultó de gran formación y enriqueció las habilidades, competencias y destrezas de la persona practicante.

Como parte de las tareas no planificadas de la práctica también se tuvo la valiosa oportunidad de ser parte de procesos de psicoterapia general, psicoterapia para procesos judiciales y psicoterapia como también evaluación de pacientes con o en proceso de trasplante renal. Estos procesos permitieron fortalecer habilidades profesionales y también conocer otras poblaciones y sus realidades. Estos acompañamientos se realizaron ejerciendo un rol de co-terapeuta con la Asistente Técnica. Participar en el abordaje de estos casos permitió dar continuidad al compromiso de Prácticas Dirigidas anteriores en donde la integración en diversos ámbitos de la atención psicológica fue característica. Esto posiciona a la profesión en un lugar de relevancia hospitalaria y visualiza la capacidad de las personas estudiantes para el ejercicio profesional. Más específicamente, la mayoría de los casos que se abordaron fueron de trasplante renal, dado que la Asesora Técnica efectúa las evaluaciones psicológicas que son requisito del proceso de solicitud de un trasplante renal. En estas intervenciones se aplicó el protocolo de evaluación, siendo en algunos casos empleadas algunas pruebas de tamizaje cognitivo breve como pruebas de inteligencia no verbal (TONI-4) o pruebas de personalidad como el PAI. De igual manera se dio seguimiento psicoterapéutico a pacientes trasplantados que seguían en control con la Asesora Técnica. En el caso de las sesiones generales de psicoterapia, los motivos de consulta eran diversos y en ocasiones se requería de la aplicación de técnicas de psicoeducación, relajación o escucha activa. Las sesiones de procesos judiciales respondieron al programa de referencia a Psicología para personas jóvenes que han incurrido en ofensas sexuales. Estas sesiones involucraron conversar sobre el impacto psicológico del delito cometido, los cambios en la vida cotidiana o temas vinculados al desarrollo de las personas jóvenes. En todos los casos se contó con la autorización del usuario.

Con respecto a los procesos de neurorehabilitación, estos fueron efectuados con pacientes neurocognitivos que habían sido referidos por otros servicios para rehabilitación cognitiva o que se les ofreció este servicio cuando se identificó que era necesaria este tipo de intervención. Si bien el Servicio de Psicología no posee un tiempo formal para efectuar rehabilitación cognitiva integral, esto no impidió que se efectuarán sesiones donde se realizarán intervenciones de esta índole. Los programas de rehabilitación contruidos y ejecutados se hicieron siempre en conjunto con la Asesora Técnica, las personas pacientes y familiares. Se partió desde una perspectiva en donde la rehabilitación debía de integrar una psicoeducación sobre las secuelas, una conciencia del déficit y un compromiso a un trabajo primeramente de ajuste del entorno y luego de habilidades internas, como fue descrito en el marco teórico de esta Práctica Dirigida. Es por ello por lo que, en las sesiones de rehabilitación fue importante integrar a las personas familiares y realizar ejercicios de estructuración del ambiente de las personas pacientes. En

algunos casos se reservaron tiempos para la simulación de actividades cotidianas con el fin de que las familias pudieran aplicar el conocimiento generado durante las sesiones. Las personas beneficiadas de estos procesos presentaban patologías neurodegenerativas, secuelas de resecciones tumorales y patologías autoinmunes. Existieron casos donde el trabajo se efectuó con las personas familiares debido al corto tiempo transcurrido desde la lesión y a la carencia de ajustes del entorno. No obstante, otras intervenciones se concentraron en las personas pacientes. En estos últimos casos, se abordaron dificultades asociadas con el impacto de secuelas cognitivas para la ejecución de rutinas diarias, reacciones emocionales que dificultan la reanimación de actividades cotidianas y resignificación del proyecto de vida, readaptación del manejo de las relaciones sociales, estrategias de comunicación, y también esquematización de readaptaciones laborales, académicas y sociales para promover una calidad en el funcionamiento cotidiano. Estas sesiones estuvieron transversalmente atravesadas por procesos de contención emocional, dado que se apreció que, al trabajar en situaciones donde el funcionamiento se ve implicado y afectado, las personas suelen presentar malestar emocional. De igual manera, muchas sesiones requirieron de un acompañamiento y validación de la experiencia familiar, más cuando el rol de las personas cuidadoras resultó fundamental en la adaptación de las condiciones externas. A pesar de que los procesos de rehabilitación fueron pocos, todos resultaron gratificantes y altamente formativos. Ejecutar un plan de rehabilitación requirió de la generación de vínculos terapéuticos estrechos en donde se trabaja paralelamente con las personas pacientes y familiares. Por último, cabe también destacar que se acompañó en la supervisión de casos vinculados a rehabilitación cognitiva individual de personas con DCA referidas por el equipo de Psicología desde la práctica del Módulo de Neuropsicología.

Con relación a los procesos de evaluación neuropsicológica, estos fueron efectuados bajo la referencia de profesionales de otras disciplinas o Sesiones Clínicas. Una porción de los casos respondió a patologías neurológicas que ya habían sido intervenidas o estaban bajo control y la evaluación era solicitada bajo la sospecha de déficit o interés de obtener una línea base con respecto al funcionamiento. Otras evaluaciones se realizaron como parte del programa de CPD. A continuación, se detallan cada una de ellas.

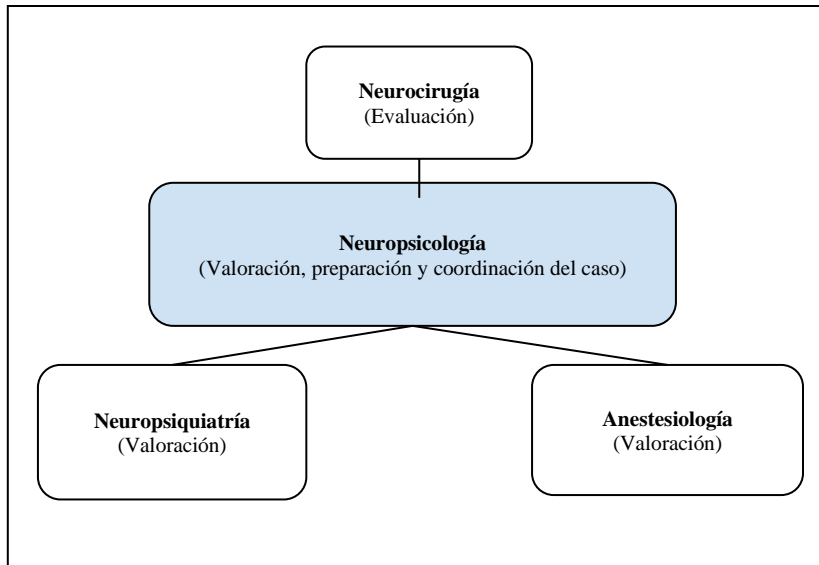
Las evaluaciones realizadas por patologías neurológicas que no responden a protocolos de intervención médica o quirúrgica consisten en una entrevista clínica y la aplicación de pruebas. Se efectuaron un total de 40 evaluaciones para personas que se encontraron aproximadamente entre los 20 años a los 70 años. La entrevista clínica utilizada partió de un esfuerzo constante de sistematización de preguntas relevantes basadas en la literatura y la experiencia clínica de la Asesora Técnica. Para ello se confeccionó una guía de entrevista que fue esencial para evaluar aspectos vinculados al funcionamiento ambiental cotidiano, que las pruebas cognitivas suelen no identificar; pero también funcionó para dar interpretación y peso a los resultados obtenidos, como también para identificar las pruebas necesarias a

utilizar. En este sentido, las evaluaciones por casos de referencias se efectuaban pensando en las particularidades de la persona paciente, en tanto diagnóstico, motivo de evaluación, nivel de funcionamiento, presencia de variables psicoemocionales, secuelas fisiológicas o neurológicas y tratamientos psiquiátricos presentes o no. Estas evaluaciones se realizaban en un promedio de tres a cuatro horas, contando la entrevista clínica. Toda evaluación se llevó a cabo bajo la supervisión de la Asesora Técnica y procurando mantener la idoneidad espacial requerida para una evaluación confiable. Los resultados de las evaluaciones se comentaban con la Asesora Técnica y se integraban en una nota final, para luego ser descritos en un informe que en ocasiones redactó la persona practicante con supervisión de su Asesora Técnica. Luego de la evaluación se realizaba un análisis de las implicaciones de los resultados con respecto al motivo de referencia y las necesidades de la persona evaluada. Esto implicó que se efectuaran esfuerzos por comunicar de manera clara los resultados de las evaluaciones a las personas, así como también las implicaciones de estos. Una vez que se aclaraban estos factores, se conversaba sobre estrategias de neurorehabilitación o compensaciones necesarias de trabajar en el futuro. Sin embargo, existían casos en donde la evaluación neuropsicológica era requerida por otro médico tratante, pero se identificaban otras necesidades de índole psicoterapéutico que por juicio clínico e interés de la persona paciente debían de abordarse antes de una rehabilitación. Debido a que la evaluación intentó ser lo más adaptada a las condiciones de las personas pacientes se utilizaron pruebas como el Neuropsi, Barcelona, Boston, TMT, Wisconsin, TESEN, Anillas, HADS, SCL-90-R, PAI, WAIS-III, BADS, BANFE, STROOP, D2, TONI-4, MoCA.

Las evaluaciones realizadas para el programa de CPD fueron una parte nodal de la Práctica Dirigida. El programa iniciado desde el 2012 ha trabajado en articulación conjunta con el Servicio de Neurocirugía, Neuropsiquiatría y Anestesiología para efectuar este tipo de intervenciones. Como se ha descrito anteriormente, existe un protocolo de evaluación que debe de ser ejecutado para el estudio de personas candidatas, iniciando con la referencia del caso por parte de Neurocirugía. El flujograma realizado por Ortega (2013) en la Figura 2 presenta la articulación de los servicios en este programa.

Figura 2

Flujo de comunicación de Craneotomía con Paciente Despierto.



La coordinación de estos casos es un proceso complejo, que ha sido visualizado por las Prácticas Dirigidas anteriores. Debido a la coordinación de la sala específica de Neurocirugía, la urgencia de la intervención y la intención de minimizar la espera hospitalaria de las personas pacientes, sin conocer su modalidad definitiva de intervención quirúrgica, el proceso de valoración debe de realizarse de forma rápida pero cercana, empática y ética, lo que presenta un reto. Los trabajos anteriores reflejaron la importancia experimentada durante esta práctica profesional en donde es esencial que las personas pacientes que serán operadas en esta modalidad confíen en su equipo quirúrgico. Esta relación profesional es particular, debido a que el procedimiento suele ser sorpresivo para las personas pacientes y se generan diversas emociones asociadas que suman a la ya existente experiencia de tener una patología tumoral.

Los aportes realizados desde la Psicología en este programa son esenciales, dado que se tiene la responsabilidad de acercarse continuamente a la persona paciente. Muchas veces se reciben preguntas y emociones asociadas a la noticia de ser parte de este tipo de procedimiento. Desde la Psicología se realizaron procesos de psicoeducación que deben de procurar utilizar un lenguaje de apoyo y confianza para minimizar el impacto emocional del proceso, pero mantener la transparencia sobre sus implicaciones. Un aspecto que resultó esencial y constituye aún un reto para el programa, es la incorporación sensibilización de las contradicciones emocionales descritas por Acuña (2022). Se ha contado con la experiencia previa de que la omisión de factores emocionales en la evaluación ha presentado dificultades para la realización de la cirugía que intensificaron descompensaciones ansiosas de las personas pacientes durante fases como la estimulación cortical o problemas de comunicación que no permiten la

participación activa y despierta de la persona paciente durante las fases de la cirugía. Cuando estas situaciones suceden, el riesgo de generar estrés postraumático se eleva y también se compromete el éxito de la resección tumoral. Es por ello por lo que, para esta Práctica Dirigida se tomó con suma importancia el estado emocional de la persona. Esto ocasionó que algunas personas pacientes no fueran consideradas candidatas para el programa a pesar de que contaban con los requisitos cognitivos.

Para lograr este conocimiento del perfil emocional de una persona que vivirá un proceso quirúrgico muchas veces nuevo, en una modalidad poco conocida, es esencial generar una relación profesional estrecha, en donde la persona paciente pueda comunicar sus miedos e inquietudes al equipo. Durante este trabajo, al igual que en las Prácticas Dirigidas pasadas, fue esencial el rol de la persona profesional en Psicología para generar esta conexión con las personas pacientes y familiares. La construcción de esta confianza profesional facilitó en gran medida la regulación emocional de la persona paciente durante la cirugía y su colaboración en las tareas que se realizan durante la estimulación cortical y resección tumoral, además de que se logra una alta satisfacción postquirúrgica.

Como resultado de este proceso de relación, como profesional en Psicología se debe de realizar una sensibilización al personal de Neurocirugía, Anestesiología y Enfermería que participan del proceso quirúrgico, adaptando aspectos como los temas de conversación durante la cirugía o elementos que promueven la regulación emocional como la reproducción de música en la sala de operaciones. Para esta labor es esencial el rol institucional y profesional de la Psicología, dado que se cuentan con las herramientas para tener un acercamiento empático con la persona paciente y acompañarle desde la cercanía de la cirugía, propiciando seguridad.

Durante esta práctica, se ejerció el rol activo de coordinar y evaluar a las personas pacientes. Se asistió a las sesiones donde se comentaron los casos a ser operados bajo esta modalidad y se socializaron los hallazgos cognitivos, emocionales y de la personalidad de la persona paciente. De igual manera, la preparación de la persona paciente implicó que se tuvieran varias sesiones de psicoeducación del proceso, donde se utilizaba una presentación educativa sobre los pasos implicados. Esta preparación se realizó también con las personas familiares delegadas para estar en contacto estrecho con el proceso de cirugía, a las cuales se les mantenía informadas sobre el estado de la cirugía y su resultado.

Desde un punto de vista neuropsicológico, ejecutar un proceso riguroso e integral como lo es este programa, permite visualizar los positivos resultados de intervenciones quirúrgicas en donde se puede monitorear el estado funcional de las personas pacientes. Esto lleva a que se minimicen altamente las secuelas y la reintegración a la vida cotidiana de las personas implique menos adaptaciones significativas.

Con respecto a los procesos de evaluación postoperatoria, se tuvo la oportunidad de evaluar a 4 personas que transitaron cirugía en modalidad despierta. Para 3 de estas personas se les acompañó en la evaluación inicial y preparación y otra de ellas solamente se colaboró en la evaluación postquirúrgica y

acompañamiento de las secuelas. Estas evaluaciones se realizaron en un periodo superior a tres meses, dado que la literatura ha demostrado que es importante contar con una desinflamación del tejido cerebral antes de evaluar las funciones cognitivas. No obstante, antes de la realización de estas evaluaciones se llevaron a cabo seguimientos virtuales y presenciales del estado de las personas pacientes, para el control de algún síntoma alarmante, ya sea físico o psicológico. Las pruebas psicológicas aplicadas fueron las mismas de la evaluación preoperatoria, esto con el objetivo de poder obtener una comparación del desempeño producto de la intervención quirúrgica. Anudado a esto, también se procuró registrar los cambios positivos en la funcionalidad de las personas que no siempre son captados por las pruebas neuropsicológicas.

