

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMAS DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS

ESTUDIO DE LOS FACTORES EMOCIONALES, COGNITIVOS Y
COMPORTAMENTALES DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL EN
PERSONAS CON CÁNCER GÁSTRICO DE LA ASOCIACIÓN DE CUIDADOS
PALIATIVOS SAN CARLOS.

Trabajo final de investigación aplicada sometido a la consideración de la
Comisión del Programa de Estudios de Postgrado en Psicología para
optar al grado y título de Maestría Profesional en Psicología Clínica y de
la Salud

EVELYN ADRIANA RODRÍGUEZ CALDERÓN

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

DEDICATORIA

A cada una de las participantes que se permitieron con compromiso mostrar su subjetividad de vida a través de un diagnóstico. Asimismo, permitirme conocer su lado vulnerable y colaborar de manera directa e indirecta generando bienestar.

A cada una de ellas que me han dejado gran aprendizaje y conocimiento para mi vida personal y profesional.

Gracias.

AGRADECIMIENTO

A Dios y la Virgen de los Ángeles por ser mi guía y fortaleza a lo largo de la vida.

A cada una de las personas que han pasado por mi vida y por las que están en mi presente, quienes durante este camino han estado motivando, apoyando y confiando.

A mi mamá María del Rocío Calderón Alfaro y mi padre Rafael Arturo Rodríguez Mena que me ha acompañado en el camino del aprendizaje, confiando en que se puede lograr cada propósito en nuestra vida.

Al Comité Asesor, quien confió en mi trabajo, gracias por su tiempo y dedicación.

A las participantes con diagnóstico de cáncer gástrico de Asociación de Cuidados Paliativos San Carlos por permitirme con sus experiencias enriquecer el quehacer profesional y personal.

CONTENIDO

Dedicatoria.....	i
Agradecimiento	ii
Resumen	vii
Lista de tablas	viii
Lista de figuras	ix
Lista de Cuadros	x
Lista de abreviaturas	xi
I. Introducción	1
II. Marco Contextual	5
III. Antecedentes Internacionales y Nacionales	7
IV. Justificación del tema y problema de investigación.....	15
V. Objetivos	19
Objetivo General.....	19
Objetivos Específicos	19
VI. Marco Conceptual	20
Cáncer.....	20
Psicología de la Salud.....	21
Factores emocionales, cognitivos y comportamentales en pacientes con cáncer gástrico	23
Calidad de Vida y Estilos de Vida Saludables	25

Promoción de la Salud.....	26
Terapia Cognitivo Conductual.....	27
VII. Diseño Metodológico	33
Tipo de Estudio.....	33
Población meta	33
Estrategias de Intervención.....	34
Criterios de Inclusión	34
Criterios de exclusión.....	34
Técnicas y Actividades.....	34
Consentimiento Informado.....	36
Cronograma	37
VIII.	Presentación y
Análisis de Resultados.....	39
factores cognitivos, emocionales y comportamentales de las personas	39
APLICACIÓN CUESTIONARIO DE SALUD SF-36	40
APLICACIÓN INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II).....	50
Desarrollo de técnicas y herramientas para el abordaje de los aspectos emocionales, cognitivos y comportamentales.....	57
Sistematizado de técnicas y herramientas para el abordaje de los aspectos emocionales, cognitivos y comportamentales	62
IX. Conclusiones y recomendaciones.....	84
CONCLUSIONES	84

RECOMENDACIONES.....	87
X. Bibliografía.....	89
Textos de Referencia	89
Referencias Electrónicas.....	95
Anexos	96
Apéndice.....	128

Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Posgrado en Psicología de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Maestría Profesional en Psicología Clínica y de la Salud

M.Sc. Jimena Escalante Meza

Representante de la Decanatura

Sistema de Estudios de Posgrado

M.Sc. Navila Salas Morales

Profesora Guía

M.Sc. Lisseth Quesada Quesada

Lectora

M.Sc. Marietta Villalobos Barrantes

Lectora

M.Sc. Catalina Ramirez Vega

Representante de la Directora

Programa de Posgrado en Psicología Clínica y de la Salud

Lic. Evelyn Adriana Rodríguez Calderón

Sustentante

RESUMEN

Las personas con cáncer gástrico presentan dificultad para el manejo emocional exteriorizando síntomas de índole depresivo, ansioso y estrés. Además, reacciones en la adaptación provocando afectación en la calidad de vida, por ejemplo: higiene del sueño, fatiga y desinterés por actividades placenteras. Es evidente que la población con cáncer gástrico demanda atención psicológica, por lo tanto, es necesario brindar espacios de escucha, empatía, y herramientas desde el enfoque cognitivo conductual para que suplan esas necesidades de índole emocional y comportamental.

Por lo que la identificación de factores emocionales, cognitivos y comportamentales desde el enfoque cognitivo conductual, resulta ser un aporte que permite, fortalecer la práctica profesional en el escenario de cuidado paliativos y por ende, contribuir a la atención integral de las personas con diagnóstico de cáncer gástrico, desde el modelo de intervención psicoterapéutico grupal.

El presente estudio es el resultado del Trabajo Final de Investigación Aplicada, titulado: “Estudio de los factores emocionales, cognitivos y comportamentales desde el enfoque cognitivo conductual en personas con cáncer gástrico de la Asociación de Cuidados Paliativos San Carlos”.

El documento está estructurado de la siguiente manera: justificación del tema de investigación, antecedentes internacionales y nacionales que contempla investigaciones que existen con referencia a las categorías de análisis, el marco teórico que parte de los conceptos y teorías relacionados con las categorías de investigación, además, de la definición de la postura epistemológica, ontológica y metodológica asumida por la investigadora para este estudio; la estrategia metodológica en la cual se indica las etapas que guiaron la investigación; así como la presentación y análisis de resultados dando respuesta a los objetivos planteados.

Por último, se exponen las conclusiones y recomendaciones generadas de la recolección, análisis e interpretación de la información obtenida de los apartados anteriormente mencionados.

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Cantidad de defunciones en hombres y mujeres por tipo del cáncer en Costa Rica.....	3
Tabla 2 Características de las participantes	40
Tabla 3 Puntuaciones directas de las personas participantes.....	53
Tabla 4 Comparación de las puntuaciones directas de las personas participantes.	56

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.....2

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1 Avance en el área de salud emocional y física de las pacientes	42
Cuadro 2 Herramientas y Metodología para el abordaje del factor emocional	63
Cuadro 3 Herramientas y Metodología para el abordaje del factor cognitivo.....	67
Cuadro 4 Herramientas y Metodología para el abordaje del factor cognitivo	70
Cuadro 5 Herramientas y Metodología para el abordaje de las terapia de la tercera generación	75

LISTA DE ABREVIATURAS

ACPSC: Asociación de Cuidados Paliativos San Carlos.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

HAD: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria.

CA: Cáncer.

TCC: Terapia Cognitivo Conductual.

TAC: Terapia de Aceptación y Compromiso.

TREC: Terapia Racional Emotiva Conductual.

BDI-II: inventario de Depresión de Beck.

SF-36: Cuestionario de Salud.

I. INTRODUCCIÓN

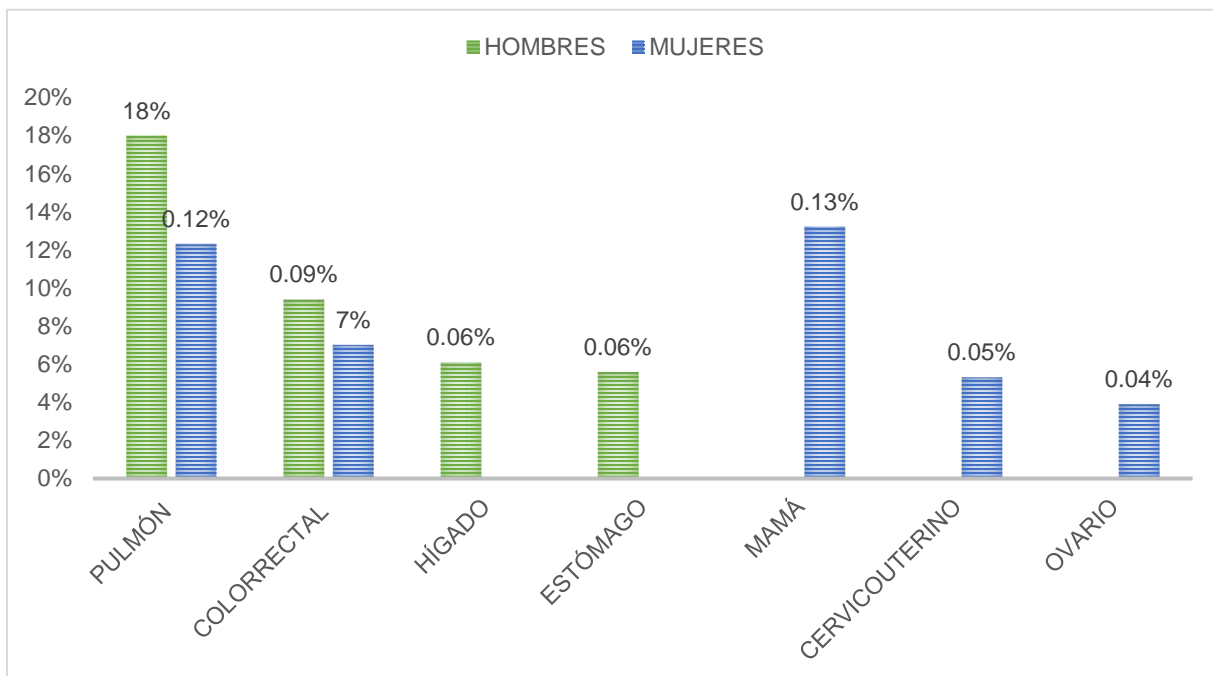
Este trabajo pretende examinar las problemáticas y la orientación de los estudios médicos más recientes, sobre los pacientes con cáncer gástrico y los programas de atención psicológica a nivel grupal e individual con personas del área oncológica y cuidados paliativos.

Durante el trabajo de este proyecto se consultó bibliografía especializada en distintas tesis y proyectos finales de graduación para optar grados de licenciatura y doctorados en el ámbito nacional e internacional. Del mismo modo, se abordaron metodologías desde el enfoque cognitivo conductual para ser aplicadas en la Asociación de Cuidados Paliativos San Carlos (ACPSC). En este sentido, no se conocen investigaciones a nivel nacional directamente con las Asociaciones de Cuidados Paliativos que profundicen en el abordaje grupal en psicología clínica y de la salud, donde se determinen los factores emocionales, cognitivos y comportamentales en personas con cáncer gástrico.

La importancia radica en que la situación epidemiológica de cáncer en las Américas, según los estudios de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), es la segunda causa de muerte. Se estima que 4 millones de personas fueron diagnosticadas en 2020 y 1,4 millones fallecieron por esta enfermedad. Entre los tipos de cáncer diagnosticados con mayor frecuencia en los hombres son: próstata (21,7%), pulmón (8,9%), colorrectal (7,8%), vejiga (4,5%) y melanoma de la piel (3,4%). Entre las mujeres, los tipos de cáncer con mayor incidencia son: mama (25,4%), pulmón (8,5%), colorrectal (7,9%), tiroides (5 %) y cervicouterino (3,8%). Del mismo modo la OPS indica la incidencia de tipos de cáncer sobre la mortalidad en hombres y mujeres, como se muestra a continuación:

Figura 1

Porcentajes de muertes por causa de cáncer en hombres y mujeres



Fuente: OPS (2020).

A nivel nacional, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) refiere que en el 2019 el total de defunciones fueron de 240 292, siendo por cáncer un total de 5 501, hombres 2 910 y mujeres 2 591. El cáncer es catalogado como la segunda causa de muerte en Costa Rica con 22.6%. Los tumores con más alta mortalidad en Costa Rica en el 2019 según sexo se representan en la siguiente tabla:

Tabla 1*Cantidad de defunciones en hombres y mujeres por tipo del cáncer en Costa Rica.*

HOMBRES	MUJERES
Próstata (428)	Mama (336)
Estómago (351)	Estómago (201)
Pulmón (213)	Colón (173)
Colón (146)	Pulmón (124)
Hígado (97)	Cérvix (104)

Fuente: INEC (2019)

Los datos anteriores reflejan gran cantidad de población afectada con diagnóstico de cáncer gástrico en nuestro país, ubicándola en la segunda causa de mortalidad en hombres y mujeres, lo preocupante, es que a pesar del último estudio por el INEC en el 2019 no se descarta el aumento de diagnósticos de cáncer según censos en nuestro país, específicamente cáncer gástrico.

Por tanto, el enfoque de las habilidades para la vida es pertinente para garantizar un respeto y dignidad para las personas en esta condición, brindándoles la capacidad de superar la frustración que acarrea la enfermedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS), 1998, define que: “Las habilidades para la vida son capacidades para adoptar un comportamiento adaptativo y positivo que permita a los individuos abordar con eficacia las experiencias y desafíos de la vida cotidiana” (p.26). Las habilidades para la vida hacen que la situación real que se encuentre viviendo la persona que padece cáncer gástrico sea mejor, lograr una perspectiva diferente, por ende, agregar elementos fundamentales en el desarrollo de habilidades personales para la promoción de la salud.

La aplicación del proyecto está basada desde la Psicología de la Salud, reconociendo el papel que desempeña la afectividad y el comportamiento humano, además, los factores asociados al diagnóstico y tratamiento. El proyecto que se presentará es un abordaje grupal desde el paradigma cognitivo conductual, el cual permite brindar estrategias y técnicas viables y fiables ante las necesidades de la población, buscando ver a la persona como un ser integral.

Cada una de las sesiones se realizará por medio de psicoeducación e intervención desde la psicología clínica y de la salud sobre los factores emocionales (ansiedad, depresión y estrés emocional), factores cognitivos (pensamientos negativos o irracionales) y comportamentales (actividades inapropiadas, alimentación e higiene del sueño) en las personas usuarias con diagnóstico de cáncer gástrico. Por lo tanto, se plantearon estrategias y técnicas desde el enfoque cognitivo- conductual, por ejemplo: motivación intrínseca, tareas psicoterapéuticas, auto registros semanales y acompañamiento terapéutico. De manera tal que permita a la persona realizar procesos de introspección emocional, cognitivo y comportamental, logrando habilidades en la regulación y manejo de las emociones y conductas en cada una de las intervenciones a realizar.

Consideramos en estos términos, que el abordaje psicológico sobre las técnicas y herramientas desde el enfoque Cognitivo Conductual en pacientes que luchan contra el cáncer. Asimismo, sobre la intervención y psicoeducación sobre los factores emocionales, cognitivos y comportamentales que presentan las personas con cáncer gástrico logrando trabajar el estilo de vida y salud mental.

II. MARCO CONTEXTUAL

San Carlos es el cantón número diez de la provincia de Alajuela, fundado en 1911, con un área de 3.347 km², siendo el cantón más extenso del país. Está ubicado en el noroeste del territorio nacional, limita al norte con Nicaragua y con los cantones de Los Chiles (noroeste), Guatuso (oeste) y San Ramón (sureste). La población adscrita es superior a los 200.000 habitantes y una población migratoria estimada en 21.000 personas. Brinda servicios a toda la Región Huetar Norte de Costa Rica, cuyos habitantes se estiman en 170,828, incluyendo además del Cantón de San Carlos, Guatuso, Los Chiles y los distritos de San Miguel de Sarapiquí y Río Cuarto de Grecia (Reseña Histórica Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos y Asociación de Cuidados Paliativos San Carlos, 2009).

Tomando en cuenta las características poblaciones y geográficas del cantón de San Carlos en el año 2002, siendo director médico el Doctor José Enrique Retana Arias, se planteó la necesidad de formalizar la atención que recibían los pacientes en estado terminal, mediante la creación de una Clínica de Control del Dolor y Cuidado Paliativo en el Hospital San Carlos, con el fin de brindar una atención integral, eficiente y eficaz al paciente y su familia. Ante la situación presentada, se conformó la Asociación de Cuidados Paliativos y Clínica Control del Dolor Región Huetar Norte, Número de Cédula Jurídica 3-002- 406886, el día 21 de noviembre del 2003 que a la fecha su razón social es “**Asociación de Cuidados Paliativos San Carlos**”. (Reseña Histórica Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos y Asociación de Cuidados Paliativos San Carlos, 2009).

El objetivo de la Asociación de Cuidados Paliativos San Carlos es precisamente apoyar a la Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, para que ésta brinde una atención integral de forma eficaz y eficiente a los pacientes de dicha clínica. Además de lo anterior la ACPSC brinda soporte nutricional, pañales, concentradores de oxígeno, y equipo médico para préstamo a domicilio a pacientes paliativos en fase terminal, lo cual otorga calidad de vida en esta población. Del mismo modo, colabora suministrando activos en el área de atención que cuentan dentro del hospital, así como se tiene a disposición equipo audiovisual y mobiliario para capacitaciones y talleres dirigidos a pacientes, familiares y personal de la institución. Otros de los servicios que brinda esta organización se encuentra: la atención de pacientes a través de consulta externa y visita domiciliar, talleres de capacitación, y reuniones de Red de Clínicas del

Dolor por medio de teleconferencia. (Reseña Histórica Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos y Asociación de Cuidados Paliativos San Carlos, 2009).

Por último, la manera en que la ACPSC se financia actualmente es por medio de sus 59 socios y un presupuesto aproximado de ₡ 60, 000,000 millones, conformados en un 96% por el aporte de la Junta de Protección Social. Además, de las cuotas de los asociados y donaciones de la comunidad, la Municipalidad de San Carlos y el Banco de Costa Rica contribuyeron con una casa de habitación que es en este momento la sede de la Asociación. La Municipalidad de San Carlos también aporta el combustible para el vehículo donado por la J.P.S, para realizar “Visitas Domiciliares”. (Reseña Histórica Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos y Asociación de Cuidados Paliativos San Carlos, 2009).

III. ANTECEDENTES INTERNACIONALES Y NACIONALES

Si bien se reconoce que el cáncer es la segunda causa de muerte a nivel mundial, lo preocupante es el manejo que se ha dado desde el punto de psicología a esta población, específicamente cáncer gástrico. Pero como punto a favor, a lo largo del tiempo muchos investigadores han realizado trabajos especialmente en el área de psicología y otras especialidades.

Tal es el caso de Santiago Pérez Camacho (2018), investigando acerca de la atención psicológica al paciente de cáncer en España, donde se introducen los aspectos más esenciales sobre los problemas psicológicos de los pacientes de cáncer. Este investigador realiza una revisión del diseño estratégico y organizativo de la atención psicológica en pacientes de cáncer contenido en los diferentes planes y programas sanitarios a nivel nacional y de cada comunidad autónoma. Esto a través de los planes de atención integral del cáncer, los planes de salud mental o los planes de atención a la cronicidad, pero también sobre los más recientes programas de humanización de la asistencia sanitaria y lineamientos de las diferentes instancias institucionales y territoriales de la sanidad.

Las investigaciones se han concentrado en el abordaje de los facultativos especialistas en oncología, de cómo son realmente los procesos de integración de la atención psicológica en los hospitales y cómo se está abordando este tipo de atención en los diferentes hospitales del sistema sanitario. Estudios más recientes en psicología oncológica para personas diagnosticadas con cáncer, concluyen acerca de la importancia que tiene la intervención psicológica en esta población. Estos indican que la terapia grupal, la terapia cognitivo conductual, el asesoramiento y la psicoeducación individual y familiar obtienen resultados de manera eficiente (Carrillo Sierra y Rivera Porras, 2019).

De igual manera en España se realizó una investigación llamada “Sólo un 7,6% de los latinoamericanos tienen acceso a los cuidados paliativos” (2021), donde se menciona que el número de equipos especializados en toda la región de España es de 1.562 suponiendo que se refiere a un 2,6 por millón de habitantes, representando una tasa muy insuficiente. Los países latinoamericanos con mayor tasa de equipos de cuidados paliativos por millón de habitantes son Uruguay (24,5), Costa Rica (14,74) y Chile (13,41). Mientras que Guatemala, Honduras (ambos

con el 0,64) y Perú (0,58) son quienes cierra la lista. Lo anterior nos muestra un diagnóstico de la situación actual en Latinoamérica. Lo preocupante respecto a dicho artículo es que la OMS indica que va a ir en incremento las enfermedades no transmisibles, como cáncer o patologías cardiovasculares, y del envejecimiento de la población, lo cual hará que se vuelva aún más ineficiente.

Por otra parte, Trigoso, V, (2012), realizó la tesis para optar por el grado de Magister en Psicología Clínica de la Salud, con el título “Ajuste mental al cáncer y bienestar psicológico en pacientes oncológicos adultos”. En este estudio participaron 98 pacientes, donde se les aplicó cuestionario abierto sobre la percepción y el significado del cáncer en la vida del sujeto y la escala de Bienestar Psicológico de Ryff. El propósito es explorar la relación y el potencial predictivo de los estilos de ajuste al cáncer con el bienestar psicológico en pacientes oncológicos adultos. Se logró como resultado identificar y medir el bienestar psicológico y el proceso de cáncer, de esa manera captar a la mayor parte de la población para contribuir con la atención.

Ahora bien, es de suma importancia mencionar que el aumento en la incidencia en cáncer gástrico a nivel mundial ha despertado el interés por realizar investigación y práctica que brinden nuevos conocimientos para las personas que enfrentan la enfermedad para pacientes con cáncer gástrico, tal es el caso de Cristian Ochoa, Enric C. Sumalla, Jorge Maté, Vanesa Castejón, Ana Rodríguez, Ignacio Blanco y Francisco Gil (2010) los cuales proponen la psicoterapia positiva grupal en cáncer, hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer. Dentro de esta terapia integran dos elementos importantes los cuales son: el trauma y crecimiento. Es un proyecto que logra la reducción de emociones relacionadas al malestar emocional o sintomatología postraumática, además, el abordaje con las emociones positivas y el crecimiento postraumático. Los temas que el proceso terapéutico evidenció son: favorecer la expresión y procesamiento, entrenar habilidades de regulación emocional y estrategias de afrontamiento, trabajo con elementos facilitadores del crecimiento postraumático y confrontación con los aspectos existenciales y espirituales que surgen tras el diagnóstico y tratamiento oncológico. Además, fomentar los estilos de vida saludables, la adherencia al tratamiento, reinserción laboral y los comportamientos solidarios. Lo anterior con resultados favorables para la población participante.

Del mismo modo; en Punta Arenas, Chile; se realizó una investigación relacionada a la sobrevida de pacientes con este tipo de cáncer. El objetivo de estudio fue analizar las características de presentación y pronóstico en pacientes con cáncer gástrico en el periodo 1995-1999, atendidos en el Hospital Regional de Punta Arenas, mediante un estudio retrospectivo de sobrevida. La sobrevida global a 5 años fue de 13.5%. Esta sobrevida fue de sólo 7% cuando existía infiltración de la serosa, 33% en cánceres intermedios y de un 100% en cánceres incipientes. Los pacientes que no tenían metástasis ganglionares alcanzaron una sobrevida de 65% a 5 años. En cambio, aquellos pacientes que tenían metástasis linfonodales alcanzaron una sobrevida de sólo 7%. Ningún paciente con metástasis a distancia sobrevivió 5 años y el 33% de aquellos que no tenían metástasis sobrevivió 5 años. En etapa I de la enfermedad la sobrevida fue 87.5%; 50% en etapa II; 37.5% en etapa III y 1.4% en etapa IV. En el análisis multivariado de la sobrevida, las variables que mostraron diferencia estadísticamente significativa fueron: la localización del tumor en la pared (dos tercios o más) y tratamiento no curativo. Los resultados en cuanto a sobrevida están claramente relacionados a la etapa de la enfermedad al momento del diagnóstico. Los pacientes en etapa IV de la enfermedad tuvieron una sobrevida significativamente menor, con un riesgo de 10.9 veces mayor respecto de otras etapas (Martinich, S., 2007).

A modo de cierre, en los resultados de los estudios elaborados a nivel internacional se observa que la mayoría están dirigidos a diferentes tipos de cáncer, lo cual lo relacionan a factores emocionales, cognitivos y comportamentales, con el fin de lograr estabilidad emocional y mejora en la calidad de vida.

A nivel nacional, las investigaciones relacionadas con cáncer gástrico y cáncer en general han sido limitadas, sin embargo, se encuentra una publicada en el año 2009 la cual se centra en las principales causas de cáncer en un centro hospitalario, específicamente en el Hospital San Vicente de Paúl. El estudio realizado fue descriptivo, transversal, ecológico; la población de este estudio fue de 1226. Lo cual permitió conocer que en la provincia de Heredia prevalece el cáncer de mama, cáncer gástrico y cáncer de cérvix (Barrantes, 2009).

Bajo la arista de inserción de profesionales en psicología para atención de pacientes con cáncer, en un estudio realizado por Ortega, L (2013) muestra información valiosa con respecto a la función del profesional en psicología dentro del ambiente hospitalario, además, la situación

del cáncer de manera general y cómo interviene en el paciente a nivel personal, familiar y social; sin dejar de lado el trabajo de la psicología en el ámbito de afrontamiento y aceptación de la enfermedad. El resultado del trabajo se dirigió al gran impacto de la función del profesional de psicología dentro del Servicio de Neurocirugía, además, del desarrollo de habilidades e incursión de la psicología en nuevos espacios.

Del mismo modo, en el 2017, Raúl Gallardo Suñol realizó el trabajo final de graduación: “Inserción profesional desde la psicología clínica, en el departamento de cuidados paliativos del Hospital San Juan de Dios”. Las funciones que se llevaron a cabo fueron: evaluación psicológica, intervención y tratamiento psicológico individual y grupal. El diseño de un grupo terapéutico de duelo, y el modelo de intervención fue cognitivo conductual, generando aportes importantes ante las necesidades del lugar, lo cual trae consigo beneficios hacia los pacientes. Mismos resultados se perciben en la investigación de Salazar Ramírez (2015) “Atención cognitivo conductual emocional al paciente oncológico que asiste al departamento de psicooncología y hemato-oncología del Hospital México”.

El objetivo de esta investigación fue brindar aportes desde la psicología para propiciar un fortalecimiento al departamento de psicooncología, trabajando desde el ámbito interdisciplinario para alcanzar la calidad de vida y éxito en los tratamientos.

Andrea Ramos y Laura Murillo (2020), realizaron una investigación con el tema de autocuidado de las personas con diagnóstico de cáncer en tratamiento de oxaliplatino en el Hogar de Paso Resurgir. La investigación de tipo descriptiva el cual determina por medio de entrevista semiestructurada las necesidades de autocuidado concuerdan entre personas entrevistadas que a pesar de las diferencias sociodemográficas tienen esas mismas necesidades, sobre los efectos no deseables del tratamiento. Por medio de la educación, se pretende mejorar en su estado físico y mental.

En fin, se concluye que la educación es requisito para lograr que los pacientes logren adherencia al tratamiento, así como el manejo de los efectos secundarios.

En materia de enfoque cognitivo conductual, se realizó una investigación relacionada con la eficacia de la terapia bajo este enfoque, desde un concepto individual con 10 sesiones en

total, para mujeres con cáncer de mama. La intención fue disminuir los niveles de ansiedad y depresión, desarrollando habilidades de afrontamiento positivo para mejorar la percepción de calidad de vida. Para determinar lo anterior participaron 15 mujeres que se encontraban en tratamiento activo.

La metodología fue planteada aplicando pruebas antes y posterior al tratamiento. Las pruebas utilizadas fueron Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD), y la escala de calidad de vida Whoqol Bref (cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos). El estudio concluye que las participantes que realizaron las 10 atenciones individuales mostraron mejorías significativas en calidad de vida, en el dominio de salud física, relaciones interpersonales, en sí se comprobó que la terapia cognitivo conductual fue eficaz y cumplió con lo planteado (González García, González Hurtado y Estrada Aranda, 2015).

En cuanto a los efectos positivos se observó una disminución significativa de los pensamientos negativos y conductas de no adherencia post tratamiento. Del mismo modo, en el Hospital San Juan de Dios se lleva a cabo una investigación similar, cuyo objetivo consistió en desarrollar competencias y habilidades en el área de Psicología de la Salud, asociadas a la atención de pacientes oncológicos y de cuidados paliativos, así como sus familiares y cuidadores. Las intervenciones fueron grupales basadas en la atención plena, y en personas en fase terminal, lo cual permitió la consolidación de habilidades y conocimientos adquiridos, así como la incorporación de nuevas competencias específicas del área de la atención psicológica en Cuidados Paliativos y Psicosociología (Ureña, V., 2017).

Desde el punto de vista de psicología clínica, en Costa Rica existen investigaciones que han trabajado con personas diagnosticadas de cáncer papilar de tiroides, tumores cerebrales, cáncer de mama y cáncer gástrico. Para el año 2013 Gabriela Sotela Sánchez, realizó una investigación dirigida a través de una propuesta psicológica sobre el Cáncer Papilar de Tiroides, donde ésta se relacionaba con la creación de un guía cognitivo conductual emocional, para la adquisición de habilidades sociales y estrategias de afrontamiento en mujeres con Cáncer Papilar de Tiroides en la Gran Área Metropolitana. La investigación exploró las implicaciones del diagnóstico en las categorías, cognitivo conductual y emocional, asimismo, las estrategias y técnicas utilizadas para el adecuado tratamiento y afrontamiento. La forma de valorar a las pacientes fue por categorías de análisis. Los resultados de la investigación se destacaron

pensamientos negativos tales como: muerte, pérdida de energía y desesperanza; también predominaron los problemas de comunicación con las personas cercanas y rechazo.

En la misma línea investigativa, se valoró la importancia del artículo: “Investigaciones relacionadas al cáncer de mamá en nuestro país acerca de intervenciones psicológicas en el tratamiento de la ansiedad en personas con cáncer de mama: un meta-análisis”. En este texto se explicó que, la intención de las intervenciones psicológicas es que los y las participantes puedan disfrutar de una mejor calidad de vida a lo largo de todo el proceso, reduciendo el sufrimiento a la persona y de su red de apoyo. Por tal, se están enfocando en la elaboración de una meta-análisis que permitiera un estudio comprensivo, a través de procedimientos cuantitativos (Rivas, Z. 2018).

Por último, ya enfocados en el cáncer gástrico Madrigal Bonilla Angie (2013), realiza su tesis para optar la especialidad en Psicología Clínica de la Universidad de Costa Rica, “Psiconeuroinmunología en cáncer gástrico para el abordaje de usuarios con manifestaciones neuropsiquiátricas”, refiere al alto porcentaje de pacientes con cáncer gástrico que presentan manifestaciones neuropsiquiátricas. Y se concluye que, no necesariamente todas las personas diagnosticadas de cáncer terminal o avanzado sufren de depresión, ansiedad o trastornos de adaptación.

En cuanto al abordaje psicológico, es importante que se les comunique a los pacientes los procedimientos médicos, así como sus repercusiones físicas y emocionales. El tipo de estudio realizado es descriptivo a través de una revisión bibliográfica, utiliza material publicado en un periodo de tiempo, lo organiza por temáticas, evalúa la información y la integra con la finalidad de conocer el avance de la investigación.

En el periodo del 2003 al 2013 se trabajó con la población adulto mayor específicamente en el Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología, la cual fue diagnosticada con cáncer gástrico. El Dr. Andrés Hidalgo Flores realizó su tesis con el objetivo de determinar el perfil del paciente adulto mayor con dicho diagnóstico, el estudio realizado fue descriptivo, retrospectivo y observacional. Indica que se analizaron 158 expedientes, evidenciando que predominó el género femenino, ajustando que la expectativa de vida es mayor en mujeres.

Otro dato importante que se determinó en esta investigación, fue la valoración geriátrica integral en la persona adulta mayor con cáncer gástrico, la cual se caracterizó por presentar dependencia leve en actividades básicas de la vida diaria, independencia parcial en actividades instrumentales de la vida, desde el punto de vista cognitivo predominó aquellos pacientes sin deterioro cognitivo y desde el punto de vista anímico la mayoría de pacientes no presentaba datos de depresión.

El Dr. Hidalgo indica como recomendación la importancia de abordar a la persona adulta mayor diagnosticada con cáncer gástrico de manera integral para mejorar y prevenir deterioro funcional, mental y mejorar su calidad de vida.

Otra de las investigaciones relacionada con el cáncer gástrico se realizó en el periodo comprendido entre el 1° de enero del 2013 y el 31 de diciembre del 2014. Dr. Andrés Quesada Zumbado realizó un estudio descriptivo sobre características morfológicas, histológicas y de expresión de HER-2 en gastrectomías realizadas por cáncer gástrico, en el Centro de Detección y Diagnóstico de Cáncer Gástrico del Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez.

Dicho trabajo indica datos destacados como por ejemplo: que el cáncer gástrico es un problema de salud importante en muchos países del mundo, con alta prevalencia en Asia y en América del Sur. Además, que ocupa el cuarto lugar en frecuencia a nivel mundial. Sumando que este tipo de cáncer se presenta principalmente en pacientes mayores de 70 años.

El Dr. Quesada estudió 91 gastrectomías y se estudiaron las siguiente variables: la edad, el sexo, el tipo macroscópico, localización del tumor, el tipo histológico, la profundidad de invasión, el compromiso de los ganglios linfáticos, el estadio clínico y patológico y la sobre expresión de la proteína Her-2 en 24 casos. Y el resultado de la investigación indica que la mayoría de casos ocurren en pacientes masculinos y mayores de 60 años. El tipo más frecuente corresponde a carcinoma gástrico avanzado y de estos el tipo 3 es el más frecuente.

Por último, se aborda el tema de calidad de vida en hombres y mujeres con antecedente de cáncer gástrico en el Hospital San Juan de Dios en los periodos de diciembre 2019 a mayo del 2020, la encargada de dicha investigación es la profesional en enfermería Oncológica llamada Melissa Rodríguez Arce. Refiere que el diseño del estudio es transversal, no experimental, de tipo descriptivo y cuantitativo. Realizado con 30 participantes hombres y

mujeres con antecedente de cáncer gástrico que ingresaron al servicio de oncología del Hospital San Juan de Dios, que cumplieron con los criterios de elegibilidad del estudio. Obteniendo como resultado que la mayoría de las entrevistadas fueron mujeres, la edad de las personas del estudio se encontraban en un rango de 43 a 82 años siendo la mayoría mayor a 61 años de edad, del cual se encuentran pensionados (as), amas de casa, se encuentra casada (o), y tienen al menos 3 o más hijos. La mayoría reside en Desamparados y Aserrí, en relación con los hombres, y las mujeres en Escazú y Pérez Zeledón. A esta población se aplica cuestionario SF-36 versión 2, lo cual hace este estudio cuantitativo descriptivo donde midió la calidad de vida relacionada con salud.

Dentro de las conclusiones obtiene que efectivamente existe una repercusión en la salud física y mental en las personas con dicho antecedente de cáncer gástrico. Y con respecto a las recomendaciones puntúa la gran importancia en abordar a estas personas no sólo en la parte física sino en la salud mental, logrando una atención más humanizada. La investigadora hace mención en generar la iniciativa de la aplicación de una herramienta para medir y así conocer la calidad de vida relacionada con salud en el ámbito hospitalario en los servicios de hospitalización a todas aquellas personas diagnosticados con cáncer gástrico.

Como se observa, tanto en las investigaciones aplicadas como en los resultados obtenidos el cáncer gástrico y otros tipos de cáncer ha sido abordado desde el enfoque psicológico, sin embargo, resalta la importancia de abordar esta población a nivel integral. También resalta la necesidad de la intervención grupal, creando mayor captación de la población con diagnóstico de CA gástrico, centrada en el diseño y aplicación de un proyecto que resulte importante tener un acercamiento al tema y permita determinar la efectividad del abordaje en los participantes.

IV. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA Y PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXXI menciona que el cáncer gástrico es la segunda causa de muerte a nivel mundial y que afecta desproporcionadamente a los hombres, es una enfermedad de personas mayores a 85 años, con una mortalidad mayor en personas afroamericanos, asiáticos –americanos y los hispanos (Rodríguez, F. 2014), p. 339). Además, el INEC (2018) evidencia que el cáncer ha incrementado en los últimos años de manera considerable. Se indica que en Costa Rica el cáncer gástrico tiene una alta incidencia en mortalidad. Ahora bien, con base en el Análisis de Salud que realizó el Ministerio de Salud de Costa Rica (2019) refiere que:

El cáncer de estómago genera alta mortalidad siendo la primera causa a nivel global y en hombres, en mujeres es superado por el cáncer de mama (incidencia 14,20 por 100.000 mujeres).” (...) Las principales causas de muerte por cáncer para el quinquenio 2013-2017 son diferentes según el sexo, sin embargo, el cáncer de estómago es una causa importante de mortalidad en ambos sexos. (p.29).

Además, la investigación realizada por Alfaro, G y Vargas, A (2019), mencionan que en Costa Rica el reporte de mortalidad por tumores malignos más frecuentes es: el cáncer gástrico, seguido por el de mama y cérvix en mujeres, y pulmón y próstata en hombres. En este mismo estudio refiere la disnea como factor de riesgo de mortalidad anunciada, además, es uno de los síntomas que más afectan la calidad de vida en los pacientes con cáncer. Otro factor de suma importancia es la anorexia, prevaleciendo mala nutrición.

Por otro lado, la Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXX incluye como factores de riesgo más comunes: el tabaquismo, la infección por *Helicobacter pylori*, gastritis atrófica, parcial gastrectomía y la obesidad. Además, este tipo de cáncer se descubre a menudo en edades avanzadas, cuando aparecen síntomas tales como pérdida de peso, anorexia, alteración de los hábitos intestinales y anemia hemorrágica (Cruz, A. 2013, p.264).

La enfermedad de cáncer gástrico tiene una gran connotación psicosocial relacionado a muerte, sufrimiento y dolor. Estos efectos no solamente están relacionados con la enfermedad

como tal, sino a síntomas adversos al tratamiento clínico, afectando la calidad de vida, generando una afectación emocional en las personas que lo padecen y de las que se encuentran en su entorno (Llantá, M. et. al., 2012, p.2). Algunas investigaciones o estudios destacan la prevalencia de trastornos afectivos en el proceso de cáncer. Hernández, M. et. al. (2012), hacen mención que los trastornos del estado del ánimo observados oscilan desde el 6%(2), o el 2,25-5% en nuestro medio (5,3), hasta el 38- 50% que destacan algunas revisiones. Los trastornos de ansiedad varían igualmente, entre el 2,25% y el 7,8% en nuestro medio, mientras que la población general presenta estos trastornos en porcentajes entre el 2-6%. Por este motivo la importancia de trabajar de manera interdisciplinaria.

Según los datos facilitados por el área de estadística del Hospital San Carlos, en la Unidad de Cuidados Paliativos se indica que de enero del 2020 a julio del 2021 los diagnósticos con mayor registro son los siguientes: tumor maligno de próstata 260, tumor maligno de mama 187, tumor maligno de estómago 166, tumor maligno de recto 125. De ahí que, el análisis de los datos estadísticos determina el número importante de personas con cáncer gástrico, además, los profesionales mencionan que dicho diagnóstico ha ido incrementando.

La necesidad de atención multidisciplinaria, atención que no se está brindando debido a la falta de recurso humano y económico, según información brindada en entrevista con la administradora la Dra. Lidieth Cruz Ramírez y el Dr. Rangel Moraga Morales de dicha Asociación (comunicado personal, en abril 2021). En este momento la Asociación de Cuidados Paliativos San Carlos no cuenta con profesional de psicología, lo que genera preocupación, y ante la necesidad instalada es necesario el abordaje psicológico a esta población.

Acuña, C. et. al. (2012), refieren lo siguiente: “Los establecimientos de Cuidados Paliativos en Costa Rica se financian mediante fondos públicos. Los establecimientos estatales reciben un presupuesto de la Caja Costarricense del Seguro Social y algunos reciben financiamiento de la Junta de Protección Social, que dispone de fondos provenientes de loterías nacionales. Las unidades independientes son financiadas por la Junta Protección Social y los aportes de la sociedad civil organizada”.

De igual manera dichos autores mencionan como debilidad el recurso humano insuficiente y/o sin formación académica en algunas unidades de Cuidados Paliativos, equipos

técnicos incompletos o no bien definidos para la intervención. Falta la realización de sesiones de casos clínicos de personas en condiciones paliativas en algunas unidades. Con respecto a las amenazas, realizaron mención a la situación económica del país que puede atrasar el desarrollo de los Cuidados Paliativos, además, disminución de las fuentes de financiamiento estatales y fijas, las anteriores por mencionar algunas, pero existen otras que limitan un adecuado abordaje y atención a la población con cáncer, VIH y SIDA, entre otras.

En cuanto a la investigación realizada en ACPSC, los y las profesionales de medicina señalan que las personas diagnosticadas con cáncer gástricos actualmente reciben tratamiento biomédico (médico y enfermería). Especifican que en este momento no cuentan con profesional de psicología, trabajo social, ni terapia física lo que limita un abordaje integral e interdisciplinario. Por otro lado, reflejan la preocupación ante el alza de diagnósticos de cáncer gástrico debido a diferentes factores de índole ambiental, nutricional y genéticos.

Con relación a todo lo mencionado anteriormente y retomando información de la bibliografía consultada, las personas con cáncer gástrico presentan dificultad para el manejo emocional presentando síntomas de índole depresivo, ansioso y estrés. Además, reacciones en la adaptación provocando afectación en la calidad de vida, por ejemplo: higiene del sueño, fatiga y desinterés por actividades placenteras. Es evidente que la población con cáncer gástrico demanda atención psicológica, por lo tanto, es necesario brindar espacios de escucha, empatía, y herramientas desde el enfoque cognitivo conductual para que suplan esas necesidades de índole emocional y comportamental.