Por último, se reportan evaluaciones neuropsicológicas realizadas a 6 pacientes internados en el Servicio de Neurología. 5 de estos pacientes, masculinos ambos, tenían una edad aproximada de 30 años y estaban siendo estudiados para localizar focos epilépticos para posible cirugía. El protocolo de evaluación generado por la Asesora Técnica fue descrito anteriormente y consta de una entrevista clínica y un compendio de subpruebas psicológicas que pretenden mapear los dominios cognitivos de la persona, para poder establecer correlaciones entre las funciones psicológicas y estructuras elocuentes cerebrales. La sexta paciente fue abordada en internamiento y evaluada por medio de un tamizaje cognitivo breve y una entrevista clínica a profundidad, esto debido a su estado funcional. Los aportes de la Psicología en estos procesos de estudio médico son esenciales y contribuyen a las decisiones del Servicio de Neurología, dado que permiten aportar información objetiva y científica sobre las afectaciones neuropsicológicas de las personas pacientes. Participar en estas evaluaciones resultó en un aporte novedoso por parte de la Práctica Dirigida. De igual manera, permitió que la persona practicante se vinculara con pacientes que presentaban otras condiciones y expandir sus habilidades y conocimientos profesionales.

La evaluación realizada en el programa de hidrocefalia fue a una persona masculina de aproximadamente 50 años que presentaba elevada presión intracraneal. Los resultados de la comparación pre-punción lumbar versus post-punción lumbar mostraron mejorías en la habilidades visoespaciales y velocidad de procesamiento, sin embargo, se mantuvieron algunas afectaciones a nivel de control inhibitorio, memoria y atención. Este programa también es parte de un esfuerzo conjunto entre el Servicio de Neurocirugía y Psicología, por lo que la persona practicante bajo supervisión de la Asesora Técnica se encargó de coordinar la sesión de evaluación, realizar la entrevista, aplicar las pruebas, generar el informe y comunicar los resultados al equipo de médicos tratantes.

Los aportes generados en este nivel de impacto evidencian el papel fundamental de la Psicología en las relaciones con pacientes y familiares, pero también con otros profesionales de la salud. Resulta esencial la realización de acompañamientos empáticos, sinceros, con conocimiento, centrados en la persona paciente y con principios de respeto, sinceridad, ética y sensibilidad. Esto permite que la

Psicología tenga un rol fundamental en los ambientes hospitalarios y fortalece la atención médica de calidad, logrando que las personas puedan tener acceso a una salud integral y satisfechos con los servicios provistos.

7.2.3. Micronivel: Habilidades, competencias y conocimientos adquiridos

En los apartados anteriores se realizó una detallada exposición de los impactos generados en la presente Práctica Dirigida a nivel institucional y con relación a poblaciones directamente beneficiadas. Dichos aportes no podrían haberse logrado sin el desarrollo continuo de habilidades, competencias y conocimientos profesionales, tanto en el campo de la Psicología como en el ámbito hospitalario. En este apartado se describirán los resultados obtenidos en un micronivel, lo que implica la descripción de las experiencias personales que hicieron de esta Práctica Dirigida una experiencia formadora.

Como primer aspecto, la inserción hospitalaria en sí presentó un reto, pero también una oportunidad de formación invaluable. Esta Práctica Dirigida fue el primer contacto del sustentante a un ambiente hospitalario y, por ende, el ejercicio de acciones desde la Psicología en estos espacios. En la inserción práctica fue necesario un proceso de familiarización y vinculación con las dinámicas y logísticas hospitalarias, a la vez que un estudio específico de la aplicación de la Psicología en estos contextos. No obstante, el final este proceso resultó en la generación de habilidades y competencias para el trabajo hospitalario desde la Psicología, lo que constituye cualidades invaluable para un ejercicio profesional futuro.

Específicamente, el trabajo en el Hospital México, como hospital general del tercer nivel de atención clase A, implica demandas y limitaciones. El grueso de pacientes que son atendidos por día es alto y existen tanto variables físicas como administrativas que impactan el ejercicio profesional. Esto no solo conlleva dificultades como largas listas de espera, sobrecarga laboral o falta de infraestructura adecuada, si no también alcances como la posibilidad de generar trabajos multidisciplinarios en beneficio de las personas pacientes y la capacidad generar impactos en poblaciones de diversos contextos socioeconómicos. Estas dinámicas complejizaron la labor psicológica pero también la beneficiaron, procurando un proceso de reflexión sobre el lugar que la Psicología puede tener en instituciones sanitarias públicas. No obstante, a lo largo de este trabajo se logró generar intervenciones flexibles, maximizando los recursos disponibles en beneficio de las personas pacientes. Por consiguiente, el hecho de que esta inserción profesional haya posicionado al sustentante en algunos sectores como un colaborador más del Hospital México, permitió desarrollar una capacidad de adaptación al contexto de la salud pública nacional que se considera de alto valor.

Esta Práctica Profesional requirió de un proceso de aprendizaje continuo en donde se exploraron áreas del conocimiento vinculadas con la Psicología, pero no abarcadas en la formación universitaria. Por

consiguiente, se estudió amplia terminología médica y se dedicaron horas al estudio intenso de la Psicología y Neuropsicología en ambientes hospitalarios. Esto implicó que se adquirieron conocimientos particulares como la lectura de imágenes médicas (TAC, RM, RMF, PET-CT, Angiografías) y adquisición del conocimiento básico sobre exámenes médicos o tratamientos como la neurocirugía, radioterapia y quimioterapia. De igual manera, se pudo participar en intervenciones particulares que se presentan como oportunidades para el aprendizaje de las intervenciones médicas, por ejemplo, las visitas diarias a neurocirugía, emergencias y cuidados intensivos, como también la participación en el programa de CPD, salas de observación de emergencias y exámenes sobre diagnóstico de muerte encefálica. Estar inmerso en estos espacios implicó interactuar con pacientes en condiciones de salud delicadas e inclusive generar contención emocional en situaciones críticas de salud. Dichos abordajes implicaron darse cuenta de la realidad sanitaria de muchas personas pacientes, los infortunios de las crisis, el deterioro, las secuelas de los tratamientos, la comunicación de diagnósticos de enfermedades terminales y vivenciar de cerca el dolor, la angustia y el temor. No obstante, también se mantuvo una cercana relación con los esfuerzos comprometidos del personal de salud, las repercusiones inesperadas y los buenos pronósticos cumplidos, lo que implicó contactar con el agradecimiento, la alegría y el amor de las personas pacientes y familiares.

Como parte de la formación psicológica fue necesario desarrollar y fortalecer una serie de habilidades como la entrevista psicológica clínica, el examen mental, la escucha atenta, la aplicación e interpretación de pruebas psicológicas, la redacción de informes, la comunicación clara, la psicoeducación sobre diagnósticos médicos e implicaciones psicológicas, la comunicación de malas noticias, las intervenciones en crisis, el desarrollo de sesiones psicológicas basadas en objetivos terapéuticos, la realización de análisis funcionales, el acompañamiento de pacientes en periodos de desorientación aguda o bajo la presencia de funcionalidad limitada, la capacidad de trabajo multidisciplinario, la generación de aportes psicológicos en espacios médicos, la negociación con profesionales de salud, la emisión de criterios psicológicos y la creatividad para el abordaje de problemas vinculados al tratamiento de las personas pacientes. Estas habilidades si bien importantes, no pueden desligarse del desarrollo de una empatía integrada por la experiencia personal de convivir con pacientes, profesionales y familiares en ambientes hospitalarios, estar cerca del dolor médico, pero también de la alegría. Por ende, esta Práctica Dirigida impactó también a nivel personal y profesional expandiendo la visión de mundo y nutriendo la capacidad de empatizar con la humanidad y la vivencia de la enfermedad.

Desde un nivel más técnico, la rotación en el Servicio de Psicología y la estrecha supervisión de la Asesora Técnica posibilitó el aprendizaje de la utilización de criterios diagnósticos como el CIE-10/11 y DSM-5, la realización de análisis funcionales y diagnósticos psicológicos, la integración de información del examen mental y observación conductual, y la utilización de una amplia variedad de pruebas

psicológicas. Dichas oportunidades permitieron que los aprendizajes teóricos adquiridos a lo largo de la carrera fueran puestos en práctica, fortaleciéndose y resultando en una experiencia de formación que permitió visualizar los límites de la teoría y los alcances de la práctica.

Por su parte, también se adquirieron competencias del ejercicio profesional y se ejecutaron diversas modalidades de intervención psicológica como la terapia familiar, la terapia breve, la terapia al borde de la cama (monitoreo psicológico), la atención y contención en crisis, como también proceso de psicoterapia. La participación en estas modalidades no hubiera sido posible sin la integración en las labores cotidianas y supervisión de la Asesora Técnica, quien ilustró estilos terapéuticos, estrategias para el abordaje del malestar psicológico y herramientas para el ejercicio de la psicoterapia. De la misma manera, se tuvo la oportunidad de integrarse en diversas actividades de manejo grupal, lo que permitió el desarrollo de competencias de manejo psicoeducativo. Estas dinámicas implicaron un reto en tanto fue necesario un proceso de estudio y síntesis de información científica para generar procesos de divulgación que pudieran ser recibidos por otras personas sin importar su nivel de estudios. La psicoeducación llevada a cabo no se hubiera podido haber realizado con éxito si contara con el conocimiento psicológico y la experiencia de inserción hospitalaria, que permitió conectar sinceramente con las experiencias de las personas familiares y generar acompañamientos emocionales.

Otro elemento muy relevante fue la posibilidad de ser parte de equipos multidisciplinarios. En específico, la integración al Servicio de Neurocirugía permitió que se pudieran adquirir conocimientos sobre el abordaje de patologías neurológicas desde una perspectiva multitratamiento. Esto permitió visualizar cómo cada especialidad de la medicina puede coordinarse para procurar ofrecer un tratamiento adecuado y específico a las condiciones de cada persona paciente. En este sentido, también se logró evidenciar cómo la Psicología puede y debe de integrarse en estos espacios. Los aportes realizados durante la Práctica Dirigida a los equipos multidisciplinarios fueron de valía y tuvieron implicaciones positivas en los planes de abordaje para las personas pacientes. La inserción profesional generó que las personas tuvieran la posibilidad de acceder a un servicio de salud integral. A su vez implicó aprendizajes para el sustentante, siendo uno de los más grandes la capacidad de poder integrar el conocimiento psicológico a condiciones específicas de enfermedad, y visualizar consideraciones psicológicas a tomar en cuenta en la generación de un tratamiento clínico. Estas intervenciones profesionales contribuyeron a los esfuerzos generados por las Prácticas Dirigidas anteriores, haciendo hincapié en que la Psicología es esencial para los ambientes hospitalarios y los tratamientos ofrecidos por los demás servicios médicos. Conforme se avanzó en la Práctica, la interacción multidisciplinario en varios servicios se volvió familiar, y fue cada vez más reconocida la necesidad del trabajo en equipo por parte de otras personas profesionales en salud, lo que implicó un aumento en las visitas, participación en sesiones y mayor solicitud de intervenciones psicológicas.

La participación en el Programa de Cirugía con Paciente Despierto implicó un aprendizaje novedoso y una formación profesional única. La ejecución y coordinación de procesos de evaluación, así como la interacción cercana con las personas pacientes y familiares posicionaron la labor del sustentante en un lugar central. Las labores realizadas en este programa permitieron observar los beneficios de un programa de tratamiento bien articulado y perfeccionado con el tiempo, que genera resultados exitosos en las personas pacientes. Podría decirse, que dicho programa constituye un ejemplo claro del éxito multidisciplinario en la atención sanitaria y que generó una serie de aprendizajes invaluable para el sustentante. El conocimiento adquirido es único en tanto el acompañamiento psicológico en salas de operaciones no es común, como tampoco lo es los procesos de evaluación transoperatorios bajo estimulación cortical y resección tumoral. Para llevar a cabo con éxito estos procesos, el sustentante tuvo que dominar cualidades profesionales de evaluación y acompañamiento psicológico, pero también individuales, como la empatía, la flexibilidad, el manejo del contacto físico con el usuario, la sensación de seguridad o someterse a la experiencia de estar en un quirófano y ejercer un rol de soporte emocional y evaluación mientras la persona paciente está despierta y siendo operada de su cerebro.

Por otra parte, los procesos de neurorehabilitación implicaron el desarrollo de habilidades nuevas y el estudio de avances neuropsicológicos en esta materia. La ejecución de las rehabilitaciones conllevó la puesta en práctica de conocimientos adquiridos durante la inserción profesional, a la vez que el desarrollo de habilidades como la creatividad y flexibilidad para generación de planes de rehabilitación específicos a las necesidades de cada persona paciente. Estos espacios de rehabilitación posibilitaron el ejercicio de la Psicología en un rol no tradicional, por ello fueron oportunidades para una formación integral y la puesta en práctica de otros tipos de acompañamiento e impacto necesario en ambientes hospitalarios. Es así como los servicios médicos, conociendo la efectividad de estos abordajes, progresivamente fueron solicitando una mayor intervención desde la rehabilitación neuropsicológica que en conjunto con la Asesora Técnica se brindaba.

En última instancia, este proceso de aprendizaje profesional y personal no hubiera podido haber sido tan fructífero sin el acompañamiento y apertura de los diversos profesionales y Servicios Médicos con los cuales se interactuó. En especial, la labor de la Asesora Técnica, MSc. Rocío Vindas y la directora, la Dra. Mónica Salazar Villanea constituyeron los pilares esenciales para el desarrollo de esta Práctica Dirigida y la adquisición del conocimiento teórico como también práctico, integrado a lo largo del año de inserción en el Hospital México. De igual manera, las personas pacientes, el Equipo Asesor y los Médicos del Servicio de Neurocirugía constituyeron piezas esenciales en este proceso de aprendizaje.

8. Conclusiones: algunas reflexiones finales.

La experiencia de inserción profesional permitida por el continuo compromiso entre el Hospital México y la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica constituyó una oportunidad de formación inigualable. Ser parte de una institución de salud pública como el Hospital México permitió el contacto con poblaciones diversas, que por lo general no tienen vinculación sostenida con la Universidad. Dicho acercamiento, permitió visualizar cómo las diversidades socioeconómicas, culturales y demográficas impactan procesos vinculados con la enfermedad, la salud y la calidad de vida. Bajo este contexto, los abordajes psicológicos desde el espacio hospitalario demostraron ser una oportunidad única de aprendizaje. La presente experiencia requirió integrarse en una Psicología caracterizada por las dinámicas y modelos de salud hospitalarios, permitiendo visualizar, cómo desde las instituciones de salud, se puede ofrecer un acompañamiento cercano, ético, científico y sostenido en el tiempo.

El ejercicio psicológico realizado en esta Práctica Dirigida demostró que la atención brindada en ambientes hospitalarios no se inscribe solamente en la clínica de consultorio, si no que busca anclarse en todo momento en donde una persona es parte del proceder hospitalario (ingreso, hospitalización y egreso). Esta particularidad hizo que la inserción profesional adquiriera un compromiso con la experiencia de la persona paciente. Por ende, el rol ejercido por la persona sustentante requirió del constante contacto con cada persona y familiar buscando entender la historia y condición de las personas para así visualizar la influencia de dichos dominios en su momento actual de enfermedad.

Esta Práctica Dirigida evidenció la importancia de reconocer y no unificar la diversidad de las personas en un solo abordaje clínico, a pesar de presentarse condiciones diagnósticas similares. Es así como, en todo contexto donde existió un contacto humano la adaptación y flexibilidad profesional fue requerida frente a dicha diversidad de aspectos psicológicos y médicos de las personas y sus familiares. Por ejemplo, el conversar o evaluar pacientes durante sus internamientos requería procurar siempre contener y acompañar la experiencia emocional que en muchas ocasiones se encontraba ligada al sentir físico, y, en segundo lugar, cumplir con los objetivos de intervención para continuar el tratamiento. Esto implicó vivenciar una disrupción en el modelo de atención aprendido durante la formación profesional en la carrera, en donde la formalidad de un espacio como el consultorio se disuelve y lo esencial es la relación entre la persona paciente y el sustentante. Esta adaptación requirió presentarse hacia toda persona con los objetivos claros de escucha atenta, acompañamiento y colaboración a una experiencia de la enfermedad y el proceso hospitalario con la posibilidad de acompañar en el malestar y en la medida de lo posible reducirlo. Dicha experiencia concluyó en la elaboración del *Protocolo de Acompañamiento Intrahospitalario y de Preparación psicológica para el Egreso de Pacientes y Familiares del Servicio de Neurocirugía* que puede ser consultado en el Anexo 2.