El interés por incentivar el estilo de vida saludable en personas enfermas con cáncer gástrico en etapa de diagnóstico y tratamiento, remite a realizar énfasis en el abordaje de factores comportamentales y emocionales. De ahí nace la necesidad de un estudio que brinde recoja las experiencias en la zona norte, especialmente en la ACPSC al no contar con profesional de psicología debido a la falta de recurso económico. Actualmente, en dicha asociación el médico y la enfermera de salud mental, son quienes abordan crisis emocionales en las y los pacientes, estos hacen mención que la mayoría de la crisis de debe a procesos de adaptación (Moraga, R., comunicación personal, 29 abril 2022).

Por lo tanto, es necesaria la elaboración del proyecto que pretende intervenir factores comportamentales como es: la toma de decisiones, alimentación e higiene del sueño. Los factores emocionales tales como: ansiedad, depresión y estrés emocional. Tomando como punto de partida la inexistencia de atención psicológica grupal con personas con cáncer gástrico tanto a nivel teórico y metodológico en la ACPSC y la necesidad de brindar un abordaje integral e interdisciplinario se plantea el siguiente problema de investigación: ¿Cuáles son los factores emocionales, cognitivos y comportamentales que están afectando la calidad de vida en las personas con cáncer gástrico en fase de diagnóstico y tratamiento de la Asociación de Cuidados Paliativos de San Carlos, en el período de junio 2022 a diciembre 2023?.

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Implementar el diseño de una metodología grupal interviniendo los factores emocionales, cognitivos y comportamentales en personas con cáncer gástrico de la Asociación de Cuidados Paliativos San Carlos a través del enfoque cognitivo conductual para un abordaje adecuado en el proceso de la enfermedad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Evaluar los factores emocionales, cognitivos y comportamentales de las personas participantes por medio del cuestionario de Salud SF-36 y la escala de desesperanza de Beck que proporcione el perfil para el abordaje psicoterapéutico grupal.

Diseñar una metodología grupal desde enfoque Cognitivo – Conductual, que favorezca los aspectos emocionales, cognitivos y comportamentales tales como: ansiedad, depresión, pensamientos negativos y/o irracionales, higiene de sueño y alimentación.

Aplicar la metodología grupal desde enfoque Cognitivo – Conductual en las personas con cáncer gástrico, para su bienestar.

VI. MARCO CONCEPTUAL

En el siguiente marco conceptual, se presentarán conceptos claves para el adecuado entendimiento de cada lector de la presente investigación. Los conceptos presentados están directamente ligados a la metodología de trabajo y los objetivos a cumplir, y muestran la correlación que existe en cada uno de ellos. Para iniciar se presenta el concepto correspondiente al cáncer, seguido la definición de psicología de la salud y los factores que inciden sobre pacientes con esta enfermedad, y para finalizar la definición a detalle de la terapia cognitivo conductual.

CÁNCER

Según los datos estadísticos brindados por Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), el cáncer es una de las enfermedades de mayor relevancia a nivel mundial, por su prevalencia, incidencia y mortalidad. Es importante mencionar que, a pesar del incremento de diagnósticos de cáncer, ha disminuido considerablemente la mortalidad, gracias a diferentes investigaciones realizadas en cuanto al diagnóstico, tratamiento y detección temprana.

El cáncer tiene una etiología multifactorial. Existen diversos factores de riesgo para el origen y desarrollo del cáncer. Es por ello, que se otorga especial importancia al control de hábitos riesgo y la adopción de estilos de vida saludables, donde los psicólogos tienen un amplio margen de actuación. (Aguilar, E., 2010, p.7).

Se conoce que los factores psicológicos con relación al cáncer son producto de la historia de vida de la persona y el contexto sociocultural, estos influyen en el proceso de enfermar, prevenir y mantener la salud.

Enfocándose en el cáncer gástrico, el cual es nuestro objeto de estudio. La Dra. MSc. Donelia Gámez Sánchez, Dr. MSc. Odeite Dueñas Moreira, Dr. MSc. Carlos Alberto Ladrón de Guevara (2016), indican “El cáncer gástrico se define como una enfermedad neoplásica localizada en las paredes del estómago, por debajo de la unión cardio esofágica y constituye el 95% de las neoplasias malignas del estómago.” (p.62). Según la OPS (2016), cada año se producen más de 85.000 nuevos casos de cáncer de estómago y 65.000 muertes por este tipo de

cáncer en las Américas. El 60% de los nuevos casos y muertes por cáncer de estómago se presentan en los hombres. La proporción de nuevos casos y muertes por cáncer de estómago es más alta en América Latina y el Caribe en comparación con Norte América. En América Latina y el Caribe, el 11% de los nuevos casos de cáncer y el 18% de las muertes por cáncer son por cáncer de estómago, mientras que en Norte América sólo el 3% de los nuevos casos y el 4% de las muertes por cáncer, se deben al cáncer de estómago. Del mismo modo, dicha organización menciona que la distribución geográfica del cáncer gástrico es muy variable. Según información los países Japón, Costa Rica y Chile se sitúan dentro de los países de alta incidencia, mientras Estados Unidos y Canadá muestran las cifras más bajas, lo que confirma que el tema de cáncer gástrico es un tema de salud pública en nuestro país.

Por otra parte, una persona con cáncer gástrico está sometida a una gran presión “Por lo cual, no sólo la presencia del cáncer puede afectar la calidad de vida del paciente y la de sus allegados, además, puede afectar la percepción sobre las limitaciones y consecuencias negativas que presentan algunos tratamientos (quimioterapia, cirugía, etc.).” (Novoa M, 2010, pág. 316). Con respecto a lo anterior, la afectación en la persona con cáncer está relacionada con aspectos físicos, pero aún más con los emocionales, cuando a las personas se le brinda el diagnóstico en la mayoría de los casos es impactante y doloroso, limitando el manejo de las emociones y pensamientos provocando comportamientos desadaptativos como, por ejemplo: aislarse, estado de tristeza, desesperanza, no tener motivación para realizar actividades que solían disfrutar, etc. En otros casos, las personas no cuentan con redes de apoyo como es el familiar, social y profesional, lo que hace que el proceso de enfermedad sea más complejo.

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

El manejo de las emociones no sólo puede mejorar o empeorar la situación de salud sino desarrollar otras enfermedades. Las emociones se encuentran relacionadas íntimamente con los pensamientos, lo que lleva adoptar comportamientos que pueden entorpecer el proceso de enfermedad provocando afectación en la salud mental. Oblitas (2009), indica que la Psicología de la Salud es una especialidad de la psicología que ayuda a la contribución científica y que tiene como objetivo estudiar la salud y sus determinantes en las personas, a través del tiempo se ha desarrollado una perspectiva en la intervención o aplicación de fundamentos y técnicas, actualmente el abordaje suele ser desde un modelo multidisciplinario.

Según Oblitas (2009), la psicología de la salud es una especialidad psicológica que estudia varios elementos como son: la contribución al diagnóstico, investigación del tema a trabajar, intervención adecuada y oportuna, evaluación que permita determinar el bienestar emocional y físico de los usuarios. Siendo así la psicología de la salud “un campo interdisciplinario que ocupa de la aplicación de conocimientos y técnicas psicológicas para la salud, la enfermedad y el cuidado de la salud.” (Marks F, 2008, pág. 8).

El enfoque de la psicología de la salud es fundamental para el abordaje del presente proyecto, para promover y mantener el bienestar subjetivo de las personas con cáncer. Otra de las definiciones de psicología de la salud es la que presenta León, J. et. al. (2004), los cuales la definen como “(...) una forma nueva y alternativa de pensar y hacer acerca de las relaciones entre lo psicosocial y la salud, cuya emergencia ha sido necesaria por razones teóricas, epidemiológicas y de tipo práctico”.

Por otro lado, es necesario mencionar que en la psicología de la salud existe vínculo entre la salud emocional y la salud física, como lo plantea Butcher, J. et. al. (2007).

El hecho de que cada vez seamos capaces de comprender mejor los mecanismos biológicos involucrados en nuestros estados psicológicos y fisiológicos ha favorecido que se preste una enorme atención al papel que desempeña el estilo de vida, respecto al desarrollo y el mantenimiento de muchos problemas de salud.(pág. 334).

Si bien es cierto, la salud está relacionada en cómo interpretamos y actuamos ante las demandas que presenta la vida, la salud no está vinculada únicamente con lo biológico, lo que permite que los profesionales de la salud tengan una función más integral, activa, constante y ante todo responsable en el abordaje de los determinantes que afectan la salud, por ejemplo: el ámbito social, familiar, personal, laboral, cultural, entre otros.

La Psicología de la Salud se distribuye en varios grupos, los principales están relacionados con lo que puntúa Simón, M. (1999) en el Manual de Psicología de la Salud:

Promoción y acrecentamiento de la salud, centrada fundamentalmente en la educación sanitaria, el control de variables actitud motivacionales y afectivo -

emocionales, la generación de hábitos y estilos de vida saludables, el aprendizaje de competencias y habilidades básicas, y actuaciones encaminadas a mejorar la salud ambiental. (p.59)

La buena relación entre el profesional de la salud y la persona con cáncer hace que facilite el proceso, tener la capacidad para intervenir de manera respetuosa y conociendo la historia de vida del usuario o usuaria son estrategias que ayudan a tener una mejor comunicación y progreso en el abordaje terapéutico. Por medio de diferentes técnicas, herramientas y actividades desde el enfoque cognitivo conductual se obtendría información relacionada a factores emocionales, cognitivos y comportamentales.

FACTORES EMOCIONALES, COGNITIVOS Y COMPORTAMENTALES EN PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO

Las personas que padecen de cáncer gástrico tienen una difícil realidad por las afectaciones personales, familiares, sociales, laborales, espirituales, entre otras. Debido a lo anterior, es importante el acompañamiento psicoterapéutico para trabajar y elaborar las complejidades de los factores emocionales, cognitivos y comportamentales que atraviesan en el proceso de enfermedad, a su vez mejorar la calidad de vida. El cáncer por sí sólo provoca en las personas repercusiones en las diferentes etapas del proceso, tal como lo indican Pérez, S. (2018) en la investigación realizada:

La agresividad y complejidad de los tratamientos que conlleva la enfermedad son innegables, tanto a nivel físico: náuseas, vómitos, pérdida de cabellos, miembros mutilados, etc; a nivel psicológico: pérdida de salud, amenaza contra la vida, miedo a la recidiva, miedo a la muerte; a nivel social: aislamiento, estigma social, etc". (p.12).

Si no se aborda el tema emocional y comportamental en esta población con CA gástrico va a influir negativamente en su calidad de vida y la evolución de la enfermedad.

La literatura científica ha evidenciado en numerosas ocasiones que el malestar emocional en estos pacientes y en sus familias es muy elevado desde el inicio hasta el final de los tratamientos médico. Estudios recientes indican que la

presencia de alteraciones emocionales, sobre todo la ansiedad y depresión en cáncer, oscila entre el 5 y el 60% de la población. (Pérez, S. 2018, p.12).

Debido a lo complejo que resulta el proceso, la presencia de síntomas de ansiedad, depresión y estrés prevalece en mayor cantidad que en la población en general. Sin embargo; este nos generaría un problema mayor, ya que “la depresión es un riesgo añadido para la salud del paciente, quien disminuye o realiza con dificultad las actividades diarias de dieta, ejercicio y sueño, y puede incluso abandonar el tratamiento activo.” (Hernández, M. et. al. 2012, p. 237). Desde este punto radica la importancia de identificar los factores comportamentales y emocionales de manera adecuada en la persona con CA gástrico es servirle de guía u orientación junto a las diferentes disciplinas para poder abordarles de manera eficiente e integral, fortaleciendo emocionalmente al paciente y así motivar la calidad de vida a pesar de tener una enfermedad. Esto con motivo de:

Una adecuada y temprana detección aumentaría el número de pacientes que pueden beneficiarse de los recursos psicológicos ya disponibles en muchas instituciones, mejorando la adherencia al tratamiento médico, y dotando al paciente de estrategias de afrontamiento y de cambio, así como favorecer el tratamiento de sus posibles trastornos psicopatológicos o su sintomatología, para mejorar su evolución clínica, y la calidad de su vida” (Hernández, M. et. al. 2012, p.237).

Es importante que todo usuario o usuaria con diagnóstico de cáncer a nivel general deba ser abordado e intervenido por psicología ante la serie de necesidades de índole emocional, cognitivo y comportamental que padecen y no solamente que sea referido cuando el médico determina ciertos síntomas. El acompañamiento integral beneficiaría en gran medida todo el proceso de la enfermedad y previene altos niveles de malestar emocional o problemas a nivel de salud mental. Entendido en estos términos, “Los tratamientos psicológicos son eficaces para mejorar la calidad de vida, reducir el distrés, ansiedad, depresión, insomnio, sexualidad, autoimagen, miedo a la recaída, adherencia y fatiga en pacientes de cáncer”. (Pérez, S. 2018, p.31)

Por último, refiriéndose a los factores comportamental: insomnio y autonomía en personas con CA gástrico en etapa de diagnóstico y tratamiento. Lo que respecta al tema de ansiedad el paciente, este puede presentar síntomas como: taquicardia, sudoración, dolor de cabeza, dificultad para conciliar el sueño, adormecimientos en extremidades inferiores o exteriores, entre otras. Por otro lado, algunos síntomas depresivos como: tristeza, llanto fácil, desesperanza, pérdida de interés en actividades que solía realizar. Dentro del mismo marco el insomnio se presenta en personas que presentan dificultad para conciliar el sueño y la autonomía es cuando la persona se cree incapaz de realizar actividades personales, siente que ha perdido seguridad y autoconfianza. Lo cual es necesario enfatizar la importancia del estado emocional en la persona y la relación con los síntomas físicos, por lo que resulta relevante analizar cómo las personas enfrentan el diagnóstico de cáncer en relación con el estilo de vida.

CALIDAD DE VIDA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

“No existe una teoría única que defina “calidad de vida”. Este término y los que han precedido en su genealogía ideológica, remiten a una evaluación de la experiencia que de su propia vida tienen los sujetos.” (Restrepo, H y Málaga, H, 2001, p. 54). El estilo de vida está relacionado con la historia de vida de la persona y el impacto que tiene en la salud física y mental, de esta forma, es importante conocer, escuchar, evaluar la experiencia de vida de cada participante. Según la OMS ((1996), p.386), las esferas y facetas para evaluar la calidad de vida son:

1. Físicos: dolor, malestar, energía, cansancio, sueño y descanso.
2. Psicológico: sentimientos positivos, labor de reflexión, aprendizaje, memoria, concentración, autoestima, imagen, apariencias corporales, sentimientos negativos.
3. Grado de independencia: movilidad, actividad de la vida diaria, dependencia respecto a medicaciones o tratamientos, capacidad de trabajo.
4. Relaciones sociales: relaciones personales, apoyo social, actividad sexual.
5. Entorno: seguridad física, entorno doméstico, recursos financieros, atención sanitaria y social (disponibilidad y calidad), oportunidades para adquirir información y actitudes nuevas, actividades recreativas (participación y oportunidades), entorno físico (contaminación, ruido, tráfico, clima), transporte.
6. Espiritual: espiritualidad, religión y creencias personales.

Evaluando estas particularidades, se comprende mejor que, “analizar “la calidad de vida” de una sociedad, significa analizar las experiencias subjetivas de los individuos que la integran y la percepción que tienen en su existencia dentro de ella.” (Restrepo, H y Málaga, H, 2001, pág. 57). En este sentido, trabajar desde las experiencias de las y los participantes permite plantear una metodología grupal que contribuya a la calidad de vida a partir de las necesidades de cada uno.

Por otra parte, León, J. et. al. (2004) define estilo de vida “(...) como un conjunto de comportamientos adquiridos que comparten los miembros de una categoría social y que tienden a persistir en el tiempo.” (p.32). Siendo así, el estilo de vida se compone de todo un sistema de creencias y valores que construye la persona a través del tiempo, los cuales se manifiestan en motivaciones intrínsecas y comportamientos relacionados a la salud, muchos de ellos lográndose por medio de la promoción de la salud.

PROMOCIÓN DE LA SALUD

Según, Oblitas (2000) “La promoción de la salud es un tema prioritario en la psicología de la salud, y se refiere al desarrollo y fortalecimiento de aquellas conductas y estilos de vida que conducen a lograr un estado de vida saludable.” (pág. 67). Por lo tanto, se pretende utilizar diferentes disciplinas relacionadas al enfoque de salud, facilitando la aplicación de métodos que brinden bienestar social e individual, proporcionando medios necesarios para mejorar los hábitos en relación con la salud. En palabras del autor, se puede definir promoción de la salud como:

(...) toda acción orientada a impulsar a un individuo o a una comunidad hacia un alto nivel de bienestar, una mejor calidad de vida, el disfrute de la plena expresión de su desarrollo humano y el más alto nivel de salud posible. (Oblitas, 2009, p.58).

La carta Ottawa es un documento elaborado por la OMS, firmada durante la primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en 1986, como respuesta al aumento de demanda de una nueva concepción de salud. Hace referencia a lo siguiente: “La participación activa en la promoción de la salud, incluye las acciones y políticas concretas que permiten a la

población lograr el objetivo de practicar un estilo de vida saludable, de conseguir el bienestar individual y colectivo.” (Málaga, H y Restrepo, H. 2001, pág.49).

Lo anterior enfatiza la necesidad de abordar las prácticas de las personas para generar un estilo de vida saludable en cualquier contexto o condición de salud. En conclusión, lo que se plantea es el bienestar de la persona o grupo en este caso específico ante un diagnóstico de cáncer, con el objetivo de lograr mejorías en el proceso de la enfermedad.

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) ha tenido su larga e importante evolución, adoptando teorías de diferentes autores, los cuales han aportado información a lo que es hoy TCC, algunos de ellos son: Albert Bandura con el aprendizaje social, Thorndike con el conexionismo, Watson con el conductismo y Skinner con el condicionamiento operante, entre otros. La TCC se define desde el punto de vista fenomenológico como: “La TCC es un ámbito de intervención en salud que trabaja con respuesta físicas, cognitivas y conductuales, desadaptadas, de carácter aprendido.” (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012, p. 33). Otras de los conceptos encontrados en la literatura respecto a la TCC es la siguiente:

La relación de colaboración entre el terapeuta y el paciente ofrece un marco en el que el paciente aprende los procesos de identificación y evaluación de los pensamientos disfuncionales; el objetivo de este modelo es cambiar creencias disfuncionales y enseñar al paciente a utilizar los métodos para evaluar el futuro de otras creencias. (pág. 51).

En este sentido, la terapia grupal cognitivo conductual se enfoca en el cambio o mejoras de conductas y pensamientos. La finalidad es que las personas participantes logren bienestar emocional y físico, que aprendan a identificar pensamientos irracionales como, por ejemplo: ya no sirvo para nada, me voy a morir, mi vida no tiene sentido, ya no puedo, entre otras, las cuales provocan inestabilidad emocional y afectación en el proceso de enfermedad.

La TCC es efectiva con relación al afrontamiento y bienestar emocional. Muchas personas no reconocen con claridad el objetivo que tienen los hábitos saludables en la vida, algunos son aprendidos, adquiridos o impuestos. El enfoque permite modificar

comportamientos cuando no están siendo funcionales o productivos en la vida de la persona y a su vez trabajar en el pensamiento, haciendo visible la función de la psicología en promoción de la salud, partiendo de la premisa que el conocimiento es un determinante de la conducta. “La tarea central del psicólogo conductual en el campo de la salud implica el modificar estilos de vida a través del cambio conductual, de diseñar y aplicar programas de entrenamiento para que las personas sean más sanas (...)” (Reynoso, L y Seligso, I., 2005, p. XL).

Lo anterior se relaciona con el alcance de la propuesta investigativa, el enfoque cognitivo conductual y la psicología clínica y de la salud permite brindar un abordaje desde la atención, técnicas, herramientas, tareas psicoterapéuticas y recomendaciones a las personas participantes, así mismo motivar a modificar factores emocionales, cognitivos y comportamentales que no son sanos y adquirir nuevos. Además, brindar información sobre hábitos saludables con la intención que los y las participantes obtengan conceptos e información fiable sobre calidad de vida y valores vitales, asimismo, abrir espacio para aportes y cuestionamientos.

De esta forma, la psicología clínica y de la salud resulta importante en la identificación de aquellos factores emocionales, cognitivos y comportamentales que favorezcan en la modificación de hábitos asociados a patologías, por ejemplo: el consumo de sustancias psicoactivas, mala higiene del sueño, mal manejo emocional, entre otras. Según Reynoso y Siligso (2005) en el enfoque cognitivo conductual se aplican una serie de técnicas basadas en distintos modelos:

- Terapia Racional Emotiva.
- Técnicas de solución de problemas.
- Técnicas de aproximaciones de autocontrol.
- Técnicas de condicionamiento encubierto.
- Técnica de reestructuración cognitiva.

La TCC permite apoyar y acompañar a los desarrollos médicos y diferentes situaciones clínicas, por supuesto, abarcar las necesidades de las personas con diagnósticos oncológicos. Los procesos de la TCC se distribuyen en tres generaciones, los autores Rojas, C y Gutiérrez G. (2017) explican la primera generación conocida por los autores Pávlov llamado “conductismo

inicial” y Skinner denominado “conductismo radical”. Del mismo modo Rojas y Gutierrez (2017) mencionan que “Este modelo estudia la conducta manifiesta por procedimientos estrictamente experimentales y excluye la posibilidad de utilizar métodos subjetivos como la introspección. La conducta está regida por leyes y sujeta a las variables ambientales y las personas responden a dichas variables”. Además, hace mención a las técnicas de la segunda generación, enfocado en las emociones y pensamientos.

Las creencias disfuncionales o irracionales asociadas a emociones insatisfactorias condicionan las conductas. “Dichas creencias y los esquemas desadaptativos de procesamiento de información son blancos clínicos para modificar.” (Hernández y Sánchez, 2007). Y el exponente principal Aaron Beck. Y, por último, la tercera generación que hace mención de técnicas más novedosas, “Así como también una manera de alcanzar una vida con sentido y el uso de determinadas intervenciones y procedimientos como, por ejemplo, la práctica de mindfulness o atención plena” (Ruiz, Diaz y Villalobos, 2012). Y el exponente principal es Steven Hayes en el 2004 le llamó terapias de la tercera ola, en el año 2010 le cambió el nombre a terapia contextuales cognitivo- conductuales.

Según los autores las técnicas de este enfoque han sido de gran eficacia para el tratamiento en las personas con trastornos psicológicos, psicosomáticos y personas con consumo de sustancias psicoactivas, con el objetivo de motivar a la persona a identificar las conductas y pensamientos irracionales (Reynoso y Siligso, 2005). Dentro del tema de las técnicas de TCC, Caballero y Gálvez (2019) mencionan que:

Las técnicas de reestructuración cognitiva se emplean en situaciones donde los pensamientos y creencias equivocadas de los pacientes interfieren con conductas de salud o intensifican emociones negativas, estas técnicas favorecen formas más funcionales y objetivas de interpretar y evaluar situaciones difíciles en el futuro. (pag.17).

Por otra parte; en cuanto a las técnicas relacionadas a la tercera generación, la teoría indica que son bastante efectivas, ya que Rojas y Gutiérrez. (2017) mencionan lo siguiente:

Es así que, dentro de este grupo de terapias, especialmente los aportes de la Terapia de Aceptación y Compromiso y de las intervenciones basadas en Mindfulness, resultaron ser sumamente útiles y eficaces para trabajar en el bienestar emocional y en la mejoría de la calidad de vida de los pacientes en las distintas etapas de la trayectoria de la enfermedad oncológica. (p.178).

Además, según Rojas y Gutiérrez, (2017), las características principales de este modelo anteriormente mencionado son las siguientes:

- Dirigen su foco de atención hacia todo el evento privado en su conjunto.
- Para el análisis y la comprensión de su naturaleza y función sitúan al evento privado en su contexto, tomando en cuenta su historicidad.
- Adoptan un punto de vista pragmático, es decir lo que se hace tiene que ser eficaz, el análisis de la conducta es más útil o menos útil.
- Clarifican y explicitan previamente valores

El desarrollo de la metodología psicoterapéutica grupal está enfocada desde la Terapia Racional Emotiva- Conductual destacada por Albert Ellis, unos de los creadores de los principios de la Terapia Cognitivo Conductual, donde se refiere que la terapia racional emotiva-conductual “los individuos adoptan esquemas o formas de razonamiento y poseen control sobre pensamientos, acciones y conductas en este proceso de interacción, donde se pretende conocer el contenido específico de las cogniciones y creencias del paciente.” (Hernández y Sánchez, 2007, p.50). Lo anterior destaca la importancia de determinar las ideas irracionales y creencias que tiene cada participante sobre los factores emocionales y comportamentales relacionados a su condición de salud y que podrían desfavorecer la calidad de vida.

La intención es que dentro de la TREC la cual brinda aportes muy anuentes a la condición de salud de la persona con cáncer se pueda ampliar e integrar Terapia Cognitivo Conductual de la tercera generación, con aportes de la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC) y Mindfulness. La TAC se entiende como “Es una psicoterapia experiencial, construida sobre una

teoría de la cognición y del lenguaje que es la Teoría de los Marcos Relacionales.” (Rojas, C y Gutiérrez, Y. 2017, p. 185). Los mismos autores menciona que esta técnica se caracteriza por:

- Apuntar como foco de trabajo a la alteración del contexto y la función de los fenómenos psicológicos (pensamientos, sensaciones, emociones, recuerdos) para que tengan un impacto diferente en la vida.
- Trabajar con la persona para vivir una vida más comprometida y vital.
- Aceptar la importancia de la emoción, la compasión, las relaciones, los valores y la espiritualidad, aunque sea parte de las tradiciones clínicas empíricas.
- Apuntar como objetivo a lograr la ampliación, flexibilidad, efectividad del repertorio conductual del paciente, de sus posibilidades, la reorientación de su vida y no solo la eliminación de síntomas.
- Lograr un mejor balance entre los procesos de aceptación y los cambios.
- Permitir el uso flexible de su tecnología.

Con respecto al Mindfulness se fundamenta como la capacidad de observar expresamente cuerpo y mente, permitir ir viviendo las experiencias en el momento presente. “Es una habilidad humana que implica una regulación de la atención y una cualidad de presencia que permite aprender a relacionarse de manera directa con aquello que está ocurriendo en la vida personal, aquí y ahora, con interés, curiosidad, amabilidad y aceptación.” (Rojas, C y Gutiérrez, Y. 2017, p. 185). En conclusión, permite que la persona tome conciencia entre mente, cuerpo y sus emociones, lo que hace que se dé cuenta de cómo las mismas influyen en el manejo del estrés, hábitos saludables, la salud, y la adquisición de un rol responsable.

Para finalizar, de manera general el modelo permite en la y el usuario aprender a identificar los pensamientos y cómo influye en su estado de ánimo. La persona puede tener la capacidad de afrontar la enfermedad, apoyada en diversos recursos afectivos, cognitivos, social y espiritual. Dado que la importancia del abordaje Cognitivo-Conductual como intervención, es

la efectividad mostrada, en áreas como la adherencia al tratamiento psicológico y farmacológico, adquirir hábitos saludables, habilidad en la regulación emocional, entre otras.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

El presente capítulo expone los fundamentos de carácter ontológico, epistemológico y metodológico sobre la investigación.

TIPO DE ESTUDIO

El presente proyecto se desarrolló desde la metodología cualitativa, el cual hace referencia a la elaboración de conocimiento “Da prioridad a la comprensión y al sentido, en un procedimiento que tiene en cuenta las intenciones, las motivaciones, las expectativas, las razones, las creencias de los individuos.” (Monge, 2011, pág.12). Las estrategias o métodos que se utilizaron en la psicoterapia grupal no fueron de forma intrusiva, al contrario, se respetaron las necesidades de cada persona participante del grupo y experiencia de vida.

Por otro lado, el modelo se orientó a adquirir información de las personas participantes de manera descriptiva, la cual se obtuvo por medio de: la observación participativa, entrevistas abiertas, técnicas, discusión en grupo, participación individual y grupal, aplicación e interpretación de escalas y la retroalimentación grupal. Además, la comunicación directa y lineal con el objetivo de conocer y explorar las opiniones, experiencias de vida, emociones y comportamientos.

POBLACIÓN META

La población participante en el proceso psicoterapéutico grupal son personas con diagnóstico de CA gástrico que se encuentren en la primera o segunda fase (diagnóstico y tratamiento), pertenecientes a la ACPSC. El grupo se integró por 4 personas. Hubo 3 poblaciones beneficiarias: las participantes, familia, sistema social y personal de salud. La población beneficiaria directa fueron aquellas que firmaron el consentimiento informado y cumplieron con los criterios de inclusión, las indirectas fueron personas pertenecientes al sistema familiar, social, laboral, ya que se logró que las personas participantes obtuvieran un adecuado estilo de vida, por ende, su entorno se vio beneficiado. Asimismo, los profesionales

que laboran en la ACPSC, ya que se sustentó teórica y metodológicamente la necesidad de profesional en psicología para trabajar con dicha población.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Criterios de Inclusión

- Personas diagnosticadas con cáncer gástrico.
- Personas que se encuentren en la primera o segunda fase (diagnóstico y tratamiento) con respecto al diagnóstico.
- Tener entre 18 y 50 años.
- Asistir a control médico a Cuidados Paliativos del Hospital San Carlos
- Firmar el consentimiento informado.
- Estar adscrita al área Huetar Norte.

Criterios de exclusión

- Ausentarse a la entrevista inicial.
- Dos o más ausencias sin justificación al proceso psicoterapéutico grupal.
- Tener algún antecedente psiquiátrico o deterioro cognitivo sin adherencia al tratamiento.
- Presentar consumo nocivo, perjudicial y dependencia a sustancias psicoactivas.

TÉCNICAS Y ACTIVIDADES

El proceso psicoterapéutico grupal se constituyó de ocho sesiones debidamente planificada (Apéndice), con una duración de 2 horas, una vez a la semana. La cantidad de personas participantes fue de 5. Las sesiones se adecuaron según el contexto personal y de salud, respetando las medidas sanitarias con respecto al COVID-19.

Al inicio del proceso psicoterapéutico grupal se realizó la entrevista individual, lectura y aprobación del consentimiento informado (Anexo 1). La entrevista consistió en una serie de

preguntas abiertas con el fin de obtener información con respecto a historia y calidad de vida, tomando en cuenta un antes y un después del diagnóstico de cáncer.

El Cuestionario de Salud SF-36 (Anexo 3), los autores son: J.E Ware, C.D Sherbourne, consta de 36 ítems relacionados con el estado de salud. Es un instrumento para evaluar el nivel de calidad de vida relacionada con la salud física y mental.

Lewis R. Aiken (2003) menciona que el inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Anexo 2) diseñada por Aaron Beck, consta de 21 ítems, “los 21 conjuntos de reactivos de BDI-II, los cuales fueron escritos de acuerdo con las directrices del DSM-IV para el diagnóstico de la depresión, fueron diseñados para evaluar la intensidad de la depresión en personas normales y pacientes psiquiátricos.” (pág. 389).

La TREC cuenta con un gran repertorio de técnicas, las cuales fueron empleadas de manera creativa según las necesidades de las personas participantes y la necesidad del grupo, los factores emocionales: ansiedad, depresión y estrés; y factores comportamentales: la toma de decisiones, higiene del sueño y alimentación saludable, con la intención de trabajar la calidad de vida. Las técnicas se distinguen por cambiar cogniciones, trabajar con las emociones y modificar comportamientos.

En las siguientes sesiones se utilizaron técnicas y aspectos para su respectiva elaboración en proceso psicoterapéutico grupal. Rodríguez, A. (2019) expone las técnicas más empleadas e importantes de la TREC:

1. Para trabajar los aspectos cognitivos:

- 1.1 Debate socrático, el cual consiste en que la persona haga consciente y entienda que su forma de interpretar los hechos crea problema, y asimismo ayudarlo a desarrollar una nueva filosofía más racional.
- 1.2 Análisis de pros y contras: promueve la aceptación, esta técnica ayuda a replantear la vida de una persona. Se analiza las actividades de trabajo y ocio que tiene la persona, valorando las ventajas e inconvenientes y tomar decisiones sobre que cambiar o mantener.

1.3 Modelado: consiste en animar a las personas a pensar en personas a las que admiran por tener actitudes ante la vida que ellos les gustaría tener o adquirir.

1.4 Biblioterapia: la lectura de autoayuda para fomentar nuevos puntos de vista.

1.5 Métodos complementarios: yoga, meditación, técnicas de relajación, mindfulness.

2. Trabajar los aspectos emocionales:

2.1 Imaginación racional emotiva: el objetivo es que las personas se den cuenta de cómo se activan las emociones ante determinados recuerdos.

3. Trabajar aspectos conductuales:

3.1 Solución de problemas.

3.2 Entrenamiento de habilidades sociales y para la vida.

3.3 Uso de recompensas a la realización de las tareas a veces difíciles.

3.4 Tareas para la casa: autorregistros, grabaciones, tareas de comprobación de evidencias, recomendaciones de libros, documentales, películas, entre otras.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ver anexo 1

VIII. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

El presente capítulo expone los resultados obtenidos en el trabajo de campo, sobre el quehacer de la disciplina de Psicología Clínica y de la Salud específicamente con personas diagnosticadas con cáncer gástrico, misma que cumple un rol de mediadora entre necesidades de la Asociación de Cuidados Paliativos San Carlos. En este apartado se reforzará la propuesta de que “(...) la atención psicológica al paciente con cáncer necesita definir estrategias de intervención sanitaria para ofrecer un servicio integral de calidad, que a su vez alcance la equidad en el acceso a los tratamientos del Sistema Nacional de Salud.” (Pérez, S, 2018, p.12).

Para efectos de este estudio, se presenta el análisis de las experiencias compartidas por la profesional en Psicología Clínica y de la Salud y la población participante para cumplir con los objetivos de la investigación, siendo descriptiva en el desarrollo de las sesiones grupales y anotando textualmente algunas frases de las personas participantes, con la finalidad de dar a conocer los factores emocionales, cognitivos y comportamentales elaborados, omitiendo el nombre de la fuente, con el fin de resguardar el principio de confidencialidad.

El capítulo abarca tres categorías de análisis que responden a los objetivos específicos de esta investigación, que son: evaluar, desarrollar y sistematizar las técnicas y herramientas relacionadas a los factores emocionales, cognitivos y comportamentales en personas diagnosticadas con cáncer gástricos pertenecientes a la Asociación de Cuidados Paliativos San Carlos.

FACTORES COGNITIVOS, EMOCIONALES Y COMPORTAMENTALES DE LAS PERSONAS

Antes de iniciar la sesión 1, se citó a cada participante de manera individual cumpliendo con los siguientes objetivos: se realizó un encuentro terapéutico, se firmó el consentimiento informado, se brindó la información sobre el proceso psicoterapéutico grupal, se realizó una entrevista con preguntas abiertas y la evaluación del cuestionario de salud SF-36, así como la escala de desesperanza de Beck.

En esta primera etapa se realizó una selección de personas participantes con el diagnóstico de cáncer gástrico que pertenecieran a la ACPSC. Luego se realiza una llamada telefónica para darles información y conocer el interés por participar y brindarles así la primera cita de manera presencial, se realizó al menos 17 invitaciones, sin embargo, únicamente cuatro personas se comprometieron.

Ante la situación de salud que se encuentran actualmente, se realizó el proceso psicoterapéutico grupal por medios alternativos, específicamente vía zoom a solicitud de las participantes. Cada sesión tuvo una duración de dos horas, una vez a la semana. La población meta a la que se les aplicó el cuestionario de Salud SF-36 y la escala de desesperanza de Beck está constituida por cuatro mujeres con las siguientes descripciones:

Tabla 2

Características de las participantes

Nombre	Edad	Ocupación	Estado Civil	Proceso de Tratamiento
María	58	Ama de casa	Divorciada	Tercera sesión de Quimioterapia
Thelma	42	Orientadora	Soltera	Post tratamiento.
Angie	35	Estilista para animales	Casada	Primera sesión de Quimioterapia
Roxana	45	Ama de casa	Casada	Última sesión de quimioterapia

Fuente: Elaboración propia

APLICACIÓN CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

Dentro de las funciones de Psicología en la Asociación de Cuidados Paliativos se encuentra el abordaje psicoterapéutico individual, grupal y por supuesto la intervención a nivel de comunidad. Ello con el objetivo de potencializar la atención oportuna e integral de dicha población se realizó valoración en el tema de salud física, mental y social.

En la entrevista realizada a las participantes se refieren a las respuestas en función de dar explicación a lo que comparten, lo cual reflejó la necesidad de expresión y de escucha, además, la búsqueda de aprobación y empatía por el proceso de adaptación que se encuentran. De las 4 participantes, 3 se encuentran en proceso de tratamiento de quimioterapia y un post tratamiento en espera de exámenes para valorar alta y continuar con el proceso médico.

En el contexto de atención individual se realizó la entrevista inicial y aplicación del presente instrumento ya que es muy adecuado para la investigación. El instrumento se aplicó a 4 personas antes del proceso grupal, sin embargo, al finalizar solamente se aplicó a 3 de las participantes, debido al lamentable fallecimiento de la otra integrante.

El presente instrumento llamado Salud SF-36 se realizó de manera individual a cada participante antes de las sesiones grupales, y al finalizar el proceso psicoterapéutico, con el objetivo de comparar la elaboración de diferentes aspectos relacionados a su salud física, mental y social. El cuestionario Salud SF-36 está constituido por las siguientes dimensiones:

- Función física (10 ítems).
- Rol físico (4 ítems).
- Dolor físico (2 ítems).
- Salud general (5 ítems).
- Vitalidad (4 ítems).
- Función social (2 ítems).
- Rol emocional (3 ítems).
- Salud mental (5 ítems).
- Transición de salud (1 ítem).

En el siguiente cuadro se explica el avance en el tema de salud emocional y física que obtuvieron las participantes con el desarrollo de la psicoterapia grupal:

Cuadro 1*Avance en área salud emocional y física de las pacientes*

Participante 1. María			
	Ítem	Antes	Después
Función física	10	Participante muestra un poco de limitación en actividades que implique el aspecto físico, como correr, alzar objetos pesados, subir escaleras, entre otros.	Usaria se atreve a realizar más actividades, obteniendo mayor movilidad y seguridad. Indica que al menos ha logrado salir a caminar 500mtrs diariamente y subir gradas.
Rol físico	4	Obtuvo puntuaciones positivas (sí), lo cual implica renuncia en la ejecución de algunas actividades y mayor dificultad en actividades diarias.	Mejóro en las actividades diarias como resultado del esfuerzo y constancia.
Dolor físico	2	Indica presentar dolor, lo cual le ha impedido realizar actividades cotidianas, menciona pasar mayor tiempo en reposo.	Mejora el umbral del dolor, logrando mayor actividad física.
Salud general	5	Puntúa respuestas relacionadas al temor de posible recaída. Usaria se encontraba terminando el tratamiento médico.	Se siente optimista, creyendo que su salud puede mejorar aún más.
Vitalidad	4	Las respuestas puntúan “algunas veces” se ha sentido con energía, sin embargo, indica sentirse cansada la mayor parte del tiempo y con malestar emocional.	Mejora en calidad de respuestas, puntúa mayor energía, logrando más funcionalidad, asimismo, satisfacción y emociones placenteras.
Función social	2	Totalmente baja, el círculo social es su hija y nieto, no le gusta salir y no siente la necesidad de hacerlo.	Mejora en habilidades sociales, logrando mayor interacción en el grupo. Indica respuestas positivas.

Rol emocional	3	Participante describe mucha tristeza, lo cual interfirió en actividades. De hecho, se muestra lábil realizando el cuestionario.	Respuestas positivas, mejorando considerablemente el estado anímico.
Salud mental	5	La mayor parte del tiempo muestra nerviosismo, teme lo que vaya a suceder.	En esta etapa ha logrado visualizar mayor control de pensamientos irracionales, logrando mayor tranquilidad.
Transición de salud	1	No considera que su salud va a empeorar, como mecanismo de defensa utiliza el optimismo.	Continúa pensando y viviendo mejoría en su salud, lo que confirma que el día de mañana logrará mayor bienestar.
Participante 2. Thelma			
	Ítem	Antes	Después
Función física	10	Indica mucha limitación en actividades que implique el aspecto físico de alto impacto, no así, levantar objeto o actividades más pasivas.	Usuaría con rutina de actividad física presente.
Rol físico	4	Obtuvo buen puntaje, indica no ha abandonado ninguna actividad, pero si ha mostrado dificultad para realizarlas.	Usuaría fue constante durante el proceso psicoterapéutico.
Dolor físico	2	Indica presentar dolor describiéndolo como “un poco”.	Mejora el rendimiento en el área laboral debido a la disminución y control del dolor.
Salud general	5	Puntúa respuestas relacionadas al temor de posible recaída. Usuaría ya dada de alta.	Se siente optimista, creyendo que su salud puede mejorar aún más.

Vitalidad	4	Las respuestas puntúan “siempre” en agotada y “algunas veces” con mucha energía, usuaria tiene una vida con muchas responsabilidades, expresa que ese cansancio ha aumentado.	Mejora en el tema de energía, ya que ha optado por un estilo de vida con mayor bienestar.
Función social	2	Indica que su círculo social es limitado y solo “algunas veces” se ha limitado en salir.	Usaria con mucha capacidad de comunicación e interactuar con personas, lo que ha facilitado aumentar su función social.
Rol emocional	3	Participante considera estado de ánimo cambiante de manera significativa, sin embargo, describe muchas veces estar feliz.	Usuario logra mayor estabilidad en su estado anímico.
Salud mental	5	La mayor parte del tiempo muestra nerviosismo, indica que el temor de vivir una recaída es lo que la desestabiliza.	En esta etapa ha logrado mayor tranquilidad, menciona estar más atenta al presente.
Transición de salud	1	No considera que su salud va a empeorar, pero considera “no saber” si se encuentra tan sana como otras personas.	Obtiene mayor seguridad, y confía que su salud no va a empeorar o verse afectada.