El trabajo hospitalario implicó que el sustentante se familiarizara con una diversidad de abordajes terapéuticos y la adquisición de habilidades y competencias específicas para cada situación. Algunas intervenciones psicológicas breves requirieron del manejo eficiente de técnicas de primeros auxilios psicológicos, habilidades de regulación emocional y psicoeducación basadas en intervenciones claras, sencillas y concisas. Además, por las particularidades neurocognitivas de las personas con las cuales se interactuó, fue esencial conocer las implicaciones funcionales de diversas patologías en cada persona, para así poner en acción estrategias adaptadas a cada caso. Por ejemplo, algunas personas sin posibilidad de comunicación y funcionamiento mínimo requirieron del sustentante, el aprendizaje y despliegue de técnicas para la comunicación no verbal, basadas en gestos mínimos o pictogramas. Otras personas con desregulación emocional intensa y secuelas cognitivas severas requirieron de intervenciones de contención emocional ancladas en experiencias corporales por encima de otras estrategias que requieren mayores recursos cognitivos. Para el acompañamiento de otras personas en momentos de desorientación aguda producto de eventos como Traumatismos Craneoencefálicos, se requirió del manejo efectivo de técnicas re-orientativas y de contención emocional. Pacientes que sufrieron eventos críticos como amputaciones o pérdidas graves de sus facultades sensoriales, requirieron del sustentante un aprendizaje de técnicas para el acompañamiento atento, paciente y cauteloso, como también la capacidad para apoyar en el manejo y experiencia del dolor psicológico y físico.

Conversar con personas que transitaban por la experiencia del temor a la muerte, la incertidumbre de su salud, la presencia de un cuadro confusional, incapacidad para comunicarse o la vivencia aguda del dolor de las secuelas, consistieron experiencias humanas, impactantes, movilizadoras, y sensibilizadoras, pero sobre todo formativas. Esta Práctica, única en su tipo, permitió demostrar que la presencia de abordajes psicológicos permite aliviar el malestar y transitar la enfermedad. Dicha experiencia de formación evidenció la importancia de ser personas profesionales que procuren acompañamientos psicológicos sinceros, empáticos y basados en un estudio metódico de la ciencia psicológica y otras profesiones de la salud, lo que en conjunto permitió no perder de vista la experiencia humana.

En este proceso de inserción fue esencial la supervisión y adquisición constante de conocimiento para desenvolverse de manera ética en las intervenciones psicológicas y comprender el lenguaje técnico profesional utilizado por demás Profesionales en Salud. Esto ayudó a facilitar una comunicación a pacientes y familiares de información médica e integrarse multidisciplinariamente en los Servicios Médicos. Esta experiencia demostró que actualmente en la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica hay una carencia de habilidades para el ejercicio psicológico hospitalario que son necesarias de ser atendidas. Resultó una realización extraña observar que el diálogo con la medicina es limitado durante la formación como estudiantes, pero que resulta esencial para procurar abordajes integrales. Completar este vacío de conocimiento durante la inserción profesional además permitió que la persona

sustentante planteara criterios psicológicos informados en espacios médicos donde la Psicología resultaba ajena. Dichos criterios tuvieron un valor esencial para procurar proveer tratamientos que consideraran a las personas por encima de sus patologías. Esto se manifestó, por ejemplo, en evitar someter a pacientes a procedimientos que aumentarían la posibilidad de vivir experiencias de elevado estrés, o sensibilizar al equipo médico para procurar abordajes considerando las emociones y vivencias psicológicas de las personas pacientes con respecto a la experiencia hospitalaria.

Esta vivencia práctica, permitió evidenciar constantemente la importancia de los aspectos psicológicos individuales de cada persona paciente y su impacto en la salud general. El esfuerzo del sustentante en hacer reconocer experiencias de soledad, tristeza, confusión, miedo, pérdida de redes de apoyo y interrupciones en el ciclo vital, permitió la propuesta de tratamientos que consideraran las necesidades de la persona más allá de su diagnóstico. Esto afirmó que la Psicología puede reflejar en equipos multidisciplinarios la experiencia vital de las personas pacientes y sus aspectos de vida fuera de un entorno hospitalario. Dichos aportes reforzaron la importancia de reconocer en los modelos médicos el impacto de las variables psicológicas y de salud mental como factores que dificultan las recuperaciones, agudizan las secuelas, complejizan los pronósticos y disparan problemas de salud posteriores.

Por otra parte, el conocimiento y abordajes neuropsicológicos fueron centrales para las funciones profesionales. Los aportes desde la Neuropsicología beneficiaron los esfuerzos por simplificar el alto contenido técnico del lenguaje médico, para permitirle a pacientes y familiares comprender la información concerniente a su salud. Para esto fue esencial que se ejerciera una Neuropsicología real y culturalmente caracterizada. Tener presente el compromiso constante de acoger las necesidades de las personas pacientes de manera prioritaria, buscando promover su calidad de vida hizo de la evaluación neuropsicológica un aspecto clave. Estos procesos, tradicionalmente característicos de esta especialidad, fueron en la presente Práctica Dirigida insumos que permitieron comprender de manera más integral a las personas, sus secuelas y dificultades. Trascender los resultados descriptivos y superficiales de una evaluación, y visualizarlos en la realidad ecológica y diaria de las personas, permitió brindarle a pacientes y familiares apoyo en su experiencia de recuperación y convivencia con secuelas comúnmente invisibilizadas pero que impactan significativamente sus vidas. De igual manera, los procesos de evaluación también brindaron respuestas a pacientes sobre la razón de sus cambios psicológicos, permitiendo dar sentido a su vivencia actual y de enfermedad. Sin embargo, en los espacios hospitalarios, la Práctica Dirigida enfrentó limitaciones como las dificultades para asegurar tiempos continuos para la evaluación y la disponibilidad de estudios psicométricos contextualizados a nuestro país.

En este sentido, los procesos de neurorehabilitación también procuraron tener una correspondencia a las necesidades de la vida diaria. Esto requirió del sustentante desarrollar la capacidad de analizar casos integrando aspectos neurocognitivos, funcionales y ecológicos a una multitud de casos,

todos diferentes entre sí. Estos procesos implicaron de la ejecución exhaustiva de diversos pasos para garantizar la adaptabilidad de la neurorehabilitación a las necesidades de cada persona. Por ejemplo, fue esencial iniciar con la revisión de las implicaciones médicas para la funcionalidad de cada persona, como también sus realidades cotidianas. De igual manera, fue fundamental confeccionar creativamente estrategias de compensación y adaptación, que fueran efectivas para cada caso, como también llevar procesos de psicoeducación constantes a pacientes y familiares sobre las secuelas del Daño Cerebral y sus implicaciones en sus vidas.

Este proceso permitió evidenciar que desde la Neuropsicología hospitalaria es posible generar abordajes de rehabilitación efectivos, que vinculan el trabajo multidisciplinario e integran a las personas familiares y pacientes en los procesos. Esto demuestra que los Hospitales presentan ventajas para la ejecución de una neurorehabilitación pensada en la cotidianidad de las personas, con la inclusión de las familias y la toma en cuenta de las necesidades particulares de cada caso. No obstante, aún se viven dificultades importantes, como la falta de tiempos extensos que permitan realizar estos procesos y la carencia de profesionales formados específicamente en el área de la neurorehabilitación.

La oportunidad de llevar a cabo esta Práctica Dirigida permitió ser parte de procesos de acompañamiento neuropsicológico de inicio a fin, que no hubieran podido ser factibles desde ninguna otra modalidad de intervención. El hecho de poder acompañar a pacientes sostenidamente desde la primera fase de internamiento, continuando con la evaluación previo a su cirugía, el acompañamiento postquirúrgico, la psicoeducación antes de su salida hospitalaria, la evaluación postoperatoria, la confección y ejecución de neurorehabilitación y la posibilidad de acompañamiento psicoterapéutico, demostró cómo luego de una intervención neuroquirúrgica las personas pacientes pueden vivir con calidad de vida.

Dentro de estos resultados, fue parte esencial el Programa de Craneotomía con Paciente Despierto, el cual evidencia que la articulación interdisciplinaria, más un acompañamiento psicológico cercano, con procesos de evaluación adaptados a las particularidades de cada persona, resulta en experiencias de éxito postoperatorias con una alta disminución de las secuelas y gran satisfacción. Esta modalidad, provee resultados que ninguna otra intervención quirúrgica puede generar, lo que demuestra la necesidad de sostener procedimientos novedosos y científicos en nuestro país.

Por otra parte, la Práctica Dirigida posibilitó brindar intervenciones psicoterapéuticas con grupos de personas con Daño Cerebral Adquirido lo que permitió realizar abordajes que integran conocimiento neurobiológico, psicológico y psicométrico. Estas oportunidades propiciaron el aprendizaje de diversos conocimientos como la capacidad de mantener una psicoterapia cuando existen limitaciones cognitivas que dificultan el proceso terapéutico.

Estos abordajes específicos a población con DCA resultaron en aprendizajes invaluableles ya que implicaron desarrollar habilidades como técnicas de comunicación adaptadas a dificultades de lenguaje como afasias; realizar técnicas y facilitar cambios tomando en consideración las facultades cognitivas de las personas para enfrentarse a procesos de aprendizaje o comprensión de ideas; estructurar sesiones de manera que se adaptaran a las capacidades cognitivas atencionales, de fatiga cognitiva y particulares de sensibilidad; sostener acompañamientos familiares y personales basados en la experiencia de las secuelas del DCA en contextos de incomprensión, disrupción de los objetivos y deseo de vida, buscando nuevos caminos, roles, reconstrucción de narrativas sobre la experiencia de enfermedad e identidad; mediar procesos de cambio familiar surgidos a partir de la experiencia familiar que activan problemáticas históricas y modifican vínculos; e incluir constantemente vías de compensación y adaptación de las secuelas como parte del enfrentar los retos de una vida luego de la enfermedad, retomar labores como el trabajo o los estudios, o inclusive visualizar otro futuro cuando la posibilidad de retomar las actividades del pasado se dificulta.

Como parte de la posibilidad de contacto facilitada por instituciones de salud pública de magnitud tan amplia como el Hospital México, fue evidente la transversalidad de variables sociales y su impacto en la salud de las personas. La identificación de inequidades sociales, dificultades socioeconómicas, violencias de género, discriminaciones y contextos de vulnerabilidad demandaron que la inserción del sustentante considerara estos aspectos y ejerciera la Psicología con conciencia social. Durante la práctica profesional pudo apreciarse como la disponibilidad de recursos, sociales y económicos impactan significativamente en la recuperación de las personas, dado que les permiten contar con mayores redes de apoyo, adaptaciones en sus estilos de vida e inclusive recursos de salud privados como rehabilitación. En otros casos, la presión económica, la urgencia de retomar las actividades laborales, y la falta de apoyos sociales durante la recuperación, posicionan a las personas en condiciones de recuperación tumultuosas, lentas, y con menor probabilidad de retomar su funcionalidad previa. El peso de la inequidad se observó como una sentencia sobre la salud y calidad de vida de las personas, por más que los apoyos y recursos formales de un sistema de salud se hacían presentes sin distinción. Esta realidad apuntó a cuestionar que muchas veces el “éxito” de una recuperación no se basa solamente en los recursos personales de afrontamiento de una persona, más bien es muestra de la necesaria presencia de recursos externos (sociales y contextuales) que compensen y alivien el peso de la vivencia de las secuelas cuando la inequidad ejerce presión y disrupción sobre la salud de las personas. Esto implicó reconocer que la labor de la Psicología desde un contexto hospitalario tiene sus limitaciones, y aunque exista la presencia de un acompañamiento psicoterapéutico, un estudio neuropsicológico o una rehabilitación cognitiva, yacen inequidades sociales que impactan el trabajo realizado desde los contextos hospitalarios.

Respecto a los impactos de la pandemia por COVID-19, se visualizaron afectaciones en las vidas de las personas pacientes que repercutieron en sus posibilidades de recuperación, al igual que la disponibilidad de los recursos. Sin embargo, se destaca que las adaptaciones virtuales integradas mostraron ser efectivas durante la Práctica Dirigida para permitir dar seguimiento a personas pacientes de zonas alejadas, involucrar a familiares en procesos de psicoeducación y terapia, realizar sesiones informativas de pacientes del programa de Craneotomía con Paciente Despierto, como permitir que pacientes que habían vivido esta cirugía conversaran con las personas que vivirían ahora el proceso. Cabe destacar que, si bien se presentan ventajas y se considera relevante el mantenimiento de estas medidas, realizar procesos de evaluación o neurorehabilitación por medios virtuales presenta aún limitaciones y no es recomendado. Existen vías de trabajo que aún pueden ser implementadas con la llegada de la digitalización, como por ejemplo la adaptación virtual de pruebas para evaluación. También se concibió como una posibilidad interesante la digitalización del Protocolo de Evaluación Intrahospitalario para Cirugía Despierto, así como las actividades de rehabilitación transhospitalarias.

Por otra parte, la rotación constante del sustentante en los salones de internamiento hospitalario del Servicio de Neurocirugía y Sesiones Clínicas permitió evidenciar al equipo médico aspectos importantes como los beneficios de una exploración profunda de la historia de vida de las personas pacientes, dado que esto permite conocer factores importantes que influyen en la condición de salud específica y particular de las personas pacientes. Además, se evidenció que factores neuropsicológicos tienen relevancia en la evolución de un tratamiento, por lo que es importante tener conocimiento de los dominios cognitivos, emocionales y funcionales antes y después de sus cirugías.

Además, se logró visualizar que es posible un servicio médico que sostenga la calidad de vida de las personas pacientes en el tiempo. La experiencia de trabajar cercanamente con el Servicio de Neurocirugía culminó en la elaboración de un *Protocolo de Acompañamiento Intrahospitalario y de Preparación psicológica para el Egreso de Pacientes y Familiares del Servicio de Neurocirugía* (ver Anexo 2) que contribuyó novedosamente al fortalecimiento de las relaciones multidisciplinarias y visualizó la importancia de la presencia humana y profesional en el proceso hospitalario.

Por otra parte, participar de actividades externas no consideradas en el planeamiento de esta Práctica Dirigida, permitió reflejar la necesidad de que como persona Profesional en Psicología se procure tener conocimiento de una diversidad de intervenciones posibles y no inscribirse solamente al trabajo con una sola población, condición de salud o modalidad de intervención. En este sentido, si la Psicología busca procurar un abordaje integral en términos de salud, es esencial que la formación que se obtenga durante el estudio universitario impulse la multidisciplinariedad. Procurar esta diversidad responde íntimamente a las necesidades de la población y no a un capricho académico.

A un nivel más personal, acompañar en los procesos de descompensación emocional, vivencia de secuelas, internamiento, complicación de pacientes, y psicoterapia fue complejo e implicó por parte del sustentante fortalecer su propia regulación emocional y reconocer la importancia de los espacios de supervisión y autocuidado. Por otra parte, la comunicación de malas noticias conjunta con el personal médico permitió desarrollar habilidades profesionales para desempeñarse en espacios de alto dolor emocional. La experiencia hospitalaria resultó un proceso de crecimiento personal y profesional para el sustentante que fortaleció su sensibilidad, conciencia, empatía y criticidad.