Participante 3. Roxana

Función física	Ítem	Antes	Después
	10	En la mayoría de los ítems usuaria responde con “sí me limita un poco”, específicamente en las actividades que requiera caminatas, pero en sus comportamientos de autocuidado no manifiesta limitación.	Participante reflejó mejoría en su actividad física, logrando mayor confianza cuando realiza ciertas actividades físicas.

Rol físico	4	Usuaria responde a que se ha visto limitada a realizar tareas y trabajos a causa de su malestar físico.	Muestra mejoría en la cantidad de tareas que logró realizar. Menciona que las realiza no tan rápida como antes del cáncer, pero sí la cantidad de actividades.
Dolor físico	2	Menciona presentar dolor, pero el mismo no es del todo limitante en la realización de actividades cotidianas.	Indica mejoría en el tema de dolor físico, menciona que ha realizado los ejercicios de relajación y respiración y eso ha logrado disminución del dolor.
Salud general	5	La usuaria refleja su salud como buena, siendo optimista, asegura que mejorará sus molestias.	Reafirma que mejoró su salud en general, logrando confianza y energía en la realización de actividades cotidianas.
Vitalidad	4	Indica que algunas veces se siente con energía, pero dentro de su ambivalencia menciona que muchas veces se siente agotada. Generando cuestionamientos en sí misma.	Logra tener coherencia indicando energía la mayor parte del tiempo. “Tengo muchas ganas de hacer cosas, dar con nuevos inicios”.
Función social	2	Puntúa en los ítems “casi siempre” pero relacionando más al malestar emocional que presenta en el momento de aplicación. Refiere situación de pareja conflictiva.	En esta dimensión no hay mejoría, de igualmente se encuentra afectada por la situación emocional, mencionando que ya se encuentra separada de esposo, sin embargo, reconoce que ha sido la mejor decisión.
Rol emocional	3	Si evidencia afectación en algunas tareas o actividades debido a su estado emocional. Identifica la situación de salud junto a conflictos de pareja.	Al finalizar no hay afectación en tareas y actividades, muestra funcionalidad, sin embargo, indica que a nivel de salud se siente muy bien, en el área emocional afectada pero no ha permitido que la limite en actividades, respondiendo al rol de mujer y madre.

Salud mental	5	La sensación de nervios puntúa en “algunas veces”, especificando cuando tiene pensamientos fatalistas o bien, irracionales.	Logra manejar los pensamientos irracionales, disminuyendo considerablemente el tema de nerviosismo.
Transición de salud	1	Indica que su salud ha sido buena a pesar del tratamiento que se encuentra recibiendo.	Menciona que su salud continuará mejorando como ha sucedido.
Participante 4. Angie			
Función física	Ítem	Antes	Después
	10	Usuaría se encuentra bastante afectada en la funcionalidad, sobre todo las que requieren esfuerzo de peso y condición física.	NR/
Rol físico	4	La participante indica que se ve muy limitada en realizar las tareas y actividades que solía realizar.	NR/
Dolor físico	2	Usuaría presenta dolor físico limitando en la mayoría de sus actividades, a pesar de manifestar que hace su mayor esfuerzo.	NR/
Salud general	5	En su respuesta muestra inseguridad ante una posible mejoría en su estado o condición de salud	NR/
Vitalidad	4	Usuaría refiere mucho cansancio y afectación en energía. Recordando que se encuentra en tratamiento médico. Además, que debe atender una bebé de 2 años y a su familia.	NR/

Función social	2	Usuaría se describe muy limitada, a pesar de hacer intentos, el malestar físico hace que permanezca la mayor parte del tiempo en su casa.	NR/
Rol emocional	3	Usuaría aqueja malestar emocional por su situación de salud actual, se cuestiona si va a poder lograrlo, sin embargo, no deja de esforzarse por estar mejor y sentirse mejor.	NR/
Salud mental	5	No manifiesta nervios, aunque si cierto temor, pero se identifica resistencia expresarlo.	NR/
Transición de salud	1	En este momento no identifica como que su salud sea buena, ante el malestar físico y emocional	NR/

Fuente: Elaboración propia.

Las participantes María, Roxana y Angie se encuentran en proceso de tratamiento de quimioterapia y Thelma post tratamiento en espera de exámenes para valorar alta y continuar con el proceso médico. Lo anterior porque efectivamente los síntomas físicos y emocionales de dicho tratamiento fueron reflejados en los ítems correspondientes a la escala.

Con respecto a las respuestas de las participantes se observa que una de las dimensiones mayor afectada es la función social, mencionan que debido a la sintomatología ante el proceso de quimioterapia se han limitado a compartir con el entorno. Indican frases como: “Trato de compartir con mis familiares, pero me siento muy cansada”. “La semana pasada fui a la fiesta de mi sobrino, pero me regresé porque empecé a vomitar e hice el ambiente tenso”. “Me da pena decir “no quiero” o “No puedo” a las comidas que me ofrecen”. “Simplemente no quiero que me vean”.

Lo anterior refleja la afectación en el área psicosocial, observando síntomas emocionales, cognitivos y comportamentales tales como: tristeza, malestar en autoimagen,

inseguridad, aislamiento, tristeza, enojo, afrontamiento a situaciones de estrés, temor al rechazo y a generar lástima, por ende, dificultad en las relaciones interpersonales. Todos estos factores contribuyeron a la manifestación y curso del dolor de la persona con cáncer. Llantá, M. (et. al). (2012) mencionan lo siguiente:

El apoyo social está descrito como uno de los principales amortiguadores del estrés en los pacientes, sus familiares y el propio equipo de salud y su búsqueda constituye uno de los estilos de afrontamientos más frecuentes ante el impacto de la enfermedad y los tratamientos. Se ha demostrado que el apoyo social percibido influye sobre los componentes emocionales del individuo: a) favoreciendo el reforzamiento de la autoestima del paciente, b) mejorando la autoeficacia percibida en el afrontamiento, al percibirse valorado y aceptado por otras personas íntimas a él. (p. 23)

Lo anterior, resalta lo importante para la persona con cáncer contar con el apoyo psicosocial, ya que ellas mismas se crean estructuras cognitivas como: prejuicios, expectativas, estereotipos, creencias, las cuales generan afectación en el entorno o en contextos familiares, relaciones interpersonales, relación de pareja, apoyo social, por ende, afectación en su bienestar y calidad de vida.

Otra de las dimensiones con puntuación baja fue la función física y vitalidad, la mayoría de las participantes aquejaron dolor en sus extremidades, fatiga la mayor parte del tiempo, limitando la funcionalidad en las diferentes actividades cotidianas. No hay control de síntomas ocasionados por el tratamiento de la quimioterapia, describen ese proceso con mucho temor “me he sentido muy mal y aún me faltan dos sesiones de quimioterapia, no me quiero imaginar lo que sigue”. “No sé cuánto resista”. “Me siento muy cansada y eso me desanima”. “Siento mucho dolor, no soporto ni el agua cuando me baño”. “No puedo verme al espejo, me veo otra persona”.

Evidentemente, el tratamiento médico suele ser doloroso física y emocionalmente, y cuando se inicia el proceso psicoterapéutico se logra identificar con facilidad la importancia del acompañamiento psicológico antes, durante y después del proceso de enfermedad. La educación es primordial, sin embargo, el médico les brinda información, pero no existe esa

cercanía con la persona con diagnóstico de cáncer y se justifica con la demanda de trabajo y el limitado recurso profesional. En relación con lo anterior Llantá, M. (et. al). (2012), lo indican en los siguientes términos:

La rehabilitación es antes, durante y después del tratamiento activo, un proceso, que debe comenzar desde el momento mismo del diagnóstico, previendo alternativas de ajuste y adaptación en función de los tratamientos que puedan ser empleados y que puedan generar diversos grados y tipos de minusvalías o incapacidades. Este proceso debe ser monitoreado en los diferentes momentos por los que puede atravesar un individuo a lo largo de su enfermedad (antes y después de la cirugía, la quimioterapia o la radioterapia, con posterioridad al alta o en estadios más avanzados de la enfermedad). (p.22).

Con relación a las puntuaciones bajas identificadas en el cuestionario de Salud SF-36 aplicado antes de iniciar el proceso psicoterapéutico grupal, es imprescindible comprender que existe una importante dificultad en las participantes en identificar los pensamientos irracionales, controlar los síntomas físicos y emocionales, identificar y regular sus emociones y expresarlas asertivamente.

De ahí que, la terapia cognitivo conductual favorece significativamente el proceso de adaptación, por otro lado, se observa el compromiso de las participantes en el proceso y la retroalimentación que realizan en cada sesión. Efectivamente, el resultado en la aplicación del instrumento al finalizar el proceso psicoterapéutico muestra mejor respuesta en las dimensiones descritas, con la ejecución de técnicas y herramientas focalizando las necesidades en el tema de función social, vitalidad y función física.

Las participantes confirmaron cambios y mejoras en su estilo de vida y estado anímico, además, se encuentran en un proceso más avanzado en el tratamiento médico. Durante el proceso la profesional de psicología clínica y de la salud brindó acompañamiento e intervención con relación al estado emocional y físico, la funcionalidad y la calidad de vida. Sin embargo, ante el fallecimiento de una persona del grupo si existió puntuación baja en la

dimensión de “salud mental”, mostrando respuesta solidaria ante ausencia de la integrante en las últimas dos sesiones. Se identificaron emociones tales como: tristeza, ansiedad, nostalgia y temor. No obstante, lo emotivo del caso hizo que lograran poner en práctica los recursos personales y emocionales aprendidos en el proceso terapéutico, reflejando un adecuado proceso de duelo.

APLICACIÓN INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)

El inventario BDI-II es una prueba apropiada para la medición de la presencia y gravedad de la sintomatología depresiva en la población. Es útil para identificar síntomas depresivos y cuantificar su intensidad. Por lo tanto, fue importante para evaluar a las participantes antes y al finalizar el proceso psicoterapéutico grupal. Cabe resaltar que un trastorno depresivo se debe efectuar teniendo en cuenta no solo el tipo y la cantidad de síntomas presentes, sino también criterios relacionados a la duración, intensidad de síntomas, curso, disfuncionalidad y ausencias de ciertos diagnósticos concurrentes.

La depresión afecta al 20% de los pacientes con cáncer y la ansiedad al 10 %. La literatura científica muestra que la prevalencia de depresión mayor en estos pacientes es de 15%, de un 20% para la depresión menor, y de un 10% para la ansiedad (12). En muchas ocasiones, estas alteraciones no son reconocidas ni tratadas. (Pérez. S, 2018, p.12)

El instrumento de evaluación se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, anhedonia, cambios en hábitos diarios, entre otras. Estos síntomas corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos establecidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) y CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud).

La aplicación del instrumento BDI-II se realizó de manera individual antes del proceso psicoterapéutico grupal. Tomando en cuenta la muestra de cuatro participantes femeninas en edades de 35 a 58 años, 3 de ellas en proceso de tratamiento y un post tratamiento de quimioterapia, ante el diagnóstico a cáncer gástrico.

En el procedimiento de puntuaciones directas de las personas participantes y según lo descrito “El rango de las puntuaciones va desde 0 a 63 puntos. Cuanta más alta sea la puntuación, mayor será la severidad de los síntomas depresivos. Se establecen cuatro grupos en función de la puntuación total: 0-13 mínima depresión; 14-19 depresión leve; 20-28 depresión moderada; y 29-63 depresión grave.” (Consejo General de Psicólogos, 2013, p.7). A continuación, se representa las puntuaciones directas de las participantes antes de iniciar el proceso psicoterapéutico grupal:

Tabla 3

Puntuaciones directas de las personas participantes.

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)		
Participante	Puntuación	Severidad de síntomas depresivos
María	6	Mínima depresión
Thelma	8	Mínima depresión
Angie	19	Leve depresión
Roxana	9	Mínima depresión

Fuente: elaboración propia.

Los datos anteriores permitieron la exploración de análisis factorial de la población participante diagnosticada con cáncer gástrico en el proceso psicoterapéutico grupal, tomando en cuenta el resultado del instrumento de BDI-II y entrevista oral.

Con respecto al ámbito somático y emocional las participantes identificaron lo siguiente: cansancio, poca energía, fatiga la mayor parte del día, pérdida de interés en las actividades que solían realizar, alteraciones en el estado anímico. Y dentro del factor cognitivo: pensamientos irracionales, de inutilidad y autocríticas, además, y de manera ambivalente pensamientos positivos que les permiten continuar en el proceso de

rehabilitación. Por último, el factor comportamental indica conductas de aislamiento, disminución del apetito, poco comunicativas con familiares y amistades, y alteración en la higiene del sueño.

En casi todos los textos o manuales de Cuidados Paliativos se plantea que el alivio del sufrimiento y la preservación de la mayor calidad de vida y bienestar posibles son los objetivos básicos de estos cuidados, llegando incluso a plantearse como tríada básica de los cuidados paliativos: comunicación eficaz, control de síntomas y apoyo emocional y con ello guiar al paciente en el proceso de adaptación psicológica a su situación y a la disminución de su vulnerabilidad.(Llantá, M. (et. al). 2012, p.20)

En relación con lo mencionado, los profesionales de psicología clínica y de la salud tienen la tarea de identificar síntomas somáticos y alteraciones emocionales. Estos son percibidos como amenazas para la población participante, por ejemplo: Una de las participantes menciona que hace 5 años se divorcia de su pareja, matrimonio que duró 30 años, dice que estar en condición de “enferma” le recuerda constantemente la necesidad de contar con el apoyo de expareja. Es un tema que con la familia no se siente cómoda al hablar, y eso genera tristeza y sentirse más vulnerable.

El tema de la familia es de suma importancia para las participantes, tres de ellas tiene hijos e hijas menores de edad y temen de lo que pueda suceder si ellas fallecen. Cuando quieren tomar decisiones nombran la familia como su principal red de apoyo, en este caso para las cuatro participantes. Lo cual reflejó que el vínculo con las personas más significativas en la vida puede generar estabilidad emocional, acompañada de comprensión, apoyo, comunicación, sensibilidad, entre otras. Llantá, M. (et. al). (2012) mencionan lo siguiente con relación al tema familiar:

La intervención para prevenir y/o tratar alteraciones psicológicas tiene por objetivo potenciar los recursos de la familia y disminuir su vulnerabilidad; utilizando todas las técnicas psicológicas posibles y permitan el ajuste al proceso, entre ellas: la terapia cognitivo-conductual, el manejo y expresión

de emociones, comunicación asertiva, adecuación del proceso de información, búsqueda de apoyo emocional, el counselling, etc. (p.21)

Dentro del mismo marco, el inventario de evaluación crea conciencia en las participantes de su estado emocional frente al estado de adaptación el cual enfrentan. A su vez la profesional en psicología cuenta con la posibilidad de detectar y elaborar los recursos personales en cada participante, con el objetivo de aumentar la percepción de control sobre su situación y los síntomas depresivos.

Al terminar el proceso psicoterapéutico grupal, se aplica en las participantes nuevamente el inventario BDI-II, al comparar y observar las dimensiones emocionales se determina mejoría emocional significativa.

Sin embargo, es importante resaltar el fallecimiento de una de las participantes durante el proceso, específicamente en la sexta sesión se trabaja el duelo, en este momento, las participantes se mostraron vulnerables y empáticas ante la situación, ellas crearon un vínculo estrecho en donde la comunicación, aprecio y afinidad fue visible.

Soler, S. (2001), se refiere al duelo de la siguiente manera:

Especificando más, podemos definir el duelo como los pensamientos, sentimientos (incluyendo los síntomas físicos y los emocionales) y acciones consecuentes a la anticipación o pérdida de una persona amada cumpliendo una función desadaptación al permitir el restablecimiento del equilibrio roto tras la pérdida.(pág.106)

Este espacio favoreció el proceso psicoterapéutico, asimismo, el proceso de enfermedad. Las participantes redujeron el impacto emocional y suplieron la necesidad de apoyo y escucha. “Los pilares básicos de la intervención son constatar su “normalidad”, favorecer la expresión de las emociones y reestructurar las expectativas y los pensamientos distorsionados.”(Soler S., 2001, pág.113)

En la práctica clínica se intervino la crisis grupal brindando soporte emocional, validación emocional, regulación de las emociones, escucha activa, psicoeducación sobre el duelo, significado a lo que estaban viviendo; del mismo modo al mostrarme disponible ante

las necesidades e identificación de muerte favoreció la dinámica del grupo. “El duelo y sus manifestaciones no son patológicos y cumplen una función de adaptación dirigida al restablecimiento del equilibrio roto tras la pérdida”. (Soler S., 2001, pág.113).

Al realizar el respectivo abordaje en el proceso de tratamiento de cirugía y quimioterapia, y el fallecimiento de la participante, se logró trabajar los factores emocionales, cognitivos y comportamentales de manera asertiva.

A continuación, se presentan los resultados de las puntuaciones directas del inventario de Beck del antes y el final del proceso psicoterapéutico grupal.

Tabla 4

Comparación de las puntuaciones directas de las personas participantes.

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)			
Participante	Puntuación antes	Puntuación final	Severidad de síntomas depresivos
María	6	3	Mínima depresión
Thelma	8	2	Mínima depresión
Angie	19	----	Leve depresión
Roxana	9	4	Mínima depresión

Fuente: elaboración propia.

Se analiza que el proceso de mejoría emocional en las participantes fue respuesta de las estrategias utilizadas. Algunas de éstas son: intervención en crisis en primer orden, ejercicios de relajación, escucha atenta, validación emocional, retroalimentación entre las participantes y psicoeducación.

Sin embargo, cabe mencionar que las participantes describieron que durante el proceso grupal presentaron síntomas físicos y emocionales válidos en el proceso de

enfermedad y tratamiento, pero no presentaron diagnósticos de trastornos depresivos o/y ansiosos. Lo cual confirma que no todas las personas diagnosticadas con cáncer gástrico presentan diagnósticos afectivos, en este caso se realizó la relación con el tema de género. El grupo se constituyó únicamente por mujeres lo que desmitifica que las mujeres tienden más que el hombre a presentar síntomas de depresión y/o ansiedad.

Valls, C, (et. al), (2008), hacen mención sobre la morbilidad diferencial de hombres y mujeres de la siguiente manera:

Falta construir una ciencia ligada a las diferencias entre mujeres y hombres que sepa analizar los problemas y los riesgos con perspectiva de género. Para ello se precisa romper los estereotipos que consideran poco importante todo lo que afecta a las mujeres y construir las bases para un diagnóstico diferencial de las enfermedades y del malestar de las mujeres. (pág. 12)

Según la estadística el hombre es quien tiene mayor diagnóstico de cáncer gástrico, a pesar de ser llamados e identificados para el proceso grupal, ninguno de ellos decidió participar, demostrando que existen indicadores que limitan el acceso a procesos psicoterapéuticos en los hombres, por ejemplo: la cultura de la masculinidad hegemónica la cual involucra esquemas y percepciones en estilo de vida.

Por lo tanto, las mujeres continúan siendo quienes participan y se permiten trabajar la salud mental de manera pronta y efectiva. De tal modo, el análisis y la experiencia de la investigación se concluye que la mujer hay que dejarla de psicopatologizar únicamente porque tienen mayor apertura en el tratamiento emocional.

Valls, C, (et. al), 2008, mencionan lo siguiente:

La falta de conocimiento científico promueve que se realicen enfoques diagnósticos erróneos etiquetando con rapidez determinados síntomas como problemas psicológicos, sin que se analice con detenimiento la existencia de patologías clínicas y subclínicas que puedan dar la misma sintomatología. (pág.12)

Como profesional en psicología clínica y de la salud, se identificó que existen diferencias en temas del modo de enfermar y de abordar el tratamiento según el género, además, que el tema de rehabilitar es insuficiente, ya que no existe el trabajo integral debido al limitado recurso humano en la ACPSC. Como consecuencia se omite la importancia de sensibilizar a los hombres a recurrir a espacios donde se permita expresar libremente las emociones y pensamientos, asimismo, elaborar dimensiones esenciales como, por ejemplo: emocional, social – familiar, laboral, profesional, espiritual, entre otras.

En la población con cáncer la atención y monitoreo antes, durante y después del tratamiento es de suma importancia en el abordaje psicológico, el cual debe iniciar desde el momento en que se comunica el diagnóstico. Ello previniendo la sintomatología relacionada a la adaptación de los tratamientos que pueden generar alteraciones o disfunción no sólo a nivel físico, sino en los factores emocionales, cognitivos y comportamentales como lo refleja la información anterior.

Por medio de la aplicación del inventario BDI-II, se fundamenta que el proceso psicoterapéutico grupal no sólo se trabajó el control de síntomas físicos mencionados por las participantes, relacionados al dolor muscular, dolor al tragar, vómitos, dolor de cabeza, malestar al comer o tragar. Sino que, además, se abarcó desde una dimensión más amplia, disminuyendo la carga emocional de la enfermedad, promoviendo la aceptación del diagnóstico y el proceso de tratamiento, propiciando mejor relación consigo mismas y su entorno (familia, pareja, amistades). Asimismo, reinsertando y motivando en lo mayor posible a las participantes a realizar actividades, pasatiempos, ocupaciones que solían hacer, reestructurando los pensamientos irracionales, elaborando expectativas reales, identificando emociones, educando sobre habilidades para la vida y de autocontrol, fomentando y educando sobre los cambios corporales y físicos, promoviendo la seguridad, confianza y autoestima. En conclusión, obteniendo una mejoría en su estado afectivo.