La inserción práctica abrió las puertas a una diversidad de funciones, intervenciones y realidades, constituyendo una oportunidad de enriquecimiento profesional que proveyó de habilidades y competencias que no hubieran podido ser obtenidas en otro espacio. Esta experiencia fue formadora en tanto arriesgó la identidad propia, las perspectivas personales, la concepción del rol de la persona Profesional en Psicología y la noción misma de lo que es la Psicología (Adis, 1978).

La modalidad de Práctica Dirigida es un espacio de aprendizaje que debe de ser promovido a las personas estudiantes. La oportunidad de una inserción hospitalaria permite aproximarse a las complejidades de la atención en salud de una manera formal y estructurada. Ser parte de espacios de atención pública en salud permite ser activo en la promoción de una Psicología integral y al alcance de todas las personas sin distinción. Desde una modalidad de Práctica Dirigida, se brinda la oportunidad de culminar el proceso de formación universitario por medio de la puesta en práctica del conocimiento teórico adquirido durante los arduos años de estudio, visualizando los horizontes posibles de acción profesional, social y nacional. En última instancia, es una oportunidad que permite contribuir a la salud mental y calidad de vida de la sociedad costarricense.

9. Limitaciones

- Una de las principales limitaciones fue el poco tiempo disponible para el nombramiento de profesionales en Neuropsicología como supervisores en el ambiente hospitalario. Si bien existe un tiempo destinado para una persona profesional, la alta demanda de valoraciones clínicas y neuropsicológicas sobrepasan la capacidad de respuesta. Además, impide que se brinde una integración activa en el Servicio de Neurocirugía siendo parte de los pases de visita, las Sesiones Clínicas y las interconsultas. El hito de contar con un tiempo destinado para una persona al Servicio de Neurocirugía es fundamental para la continuidad de los aportes, sin embargo, es necesario proveer de una continuidad en las acciones en busca de la contratación de más profesionales bien preparados y con ética profesional.
- Durante la carrera en Psicología, la formación en Psicología clínica y de la salud con los requerimientos demandados por un espacio hospitalario, es poca. Esto constituyó una limitación

al comienzo de la inserción, debido a que no se conocían aspectos importantes como las dinámicas hospitalarias, las técnicas de abordaje de pacientes con patologías médicas, las herramientas de evaluación y demás conocimiento médico importante para el ejercicio de la labor psicológica hospitalaria. Esto implicó la inversión de tiempo adicional en el estudio teórico y práctico de aspectos médicos, como también en relación con protocolos, manuales y pruebas de evaluación psicométrica.

- Anudado con lo anterior, la poca existencia de oportunidades de enlace hospitalario durante la formación en la carrera implicó enfrentarse a retos vinculados al conocimiento de las logísticas hospitalarias. También permitió visualizar la carencia en habilidades de la profesión como la realización de exámenes mentales, redacción de informes clínicos para ambientes hospitalarios, el abordaje de condiciones como el delirium, el análisis de imágenes y exámenes médicos. Si bien se logró adquirir conocimiento en estas áreas, la curva de aprendizaje fue compleja.
- La condición de crisis hospitalaria vivida por los sistemas de salud en términos de espacio físico, condiciones laborales y faltante de personal generó dificultades en la realización de cirugías del programa de Craneotomía con Paciente Despierto. De igual manera, esto afectó en la posibilidad de dar un seguimiento continuo a los casos referidos para valoración o rehabilitación neuropsicológica, lo que interrumpió los procesos. De igual manera, estas actividades requieren de un tiempo amplio en las agendas de las personas profesionales, quienes no pueden satisfacer siempre con dichas demandas debido a su sobrecarga laboral y amplias listas de espera. Por ello, en ocasiones tuvieron que realizarse abordajes de rehabilitación parciales y posponer evaluaciones a momentos con mayor libertad horaria, lo que aplazaba que las personas recibieran una atención pronta.
- A pesar de los continuos esfuerzos para visualizar las secuelas del Daño Cerebral Adquirido en las personas pacientes y familiares, existe aún un desconocimiento por parte de muchos profesionales en salud sobre las implicaciones de estas enfermedades. De igual manera, no hay conocimiento amplio de la importancia de una inserción neuropsicológica biopsicosocial y el rol de esta especialidad en ocasiones solo se concibe dentro de la administración de pruebas. Tampoco hay una noción de las implicaciones de los resultados de las personas pacientes en las valoraciones cognitivas. Además, se presentó el fenómeno en donde profesionales de la salud realizan referencias a pacientes para rehabilitación cognitiva sin comprender las funciones del Servicio de Psicología o las posibilidades de acción. Esto implicaba generar adaptaciones desde el servicio para atender la referencia de las personas pacientes sin negar sus necesidades, por consiguiente, se impactaron los espacios de agenda de las personas profesionales en Psicología y

se generaba una saturación de funciones dado que no se cuenta con un tiempo o programa específico para rehabilitación neuropsicológica a parte de la brindada por el CENARE.

10. Recomendaciones

A la Caja Costarricense del Seguro Social-Hospital México

- Asegurar que se cumplan las mejoras en infraestructura, como la disponibilidad de salas de cirugía, y aumentar el número de profesionales especializados para garantizar una atención rápida a los usuarios. Además, se debe proporcionar capacitación continua en el tratamiento integral de los pacientes, reconociendo la contribución de cada especialidad.
- Fomentar la participación de estudiantes de Psicología en el sistema de salud nacional mediante prácticas profesionales o proyectos de investigación final de grado. Esto ayudará a consolidar y mantener las colaboraciones con las instituciones educativas públicas del país, promoviendo así la formación de futuros profesionales y la atención integral de los pacientes.
- Valorar el papel esencial de la Psicología en los entornos de salud, facilitando la creación de más puestos de trabajo para hacer frente a la creciente demanda de pacientes en distintas áreas de servicio, atendiendo a las necesidades específicas de cada uno de ellos.
- Implementar un sistema de evaluación y generación de soluciones frente a los desafíos de congestión y limitaciones de espacio, asegurando así procesos de internamiento y hospitalización más manejables para los pacientes. Además, propiciar la creación de espacios de autocuidado para el personal médico, quienes enfrentan cargas físicas y emocionales intensas debido a la sobrecarga laboral, lo que repercute directamente en su bienestar y, por ende, en la calidad de la atención brindada a los pacientes y sus familiares en el entorno hospitalario.
- Retomar espacios grupales de psicoeducación y psicoterapia para personas con DCA que habían sido suspendidos por limitaciones en el espacio físico y la pandemia por COVID-19. Estos espacios también pueden ser ofrecidos a personas familiares, enfocándose temáticas como la rehabilitación, la compensación o el rol de cuidado. Este esfuerzo puede promover un posicionamiento social y político de la discapacidad cognitiva en Costa Rica.

Al Servicio de Neurocirugía

- Promover la inclusión de un número mayor de profesionales en Psicología capacitados en Neuropsicología y con cualidades de trabajo ético, para que puedan hacer frente a las demandas de una atención especializada de los pacientes neuroquirúrgicos.
- Continuar facilitando oportunidades de inserción para estudiantes en la correspondiente Práctica Dirigida, manteniendo los espacios vigentes con la Escuela de Psicología de la Universidad de

Costa Rica. Asimismo, promover la creación de nuevas prácticas dirigidas centradas en áreas como la Psicoestimulación Cognitiva, la Rehabilitación Cognitiva y los Talleres de Psicoeducación, dirigidos tanto a pacientes como a sus familiares o cuidadores.

- Fomentar espacios de formación para las personas profesionales del servicio en donde se aborden temáticas vinculadas al Daño Cerebral Adquirido y su impacto en la calidad de vida de las personas. De igual manera, si bien durante la inserción profesional se observó una mayor consideración de la opinión neuropsicológica en los tratamientos, se considera necesario procurar que esquematizar protocolos de atención para pacientes internados que permita suplir necesidades de evaluación o rehabilitación fuera del programa de cirugía despierto. Si bien esto implica el aumento de personal de Neuropsicología disponible, se considera que el fortalecimiento de los lazos interdisciplinarios avanza por buen camino.
- Mantener y fortalecer el programa de Cirugía Despierto mediante el fomento de reuniones regulares para la discusión de casos y la definición de aspectos específicos a abordar durante la evaluación transoperatoria. Asimismo, fomentar la preparación de un número mayor de Médicos(as) Asistentes y Residentes para poder ser parte de este programa. Si bien se sabe que las limitaciones de salas de cirugías existen, se recomienda integrar al Servicio de Psicología en la gestión de esfuerzos para el fortalecimiento de este programa y el beneficio de más personas.

A la Universidad de Costa Rica-Escuela de Psicología

- Fomentar la escogencia de la Práctica Dirigida como modalidad de trabajo final de graduación de las personas estudiantes, dado que constituye un proceso de formación profesional excelente que favorece el desarrollo de destrezas, conocimientos y habilidades que beneficiarán la inserción laboral.
- Proseguir con los campos clínicos establecidos en colaboración con el Hospital México, garantizando la oportunidad para la incorporación de nuevos estudiantes bajo los parámetros éticos y legales correspondientes.
- Instar al establecimiento de convenios de inserción en instituciones públicas de salud, que permitan que las personas estudiantes a lo largo de su formación tengan la posibilidad de insertarse en estos espacios. De esta manera se puede promover el interés por la Psicología hospitalaria, generar nuevas relaciones interinstitucionales y preparar mejor a las personas que realizan sus prácticas profesionales en estos espacios.
- Fortalecer la formación en ámbitos de la Psicología como la clínica y la salud en contextos hospitalarios. Esto debido a que se identificaron deficiencias en habilidades profesionales como la realización de exámenes mentales, entrevistas, aplicación pruebas de evaluación psicológica y

conocimiento médico vinculado a la Psicología como la lectura de imágenes médicas o exámenes de laboratorio. La formación recibida hasta el momento complejiza la inserción profesional y requiere de la adquisición de nuevos conocimientos fuera de los cursos de la carrera.

- Crear oportunidades de supervisión a través de la observación para brindar retroalimentación a los estudiantes durante su formación profesional. Estos espacios de supervisión, facilitados por la Práctica Dirigida, desempeñaron un papel crucial en el proceso de aprendizaje.
- Propiciar espacios de intercambio académico con profesionales vinculados a áreas de la Psicología de la Salud u otras disciplinas médicas que permitan expandir el conocimiento sobre los campos de acción de la Psicología. Esto promueve el interés de las personas estudiantes en aprender y formarse en campos innovadores, fortaleciendo el gremio de profesionales y procurando atender de manera más eficiente las necesidades de nuestro país en términos de salud.

Al estudiantado de la Carrera de Psicología

- Considerar la realización de sus trabajos finales de graduación en la modalidad de Práctica Dirigida, esto les permitirá expandir su formación profesional independientemente de sus intereses son teóricos, prácticos o de investigación. Les facilitará formarse profesionalmente y culminar sus estudios con la posibilidad de aplicar el conocimiento académico en ambientes prácticos.
- Aprovechar los cursos modulares y ser proactivos en su aprendizaje, buscando dar más allá de lo esperado. Esto les permitirá adquirir de manera más pronta habilidades que son necesarios en el ejercicio profesional, asegurar la calidad de las intervenciones que realizan y expandir sus conocimientos. No dejar de lado la posibilidad de supervisar y realizar asistencias, dado que estas son oportunidades para avanzar en su desarrollo profesional.
- Ser personas activas y solicitar a la Escuela y sus profesores espacios de formación actualizada, científica y ética para obtener las herramientas para hacer frente a las dificultades del presente y del futuro.
- En todo contexto en donde se inserten profesional o académicamente sean creativos y busquen adquirir siempre nuevo conocimiento, independientemente si es o no del ámbito de la Psicología. Con ello lograrán ser profesionales con una perspectiva más amplia y contar con las habilidades y competencias para generar impactos trascendentales en una diversidad de espacios.
- Ejercer la Psicología de manera ética y científica, sin dejar de lado que el fin último es el bienestar de las personas. Consideren las prioridades de los grupos con quienes trabajan y asegúrese de que en todo equipo multi e interdisciplinario del que sean parte, la Psicología esté presente para garantizar la calidad de vida de las personas.

11. Referencias

- Acuña, Y. (2017). *Desarrollo de competencias y habilidades por medio del apoyo supervisado en la atención integral a pacientes y familiares usuarios del Servicio de Neurocirugía, la unidad de neurooncología y el servicio de psiquiatría y Psicología del Hospital México* [Práctica dirigida para optar por el grado de licenciatura en Psicología, Universidad de Costa Rica]. <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/handle/123456789/5619>
- Acuña, Y., Salazar, M., Vindas, R., Gutiérrez, D., Montero, P., & Esquivel, M. (2020). Rol de la Neuropsicología en la evaluación y preparación del paciente candidato a craneotomía con paciente despierto. *Panamerican Journal of Neuropsychology*, 14(1), Article 1. <https://doi.org/10.7714/CNPS/14.1.207>
- Adis, G. (1978). *Interacción en espejos*. Editorial Costa Rica.
- Allen, N., Hevey, D., Carton, S., & O’Keeffe, F. (2022). Life is about “constant evolution”: The experience of living with an acquired brain injury in individuals who report higher or lower posttraumatic growth. *Disability and Rehabilitation*, 44(14), 3479-3492. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1867654>
- Alvarado, L. (2022). *Análisis de la Distribución Actual de los Servicios de Psiquiatría de la Caja Costarricense de Seguro Social* [Tesis de posgrado en especialidades médicas]. <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/87924/Ana%CC%81lisis%20de%20la%20Distribucio%CC%81n%20Actual%20de%20los%20Servicios%20de%20Psiquiatri%CC%81a%20de%20la%20CCSS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- American Brain Tumor Association. (2023). *Brain tumor education*. <https://www.abta.org/about-brain-tumors/brain-tumor-education/>
- American Psychological Association. (2023). *Health Psychology*. <https://dictionary.apa.org/health-psychology>
- Anzalone, C., Luedke, J. C., & Decker, S. L. (2023). Translating research practices in the cognitive assessment of mild traumatic brain injury into applied practice: A systematic review and assessment guide. *Translational Issues in Psychological Science*. <https://doi.org/10.1037/tps0000345>
- Arola, A., Laakso, H. M., Pitkänen, J., Koikkalainen, J., Lötjönen, J., Korvenoja, A., Erkinjuntti, T., Melkas, S., & Jokinen, H. (2021). Associations of cognitive reserve and psychological resilience with cognitive functioning in subjects with cerebral white matter hyperintensities. *European Journal of Neurology*, 28(8), 2622-2630. <https://doi.org/10.1111/ene.14910>