Mucho de lo expuesto en este apartado lo menciona Llantá, M. (et. al). (2012) en su investigación titulada “La psicología de la salud y la lucha contra el cáncer”:

La evaluación e intervención psicológica debe realizarse en el ámbito de la comunidad, pacientes, familias y equipo de salud; en función de la cantidad

de sujetos participantes puede ser: individual, de pareja y grupal, por su alcance o perspectiva: educativa, modificadora de conducta, de ajuste emocional, y por su naturaleza: asistencial, docente e investigativa. (p.25)

Finalmente, la rehabilitación debe estar presente durante todo el proceso de enfermedad y de manera interdisciplinaria. Es necesario para obtener en las personas con cáncer gástrico una relación satisfactoria entre ellas y el medio; aprendiendo a enfrentar su nueva situación de forma asertiva, impidiendo en la medida de lo posible disfunción en los diferentes ámbitos.

DESARROLLO DE TÉCNICAS Y HERRAMIENTAS PARA EL ABORDAJE DE LOS ASPECTOS EMOCIONALES, COGNITIVOS Y COMPORTAMENTALES.

En el área de la intervención se encuentra definido de manera específica la necesidad de proporcionar atención psicológica a las personas diagnosticadas con cáncer gástrico. Establecida como acción prioritaria, tiene el fin de potenciar estrategias de afrontamiento adecuadas, recursos personales y brindar información confiable sobre el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad. Asimismo, para aportar y ayudar a solucionar y/o atender los factores afectivos, cognitivos y comportamentales que pueden derivarse en el transcurso de la enfermedad.

Las emociones y las reacciones a nivel de pensamiento y comportamiento se encuentran vinculadas con situaciones importantes que las personas deben vivir, situaciones que, en muchos casos, ponen en peligro su integridad o situaciones que pueden representar una amenaza con posibilidad de obtener resultados desfavorables o representar pérdidas significativas. Por lo tanto, se fundamenta la importancia de desarrollar diferentes técnicas y herramientas desde el enfoque cognitivo conductual, ya que permite trabajar de una forma integral los componentes de corte ansiosos y depresivos que podría desencadenar el diagnóstico y el tratamiento del cáncer gástrico.

Es importante indicar que no en todos los casos de diagnóstico de cáncer gástrico las personas presentan sintomatología de ansiosa y depresiva, todo depende de los recursos personales y de afrontamiento, para así lograr aceptación ante su condición de salud.

El desarrollo de la metodología psicoterapéutica grupal se enfocó desde la Terapia Racional Emotiva- Conductual destacada por Albert Ellis y Terapia de la Tercera Generación, en personas con cáncer gástrico que se encuentren en la fase de diagnóstico y tratamiento.

Con respecto a la dinámica que existe dentro de la terapia de la tercera generación varias investigaciones mencionan la aceptación que las personas tienen a las diferentes técnicas. Por ende, el resultado en el abordaje de la persona con cáncer es favorable ante la alteración emocional.

La reducción del estrés basada en la atención plena y la terapia artística fueron las intervenciones más comunes (5/7 estudios); la terapia basada en mindfulness favorecía las puntuaciones de ansiedad y de depresión frente al grupo control. Además de esto, también se mostraba en el seguimiento una mejoría significativa de la ansiedad. (Pérez. S, 2018, p.18)

Se logró en las participantes la capacidad de identificar los pensamientos y creencias irracionales sobre la enfermedad, a su vez elaborar los factores emocionales y comportamentales relacionados a su condición de salud y que podrían desfavorecer la calidad de vida. Posterior a la estrategia de evaluación se conoció los principales síntomas y manifestaciones emocionales, cognitivos y comportamentales en esta población, lo cual permitió aportar técnicas y herramientas que implican diferentes intervenciones psicológicas según el estado de salud, historia, funcionalidad y calidad de vida en las participantes.

Dentro de la línea de las necesidades de las personas participantes, es evidente que experimentaron síntomas emocionales desde que le comunican el diagnóstico de cáncer gástrico. Ellas presentaron alteración emocional, lo cual es muy frecuente en la población que se está tratando. Las más evidentes fueron: síntomas relacionados con depresión, ansiedad y malestar emocional, asimismo, lo indicaron las investigaciones consultadas y la experiencia del proceso psicoterapéutico grupal.

Con respecto a las manifestaciones de síntomas ansiosos, las participantes describieron las siguientes: dificultad para conciliar el sueño, sensación extraña en estómago

“desatino”, cefalea, “inquietud”, “ganas de salir corriendo”, “calor en mi cuerpo”, “taquicardia”, “nerviosismo”, “dificultades para respirar”, “olvidos recurrentes”, “preocupación” e “irritabilidad”. Pérez. S (2018) se refiere a la ansiedad en pacientes oncológicos de la siguiente manera:

Los factores que incrementan la probabilidad de desarrollar trastornos de ansiedad durante el tratamiento oncológico son: la historia previa de trastornos de ansiedad, dolor severo y ansiedad en el momento de diagnóstico, limitación funcional (paciente con dependencia), escaso apoyo social, enfermedad avanzada y haber padecido una experiencia traumática. (p.13)

Con relación a lo anterior, se observó que las tres participantes que se encuentran en proceso de quimioterapia son las más ansiosas. Considerando los efectos secundarios tales como: náuseas, dolor físico, pérdida de peso, mareos, afectación en la autoimagen y autoestima. Todos los cuales interfieren en el funcionamiento cotidiano y pensamientos irracionales siendo estos factores desencadenantes de los síntomas ansiosos. Con respecto a los síntomas de corte depresivo se determinó que influye en alto nivel factores como: tipo de tratamiento, severidad del cáncer, la quimioterapia aplicada y el número de sesiones, además, el acompañamiento y apoyo familiar, social y profesional.

(...) la depresión es el trastorno que más demanda la atención de las unidades de psicooncología por dos razones fundamentales. Por un lado, por su elevada prevalencia y, por otro lado, por los efectos negativos que tiene sobre la calidad de vida de los pacientes y sobre el propio desarrollo de la enfermedad neoplásica. (Pérez. S, 2018, p14)

Por lo tanto, la llegada del diagnóstico de cáncer en la vida de las participantes provoca desestructura en la dinámica de la persona como tal y la familia. El cáncer gástrico presenta una carga emocional a tal punto que genera lo que se llama el malestar emocional, dando origen a una experiencia psicológica multifactorial. En este caso el cáncer se entiende como un evento o proceso generador de estrés. Todo lo anterior refiere al aspecto determinante en el proceso de cáncer, nombrado calidad de vida. “Es evidente, por tanto, que el abordaje de la calidad de vida ha de realizarse desde un modelo biopsicosocial que

integre todas las dimensiones de la vida de la persona y de la enfermedad.” (Pérez. S, 2018, p14).

El abordaje psicológico desde la terapia cognitivo conductual contribuyó en modificar o mejorar comportamientos relacionados al estilo de vida en relación a los factores de riesgo del cáncer. Por ejemplo: se fomentó el autocuidado y la responsabilidad en toma de decisiones dentro del contexto de salud. Se motivó a las participantes a realizar análisis o reflexión de cómo manejar la adherencia al tratamiento médico y psicológico, cuánto tiempo dedican a la actividad física y mental adaptándose a las condiciones de salud actuales, cuales hábitos realizan para favorecer el proceso de tratamiento.

El nivel de percepción e identificación de los síntomas fue mayor en las participantes conforme avanzó el proceso del tratamiento médico. Por lo tanto, se realizaron las siguientes técnicas psicológicas para evitar mayor intensidad y duración de los síntomas emocionales ya que pueden contribuir a un desajuste de la enfermedad y calidad de vida. Las principales técnicas que se realizaron desde la TREC y Terapia de Tercera Generación son las siguientes:

1. Cognitivas: identificación y detención de pensamiento o creencia irracional, entrenamiento en técnicas de comunicación asertiva, persuasión verbal o confrontación terapeuta – paciente.
2. Conductual: identificación de actividades y hábitos placenteros, programación de actividades, modificación de comportamientos desadaptivos en relación con calidad de vida. Entrenamiento en habilidades sociales y para la vida. Entrenamiento en habilidad de afrontamiento. Entrenamiento en resolución de problemas. Entrenamiento de técnicas de relajación progresiva muscular.
3. Emotivas: identificación de emociones por medio de autoregistros, imaginación racional emotiva.
4. Terapia de la tercera generación: mindfulness, meditación, imaginación guiada, clase de yoga.

En las terapias de mindfulness también encontramos Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR). Este tipo de terapia consiste en un grupo de intervención psicosocial que consiste en práctica de meditación de atención

plena y estiramientos de yoga suaves, que se ha aplicado en poblaciones con enfermedades crónicas, incluyendo pacientes con cáncer. (Pérez. S, 2018, p.21).

5. Psicoeducación sobre temas relacionados al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, estilo de vida saludable, control y regulación de emociones, entre otras.

El abordaje psicoterapéutico está destinado a cubrir las necesidades emocionales y ayudar a la participante que finaliza el proceso de tratamiento y a las que se encuentran próximas a la finalización a reincorporarse progresivamente a la vida cotidiana. Las técnicas nombradas obtuvieron aceptación y resultados positivos en las participantes del proceso psicoterapéutico grupal, la intervención se realizó principalmente en la fase de tratamiento (cirugía y tratamiento de quimioterapia).

Es preciso mencionar, que el abordaje psicoterapéutico se ajustó a los perfiles de las participantes, ante la situación de salud que atraviesan, dificultad para movilizarse y la situación actual de COVID-19. Las técnicas psicoterapéuticas fueron adaptadas al modelo de atención virtual vía plataforma Zoom, donde la experiencia fue positiva y enriquecedora tanto para las participantes como para la terapeuta.

De forma tangencial nos han aparecido trabajos que usan las nuevas tecnologías, sea en formato internet, terapia telefónica u otros recursos y soportes técnicos. Así, hemos hallado trabajos que usan la psicoterapia telefónica, internet o la videoconferencia, así como apps de móviles. (Pérez. S, 2018, p.25).

Finalmente, a solicitud de las mismas participantes se realizó un grupo vía WhatsApp llamado “Las Guerreras” que les ha permitido hoy en día brindar de manera recíproca apoyo y empatía en este proceso de adaptación. A modo de cierre, se observó que la adherencia al tratamiento psicológico fue evidencia de los notables resultados los cuales en su mayoría fueron beneficiosos. Además, se identificó el esfuerzo de las participantes para asistir a cada sesión, para ellas significaba el espacio de libertad de expresión sin temor a ser invalidas o juzgadas.

SISTEMATIZADO DE TÉCNICAS Y HERRAMIENTAS PARA EL ABORDAJE DE LOS ASPECTOS EMOCIONALES, COGNITIVOS Y COMPORTAMENTALES

Dentro de las funciones de la persona profesional de psicología clínica y de la salud se encuentra la atención individual a personas con diagnósticos de cáncer y la intervención grupal psicoterapéutica, siendo el objetivo abordar y elaborar las necesidades personales o grupales de dicha población.

En el contexto de atención individual, se contacta vía telefónica a la persona participante, se le brinda una cita presencial con hora y fecha establecida. El proceso se constituye de dos fases, inicialmente se realiza la entrevista y en la segunda fase la realización de las escalas y firma de consentimiento informado.

La entrevista se realiza de manera oral y con preguntas cerradas y abiertas, por ejemplo: datos personales (nombre y apellidos, edad, estado civil, ocupación, etapa en el proceso de enfermedad, padecimientos actuales, tratamiento farmacológico). Y preguntas abiertas, tales como: antecedentes familiares con ansiedad, depresión, consumo de sustancias psicoactivas, problemas con la ley, patologías. Otras preguntas son: cómo se describe a sí misma, cuáles han sido los mayores logros y obstáculos en la historia de vida, qué le gustaría cambiar o mejorar en el proceso de enfermedad actual, entre otras.

Tomando en cuenta la información recolectada en la entrevista inicial y la aplicación de las escalas Beck y SF36 se aplicaron las siguientes técnicas y herramientas, tomando en cuenta las necesidades de las participantes. Las ocho sesiones siguen un orden en la implementación de las diferentes herramientas y técnicas, ya que se pretende abarcar los factores emocionales, factores cognitivos y factores comportamentales.

Cuadro 2*Herramientas y Metodología para el abordaje del factor emocional*

FACTOR EMOCIONAL		
Técnica / herramienta	Metodología	Aporte de las participantes
Lluvia de ideas	Lluvia de ideas relacionadas al diagnóstico de cáncer gástrico, identificando las emociones en cada participante.	Es interesante observar que al iniciar el proceso psicoterapéutico las participantes no tenían la capacidad de identificar con claridad la emoción, respondían ante preguntas como, por ejemplo: ¿Cómo se siente hoy? con un “bien, mal, no sé”,
Autoregistro	Se les entregó una hoja con autoregistros relacionados a la identificación de emoción, nivel de sensación, la respuesta ante la misma y en qué parte del cuerpo fue sentida.	Lo cual generó confusión y no elaboración de la emoción. “La mayoría de los pacientes que padecen cáncer tienen diferentes respuestas emocionales, que se presentan en diferentes niveles, que van desde la adaptación normal a trastornos de adaptación e incluyen trastornos mentales graves.” (Hernández, M. (et. al). 2012, p.11)
Collage	Por medio de palabras e imágenes cada participante refleja a nivel emocional lo que ha implicado en su vida presentar el diagnóstico de cáncer gástrico.	
Presentación de imágenes alusivas al contexto emocional	Las participantes anotan las emociones generadas e identificadas ante la observación, mejorando así la autocompasión y autoconocimiento.	Las técnicas favorecieron en la reflexión emocional, asimismo, afrontar situaciones diarias de manera asertiva.

<p>“El mural de los cariños”</p>	<p>Cada participante se encarga de expresar alguna acción que haya observado en otra participante, ya sea que hizo para el grupo o para sí misma, anotará la emoción que le generó, motivando la comunicación afectiva y asertiva.</p>	<p>“(…) un problema psicológico como la depresión es un riesgo añadido para la salud del paciente, quien disminuye o realiza con dificultad las actividades diarias de dieta, ejercicio y sueño, y puede incluso abandonar el tratamiento activo.” (Hernández, M. (et. al). 2012, p.237).</p>
<p>Ficha de habilidades de inteligencia emocional</p>	<p>Poner en práctica durante el proceso de tratamiento psicológico ciertas habilidades de inteligencia emocional, generando aprendizaje y mayor conciencia.</p>	<p>Conforme se aplicaron las técnicas relacionadas al aspecto afectivo, se visualiza la validación emocional y comunicación entre las usuarias, logrando normalizar las emociones y la importancia del espacio de expresarlas, alejando los riesgos nombrados en la cita anterior.</p> <p>Dos de las usuarias inició el proceso psicoterapéutico grupal de manera lábil y muy triste, lo que permitió observar la dinámica entre las participantes, las intervenciones entre ellas fueron muy asertivas y no cayeron en el error de minimizarlas o compararlas, indicador que aprendieron con las técnicas elaboradas. Se desarrolló la observación y escucha activa entre ellas, aceptaron con respeto las devoluciones de sus compañeras, se identificó con certeza en la técnica de</p>

		<p>“El mural de los cariños”, en la cual se resaltó la importancia de cada participante en el sistema de grupo, ya que se dijeron palabras de mucha gratitud entre ellas.</p> <p>Por otro lado, el autoregistro permitió el autoconocimiento, cuando expusieron de manera oral las situaciones vividas durante la semana, se observó que la comunicación se realizó de manera consiente. Entre ellas realizaron preguntas, las cuales mostraban interés por lo que pensaba y sentía su compañera.</p> <p>Además, se logró poner en práctica las estrategias para abordar situaciones difíciles y las necesidades de comunicación y emocionales. Asimismo, el control del estado de ánimo vinculado a sintomatología ansiosa, depresión, hostilidad, culpa, aislamiento, entre otras. “(...) la terapia cognitivo conductual puede ser más efectiva para el tratamiento de quejas subjetivas (sobre todo de ansiedad y depresión) en mujeres y en personas jóvenes.” (Pérez, S. 2018. p.18)</p> <p>Como profesional opté por la empatía, aceptación, escucha activa, validación emocional, clarificación, espacios de silencio para facilitar la expresión de</p>
--	--	--

		emociones, exploración y retroalimentación, con el objetivo de crear apertura en las participantes en el contexto psicoterapéutico.
Carta de gratitud	Se les solicita a las participantes escribir o dibujar una carta de gratitud a la compañera que falleció, se realizó de manera voluntaria. Seguido se brindó elaboración y psicoeducación sobre el proceso de duelo.	La dinámica de esta sesión se mostró movida emocionalmente, expresaron dolor emocional, tristeza, miedo y alivio. La experiencia fue liberadora ya que ellas decidieron compartir con el grupo lo que escribieron y dibujaron, las participantes describieron el espacio de confort y liberación.

Con respecto al factor emocional, las técnicas y herramientas se enfocaron en el establecimiento de la alianza terapéutica, estabilización, fortalecimiento e identificación emocional las cuales permitieron a las participantes desarrollar capacidades y estrategias personales para lograr mayor bienestar en su calidad de vida durante el proceso de enfermedad.

En este espacio, las participantes mostraron ser permeables por medio del proceso psicoterapéutico, respetando el tiempo de cada una para sentirse cómoda expresando sus necesidades; se trabajó desde la introspección lo que resultó novedoso en el proceso de enfermedad. Con forme pasaba las sesiones el espacio se fue construyendo a un lugar seguro, se sintieron comprendidas y validadas por las integrantes del grupo.

Cuadro 3*Herramientas y Metodología para el abordaje del factor cognitivo*

FACTOR COGNITIVO		
Técnica / herramienta	Metodología	Aporte de las participantes
Ficha de pensamientos	Se les brindó a las participantes una tabla donde deben anotar diferentes pensamientos que hayan presentado durante la semana, en la sesión se les indica que deben subrayar las creencias irracionales de color verde, los pensamientos automáticos de color amarillo y por último de color celeste los que considera negativos.	En este aspecto las participantes lograron identificar los pensamientos negativos o irracionales motivando a la analogía y conciencia. Aún más importante se observa cómo entre ellas identifican y se realizan devoluciones sobre alternativas de pensamientos racionales. “Cada tratamiento tiene su especificidad, e incluso dentro de cada modalidad existen sus diferencias (más o menos aversivas), condicionando el impacto emocional, a partir de la valoración subjetiva de daño/beneficio y sufrimiento percibido por el paciente, en relación con la percepción de recursos de que él disponga para afrontarlos; generalmente a
Autoregistro	Las participantes representaron una situación aplicando el modelo ABCD.	

<p>Debate socrático</p>	<p>En diferentes sesiones se realizó la técnica, provocando interacción saludable entre las participantes, creando alternativas para solucionar situaciones asertivamente.</p>	<p>mayor sensación de control se logra mejor adaptación.” (Llantá, M. (et. al), 2012, p.15). En este sentido, se observa como los pensamientos irracionales que existen en ellas motivan a presentar mayor sintomatología de corte mixta; con forme se continúa realizando técnicas ellas reportan mejoría en su salud mental, se logra el ajuste psicológico, donde ellas reportan mayor funcionalidad en aspectos relacionados a relaciones sociales y familiares, estilo de vida saludable y estado de ánimo.</p>
<p>Análisis de los pros y los contras</p>	<p>La técnica fue realizada durante todo el proceso psicoterapéutico grupal, utilizada en muchas ocasiones, con temas específicos.</p>	<p>Estas técnicas permitieron el espacio para el debate socrático, comunicación asertiva y reconocimiento de las creencias racionales y pensamientos automáticos.</p>
<p>Métodos complementarios</p>	<p>Se presentó proyección de cortometrajes, los cuales resultaron agradables y generadores de expresión emocional e identificación de pensamientos, y sobre todo retroalimentación.</p>	<p>Aprendieron a cuestionar sus propios pensamientos, en ocasiones observé que postergaban decisiones, lo que hacía que lograran tomar decisiones más conscientes y</p>

no desde lo automático, obteniendo mejores respuestas.

En un momento de crisis de una de las participantes, la cual se expresaba con pensamientos tales como: “soy un estorbo, y ya las cosas no me salen tan bien como antes”, “mis hijos andan lejos de mí” “todo funciona mal”, y las intervenciones de las compañeras aparte de validar las emociones, fueron: “las cosas no siempre salen bien, la realidad es que intentamos que salgan bien, pero no siempre se logran” “¿quieres que sus hijos estén cerca?”. Permitieron el autoanálisis y reflexión de los pensamientos que solían presentar antes de iniciar el proceso, es decir, se logró el insight.

Con respecto al factor cognitivo se tiene presente en las personas con diagnóstico de cáncer gástrico el desarrollo y adquisición de una serie de creencias irracionales y pensamientos automáticos relacionados al contexto actual y hacia su persona, que afectan directamente su estado emocional y físico. En este punto las participantes identificaron los pensamientos automáticos específicamente los negativos y futuristas, y las creencias irracionales. Por otro lado, aprendieron a crear conciencia, cuestionar y sustituir los pensamientos irracionales por creencias racionales.

Cuadro 4*Herramientas y Metodología para el abordaje del factor conductual*

FACTOR CONDUCTUAL		
Técnica / herramienta	Metodología	Aporte de las participantes
Psicoeducación	Se expusieron conceptos relacionados a estilo de vida adecuado en proceso de enfermedad, además, de conceptos relacionados con habilidades para la vida con la intención de accionarlos de manera consciente y diaria. Se retoma la triada emoción, pensamientos y acción.	<p>Cuando inicia las sesiones las participantes manejaban conceptos irracionales relacionados con la enfermedad, que si bien hay una afectación en su salud no quiere decir limitarse en actividades que le generen mayor bienestar, desde la sincronía con su propio cuerpo.</p> <p>“Los pacientes están en mejores condiciones de adaptarse a un diagnóstico de cáncer si pueden continuar con las responsabilidades normales, hacer frente a la dificultad emocional y seguir participando decididamente en actividades que son significativas e importantes para ellos (...)”. (Llantá, M. (et. al), 2012, p.11).</p>

En relación con la cita anterior, fue complejo motivar a las usuarias a cuidar de sí mismas y de su salud mental y física, realizar las actividades que les parecían agradables, cuando los procedimientos médicos presentaban sus síntomas adversos, sin embargo, se observó gran esfuerzo de parte de ellas por no soltar lo que les generaba placer. Por ejemplo: la participante que falleció indicaba que realizaba grooming perritos, y a pesar de tener náuseas y dolor en su cuerpo debido al tratamiento indicaba que era el espacio donde podía olvidarlo y concentrarse en los animales que tanta paz y satisfacción le generaban.

<p>Cajita: alternativas para solucionar problemas</p>	<p>Dentro de la caja (virtual) hay frases con alternativas de comportamientos para la solución de problemas, por ejemplo: “actuar con seguridad y confianza” “decir “no”, sin culpa” “saber escuchar” “no realizar críticas ofensiva hacia los demás” “cuestiona y analiza sus propias ideas”, “ser flexible ante los cambios” entre otras, cada participante escoge una al azar y debe referirse a la frase con alguna experiencia, seguidamente realizar análisis de la importancia en la utilización de la alternativa, por último, se abre espacio para retroalimentación.</p>	<p>Por otro lado, es importante mencionar, que las usuarias expresan una mejora notable en la capacidad y calidad con la que pueden relacionarse con las otras personas, se observa en ellas el manejo de las conductas impulsivas, la empatía y asertividad, además, que han desarrollado la capacidad de escucha y la respuesta desde lo verbal y corporal, lo anterior son aspectos que se trabajan con el paso de las sesiones.</p> <p>“Es decir, la comprobación de que la adherencia a un programa de ejercicio físico puede contribuir a mejorar en calidad de vida y reducir los niveles de ansiedad y depresión.” (Pérez, S. 2018, p.28).</p>
---	--	--

<p>Lista de comportamientos relacionados a inteligencia emocional</p>	<p>Se utilizó como tarea terapéutica, con fin que las participantes logren identificar cuál de los puntos es el que debe mejorar o cambiar para lograr ese bienestar subjetivo. En este sentido fue posible realizar una adquisición de tales características y lo acontecido durante la semana en los diferentes contextos, además, se observó como tales habilidades repercutían de manera positiva a situaciones específicas.</p>	<p>Lo anterior se logra por medio de la técnica del autoregistro, ellas visualizaron que son personas y no enfermedad, conforme llenaban el cuadro de actividades realizadas y observaban que cada vez lograban cuidar su salud física y emocional, a pesar de su enfermedad, se felicitaban entre ellas y validaban el esfuerzo.</p> <p>“Es evidente, por tanto, que el abordaje de la calidad de vida ha de realizarse desde un modelo biopsicosocial que integre todas las dimensiones de la vida de la persona y de la enfermedad”. (Pérez, S.2018, p.18). Interesante fue identificar como se preguntaban por actividades y conductas que tenían que realizar o en algún momento comentaron que estaba en los pendientes, así se motivaban hasta lograrlo.</p>
<p>Autoregistro</p>	<p>Se les hace entrega del autoregistro con el hábito que cree necesario implementar para mejorar su proceso de enfermedad y el bienestar subjetivo. En la tabla se ubican los días de la semana, tareas por realizar, asimismo, recordatorios y notas sobre algún dato especial que observaron en sí mismas.</p>	

Con respecto al factor comportamental, el objetivo logrado fue modificar hábitos que estaban limitando y postergando la recuperación física y emocional, se motivó al bienestar subjetivo, incluyendo adherencia al tratamiento, actividades saludables, calidad de vida. Asimismo, las participantes obtuvieron la capacidad para solucionar conflictos de una manera más asertiva, los cuales anteriormente creaban crisis emocionales de corte mixta.

Cuadro 5

Herramientas y Metodología para el abordaje de terapias de la tercera generación

TERAPIAS DE LA TERCERA GENERACIÓN		
Técnica / herramienta	Metodología	Aporte de las participantes
Psicoeducación	Se brindó información confiable relacionada al tema de cáncer y su tratamiento médico, pero sobre todo el tema de tratamiento psicológico y su adherencia.	<p>La alianza terapéutica entre las participantes y la profesional es uno de los principios en cualquier intervención psicológica, es fundamental para el desarrollo positivo de la terapia, ya como es conocido en esta población existe la necesidad de atención profesional, espacios de expresión oral y emocional, escucha activa, empatía, además, que presentan dificultad en el entorno social debido al daño en su confianza, autoestima, seguridad, entre otras.</p> <p>Lo anterior se logró trabajar por medio de las prácticas de la tercera generación. “En el paciente oncológico el modelo se nutre de técnicas de relajación muscular o progresiva y de la imaginación guiada.” (Pérez, S., 2018. p.22).</p>

		<p>Con respecto a las técnicas de respiración, relajación y yoga, se observó en las participantes disposición y sensibilidad afectiva ante la conexión mente – cuerpo y la parte espiritual.</p> <p>“Los procedimientos de visualización e imaginación, de respiración y de musicoterapia han resultado particularmente valiosos, en algunos casos son necesarios procedimientos de psicoterapia breve (...).” (Llantá, M. (et. al), 2012, p. 19).</p> <p>Curiosamente, las participantes se sorprendían porque no se consideraban capaz de lograr posturas o simplemente hacer las respiraciones de manera conscientes. En conclusión, lograron tener buena receptibilidad con respecto a las meditaciones y el yoga, obteniendo mejor manejo del dolor, satisfacción</p>
Relajación	Fueron elaboradas durante todo el proceso psicoterapéutico grupal, atendiendo así las necesidades actuales de las participantes.	

<p>Yoga</p>	<p>Las técnicas utilizadas fueron: respiración alternada y diafragmática, y la relajación muscular progresiva (RMP) de Jacobson (Neuroclass, 2021).</p> <p>Con respecto a las técnicas de respiración se emplearon dos, la respiración alterna utilizada en la práctica del yoga específicamente en el pranayama, con la intención de lograr calmar la mente y equilibrio de energía, recomendada realizarla antes de dormir o meditar.</p> <p>Otro tipo de respiración utilizada fue la abdominal o diafragmática, la cual consiste en inspirar lentamente por la nariz y luego espirar por la boca utilizando el diafragma.</p> <p>Las anteriores son dirigidas por la profesora de yoga Lisseth Quesada Quesada, las mismas facilitan el</p>	<p>en su día, mejoría afectiva, menos presencia del estrés, al menos así lo expresan.</p> <p>“El dolor no tratado o tratado inadecuadamente disminuye la actividad, el apetito y el sueño del paciente, puede debilitar aún más su estado general y tiene un impacto psicológico devastador.” (Llantá, M. (et. al). 2012, p.17).</p> <p>A nivel espiritual, las participantes comentaron que les generó mucha paz y bienestar estar en calma, agregando que se encontraban sensibles ante la pérdida de la compañera, se refieren al tema con comentarios relacionados a tranquilidad y confianza en el proceso de recuperación ante el cáncer.</p> <p>Las participantes se mantuvieron interesadas, motivadas al recibir información, logrando identificación con los temas y su situación actual, ellas plantearon preguntas</p>
-------------	---	--

proceso de regulación emocional y elaboración de sintomatología relacionadas al cáncer gástrico.

y aportaron comentarios muy valiosos, la participación fue activa durante todas las sesiones.

Se mostraron agradecidas con ellas mismas y sus compañeras ya que lograron objetivos personales y grupales.

Otros de los aspectos tomados en cuenta para suplir las necesidades de las participantes, fueron las terapias de la tercera generación, las cuales colaboraron en identificación de pensamientos, emociones y comportamientos, ellas determinaron con mayor facilidad las situaciones que generan mayor estrés y las zonas de mayor tensión corporal. Seguidamente, en adquirir actividades y herramientas que podían realizar en cualquier momento, además, prevenir ciertos dolores musculares, síntomas ansiosos, o controlar el dolor.

En este espacio, las participantes resultaron permeables y anuentes a responder, percibieron el espacio como el lugar indicado para suplir la necesidad de apalabrar el sufrimiento, de expresar su historia de vida junto a los temores, angustia y optimismo, además, se evidenció labilidad afectiva en el transcurso de la entrevista incluso cuando realizaban las escalas e hicieron alusión a alguna situación específica.

Una vez conocido el diagnóstico, el paciente debe transitar por un nuevo reto: el enfrentamiento a los diferentes tratamientos oncoespecíficos (cirugía, radioterapia y quimioterapia). Cada tratamiento tiene su especificidad, e incluso dentro de cada modalidad existen sus diferencias (más o menos aversivas), condicionando el impacto emocional, a partir de la valoración subjetiva de daño/beneficio y sufrimiento percibido por el paciente, en relación con la percepción de recursos de que él disponga para afrontarlos; generalmente a mayor sensación de control se logra mejor adaptación. (Llantá, M. (et. al). 2012, p.14)

Algunas de las respuestas y comentarios textuales de las participantes, fueron los siguientes:

- “Me siento muy sola”.
- “Nunca me imaginé estar viviendo esto, he estado pensando en la muerte, pero más aún en mi hija”.
- “En ocasiones dudo en lograrlo, la verdad me siento muy agotada y con dolor”.
- “Una de las cosas más difíciles es mi divorcio, y pasar todo esto sin él al lado”.
- “Me hubiera gustado tanto tener este acompañamiento cuando me dieron el diagnóstico, ese día pensé en que no iba a poder, pero gracias a Dios y mi familia que me han acompañado, he logrado mucho, y en este momento es que me estoy dando cuenta”.
- “Casi muero, cuando recuerdo ese momento me dan ganas de llorar, me sacaron en helicóptero porque todo se complicó mi salud y eso se lo agradezco al director del hospital. También recuerdo que se me cayeron los dientes, no soportaba que

me vieran, me escondía, fueron días muy difíciles. Sigo de pie y con la fe en Dios que me ayuda a levantarme todos los días”.

- “Estoy orgullosa de mí misma”.

En síntesis, las participantes al finalizar el abordaje individual expresaron gratitud por el espacio y la atención brindada; reflejaron motivación para iniciar el proceso grupal y conocer a las integrantes.

La evaluación inicial fue de manera integral, es decir, con perspectiva biopsicosocial obteniendo información sobre la historia de vida y clínica, además, permitió identificar de manera general factores de riesgo emocional, cognitivos y comportamentales. Los cuales se describen a continuación:

1. Factores de riesgo emocionales:

- Afectación en la autoestima.
- Depresión.
- Ansiedad.
- Dificultad para identificar emociones.
- Estrés

2. Factores de riesgo cognitivos:

- Dificultad para identificar pensamientos y creencias irracionales.
- Resistencia en modificar pensamientos.

3. Factores de riesgo comportamentales:

- Aislamiento.
- Fatiga.
- Limitaciones en habilidades sociales.
- Cambios en el estilo y proyecto de vida.
- Limitaciones físicas o funcionales.
- Limitada red de apoyo.

Las técnicas y herramientas utilizadas por la profesional en psicología en esta etapa de atención fueron: escucha activa, validación emocional, reflejo de aspectos positivos,

contacto visual, técnica de respiración, identificación y detención de pensamientos irracionales, motivación, adherencia al tratamiento psicológico y psicoeducación. Con respecto a la intervención grupal psicoterapéutica, se realizó bajo la metodología de tecnología alternativa específicamente por medio de la plataforma zoom. La intervención grupal consta de 8 sesiones, con una duración de 2 horas. El grupo llamado por las integrantes como “Las Guerreras”, está conformado por 4 mujeres con diagnóstico de cáncer gástrico.

La psicoterapia grupal permitió que las participantes no sólo las identificara un mismo diagnóstico sino también se beneficiaran del acompañamiento de la terapeuta y el apoyo emocional brindado por ellas mismas. En este proceso es preciso establecer alianza terapéutica para propiciar intervención de apoyo.

Con respecto al desarrollo de la metodología psicoterapéutica grupal está enfocada desde la Terapia Racional Emotiva- Conductual destacada por Albert Ellis, uno de los creadores de los principios de la Terapia Cognitivo Conductual. Importante mencionar que también se integró terapia Cognitivo Conductual de la Tercera Generación, con aportes de la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC) y Mindfulness.

Se diseñó 8 sesiones, abarcando diferentes temas relacionados al proceso de enfermedad. No obstante, algunas técnicas terapéuticas programadas no se llevaron a cabo, debido a diferentes factores, las principales son: la necesidad de las participantes de hablar y ser escuchadas en un espacio seguro, complicaciones de salud y el fallecimiento de una de las participantes. Sin embargo, los objetivos de intervención fueron los mismos, pero las actividades han sido adaptadas en relación con el tiempo, para lograr que cada una tuviera su espacio de expresión libre y retroalimentación.

Por otra parte, se considera fundamental mencionar que todas las sesiones mantienen un mismo formato que se describe y se resume a continuación:

- Se realizó una evaluación inicial donde se recogen las emociones durante la semana, pensamientos automáticos negativos e irracionales, nivel de satisfacción semanal en los diferentes contextos (familiar, laboral, social y personal), así como preocupaciones que

han tenido. Esta información permitió adecuar los aspectos de las sesiones en función de los acontecimientos y sentimientos vividos por las participantes.

- Las sesiones se iniciaron recordando los aspectos más significativos trabajados en la sesión anterior.
- Los contenidos de la sesión fueron explicados a las participantes, realizando la psicoeducación oportuna, para darle continuación a las técnicas y actividades que trabajen dichos temas.
- Antes de terminar la sesión se abrió espacio de comunicación lineal y asertiva entre las participantes.
- Al concluir la sesión se realizó un resumen de lo trabajado durante la misma.
- Se organizaron tareas para casa, con el objetivo de poner en práctica las técnicas aprendidas durante la sesión.
- Todas las sesiones, concluyen practicando las técnicas de relajación y respiración.

En cuanto al abordaje psicoterapéutico grupal se logró tener alcance exitoso en los siguientes puntos:

I. Factores emocionales:

- Se fortaleció los recursos personales, especialmente para mayor control del estrés y malestar emocional.
- Mayor y mejor percepción de control de las emociones y de la situación como tal, disminuyendo el estrés, dando como resultado bienestar subjetivo en la calidad de vida.
- Atención y control de los síntomas secundarios físicos y emocionales a raíz del tratamiento oncológico, por ejemplo: miedo, ansiedad, tristeza, control de náuseas, dolor en el cuerpo, entre otras.
- Aceptación en el proceso de enfermedad, mejorando en temas de confianza, autoestima, autoimagen, seguridad y valor personal.
- Preparación emocional en las participantes ante la posibilidad de fallecimiento de una compañera.
- Elaboración de proceso de duelo ante la pérdida de una de las participantes del proceso psicoterapéutico grupal.

II. Factores cognitivos:

- Corrección de distorsiones cognitivas y creencias irracionales de la población sana y de la participante, donde en un principio sobresalían pensamientos tales como: cáncer es igual a muerte, cáncer es una enfermedad incurable, entre otras. Se contribuyó a desestigmatizar el concepto de cáncer.
- Información confiable sobre la enfermedad y tratamiento.

III. Factores comportamentales:

- Se modificaron hábitos y conductas de riesgo, motivando al bienestar subjetivo en estilo de vida.
- Se logró la adherencia al tratamiento psicológico y médico, cumpliendo exitosamente con las prescripciones de cualquier tratamiento y recomendaciones.
- Aumento de responsabilidad en toma de decisiones.
- Adquisición de habilidades para la solución de problemas.

A groso modo, se identificó que las participantes perciben en gran necesidad la afectación de los aspectos emocionales, cognitivos y comportamentales en el proceso de cáncer que se encuentran viviendo, sin embargo, no presentaron diagnósticos de trastornos afectivos. Esto se determina por características personales relacionadas a historia de vida, rasgos o características de la personalidad, redes de apoyo, recursos personales, entre otras. Por lo tanto, se trabajó de la mejor manera tales necesidades.

IX. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Dentro de las consideraciones finales al realizar este trabajo de investigación aplicada es importante resaltar la importancia de contar con el área de Psicología dentro del equipo interdisciplinario de la Asociación de Cuidados Paliativos San Carlos, ya que el cáncer gástrico es considerado un problema de Salud Pública y de Salud Mental.

La evaluación e intervención desde psicología clínica y de la salud debe realizarse no únicamente en el ámbito grupal e individual con personas con cáncer gástrico, sino en la comunidad, familias y personal de salud.

El abordaje psicoterapéutico grupal en personas con cáncer gástrico en etapa de diagnóstico y tratamiento permite al profesional obtener información integral, con mayor precisión y claridad las necesidades de las personas participantes, asimismo, captar mayor población. Las necesidades de las participantes con cáncer gástrico son primordialmente de tipo emocional, de información y comunicación.

La ejecución de la escala de Beck y el cuestionario de Salud SF-36 resultó favorable ya que brindó un resultado desde una perspectiva biopsicosocial. Lo cual permitió identificar las necesidades de las personas participantes desde los factores emocionales, cognitivos y comportamentales durante la etapa de diagnóstico y tratamiento en el cáncer gástrico.

En el proceso de diagnóstico y tratamiento de cáncer gástrico existe una alta probabilidad que las personas presenten sintomatología de corte ansiosa y depresiva acompañados de síntomas adaptativos. Además, se identificó que durante el tratamiento las usuarias hacen referencia a factores que tienen que ver con la autoimagen, aislamiento, confianza, valor, seguridad, entre otras. Es debido a lo anterior la importancia del abordaje interdisciplinario. Sin embargo, la evolución de todos los síntomas mencionados anteriormente depende de los recursos de afrontamiento positivos en cada participante. Por lo tanto, es necesario educar sobre la adherencia del tratamiento médico y psicológico, lo

cual permite mejorar y preservar la calidad de vida, asimismo, prevenir el malestar emocional.

Conocer los factores emocionales, cognitivos y comportamentales en el proceso de diagnóstico y tratamiento en el cáncer gástrico crea mayor conciencia en las participantes para conocer el impacto en los diferentes contextos, tales como: atención en salud, personal, familiar, laboral y social. Por lo que, las técnicas de intervención psicoterapéuticas y actividades desde el paradigma cognitivo conductual y otros métodos como son las técnicas de la tercera generación permiten de manera más eficaz el abordaje de los síntomas depresivos, ansiosos y/o el malestar emocional, mejorando la solución de problemas y detección de pensamientos irracionales, lo que incide en calidad de vida y bienestar subjetivo.

Se observó que los procedimientos de mindfulness, ejercicios de respiración y práctica del yoga resultaron particularmente valiosos para el manejo del dolor y estrés.

La investigación evidencia que se continúa interviniendo a esta población desde el modelo biomédico, obviando el abordaje interdisciplinario. Por lo que durante la intervención se comprobó la importancia de brindar seguimiento o acompañamiento interdisciplinario a las personas que han sido dadas de alta, ya que continúan con temor de una posible recaída o aparición del diagnóstico, con sintomatología ansiosa y depresiva, donde la incertidumbre por el futuro controla el presente.

No brindar atención interdisciplinaria es violentar el derecho a la salud de las personas diagnosticadas con cáncer gástrico.

Se requiere capacitación al profesional de salud desde el enfoque biopsicosocial y sensible al género, para mejorar la calidad de atención en personas diagnosticadas con cáncer gástrico.

La persona diagnosticada con cáncer gástrico requiere activación de redes de apoyo primarias (familia, grupo de pares, vecinal), red de apoyo secundaria (grupos comunales como Fundación Esperanza) y red de apoyo terciaria (a nivel intra e inter hospitalaria), los

cuales puedan contribuir en el restablecimiento emocional y social, disminuyendo la vulnerabilidad.

RECOMENDACIONES

Universidad de Costa Rica

Para la Universidad de Costa Rica se incentiva a continuar ofertando el posgrado de Psicología Clínica y de la Salud, tomando en consideración que los y las profesionales insertos en las instituciones puedan comprender la realidad desde una visión de abordaje interdisciplinario en la población con cáncer gástrico, y así realicen investigaciones que se conviertan en insumo clave para el ejercicio profesional.