- Barberis, M., Poisson, I., Facque, V., Letrange, S., Prevost, C., Houdart, E., Froelich, S., Levy, R., & Mandonnet, E. (2022). Group-level stability but individual variability of neurocognitive status after awake resections of right frontal IDH-mutated glioma. *Scientific Reports*, *12*(1), 6126. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-08702-2>
- Bartfai, A., Elg, M., Schult, M. L., & Markovic, G. (2022). Predicting Outcome for Early Attention Training After Acquired Brain Injury. *Frontiers in Human Neuroscience*, *16*, 767276. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2022.767276>
- Baumgartner, M., Sep, S. J. S., Verbunt, J., Bosma, H., & van Eijk, J. (2021). Peer Support to Enhance Social and Emotional Self-Management Following Acquired Brain Injury Rehabilitation: Design of a Pre–post Study With Process Evaluation. *Frontiers in Neurology*, *12*, 647773. <https://doi.org/10.3389/fneur.2021.647773>
- Block, H., Paul, M., Muir, E., Bellon, M., George, S., & Hunter, S. C. (2023). Clinical practice guideline recommendations for the management of challenging behaviors after traumatic brain injury in acute hospital and inpatient rehabilitation settings: A systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/09638288.2023.2169769>
- Boccardi, M., Monsch, A. U., Ferrari, C., Altomare, D., Berres, M., Bos, I., Buchmann, A., Cerami, C., Didic, M., Festari, C., Nicolosi, V., Sacco, L., Aerts, L., Albanese, E., Annoni, J., Ballhausen, N., Chicherio, C., Démonet, J., Descloux, V., ... the Consortium for the Harmonization of Neuropsychological Assessment for Neurocognitive Disorders (<https://nextcloud.dzne.de/index.php/s/EwXjLab9caQTbQe>). (2022). Harmonizing neuropsychological assessment for mild neurocognitive disorders in Europe. *Alzheimer's & Dementia*, *18*(1), 29-42. <https://doi.org/10.1002/alz.12365>
- Bolton, D. (2022). Looking forward to a decade of the biopsychosocial model. *BJPsych Bulletin*, *46*(4), 228-232. <https://doi.org/10.1192/bjb.2022.34>
- Bonin, L. (2018). Quality Improvement in Health Care: The Role of Psychologists and Psychology. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *25*(3), 278-294. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9542-2>
- Borg, D. N., Fleming, J., Bon, J. J., Foster, M. M., Kendall, E., & Geraghty, T. (2022). The influence of personal factors, unmet need and service obstacles on the relationship between health service use and outcome after brain injury. *BMC Health Services Research*, *22*(1), 445. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07811-y>
- Caja Costarricense del Seguro Social. (2012). *Por su salud y bienestar, Hospital México XXX Aniversario*. <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhm/mexico/premio.pd>

- Caja Costarricense del Seguro Social. (2019). *Resumen ejecutivo de auditoría interna AGO-100-2019*. <https://www.ccss.sa.cr/arc/auditoria/informes/AGO-100-2019.pdf>
- Campanella, F., Arcara, G., Crescentini, C., Fabbro, F., & Skrap, M. (2021). Cognitive reserve protects language functions in patients with brain tumours. *Neuropsychologia*, *154*, 107769. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2021.107769>
- Chan, D. Y. C., Poon, W. S., Chan, D. T. M., Mak, W. K., & Wong, G. K. C. (2021). Chronic subdural haematoma during the COVID-19 lockdown period: Late presentation with a longer interval from the initial head injury to the final presentation and diagnosis. *Chinese Neurosurgical Journal*, *7*(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s41016-020-00229-7>
- Chan, M. F., Ganesh, A., Mahadevan, S., Shamli, S. A., Al, K., Al-Mukhaini, S., Al-Rasadi, K., & Al-Adawi, S. (2022). A Comprehensive Neuropsychological Study of Familial Hypercholesterolemia and Its Relationship with Psychosocial Functioning: A Biopsychosocial Approach. *Brain Sciences*, *12*(9), 1127. <https://doi.org/10.3390/brainsci12091127>
- Chen, C. L., Kuo, M. C., Chen, P. Y., Tung, Y. H., Hsu, Y. C., Huang, C. W. C., Chan, W. P., & Tseng, W.-Y. I. (2022). Validation of neuroimaging-based brain age gap as a mediator between modifiable risk factors and cognition. *Neurobiology of Aging*, *114*, 61-72. <https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2022.03.006>
- Cheng, A. S. K., Wang, X., Niu, N., Liang, M., & Zeng, Y. (2022). Neuropsychological Interventions for Cancer-Related Cognitive Impairment: A Network Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Neuropsychology Review*, *32*(4), 893-905. <https://doi.org/10.1007/s11065-021-09532-1>
- Chieffo, D. P. R., Lino, F., Ferrarese, D., Belella, D., Della Pepa, G. M., & Doglietto, F. (2023). Brain Tumor at Diagnosis: From Cognition and Behavior to Quality of Life. *Diagnostics*, *13*(3), 541. <https://doi.org/10.3390/diagnostics13030541>
- Cornwell, M. A., Kohn, A., Spat, J., Bender, H. A., Koay, J. M., McLean, E., Mandelbaum, S., Wing, H., & Sacks, A. (2023). Foundations of Neuropsychology: Collaborative Care in Neurosurgery. *World Neurosurgery*, *170*, 268-276. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2022.09.106>
- Cortés, A. S., & Crespo, M. E. O. (2015). Calidad de vida en pacientes con tumores cerebrales: Importancia de las variables psicológicas. *Clínica y Salud*, *26*(1), 23-32. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2014.07.003>
- Damas, J., Darling, K. E. A., Bidlingmeyer, P., Nadin-Debluë, I., Bieler, M., Vollino, L., Sokolov, A. A., Berney, A., Maccaferri, G., Filippidis, P., Viala, B., Granziera, C., Dunet, V., Du Pasquier, R., & Cavassini, M. (2023). One for all, all for one: Neuro-HIV multidisciplinary platform for

- the assessment and management of neurocognitive complaints in people living with HIV. *HIV Medicine*, hiv.13472. <https://doi.org/10.1111/hiv.13472>
- Donders, M., Vincent, A., Schouten, J., Smits, M., Docter, C., Dirven, C., Kloet, A., Nandoe Tewarie, R., & Satoer, D. (2022). Feasibility of awake brain surgery in glioblastoma patients with severe aphasia: Five case illustrations. *Aphasiology*, 1-20. <https://doi.org/10.1080/02687038.2022.2137773>
- Evans, T. (2009). *Hospital México en su Cuadragésimo Aniversario, la importancia del Servicio de Neurocirugía*. 23(1), 13-15.
- Feiger, J. A., Snell, J., & Chiou, K. S. (2022). Neuropsychological functioning predicts psychosocial adjustment after postacute rehabilitation for traumatic brain injury. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 1-5. <https://doi.org/10.1017/S1355617722000352>
- Fischman, P. (2018). Modelo biopsicosocial-evolutivo en psiquiatría. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 24(2), 86-91. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v24i2.1135>
- Fisher, A., Bellon, M., Lawn, S., & Lennon, S. (2020). Brain injury, behavior support, and family involvement: Putting the pieces together and looking forward. *Disability and Rehabilitation*, 42(9), 1305-1315. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1522551>
- Foster, N. L., Bondi, M. W., Das, R., Foss, M., Hershey, L. A., Koh, S., Logan, R., Poole, C., Shega, J. W., Sood, A., Thothala, N., Wicklund, M., Yu, M., Bennett, A., & Wang, D. (2019). Quality improvement in neurology: Mild cognitive impairment quality measurement set. *Neurology*, 93(16), 705-713. <https://doi.org/10.1212/WNL.00000000000008259>
- Goyal, N., Swain, S. K., Gupta, K., Chaturvedi, J., Arora, R. K., & Sharma, S. K. (2020). “Locked up inside home” – Head injury patterns during coronavirus disease of 2019 pandemic. *Surgical Neurology International*, 11, 395. https://doi.org/10.25259/SNI_675_2020
- Hecht, N., Wessels, L., Werft, F. O., Schneider, U. C., Czabanka, M., & Vajkoczy, P. (2020). Need for ensuring care for neuro-emergencies—Lessons learned from the COVID-19 pandemic. *Acta Neurochirurgica*, 162(8), 1795-1801. <https://doi.org/10.1007/s00701-020-04437-z>
- Hendrix, P., Hans, E., Griessenauer, C. J., Simgen, A., Oertel, J., & Karbach, J. (2017). Neurocognitive status in patients with newly-diagnosed brain tumors in good neurological condition: The impact of tumor type, volume, and location. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 156, 55-62. <https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2017.03.009>
- Hernández, L. J., Ocampo, J., Ríos, D., y Calderón, C. (2017). El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. *Revista de Salud Pública*, 19(3), 393-395. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.68470>

- Hirayama, T., Fujimori, M., Ito, Y., Ishida, Y., Tsumura, A., Ozawa, M., Maeda, N., Yamamoto, K., Takita, S., Mori, M., Tanaka, K., Horibe, K., & Akechi, T. (2023). Feasibility and preliminary effectiveness of a psychosocial support program for adolescent and young adult cancer patients in clinical practice: A retrospective observational study. *Supportive Care in Cancer*, *31*(2), 146. <https://doi.org/10.1007/s00520-023-07596-8>
- Horbinski, C., Berger, T., Packer, R. J., & Wen, P. Y. (2022). Clinical implications of the 2021 edition of the WHO classification of central nervous system tumours. *Nature Reviews Neurology*, *18*(9), 515-529. <https://doi.org/10.1038/s41582-022-00679-w>
- Jackson, C. E., Gregor, K., Goetze, R. E., & Vanerian, S. S. (2020). Neuropsychologist Consultations in a Primary Care Setting. *The Annals of Family Medicine*, *18*(4), 375-375. <https://doi.org/10.1370/afm.2529>
- Jayakumar, N., Kennion, O., Villabona, A. R., Paranathala, M., & Holliman, D. (2020). Neurosurgical Referral Patterns During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: A United Kingdom Experience. *World Neurosurgery*, *144*, e414-e420. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2020.08.162>
- Jiménez, X. (2018). *Desarrollo de competencias y habilidades clínicas en el Servicio de Neurocirugía, la Unidad de Neurooncología y el Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital México* [Práctica dirigida para optar por el grado de licenciatura en Psicología, Universidad de Costa Rica]. <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/handle/123456789/6300>
- Jiménez, X., Salazar, M., Vindas, R., Esquivel, M. A., Gutiérrez, D., & Montero, P. (2022). Conciencia transoperatoria en personas operadas mediante craneotomía despierto. *Revista Chilena de NeuroPsicología*, *16*(1). https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8356406.pdf&ved=2ahUKEwiYuPjwsYmGAXVcr4QIHefbDxcQFnoECBoQAQ&usg=AOvVaw1xTYjK_7MmMsxMAjWQGVvH
- Johnson, D. (2018). Clinical Neuropsychology in Integrated Rehabilitation Care Teams. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *33*(3), 310-318. <https://doi.org/10.1093/arclin/acx126>
- Kanchan, A., Singh, A., Khan, N., Jahan, M., Raman, R., & Sathyanarayana Rao, T. (2018). Impact of neuropsychological rehabilitation on activities of daily living and community reintegration of patients with traumatic brain injury. *Indian Journal of Psychiatry*, *60*(1), 38. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_118_17

- Kasper, G., Hart, S., Samuel, N., Fox, C., & Das, S. (2022). Anxiety and depression in patients with intracranial meningioma: A mixed methods analysis. *BMC Psychology*, *10*(1), 93. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00797-6>
- Keller, A. V., Muller, C. M., Austin, T. A., Jak, A. J., & Twamley, E. W. (2023). Neuropsychological functioning, neurobehavioral symptoms, and community reintegration in unstably housed veterans with mental health conditions. *The Clinical Neuropsychologist*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/13854046.2023.2176364>
- Kidd, S. A., & Styron, T. H. (2020). A systematic review of the psychology literature addressing hospital practice. *American Psychologist*, *75*(3), 316-328. <https://doi.org/10.1037/amp0000498>
- Kim, H., Nho, J. H., Ko, E., Moon, K. S., & Jung, T. Y. (2020). Relationship among symptoms, resilience, post-traumatic growth, and quality of life in patients with glioma. *European Journal of Oncology Nursing*, *48*, 101830. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101830>
- Kolb, B., & Whishaw, I. Q. (2021). *Fundamentals of human neuropsychology* (Eighth edition). Worth Publishers/Macmillan Learning.
- Lanca, M., Giuliano, A. J., Sarapas, C., Potter, A. I., Kim, M. S., West, A. L., & Chow, C. M. (2020). Clinical Outcomes and Satisfaction following Neuropsychological Assessment for Adults: A Community Hospital Prospective Quasi-Experimental Study. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *35*(8), 1303-1311. <https://doi.org/10.1093/arclin/acz059>
- Lawrie, T. A., Gillespie, D., Dowswell, T., Evans, J., Erridge, S., Vale, L., Kernohan, A., & Grant, R. (2019). Long-term neurocognitive and other side effects of radiotherapy, with or without chemotherapy, for glioma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013047.pub2>
- Lester, A., Leach, P., & Zaben, M. (2021). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Traumatic Brain Injury Management: Lessons Learned Over the First Year. *World Neurosurgery*, *156*, 28-32. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2021.09.030>
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., Bigler, E. D., & Tranel, D. (2012). *Neuropsychological assessment* (5th ed.). Oxford University Press.
- Liang, S. Y., Liu, H. C., Lu, Y. Y., Wu, S. F., Chien, C. H., & Tsay, S. L. (2020). The Influence of Resilience on the Coping Strategies in Patients with Primary Brain Tumors. *Asian Nursing Research*, *14*(1), 50-55. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2020.01.005>
- López, P., & Velarde. (2021). *Generalidades de Psicología y salud* (Primera Edición). Universidad Pontificia Bolivariana. <https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/8225/generalidades%20de%20Psicología%20y%20salud.pdf?sequence=1>

- Loughan, A. R., Reid, M., Willis, K. D., Barrett, S., & Lo, K. (2023). The emotional journey of neuro-oncology: Primary brain tumor patients share their experience during this life-threatening disease. *Neuro-Oncology Practice*, *10*(1), 71-78. <https://doi.org/10.1093/nop/npac067>
- Loughan, A. R., Reid, M., Willis, K. D., Davies, A., Boutté, R. L., Barrett, S., & Lo, K. (2022). The burden of a brain tumor: Guiding patient centric care in neuro-oncology. *Journal of Neuro-Oncology*, *157*(3), 487-498. <https://doi.org/10.1007/s11060-022-03993-x>
- Louis, D. N., Perry, A., Wesseling, P., Brat, D. J., Cree, I. A., Figarella-Branger, D., Hawkins, C., Ng, H. K., Pfister, S. M., Reifenberger, G., Soffiatti, R., von Deimling, A., & Ellison, D. W. (2021). The 2021 WHO Classification of Tumors of the Central Nervous System: A summary. *Neuro-Oncology*, *23*(8), 1231-1251. <https://doi.org/10.1093/neuonc/noab106>
- Maas, A. I. R., Menon, D. K., Adelson, P. D., Andelic, N., Bell, M. J., Belli, A., Bragge, P., Brazinova, A., Büki, A., Chesnut, R. M., Citerio, G., Coburn, M., Cooper, D. J., Crowder, A. T., Czeiter, E., Czosnyka, M., Diaz-Arrastia, R., Dreier, J. P., Duhaime, A.-C., ... Zumbo, F. (2017). Traumatic brain injury: Integrated approaches to improve prevention, clinical care, and research. *The Lancet Neurology*, *16*(12), 987-1048. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(17\)30371-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(17)30371-X)
- Malec, J. (2017). Assessment for neuropsychological rehabilitation planning. En B. A. Wilson, J. Winegardner, C. M. van Heugten, & T. Ownsworth (Eds.), *Neuropsychological rehabilitation: The international Handbook* (Vol. 1). Routledge, Taylor & Francis Group.
- Miller, D. C., & Maricle, D. E. (2019). *Essentials of school neuropsychological assessment* (Third edition). Wiley.
- Miotto, E. C. (2022). Non-pharmacological Interventions in Acquired and Age-Related Cognitive Disorders. *Frontiers in Neurology*, *13*, 878141. <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.878141>
- Molinari, M. (2015). *Evaluación neuropsicológica en pacientes con tumores cerebrales del servicio de Neurocirugía del Hospital México* [Práctica dirigida para optar por el grado de licenciatura en Psicología, Universidad de Costa Rica]. <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/handle/123456789/6452>
- Mondini, S., Cappelletti, M., & Arcara, G. (2023). *Methodology in neuropsychological assessment: An interpretative approach to guide clinical practice*. Routledge.
- Moreale, R., Campanella, F., Marin, F., Skrap, M., & Palese, A. (2017). Emotional concerns and coping strategies in Low Grade Glioma patients and reliability of their caregivers in reporting these concerns: Findings from a cross-sectional study. *European Journal of Oncology Nursing*, *30*, 113-119. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.08.010>

- Morrow, E. L., Patel, N. N., & Duff, M. C. (2021). Disability and the COVID-19 Pandemic: A Survey of Individuals With Traumatic Brain Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 102(6), 1075-1083. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.01.064>
- Nabasny, A., & Juengst, S. (2023). The Relationship Between Childhood Trauma History and Neurobehavioral Symptoms Following Traumatic Brain Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 104(3), e56-e57. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2022.12.164>
- Nejati, V. (2023). *PRINCIPLES OF COGNITIVE REHABILITATION*. ELSEVIER ACADEMIC PRESS.
- Ng, S., Herbet, G., Lemaitre, A. L., Cochereau, J., Moritz, S., & Duffau, H. (2021). Neuropsychological assessments before and after awake surgery for incidental low-grade gliomas. *Journal of Neurosurgery*, 135(3), 871-880. <https://doi.org/10.3171/2020.7.JNS201507>
- Obispo, B., Cruz, P., Jiménez, P., Rogado, J., Hernandez, R., Castillo, O. A., Asensio, E., González, M., Carmona, A., & Calderon, C. (2022). Anxiety and depression in patients with advanced cancer during the COVID-19 pandemic. *Supportive Care in Cancer*, 30(4), 3363-3370. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06789-3>
- Oosterhuis, E. J., Slade, K., May, P. J. C., & Nuttall, H. E. (2022). Toward an Understanding of Healthy Cognitive Aging: The Importance of Lifestyle in Cognitive Reserve and the Scaffolding Theory of Aging and Cognition. *The Journals of Gerontology: Series B*, gbac197. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbac197>
- Ortega, A. (2013). *La inserción y rol del psicólogo en el ambiente hospitalario: Aproximación a las necesidades de la práctica clínica psicológica en el Servicio de Neurocirugía y la Unidad de Neuro-Oncología del Hospital México* [Práctica dirigida para optar por el grado de licenciatura en Psicología, Universidad de Costa Rica]. [La inserción y rol del psicólogo en el ambiente hospitalario: aproximación a las necesidades de la práctica clínica psicológica en el Servicio de Neurocirugía y la Unidad de Neuro-Oncología del Hospital México](https://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/handle/123456789/2376)
- Ortiz, J. (2014). *Inserción profesional de la Psicología en el ambiente hospitalario y la práctica clínica en el Servicio de Neurocirugía y la Unidad de Neuro-Oncología del Hospital México* [Práctica dirigida para optar por el grado de licenciatura en Psicología, Universidad de Costa Rica]. <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/handle/123456789/2376>
- Oteri, V., Martinelli, A., Crivellaro, E., & Gigli, F. (2021). The impact of preoperative anxiety on patients undergoing brain surgery: A systematic review. *Neurosurgical Review*, 44(6), 3047-3057. <https://doi.org/10.1007/s10143-021-01498-1>
- Owensworth, T., Dwan, T., Chambers, S., Walker, D. G., & Shum, D. H. K. (2014). The moderating effect of estimated pre-morbid IQ on the relationship between neuropsychological status and

- subjective well-being after brain tumour. *Journal of Psychosomatic Research*, 76(3), 257-260. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.12.008>
- Pamias, E. F., Ramos, A., ReFaey, K., & Quinones, A. (2019). Awake Versus Non-awake Surgery for Brain Surgery. En *Comprehensive Overview of Modern Surgical Approaches to Intrinsic Brain Tumors* (pp. 277-290). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-811783-5.00015-X>
- Parsons, M. W., & Dietrich, J. (2023). Assessment and Management of Cognitive Symptoms in Patients With Brain Tumors. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 41, 90-99. https://doi.org/10.1200/EDBK_320813
- Pertz, M., Kowalski, T., Jetschke, K., Schmieder, K., Schlegel, U., & Miller, D. (2022). Pre- and postoperative self-reported and objectively assessed neurocognitive functioning in lower grade glioma patients. *Journal of Clinical Neuroscience*, 106, 185-193. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2022.10.026>
- Peterson, R. K., Ng, R., Ludwig, N. N., & Jacobson, L. A. (2023). Tumor region associated with specific processing speed outcomes. *Pediatric Blood & Cancer*, 70(3). <https://doi.org/10.1002/pbc.30167>
- Platz, T., & Owolabi, M. (2021). Clinical Pathways in Stroke Rehabilitation: Background, Scope, and Methods. En T. Platz (Ed.), *Clinical Pathways in Stroke Rehabilitation* (pp. 15-34). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-58505-1_2
- Pranckeviciene, A., Deltuva, V. P., Tamasauskas, A., & Bunevicius, A. (2017). Association between psychological distress, subjective cognitive complaints and objective neuropsychological functioning in brain tumor patients. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 163, 18-23. <https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2017.10.007>
- Prigatano, G. P. (1996). Edwin A. Weinstein's Contributions to Neuropsychological Rehabilitation. *Neuropsychological Rehabilitation*, 6(4), 305-326. <https://doi.org/10.1080/713755515>
- Proctor, R. W., & Vu, K. P. L. (2019). How psychologists help solve real-world problems in multidisciplinary research teams: Introduction to the special issue. *American Psychologist*, 74(3), 271-277. <https://doi.org/10.1037/amp0000458>
- Puente, A. E., & McCaffrey, R. J. (Eds.). (1992). *Handbook of Neuropsychological Assessment: A Biopsychosocial Perspective*. Springer US. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0682-3>
- Quesada, M. J. (2015). *Implementación de un programa de acompañamiento psicológico y psicoeducación para pacientes con patología tumoral cerebral y sus familiares en el Servicio de Neurocirugía del Hospital México* [Práctica dirigida para optar por el grado de licenciatura en Psicología, Universidad de Costa Rica]. <http://repo.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/handle/123456789/7377>

- Reuter, P. A., & Park, D. C. (2014). How Does it STAC Up? Revisiting the Scaffolding Theory of Aging and Cognition. *Neuropsychology Review*, 24(3), 355-370. <https://doi.org/10.1007/s11065-014-9270-9>
- Reynoso, V., Silva, J., Fernández, T., & Mondragón, A. (2018). Principales efectos de la reserva cognitiva sobre diversas enfermedades: Una revisión sistemática. *Psiquiatría Biológica*, 25(2), 53-67. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2018.02.005>
- Sadighi, N., Talari, H., Zafarmandi, S., Ahmadianfard, S., Baigi, V., Fakharian, E., Moussavi, N., & Sharif-Alhoseini, M. (2023). Prediction of in-hospital outcomes in patients with traumatic brain injury using computed tomographic scoring systems: A comparison between Marshall, Rotterdam, and Neuroimaging Radiological Interpretation Systems. *World Neurosurgery*, S1878875023003893. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2023.03.067>
- Salazar, M. (2012). *NeuroPsicología y envejecimiento: El potencial de la memoria autobiográfica en investigación e intervención clínica*. 31(5), 123-146.
- Salazar, M., Ortega, L. E., Ortiz, J., Esquivel, M. A., Vindas, R., & Montero, P. (2016). Calidad de vida en pacientes costarricenses con tumores cerebrales: Aportes de la Neuropsicología. *Actualidades en Psicología*, 30(121), 49. <https://doi.org/10.15517/ap.v30i121.24417>
- Salazar, M., Prada, I., Ortega, L. E., Víquez, D., y Calvo, J. (2023). Disrupción biográfica y discapacidad cognitiva en el Daño Cerebral adquirido. Visibilización narrativa. *Revista Española de Discapacidad*, 11(1), 163-186. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.11.01.08>
- Sarafino, E. P., & Smith, T. W. (2022). *Health psychology: Biopsychosocial interactions* (Tenth edition). Wiley.
- Seger, W. (2018). The rediscovery of the social side of medicine: Philosophy and value of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Electronic Physician*, 10(3), 6426-6429. <https://doi.org/10.19082/6426>
- Serrano, M. (2020). *Diseño de un modelo intrahospitalario de estimulación neuropsicológica dirigido a personas con Daño Cerebral adquirido, atendidas en el Servicio de Neurocirugía del Hospital México* [Práctica dirigida para optar por el grado de licenciatura en Psicología, Universidad de Costa Rica]. [Diseño de un modelo intrahospitalario de estimulación neuropsicológica dirigido a personas con Daño Cerebral adquirido, atendidas en el Servicio de Neurocirugía del Hospital México](https://doi.org/10.15517/ap.v30i121.24417)
- Serrano, M., Salazar, M., Ortega, L. E., Jurado, A. M., y Esquivel, M. A. (2022). Diseño de un modelo intrahospitalario de estimulación neuropsicológica para pacientes costarricenses con Daño Cerebral adquirido. *Revista Iberoamericana de NeuroPsicología*, 5(2), 54-73.


- Silva, M., & Ramos, C. (2021). Etiología del Daño Cerebral: Un Aporte Neuropsicológico en su Construcción Teórica (Primera Parte). *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 30(1), 154-165. <https://doi.org/10.46997/revecuatneurol30100154>
- Silverberg, N. D., & Mikolić, A. (2023). Management of Psychological Complications Following Mild Traumatic Brain Injury. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 23(3), 49-58. <https://doi.org/10.1007/s11910-023-01251-9>
- Singh, A. (2023). *Decreasing Brain Functional Network Segregation with Healthy Aging* [Maester of science, University of Calgary]. <https://prism.ucalgary.ca/items/2bce49ad-b27d-40c6-ad2e-6dcd2fcbc40b>
- Sohlberg, M. M., & Mateer, C. A. (Eds.). (2001). *Cognitive rehabilitation: An integrative neuropsychological approach*. Guilford Press.
- Sohlberg, M. M., Hamilton, J., & Turkstra, L. (2023). *Transforming cognitive rehabilitation: Effective instructional methods*. The Guilford Press.
- Staub, F., Radtke, O., Hänggi, D., Sabel, M., & Rapp, M. (2022). Impact of Anticipated Awake Surgery on Psychooncological Distress in Brain Tumor Patients. *Frontiers in Oncology*, 11, 795247. <https://doi.org/10.3389/fonc.2021.795247>
- Terneusen, A., Winkens, I., van Heugten, C., Stapert, S., Jacobs, H. I. L., Ponds, R., & Quaedflieg, C. (2023). Neural Correlates of Impaired Self-awareness of Deficits after Acquired Brain Injury: A Systematic Review. *Neuropsychology Review*, 33(1), 222-237. <https://doi.org/10.1007/s11065-022-09535-6>
- Thakkar, P., Greenwald, B., & Patel, P. (2020). Rehabilitation of Adult Patients with Primary Brain Tumors: A Narrative Review. *Brain Sciences*, 10(8), 492. <https://doi.org/10.3390/brainsci10080492>
- The Society of British Neurological Surgeons. (2021). *COVID-19 Guidelines*. <https://www.sbns.org.uk/index.php/policies-and-publications/covid/>
- Vahid, N. (2022). *Principles of Cognitive Rehabilitation*.
- Valerio, L. (2010). *Crecimiento de infraestructura en el Hospital México 2010-2020*. Congreso CIC, San José: Colegio de Ingenieros Civiles de Costa Rica.
- Van Bost, G., Van Damme, S., & Crombez, G. (2022). Goal adjustment and well-being after an acquired brain injury: The role of cognitive flexibility and personality traits. *PeerJ*, 10, e13531. <https://doi.org/10.7717/peerj.13531>
- Verdugo, M. A., Aza, A., Orgaz, M. B., Fernández, M., & Amor, A. M. (2021). Longitudinal study of quality of life in acquired brain injury: A self- and proxy-report evaluation. *International*

- Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(2), 100219.
<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.100219>
- Verdugo, M. A., Fernández, M., Gómez, L. E., Amor, A. M., & Aza, A. (2019). Predictive factors of quality of life in acquired brain injury. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 19(3), 189-197. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.06.004>
- Vergara, S. (2018). *La Redefinición del Rol del Psicólogo/a en Contextos de Salud Pública hacia el Compromiso con una Salud Integral que Abarque Aspectos Clínicos y Comunitarios, con Prácticas Adaptadas a cada Contexto Sociopolítico*.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1870-350X2018000100005&script=sci_abstract&tlng=es
- Waltzman, D., Miller, G. F., Patel, N., Sarmiento, K., Breiding, M., & Lumba, A. (2023). Neuroimaging for mild traumatic brain injury in children: Cross-sectional study using national claims data. *Pediatric Radiology*. <https://doi.org/10.1007/s00247-023-05633-6>
- Wang, Y., Guo, S., Wang, N., Liu, J., Chen, F., Zhai, Y., Wang, Y., Jiao, Y., Zhao, W., Fan, C., Xue, Y., Gao, G., Ji, P., & Wang, L. (2023). The clinical and neurocognitive functional changes with awake brain mapping for gliomas invading eloquent areas: Institutional experience and the utility of The Montreal Cognitive Assessment. *Frontiers in Oncology*, 13, 1086118. <https://doi.org/10.3389/fonc.2023.1086118>
- Watson, W. D., Lahey, S., Baum, K. T., Hamner, T., Koterba, C. H., Alvarez, G., Chan, J. B., Davis, K. C., DiVirgilio, E. K., Howarth, R. A., Jones, K., Kramer, M., Tlustos, S. J., Zafiris, C. M., & Slomine, B. S. (2023). The role of the Neuropsychologist across the stages of recovery from acquired brain injury: A summary from the pediatric rehabilitation Neuropsychology collaborative. *Child Neuropsychology*, 29(2), 299-320. <https://doi.org/10.1080/09297049.2022.2086691>
- WHO. (2021a). *Health Promotion Glossary of Terms 2021*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>
- WHO. (2021b). *The Geneva Charter for Well-being*. <https://www.who.int/publications/m/item/the-geneva-charter-for-well-being>
- Wilson, B. A. (Ed.). (2009). *Neuropsychological rehabilitation: Theory, models, therapy and outcome*. Cambridge University Press.
- Wilson, B. A., Winegardner, J., Heugten, C. M. van, & Ownsworth, T. (Eds.). (2017). *Neuropsychological rehabilitation: The international handbook*. Routledge, Taylor & Francis Group.

- Wood, L., Williams, C., Billings, J., & Johnson, S. (2019). The role of psychology in a multidisciplinary psychiatric inpatient setting: Perspective from the multidisciplinary team. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(4), 554-564. <https://doi.org/10.1111/papt.12199>
- Youn, S. H., Ha, B., Lee, E., Park, B., Yang, S. E., Yu, E., & Kim, J. (2022). Neurocognitive and psychological functioning of pediatric brain tumor patients undergoing proton beam therapy for three different tumor types. *Pediatric Blood & Cancer*, 69(3). <https://doi.org/10.1002/pbc.29430>
- Zhao, K., Yu, C., Gan, Z., Huang, M., Wu, T., & Zhao, N. (2020). Rehabilitation therapy for patients with glioma: A PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 99(45), e23087. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000023087>

12. Anexos

12.1. Anexo 1: Consentimiento Informado del Servicio de Psicología y Psiquiatría utilizado

 Caja Costarricense de Seguro Social		
Formulario de Consentimiento Informado General		
Establecimiento de salud	Servicio	
Nombre del usuario	Nº de Identificación	Edad
Nombre del profesional que informa	Código profesional	
Nombre del profesional que realiza el procedimiento	Código profesional	

*Este formulario debe ser completado por todo funcionario de la CCSS antes de desarrollar cualquiera de las actividades sujetas de consentimiento informado escrito por parte de las personas usuarias de los servicios de salud que brinda la Institución, de conformidad con Artículo 75, inciso b) del Reglamento del Seguro de Salud, el Artículo 40 del Reglamento del Expediente de Salud y el Artículo 12 del Reglamento de Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial en la Caja Costarricense de Seguro Social y las demás normas atinentes a la materia.
Lea cuidadosamente y consulte al profesional cualquier duda que le surja.*

Yo, _____, en mi condición de:

usuario

padre, madre o representante legal de _____

doy mi consentimiento informado para:

Autorización para procedimientos o intervenciones
Que se realice por parte del personal autorizado del centro de salud, los procedimientos o intervenciones que a continuación se detallan, y que me fueron previamente explicados:

Procedimientos o programas	Riesgos más frecuentes y graves:
1.1 _____	1.1 _____
1.2 _____	1.2 _____
1.3 _____	1.3 _____
1.4 _____	1.4 _____

Riesgos personalizados:
El profesional me ha explicado y anotado en observaciones las condiciones médicas, psicológicas y sociales que puedan generarme algún riesgo adicional para el procedimiento o intervención que me propone.

1-70-03-0560 1



Autorización para participación de estudiantes

Que los estudiantes cubiertos por el Reglamento para la Actividad Clínica Docente de la CCSS, claramente identificados y bajo la supervisión del docente encargado, puedan participar en los exámenes y procedimientos que me sean realizados en los servicios de salud institucionales, con excepción de _____

- Sí Autorizo
- No Autorizo

Dudas

Consulte al profesional si tiene alguna duda respecto al procedimiento, consecuencias y riesgos derivados de este. El profesional explicará y anotará en observaciones las dudas que usted le exponga.

Observaciones

El profesional de salud me ha explicado y anotado en este recuadro la efectividad probable del procedimiento intervención propuesta, según mi condición.

Firmas del funcionario y del usuario

Con base en la información y explicación que el profesional me ha brindado, declaro que toda la información que he brindado sobre mi condición de salud es cierta, y que no he omitido ningún aspecto que me hubiera sido preguntado, que me han explicado oralmente respecto al procedimiento o intervención: cómo se realiza, riesgos, complicaciones, alternativas y me han aclarado las dudas y que conozco que existe la posibilidad de cambiar de opinión sobre la realización del procedimiento o intervención.

De manera libre y voluntaria completo la siguiente información:

¿Acepta someterse al procedimiento o intervención propuesta?	(SI)	(NO)
_____ Firma o huella del usuario	_____ Fecha	_____ Hora
_____ Firma o huella del representante (si procede)	_____ Fecha	_____ Hora
_____ Firma del profesional que informa	_____ Fecha	_____ Hora

12.2. Anexo 2: Protocolo de Acompañamiento Intrahospitalario y de Preparación psicológica para el Egreso de Pacientes y Familiares del Servicio de Neurocirugía

Abordaje de pacientes hospitalizados

Previo a la cirugía

1. Se recomienda que la persona profesional en Psicología se integre a los pases diarios de visita médica, donde se valoran los casos internados en salón de hospitalización.
 - a. Identificar a los usuarios que podrían beneficiarse de algún tipo de intervención psicológica.
 - b. Reconocer y diferenciar a las personas pacientes internadas más recientemente, a quienes tienen un internamiento prolongado, como factor de riesgo para el síndrome de desmoralización.
 - c. Consultar al personal médico del Servicio para identificar a los usuarios que necesiten prioridad de acompañamiento.
 - d. Durante la visita, una posición de enlace entre el usuario y el equipo neuroquirúrgico, para traducir y mejorar la comunicación inmediatamente o posterior a la visita.
 - e. Solicitar al equipo tratante la IC.
2. Se revisa el expediente de la persona paciente en EDUS, se identifica su historial médico tomando especial atención en:
 - a. Antecedentes médicos relevantes como cirugías previas u hospitalizaciones.
 - b. Historial de atención psicológica, psiquiátrica y de trabajo social.
 - c. Trayectoria médica diagnóstica.
 - d. Diagnóstico actual y plan de intervención médico-quirúrgica.
3. Se visita a la persona paciente, se hace una presentación profesional y se realiza una explicación del motivo de la visita.
 - a. Pueden existir objetivos de acompañamiento específicos individualizados, pero se recomienda que de forma general se busque generar un acompañamiento emocional que permita a la persona comunicar su experiencia de internamiento, dudas, malestar o necesidades. El abordaje también debe incluir un proceso psicoeducativo.
 - b. Algunas personas pueden sorprenderse por ser visitadas por un profesional de Psicología sin haberlo solicitado y tener creencias preconcebidas sobre la profesión. Es importante aclarar el motivo de la visita con sinceridad, y aclarar que se busca un acompañamiento en beneficio de la persona.
 - c. En ocasiones la persona paciente puede estar siendo visitada en interconsulta por otro profesional en Psicología, en este caso se recomienda no duplicar procesos, pero estar a disposición de la persona paciente y comunicarse con la persona profesional que ha brindado la atención.
 - d. Algunas personas pueden presentar síntomas psicológicos relevantes asociados con condiciones específicas que han sido identificadas por el profesional médico, como por ejemplo ataques de pánico o episodios de desorientación. Se recomienda que estas situaciones se atiendan con prioridad.
4. Realizar una exploración breve de la historia de la persona y su vivencia de la enfermedad. La indagación no tiene necesariamente que ser tan detallada como una entrevista clínica, pero debe de procurar servir como una oportunidad para conocer la experiencia emocional del internamiento.
 - a. Revisar si ya existe una entrevista clínica psicológica previa que pueda aportar información importante sobre la persona.
 - b. Considerar el estado médico actual de la persona (por ejemplo, si presenta dolor o está bajo la influencia de algún medicamento con efectos secundarios).
 - c. Algunas personas pacientes pueden presentar cuadros confusionales conocidos como

Delirium. El delirium es un síndrome médico-cerebral, no psiquiátrico, su etiología es compleja y multifactorial, con factores predisponentes y precipitantes diversos. No abordarlo puede producir deterioro en las funciones cognitivas de la persona paciente. Las siguientes recomendaciones parten del programa HELP (*Hospital Elder Life Program*).

- i. Identificar factores de riesgo.
 1. Pacientes con una edad mayor a 65 años están a mayor riesgo de delirium.
 2. Considerar condiciones de base que incrementan el riesgo como depresión, condiciones médicas crónicas, polifarmacia, discapacidades sensoriales o deterioro cognitivo (conocido como demencia).
 3. Identificar factores precipitantes como estados agudos de enfermedad u hospitalización.
- ii. Proveer de intervenciones re-orientadoras:
 1. Recomendaciones para la comunicación (*SMILE del Regional Geriatric Program of Toronto*)
 - a. S: Mantener la calma, ir despacio y ser paciente.
 - b. M: Mantener contacto visual y posicionarse en un lugar donde la persona pueda observarle.
 - c. I: Introducirse, llamar a la persona por su nombre y explicarle cuál es el motivo de su visita.
 - d. L: Escuchar activamente, manteniendo un lenguaje e instrucciones simples.
 - e. E: Empatizar y vincularse con la persona.
 2. Presentarse de forma sencilla y frecuente para orientar a la persona durante el día. Por ejemplo: “*Hola, _____ (nombre preferido). Mi nombre es _____, y yo soy _____(función). Estás en el hospital _____ porque te enfermaste. Hoy es _____(Día/mes/fecha/tiempo). ¿Puedo ayudarte en algo?*”
 3. Reorientar a la persona con afecto, haciendo escucha empática de lo que dice y validando sobre todo los sentimientos más allá del contenido. “*Comprendo que esta experiencia es muy difícil y puedes tener miedo. Yo quiero ayudarte. ¿Cómo puedo ayudarte?*”
 4. Reorientar sin confrontar de manera sencilla, validando los sentimientos. “*Entiendo que creas que esto está sucediendo y puede ser confuso, pero lo que sucede es _____.*”
- iii. Facilitar un calendario o pizarra con la fecha actual.
- iv. Realizar actividades de estimulación cognitiva como crucigramas, sopas de letras o rompecabezas.
 - v. Buscar que la persona tenga visita de sus familiares y cuidadores. Si es necesario gestionar la posibilidad de una videollamada.
 - vi. Optimizar la información sensorial, asegurándose que la persona tiene sus anteojos o ayudas para la escucha.
 - vii. Procurar el movimiento y la hidratación. Al igual que informar al personal de enfermería la presencia de un cuadro confusional para el abordaje protocolario desde esta disciplina.
 - viii. Proveer de psicoeducación a la familia sobre lo que es el delirium y recomendaciones (ver sección de psicoeducación familiar más adelante).
- d. Valorar si el momento de la intervención es el más oportuno (por ejemplo, evitar realizar el acompañamiento en momentos de visita familiar).

- e. Se recomienda explorar los siguientes dominios:
 - i. Generalidades de la historia de vida y médica
 - 1. Algunas personas pueden haber experimentado acontecimientos médicos personales o familiares que hayan ocasionado un impacto emocional importante o proveído de estrategias de afrontamiento para su situación actual. Suele existir una tendencia a valorar la experiencia actual de enfermedad basada en vivencias pasadas.
 - 2. También es relevante saber cómo la persona ha experimentado psicológicamente estos eventos.
 - ii. Ruta diagnóstica y vivencia de la enfermedad antes del internamiento.
 - 1. Se considera relevante explorar el impacto emocional del proceso de diagnóstico de enfermedad, dado que esta experiencia es particular para cada persona.
 - 2. De igual manera, es importante identificar si la persona conoce con claridad su diagnóstico actual o intuye qué es lo que el equipo tratante puede estar buscando, si no lo conoce o tiene dudas se recomienda informar al equipo médico para que este provea de una explicación clara que sea satisfactoria para la persona; esto aplica también para el proceso de abordaje médico que se vaya a ofrecer.
 - 3. La experiencia de internamiento y cirugía suelen movilizar emocionalmente a las personas, por lo que la aplicación de estrategias de contención, validación, empatía y psicoeducación son relevantes.
 - 4. Algunas personas reportan cambios emocionales, cognitivos, emocionales y funcionales además de sintomatología física. Es importante proveer de psicoeducación sobre la relación entre esta sintomatología y el diagnóstico.
 - iii. Recursos personales y sociales
 - 1. Explorar formas de afrontamiento hacia situaciones difíciles a lo largo de la vida.
 - 2. Indagar redes de apoyo, vinculación y experiencia del internamiento por parte de la familia, preocupaciones o malestares relacionados con estas relaciones.
 - 3. Indagar recursos espirituales o creencias religiosas que sean de apoyo para las personas.
 - 4. También es importante conocer el plan de recuperación postoperatorio y si este involucra a persona cuidadoras específicas o cambios en la dinámica o contexto del hogar.
 - iv. Preocupaciones durante el internamiento
 - 1. Realizar un proceso de exploración y escucha empática de las preocupaciones de la persona durante el internamiento o el proceso médico a experimentar.
 - 2. Se recomienda informar a la persona desde la empatía, el respeto y el criterio médico-científico sin olvidar el lenguaje sencillo, explicaciones cortas y uso de recursos visuales.
 - 3. Algunas preocupaciones pueden ser apaciguadas por medio de brindar información médica. Por lo que es necesario colaborar multidisciplinariamente para informar y resolver las dudas de las personas pacientes.
 - 4. Identificar personas pacientes con severas dificultades en la comunicación o con una funcionalidad altamente deteriorada.
 - a. Utilizar recursos de comunicación no verbales para el

acompañamiento. Pueden crearse canales de comunicación adaptados como respuestas por medio de parpadeos o movilización de dedos.

- v. Preocupaciones posteriores al internamiento: laborales, sociales o funcionales
 1. Se recomienda indagar cualquier preocupación de la persona luego de su internamiento. En ocasiones estas dudas pueden vincularse a temores relacionados con la experimentación de secuelas luego de los procesos médicos o problemas de vida actuales que aquejan durante el internamiento.
 2. La exploración debe de considerar dominios de funcionalidad diversos y no minimizar cualquier preocupación de la persona.
 3. Es esencial que la persona conozca y comprenda los riesgos de la intervención médica luego que esta haya sido definida.
 4. El acompañamiento psicológico debe disponer de información certera y procurar permitirle a la persona visualizar la diversidad de recursos institucionales que pueden estar a su disposición.
 5. Explicar la importancia de la adherencia al tratamiento y recomendaciones de recuperación.
5. Entrenamiento en estrategias para el manejo emocional y cognitivo del malestar.
 - a. Se recomienda proveer de estrategias de regulación emocional y cognitiva como técnicas de respiración, relajación, imaginación visual, *grounding*, y manejo de distorsiones cognitivas. Las técnicas deben de ser específicas para cada caso y supervisadas con anterioridad.
 - b. Otros materiales como libros, crucigramas, sopas de letras o actividades de neurorehabilitación intrahospitalaria pueden ser de utilidad para beneficiar la estadía hospitalaria. El Servicio de Neurocirugía tiene a disposición una librería en constante expansión que es un recurso para pacientes.
6. Reportar el proceso de acompañamiento y dejar constancia detallada en el expediente de la persona

Acompañamiento postoperatorio

1. Identificar a personas pacientes recientemente operadas por medio pases diarios de visita médica o la referencia directa del personal médico.
2. Conocer el expediente médico de la persona, considerando:
 - a. Localización, extensión y clasificación de la lesión
 - b. Abordaje realizado
 - c. Experiencia y resultado del abordaje quirúrgico
1. Identificar si la persona fue previamente acompañada por alguna persona profesional en Psicología y si posee notas en su expediente sobre su estado previo a la cirugía.
 - a. Si no fue acompañada, el acompañamiento requiere de especificidades debido a la condición de la persona.
 - b. Además, en ocasiones las personas son reintervenidas, lo que requiere explorar la vivencia previa de las secuelas y la posición emocional frente a revivir la experiencia de internamiento.
 - c. Si se realiza una entrevista clínica breve esta no debe sobrecargar a la persona y considerar cuidadosamente su estado funcional, evitando forzarle durante periodos de molestia física.
2. Visita a la persona paciente y comunicación del motivo de la visita.
 - a. Considerar el estado clínico de la persona y dar prioridad al abordaje de situaciones como periodos de desorientación. Utilizar técnicas científicas y éticas para el acompañamiento.

- b. Existen pacientes cuya condición clínica se ve deteriorada intensamente luego de sus cirugías, en este caso el acompañamiento puede realizarse con adaptaciones como estrategias de comunicación no verbal; involucrar a las personas familiares es indispensable en estos casos.
 - c. Considerar el tiempo de intervención luego de la cirugía, dado que variables fisiológicas y neurológicas influyen en el estado clínico de la persona. El acompañamiento tiene que ser conciso, no demandante y esencialmente informativo.
3. Brindar psicoeducación sobre el proceso de recuperación de una intervención neuroquirúrgica.
- a. Esta información debe partir de las particularidades de cada caso individual, su abordaje quirúrgico y resultado.
 - b. Se recomienda que los primeros dominios a abordar sean los que la persona paciente establezca como de mayor preocupación. Por ejemplo, algunas personas refieren preocupación por experimentar dolor o conocer el resultado de su operación. Deben de tomarse las consideraciones necesarias en cada caso y trabajar multidisciplinariamente con el equipo médico para brindar información.
 - i. Brindar una explicación general del proceso de secuelas de las intervenciones neuroquirúrgicas. A continuación, se presenta una metáfora para explicar las secuelas cerebrales:
 - 1. *“Podemos pensar que nuestro cerebro es como una gran tela de araña que ha sido construida a lo largo del tiempo. La araña encargada de este trabajo ha remodelado su casa conforme pasa el tiempo, haciéndola diferente a la de las demás personas. Cuando se experimenta una cirugía de cerebro es como si cayera una lluvia sobre la tela de araña. En la naturaleza cuando esto pasa las telas de araña resisten algunas gotas, pero hay ciertas partes de ellas que se rompen. Sin embargo, cuando las lluvias van pasando, la araña va poco a poco y pacientemente reconstruyendo su tela de araña. Cuando hace estas reparaciones algunas partes de la tela de araña no quedan igual que antes y esto es lo que se conocen como las secuelas de la lluvia. Al igual que la araña, nuestro cerebro va reconstruyendo aquellas partes afectadas por la cirugía. Durante este tiempo se presentan algunas secuelas en nuestras emociones, conducta o en nuestras capacidades cognitivas. Estas reparaciones toman su tiempo, necesitan de paciencia, comprensión, acompañamiento de nuestra familia y procesos de rehabilitación”.*
 - ii. Se recomienda ahondar en algunas secuelas específicas a dominios del funcionamiento con ejemplos sencillos de explicar. En caso de que la persona haya experimentado afectaciones psicológicas previo al internamiento, por su enfermedad, este es un buen tiempo para conversar sobre ellas.
 - c. Por lo general a las personas les preocupa el tiempo de recuperación, la gravedad de las secuelas o el impacto en su vida cotidiana y profesional. Se recomienda resaltar la importancia de la recuperación pausada y basada en el día a día (“Un día a la vez”).
 - i. Indagar comunes secuelas específicas al diagnóstico de enfermedad y considerando estudios científicos. Estos estudios suelen mencionar que la gran mayoría de personas con Daño Cerebral Adquirido experimentan una fase aguda de cambios emocionales y secuelas físicas. Las afectaciones funcionales y cognitivas suelen estar más presentes cuando las personas se enfrentan a sus actividades cotidianas y viven una experiencia de contraste en su rendimiento actual con respecto al pasado. Posteriormente a esto, se suele vivir un proceso de cambio en identidad que se encapsula en sentirse como “no ser el mismo”, “sentir que las cosas han cambiado” o “no poder funcionar como antes”.

- ii. Conversar y redirigir a expectativas realistas de recuperación.
 - iii. Promover formas de pensamiento y diálogos internos que promuevan menores juicios de valor o culpabilidad, enfocándose en la autocompasión como componente que promueve la recuperación.
 - d. Debe de procurarse proveer, por parte de las personas médicas tratantes, información sobre posibles secuelas médicas a experimentar como dolores de cabeza, mareos y secuelas físicas. Además de señales de alerta para recurrir a emergencias, como aquellas relacionadas al estado de la herida, secreciones, fiebre o malestar intenso.
4. Facilitar recomendaciones para volver al hogar y promover el proceso de recuperación. Estos consejos pueden incluir, pero no limitarse a:
- a. Seguir las recomendaciones médicas al pie de la letra, al igual que el tratamiento.
 - b. Intentar regresar a las actividades de la vida cotidiana de forma paulatina. Al retomar estas actividades hacerlo de manera pausada, procurando ejecutar un paso a la vez.
 - c. Simplificar las tareas y responsabilidades, al igual que la comunicación con las demás personas.
 - d. Concentrarse en la recuperación y minimizar las preocupaciones sobre los problemas de la casa o el futuro.
 - e. Puede haber quejas de dolor en la cabeza u otros malestares. Algunos de ellos pueden ser procesos de desinflamación de la herida y no del cerebro. Sin embargo, es importante no dudar en recurrir a los servicios de emergencias si se identifica alguna señal de alerta mencionada por el equipo médico.
 - f. Se recomienda propiciar el movimiento y la activación. Por ejemplo, se puede comer en familia en la mesa y conversar, salir a caminar (7 días después) o realizar actividad física leve.
 - g. Tener espacios de descanso. La fatiga es un síntoma muy común luego de las operaciones.
 - h. Procurar que el sueño sea de calidad. Si es necesario, consultar con su médico los tratamientos recomendados.
 - i. Es importante hacer las modificaciones necesarias en el hogar dado que muchas veces pueden presentarse secuelas como mareos y desequilibrio, así se evitan caídas.
 - j. Se pueden auto experimentar o nos pueden hacer ver cambios emocionales, como apatía, enojo, impulsividad, tristeza, llanto repentino o “cambios de personalidad”. Estos cambios son secuelas del tratamiento u operación que pueden resolverse en 6 meses o 1 año cuando baje la inflamación cerebral. Sin embargo, algunas secuelas permanecen e implican cambios en la funcionalidad. Existen servicios profesionales hospitalarios de acompañamiento neuropsicológico que pueden ser solicitados.
5. Proveer de material psicoeducativo físico y digital realizado con anterioridad en Prácticas Dirigidas o que provengan de actividades vinculadas al proyecto de investigación sobre Daño Cerebral Adquirido del Instituto de Investigaciones Psicológicas. Alguno de los materiales disponibles es:
- a. Cuidando a un ser querido con un tumor cerebral: experiencia que puede ser gratificante
 - b. Aprendido a entender y manejar las crisis convulsivas
 - c. Más Allá del Daño Cerebral Adquirido: Vivencia personal y familiar
 - d. Recursos disponibles en la página web del proyecto Narrativas del Daño Cerebral Adquirido del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de Costa Rica.

Psicoeducación familiar

Recomendaciones para antes de la operación:

1. Facilitarle al familiar internado objetos de cuidado personal básicos permitidos de ser ingresados, al igual que objetos que proveen confianza y seguridad (fotografías, biblia, libros...) y artículos que ayuden a un mejor descanso (audífonos, antifaces...). Además, puede traer los medicamentos de la persona paciente y tomarlos con regularidad. Si fuera necesario, el personal de enfermería le proveerá de su medicación habitual.
2. Si es necesario resguardar el teléfono móvil de la persona paciente, recuerde dar confianza, seguridad, tranquilidad y mantener una comunicación constante. Procurar llegar a un acuerdo sobre el número de llamadas o mensajes que se recibirán. Puede delegarse el número de teléfono de una persona vocera quien mantenga comunicación con la persona internada y el resto de la familia.
3. Despedirse reforzando el afecto y la calma. Evitar tener despedidas como si fuera la última vez que se verá a la persona familiar.
4. Procurar conversaciones que le generen tranquilidad a su familiar durante el internamiento.
5. Evitar comunicar problemas, pero cuando esto sea necesario, incorporar soluciones.
6. Es importante que cada persona pueda darle sentido a lo sucedido a su tiempo. Se recomienda evitar juzgar lo sucedido como “bueno o malo”.
7. Procurar que, durante la estadía en el hospital, sea solo una persona la que comunique la información al resto de familiares y definir que las personas que visitan sean cercanas a la persona internada.
8. Preguntar todo lo que no se entienda al equipo de enfermería o medicina, ellos están disponibles para brindarle información.

Recomendaciones durante la operación

1. Esperar la llamada por parte de los doctores.
2. Si existe algo que genere calma personal durante la espera, hacerlo. Por ejemplo: rezar, tener el teléfono cerca, hacer una reunión familiar.
3. Las operaciones podrían no iniciar al tiempo programado o retrasarse, y suelen durar muchas horas, lo cual es normal. Hay que dar tiempo para saber el resultado de la operación.
4. Existe un periodo de recuperación luego de la operación que es protocolo para todas las personas pacientes. Durante este tiempo no es posible visitar a la persona familiar, pero sí puede usted preguntar sobre el resultado de la operación.

Recomendaciones durante el internamiento postoperatorio

1. Finalizada la operación, es esperable sentir agradecimiento, alivio, felicidad y tranquilidad. Sin embargo, recuerde que pueden llegar noticias y cambios, por lo que hay que conservar los sentimientos positivos teniendo expectativas realistas de la recuperación.
2. Durante el tiempo de visita, priorizar los momentos con la familia cercana, otras amistades o familiares lejanos podrán visitar posteriormente a su familiar. Recuerde preguntar a su familiar a quién desea o no ver durante su recuperación.
3. En su primera visita, realice un esfuerzo por orientar a su familiar con calma. Empiece presentándose por su nombre, su vínculo, recuérdale que está en un hospital y que usted se siente agradecido y feliz de verle, además, comente la fecha y hora actual. Es esperable que la paciente pueda estar somnolienta, fatigada y confusa. Puede utilizar el siguiente guion: “Hola _____(nombre de su familiar), yo soy _____(su nombre), tu _____ (vínculo familiar), estoy muy feliz de verte. Te encuentras en el Hospital _____ porque estuviste enfermo y tuvieron que _____. Hoy es _____ (día/mes/hora). Estoy muy agradecido de verte”.
 - a. Es importante destacar los aspectos positivos del proceso y de la operación. Se recomienda contar buenas historias primero, antes de cualquier experiencia no tan agradable.

4. Algunas personas pacientes pueden presentar un cuadro confusional conocido como Delirium, lo cual es un problema médico-cerebral y neuro- psiquiátrico. Esto implica lo siguiente:
 - a. La persona paciente puede desorientarse, hablar de forma incoherente o no comprensible o tener algún tipo de alteraciones en su percepción y pensamiento.
 - b. Utilizar el diálogo de acercamiento provisto en el punto 3 para introducirse a su persona familiar.
 - c. Se recomienda re-orientar a la persona con afecto y empatía, con frases como por ejemplo “Aunque no entendemos lo que está pasado y podemos estar asustados y confundidos, estamos juntos, yo estoy aquí para apoyarte”.
 - d. Reorientar sin confrontar: “Entiendo que puedas sentirte confundido, enojado o triste en el hospital y podrías creer que algunas estas personas son tus familiares, pero yo soy tu familiar, mi nombre es...y hemos sido...”.
 - e. Reorientar en el tiempo sin confrontar: “Hoy es lunes, ¿te acuerdas de qué mes? Es el mes de la Romería”. Se recomienda brindar claves para orientarse.
 - f. Propiciar el movimiento, cambiando la posición de su familiar en la cama o si es posible caminar por el pasillo.
 - g. Facilitarle hidratación a su familiar es muy importante para apaciguar los cuadros confusionales.
 - h. Hay que comprender que lo que la persona familiar puede decir no son “tonterías o locuras” si no que es un cuadro confusional pasajero, que es síntoma de la recuperación.
 - i. Mantener los cuadros confusionales entre usted y su familiar, respetando la privacidad. No comentar con otras personas ni recordarle al paciente lo sucedido durante su estado confusional.
 - j. Es normal que estos episodios confusionales nos asusten. Sin embargo, son transitorios. Podemos solicitar ayuda de Psicología si lo vemos necesario.
 - k. Es común que, con mayor cansancio de la persona paciente y el tipo de medicamentos proveídos, surjan mayor cantidad de cuadros confusionales.
 - l. Compartir actividades de estimulación cognitiva como crucigramas, sopas de letras, libros o rompecabezas.
 - m. Mantener una comunicación constante, ya sea presencial o por medio de videollamadas.
 - n. No grabar, no burlarse de la persona familiar, no relatarle lo sucedido. Conservar su dignidad y privacidad.
 - o. Estrategias de manejo del dolor y el sueño.
5. Puede existir mucha preocupación por saber cómo se siente nuestra persona familiar, por lo que podemos hacer muchas preguntas reiterativas como “dime en serio cómo te sientes o si te duele algo”. Confiar en la respuesta de la persona paciente y evitar seguir preguntando.
6. Si la persona paciente pregunta por algo tres, cuatro o más veces, contestar en todas las ocasiones con paciencia.
7. Recordar que luego de todo tratamiento hay secuelas postoperatorias que pueden ser transitorias, ir disminuyendo con los meses o ser permanentes. Podemos consultar con el equipo médico tratante luego del egreso y solicitar acompañamiento neuropsicológico o de otras especialidades.
8. Si durante el internamiento hay algún tipo de emergencia con su familiar o con otra persona paciente, recuerde que entrará el personal médico y le pedirá separarse para atender de mejor forma la situación. Los procedimientos como las “intubaciones” o traslados, son realizados siempre para salvaguardar la vida de las personas. Mientras espera noticias, no se anticipe, haga alguna actividad que le ayude a tranquilizarse. Evite llamar a sus familiares hasta que tenga toda la información. Si es necesario hable con Psicología de piso o enfermería.
9. En el caso de pacientes neuro-oncológicos, los resultados de la biopsia pueden tardar, por lo

que hay que esperar con paciencia. El hospital le avisará de los resultados sin falta.

Recomendaciones para el regreso al hogar

1. Seguir al pie de la letra las recomendaciones médicas de egreso para la recuperación. Procurando seguir los tratamientos al pie de la letra, no perder citas y monitorear cambios en la persona paciente.
2. Intentar que su familiar regrese a las actividades cotidianas de forma paulatina. Procurar que las actividades diarias se realicen pausadamente y de manera simplificada. Además de sucesivamente ir aumentando el nivel de complejidad en las actividades.
3. Simplificar la comunicación, procurando que esta sea clara y sencilla.
4. Simplificar el entorno y la cantidad de responsabilidades a las que la personas debe de enfrentarse.
5. Dar claves constantes que sirvan como guía para realizar una actividad, pero monitoreando el desempeño de la persona paciente para saber si necesita apoyo en la tarea.
6. Concentrarse en la recuperación de la persona paciente y no enfrentarle con los problemas de la casa o del futuro durante la recuperación.
7. Pueden existir quejas de dolor en la cabeza. Estos son procesos de desinflamación de la herida y no del cerebro. Si nota algún malestar excesivo que no se resuelve con las recomendaciones médicas, lleve sin dudar a su familiar a emergencias.
8. Puede notarse que la persona familiar tiene cambios de humor, como estar más triste, enojado o impulsivo. Estas suelen ser secuelas de la enfermedad, la operación y las experiencias vividas por el usuario en su internamiento. Se recomienda tener paciencia y comprender que estos cambios suelen apaciguarse con el tiempo. Reducir fuentes de estrés puede ayudar.
9. Procurar propiciar el movimiento cotidiano de su familiar. Comer juntos en la mesa o salir a caminar juntos.
10. Facilitar espacios de descanso. Como parte de las secuelas de la operación, la persona paciente tal vez necesite descansar más que antes. Esto no significa que se debe de procurar pasar todo el día en cama.
11. Hacer los ajustes necesarios para que el sueño de la persona paciente y la suya sean de calidad.
12. Es importante hacer las modificaciones en el hogar que sean necesarias, dado que muchas veces puede haber secuelas como mareos o desequilibrios, de esta manera se evitan caídas.
13. Se pueden notar secuelas como cambios en la memoria, la atención o problemas de lenguaje. No dude consultar con la persona médico tratante opciones de acompañamiento como rehabilitación cognitiva o terapia de lenguaje. Mientras tanto, puede utilizar estrategias como listas, pizarras, agendas y sobre todo tener paciencia y empatía. Estos cambios suelen disminuir a los seis meses o al año de la cirugía, cuando la inflamación del cerebro disminuye. Sin embargo, algunas secuelas son permanentes por lo que se llaman Daño Cerebral Adquirido (DCA). Puede solicitar ayuda en Neuropsicología para manejar estas secuelas.
14. Muchos familiares reportan que la persona paciente “no es la misma de antes”. Esto se debe a que luego de una enfermedad y cirugía cerebral se experimentan cambios de identidad, dado que no se pueden hacer las cosas como antes o hay cambios en las reacciones emocionales y conductuales. Esto es un proceso comúnmente vivido por personas con DCA y sus familiares. Existen recursos profesionales a su disposición.
15. Existe una serie de material educativo a su alcance. Puede solicitar un ejemplar físico o digital de los siguientes insumos:
 - a. Cuidando a un ser querido con un tumor cerebral: experiencia que puede ser gratificante
 - b. Aprendido a entender y manejar las crisis convulsivas
 - c. Más Allá del Daño Cerebral Adquirido: Vivencia personal y familiar
 - d. Recursos disponibles en la página web del proyecto Narrativas del Daño Cerebral Adquirido del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de Costa Rica.

Esta página fue intencionalmente dejada en blanco