Asociación Cuidados Paliativos San Carlos

Abordar el diagnóstico de manera interdisciplinaria, desde un enfoque de género, derechos humanos y centrado en las necesidades de las personas desde lo personal, familiar, ambiental y social.

Coordinar la contratación de personal psicosocial, con el objetivo de brindar una atención interdisciplinaria que promueva un abordaje integral.

Promover coordinación del profesional en psicología con los equipos médicos o en la Asociación de Cuidados Paliativos San Carlos, para favorecer la detección temprana de los problemas de salud mental, malestar emocional y brindar la atención específica y pronta a las personas con diagnóstico de cáncer gástrico.

Utilizar los diferentes modelos de atención, en este caso la tecnología, ya podría facilitar en gran medida el seguimiento de la psicoterapia individual o grupal a personas diagnosticadas con cáncer gástrico que presenten dificultades para trasladarse a las consultas, limitaciones económicas, malestar físico y emocional ante tratamientos médicos, entre otras.

Es necesario promover y potenciar la figura del profesional en psicología como eje principal de la aplicación de tratamientos dentro de un abordaje biopsicosocial, siempre dentro del ámbito multidisciplinar de la atención en tratamiento clínicos de los pacientes oncológicos.

Por último, se considera necesaria la realización de un diagnóstico psicológico al inicio del tratamiento oncológico.

X. BIBLIOGRAFÍA

TEXTOS DE REFERENCIA

- Acuña, C. Ferrandino Carballo, M y Quesada Tristán, L. (2012). *Atlas De Cuidados Paliativos en Latinoamérica Costa Rica*. Costa Rica: IAHPHC Press.
- Aguilar, E. (2010). *Afectación psicológica del paciente con cáncer en las diferentes etapas de la enfermedad e importancias de las intervenciones psicológicas*. (Tesis de Psicología Clínica y de la Salud). Barcelona, España
- Aiken, L. (2003). *Test Psicológicos y Evaluación*. Person Education. México.
- Alfaro, G. y Bermúdez, A (2019). *Aplicación del índice pronóstico de supervivencia Pap score en el paciente oncológico referido al Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos en Costa Rica*. Revista Costarricense de Salud Pública.vol.28, n°1.
- American Cancer Society. (2016). *Cancer Facts & Figures 2016*. Atlanta, Ga: American Cancer Society.
- Barrantes, T. (2009). *Principales Causas de Cáncer Atendidas en un Centro Hospitalario. Costa Rica 2003-2007*. Revista Costarricense Salud Pública (18). 37-42
- Butcher, J., Mineka S., Hooley J. (2007). *Psicología Clínica* (12 ed.). Madrid: Pearson Education, S.A.
- Caballero, S y Gálvez, C. (2019). *Manual de intervenciones cognitivo- conductual aplicadas a enfermedades crónicas*. El Manual Moderno: Ciudad de México, México.
- Carrillo, S.M y Rivera, D. (2019). *Las actualizaciones de Psicología Oncológica*. Revista Avft. 38 (5).
- Cruz, A. (2013). *Generalidades del cáncer gástrico*. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXX (606), 263-268.

- Cruz, A. (2013). *Generalidades del Cáncer Gástrico*. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXX. (606) 263- 268
- EFE. (2021). *Solo un 7,6 % de los latinoamericanos tienen acceso a los cuidados paliativos*. ProQuest One Academic. <https://search-proquest-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/wire-feeds/solo-un-76-de-loslatinoamericanos-tienen-acceso/docview/2506248810/se-2?accountid=28692>.
- Gallardo, R. (2017). *Inserción profesional desde la psicología clínica, en el departamento de cuidados paliativos del Hospital San Juan de Dios*. (Grado Licenciatura Psicología). Universidad de Costa Rica.
- González, A., González, A. y Estrada, B. (2015). *Investigación relacionada con la eficacia de la terapia cognitiva conductual en mujeres con cáncer de mama*. Psicooncología. 12. 129-140.
- Hernández M, Cruzado, A. (2013). *La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento*. Clínica y Salud, vol.24.nº.01. España: Madrid.
- Hernández, M. Cruzado, J. Prado, C, Rodríguez, E. Hernández, C. González, M y Martín, J. (2012). *Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer*. Psico oncología. Vol. 9, Núm. 2-3, pp. 233-257
- Hernández, M. Cruzado, J.A, Prado, C. Rodríguez, E. Hernández,C. González,M.A. Martín, C. (2012). *Salud Mental Y Malestar Emocional En Pacientes Con Cáncer*. Psicosociología. Vol. 9, Núm. 2-3, 2012, pp. 233-257
- Hernández, N, y Sánchez, J. (2007). *Manual de psicoterapia Cognitivo Conductual para trastornos de la salud*. Libros en Red.
- Hidalgo, F. (2015). *Caracterización Clínica, Funcional Y Nutricional del Paciente Adulto Mayor Hospitalizado, con Diagnóstico Reciente de Cáncer Gástrico, entre enero 2003 a diciembre 2013, en el Hospital Nacional De Geriatria Y Gerontología*. (Optar al grado y título de Especialista en Geriatria y Gerontología). Universidad de Costa Rica, San José..

- León, J., Medina, S., Barriga, S. Ballesteros, A. y Herrera, I. (2004). *Psicología de la Salud y de la Calidad de Vida*. Barcelona: España.
- Madrigal, A. (2013). *Psiconeuroinmunología en cáncer gástrico para el abordaje de usuarios con manifestaciones neuropsiquiátricas*. (Optar la Especialidad en Psicología Clínica). Universidad de Costa Rica. San José.
- Málaga, H; Restrepo, H. (2001). *Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable*. Bogotá, Colombia: Medica Panamericana.
- Marks F; Murray, M; Evans, B; Willig, C y Sykes, C. (2008). *Psicología de la Salud: teoría, investigación y práctica*. México: Manual Moderno.
- Martinich, M. (2007). *Sobrevida de pacientes con cáncer gástrico atendido en el Hospital regional de la Ciudad de Punta Arenas*. Universidad de Chile, Facultad de medicina. (Optar al grado de magister en Salud Pública). Chile; Santiago.
- Ministerio de Salud Costa Rica. (2019). *Análisis de Situación de Salud 2018*. Costa Rica.
- Monge, C. (2011). *Metología de la Investigación Cualitativa y Cuantitativa*. Neiva: Guia Didáctica
- Montero, F. (2014). Cáncer Gástrico: *Diagnóstico y Tratamiento*. Revista Médica de Centroamérica LXXI (610), 339-342.
- Novoa, M. (2010). *Evaluación de calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes postquirúrgicos con cáncer de tiroides*. International Journal of Phychology, Psychological Therapy.
- Oblitas, L. (2000). *Psicología de la Salud*. D, F. México: Plaza Ivaldez.
- Oblitas, L. (2009). *Psicología de la Salud*. México: Cengage Learning Editores, S.A
- Ochoa, C.; Sumalla, E; Maté, J; Castejón, V; Rodríguez, A.; Blanco, I. y Gil, F. (2010). *Psicoterapia Positiva Grupal en Cáncer. Hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer*. Psicooncología. 7. 7-34.

- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la Salud, Glosario*. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud (2015). *Cáncer gástrico: América Latina, zona de riesgo*.
- Ortega, L.E. (2013). *La inserción y rol psicológico 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*. (Optar al grado y título de Licenciatura en Psicología). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Pacheco, G. (2003). *Aspectos que configuran la Salud Mental*. Medware; 3(8): e2774. 10.5867/medwave.2003.08.2774.
- Pérez, S. (2018). *La atención psicológica al paciente de cáncer en España*. Instituto Max Weber y Fundación Mylan para la Salud. España.
- Quesada, Z. (2015). *Estudio descriptivo sobre características morfológicas, histológicas y de expresión de HER-2 en gastrectomías realizadas por cáncer gástrico, en el Centro de Detección y Diagnóstico de Cáncer Gástrico del Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez, en el periodo comprendido entre el 1° de enero del 2013 y el 31 de diciembre del 2014 y comparación con la literatura mundial*. (Tesis para optar por el grado de Médico Especialista en Anatomía Patológica. Sistema de Estudios de Posgrado). Universidad de Costa Rica, San José.
- Ramos, A y Murillo, L. (2020). *Necesidades educativas de autocuidado de las personas con diagnóstico de cáncer en tratamiento de oxaliplatino en el hogar de paso resurgir*. (Optar al grado y título de Maestría Profesional en Enfermería Oncológica). Universidad de Costa Rica, San José.
- Reseña Histórica Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos y Asociación de Cuidados Paliativos San Carlos, (2009).
- Restrepo, H y Málaga, H. (2001). *Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable*. Bogotá: Médica Internacional LTDA.

- Reynoso, L y Seligso, I. (2005). *Psicología de la Salud, Un Enfoque Conductual*. México, DF: El Manual Moderno, S.A.
- Rodríguez, A. (2019). *Manual de Psicoterapias: Teoría y Técnicas*. Herder, S. L. Editorial. Barcelona: España.
- Rodríguez, F. (2014). Cáncer gástrico: *Diagnóstico y Manejo*. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXXI. (610) 339-342.
- Rodríguez, M. (2020). *Calidad de vida relacionada con salud de hombres y mujeres con antecedente de cáncer gástrico en el servicio de oncología del hospital san juan de dios, en el periodo de diciembre del año 2019, enero 2020, febrero 2020, marzo 2020, abril 2020 y mayo 2020*. (Optar al grado y el título de Maestría Profesional en Enfermería Oncológica). Universidad de Costa Rica, San José.
- Rojas, C y Gutiérrez, Y. (2017). *Psicooncología: Enfoques, Avances e Investigación. Nueva Mirada Ediciones*. Chile.
- Ruiz, Díaz, y Villalobos. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Decleé de Brower.
- Salazar Ramírez, T. (2015). *Atención cognitivo conductual emocional al paciente oncológico que asiste al departamento de psicooncología y hemato-oncología del Hospital México*. (Tesis Grado Licenciatura Psicología). Universidad de Costa Rica.
- Salazar, M; Ortega, L.; Ortiz, J; Esquivel, M; Vindas, R y Montero, P. (2016). Calidad de vida en pacientes costarricenses con tumores cerebrales: *aportes de la neuropsicología*. Actualizaciones de Psicología. 30(121). 49-66.
- Sánchez, D; Moreira, O y Guevara, C (2016). *Mortalidad por Cáncer gástrico, factores de riesgos asociados*. InfoHEM; 14(4):60-74
- Simón, M. (1999). *Manual de la Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva.

- Soler, C. (2001). Intervención en la familia y el duelo. *Revista De Psicología De La Salud: Unidad De Cuidados Paliativos Oncológicos*. Hospital Dr. Moliner. (2)13.
- Sotela, G. (2013). *Guía cognitivo conductual emocional para la adquisición de habilidades sociales y estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer papilar de tiroides de la gran área metropolitana*. (Optar al grado de Licenciatura en Psicología). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Trigoso, M. (2012) *Ajuste mental al cáncer y bienestar psicológico en pacientes oncológicos adultos*. (Tesis para optar por el grado de Magister en Psicología Clínica de la Salud). Pontificia Universidad Católica de Perú.
- Ureña Mariángel, V. (2017). *Atención psicológica integral a pacientes oncológicos y de cuidados paliativos, familiares y cuidadores que asisten a la Fundación Pro- clínica para el Control del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios*. (Tesis Grado Licenciatura Psicología). Universidad de Costa Rica.
- Valls, C; Banqué, M; Fuentes, M y Ojuel, J. (2008). Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres. *Centro de Análisis y Programas Sanitarios*. Facultad de Psicología Universidad de Barcelona. (39), 9-22.
- Zelaya Rivas, S. (2018). *Intervenciones psicológicas en el tratamiento de la ansiedad en personas con cáncer de mama: una meta-análisis*. (Tesis Grado Licenciatura Psicología). Universidad de Costa Rica.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

- Altuve Burgos JJ. (2020). Distrés psicológico, miedo a la recurrencia del cáncer y calidad de vida relacionada con la salud en sobrevivientes de cáncer de mama venezolanas. *Psicooncología*. 17: 239-253. <http://dx.doi.org/10.5209/psic.72019>
- Instituto Nacional de Estadística y Censo - Costa Rica. (2018). *Estadísticas Vitales*. <https://www.inec.cr/sites/default/files/infografias-pdf/imgdm-cancer2020.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Censo. (2019). *Estadísticas vitales*. Costa Rica. <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-contra-cancer-2021-yo-soy-voy>
- Llantá, M; Grau, J y Massip, C. (2012). *La Psicología de la Salud y la Lucha Contra el Cáncer*. <https://instituciones.sld.cu/psicosaludhabana/files/2012/03/Psicolog%C3%A4Da-de-la-salud-y-cancer>.
- Martínez,N; Zamudio, S; Rodríguez, D; Luna, JR; Landa. M y Domínguez,B. (2020). Terapia cognitivo conductual grupal sobre sintomatología depresiva- ansiosa y temperatura nasal en mujeres con cáncer de mama: Estudio piloto. *Psicosociología*. 17 (2). 225 -271. <http://dx.doi.org/10.5209/psic.70290>
- Organización Mundial de la Salud (1996). La gente y salud: *¿Qué calidad de Vida?*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2020). Día Mundial contra el Cáncer 2021: *Yo Soy y voy a*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Cáncer de estómago en las Américas*. [http://190.34.154.93/rncp/sites/all/files/OPS-Nota-Informativa-Cancer-Estomago-2014%20\(1\)](http://190.34.154.93/rncp/sites/all/files/OPS-Nota-Informativa-Cancer-Estomago-2014%20(1)).
- Rodríguez, E y Font, A. (2013). Eficacia de la Terapia de Grupo en Cáncer de Mama: *evolución de las emociones desadaptativas*. *Psicooncología*. 10 (2-3). 275-287. http://10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-.43449.

ANEXOS

ANEXO 1

Consentimiento Informado

Nombre completo: _____

Número de Cédula: _____

Introducción

Como parte de las actividades académicas que se realizan en la Maestría de Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad de Costa Rica, la estudiante debe llevar a cabo una práctica supervisada, en donde se efectúe un acercamiento al enfoque cognitivo conductual.

Este documento le informa a usted sobre el propósito de este proceso, los riesgos potenciales y los beneficios que podría obtener si decide participar en él.

Luego de que usted reciba la información, si decide participar, se le pedirá firmar este consentimiento informado y se le dará una copia para que la conserve. Antes de saber sobre este proceso, quisiéramos enfatizar que su participación es completamente voluntaria, o sea, que usted puede decidir si participa o no. Se han tomado todas las precauciones necesarias para garantizarle la total confidencialidad de la información que provea, si desea participar.

Propósito

El propósito de esta práctica supervisada es que la estudiante realice una integración de los resultados obtenidos por medio de las diferentes técnicas psicoterapéuticas, entrevista, escalas, observación, intervención, etc. Dicho proceso permitirá llegar a la identificación de la naturaleza de las dificultades que afectan a la persona participante, y proponer las recomendaciones pertinentes para atenderlas.

Es importante aclarar que la estudiante es estrictamente supervisada por la directora guía, donde se revisa, discute y analizan los resultados de las diferentes intervenciones, instrumentos y métodos de evaluación empleados.

Procedimiento

La participación en este proceso se basará en lo siguiente:

1. Usted acordará previamente con la estudiante de maestría el día y la hora de las sesiones para realizar la entrevista para obtener datos de su historia de vida. En cualquiera de las dos opciones de intervención se le solicitará la fotocopia de la cédula de identidad, con el fin de tener el respaldo de su firma.
2. En primera sesión, se realizará con la persona participante un cuestionario y una escala para evaluar los estilos de vida y el estado emocional.

3. A partir de la segunda sesión se comenzarán a realizar el proceso psicoterapéutico grupal y sus respectivas técnicas con la supervisión de profesora guía.
4. Todo trabajo será supervisado por la profesora guía durante el proceso y al final la estudiante tendrá que entregar un estudio completo del mismo, que será exhaustivamente revisado por dicha profesora, quien dará la autorización para que la estudiante le ofrezca a usted una devolución oral del mismo.
5. La última sesión cita será destinada para que la estudiante brinde retroalimentación grupal de la información obtenida y las recomendaciones pertinentes.

Riesgos potenciales e incomodidad

Este proceso no implica ninguna aplicación de técnicas que pongan en riesgo la integridad física o psicológica de las personas que participen en él. El único riesgo posible es la sensación de incomodidad que pueden sentir algunas personas al hacérseles preguntas o tratar temas de tipo personal o algún malestar físico que presenten debido a su condición de salud.

Beneficios potenciales

Se espera que la información obtenida durante el proceso de psicoterapéutico grupal, permita una mejor comprensión de las causas psicológicas y físicas que podrían estar afectando la calidad de vida de la persona. Y con las intervenciones durante el proceso psicoterapéutico grupal adquieran nuevos hábitos que le favorezcan en su estado emocional y físico.

Alternativa de participación

Usted es libre de negar la participación en este proceso, o de retirarse en el momento que lo considere pertinente. Si decide retirarse se le agradecería informar de manera anticipada, si es posible por escrito, los motivos que lo llevaron a no continuar con el proceso. Si faltara a dos sesiones sin justificar, el proceso de atención será suspendido, sin asumir de parte nuestra ninguna responsabilidad, dando así por terminada la atención que se le brinda.

Preguntas

Si usted tiene cualquier duda o pregunta en relación con la evaluación o el proceder de la estudiante, puede comunicarse con la tutora al correo: elisacortesamador@gmail.com.

Confidencialidad

La estudiante debe presentar al comité asesor y comité de Trabajo Final de Graduación el proceso, resultados y conclusiones de la investigación. Para garantizar que su identidad esté protegida, bajo la más estricta confidencialidad. Asimismo, la confidencialidad será regla dentro del proceso psicoterapéutico grupal.

Límites en la confidencialidad del paciente

El espacio que usted comparta con la estudiante y con el grupo terapéutico, será confidencial, sin embargo, tenemos la obligación ética de romper con la confidencialidad si se determina que existe alguna de las condiciones señaladas a continuación:

1. Usted representa un peligro a usted mismo u otros.
2. Usted busca el tratamiento para evitar que se descubra, aprenda, permita o impida a alguien cometer un crimen.
3. El contacto es con el propósito de determinar la salud mental en un procedimiento delictivo.
4. Usted es una persona mayor de edad y se sospecha que es víctima de abuso sexual, físico o emocional.
5. Tras posible fallecimiento romper la confidencialidad es importante para decidir un problema acerca de un hecho, testamento u otra escritura cuya ejecución afecta a terceros.
6. Usted entra en conflicto con la estudiante, dada la obligación de su deber; o la estudiante entra en conflicto con su proceder.

* Si usted tiene cualquier pregunta sobre estas limitaciones, por favor discútalos con su terapeuta.

Comentarios finales

Se harán todos los esfuerzos posibles para prevenir o reducir cualquier sentimiento de incomodidad, pero no es posible predecir todos los eventos que puedan ocurrir. Si usted comienza a sentirse incómodo(a), o considera que algo inusual está pasando, debe contactar inmediatamente al profesor del curso.

He leído y el estudiante me ha explicado la anterior descripción del trabajo que se va a realizar en este proceso psicoterapéutico grupal. Todas mis preguntas han sido aclaradas satisfactoriamente y en un lenguaje adecuado para mi persona. He recibido copia de este consentimiento informado.

Doy mi consentimiento para: (marque con X su opción)

_____ Participar en este proceso

_____ No participar de este proceso

El nombre y firma de la persona participantes y número de teléfono:

El nombre de la persona y número de teléfono que se pueda acudir en caso de alguna emergencia

Firma de la estudiante, número de cédula y Fecha

ANEXO 2

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
OcupaciónEducación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3^a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: _____

ANEXO 3

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

Marque una sola respuesta

1) En general, usted diría que su salud es:

- a. Excelente
- b. Muy buena
- c. Buena
- d. Regular
- e. Mala

2) ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- a. Mucho mejor ahora que hace un año
- b. Algo mejor ahora que hace un año
- c. Más o menos igual que hace un año
- d. Algo peor ahora que hace un año
- e. Mucho peor ahora que hace un año

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal

3) Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

4) Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

5) Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

6) Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

7) Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

8) Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

9) Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

10) Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

11) Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

12) Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades diarias

13) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?

- a. Sí
- b. No

14) Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- a. Sí
- b. No

15) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- a. Sí
- b. No

16) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- a. Sí
- b. No

17) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- a. Sí
- b. No

18) Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- a. Sí
- b. No

19) Durante las últimas 4 semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- a. Sí
- b. No

20) Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- a. Nada
- b. Un poco
- c. Regular
- d. Bastante
- e. Mucho

21) ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- a. No, ninguno
- b. Sí, muy poco
- c. Sí, un poco
- d. Sí, moderado
- e. Sí, mucho
- f. Sí, muchísimo

22) Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- a. Nada
- b. Un poco
- c. Regular
- d. Bastante
- e. Mucho

Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta, responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

23) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

24) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

25) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

26) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

27) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

28) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

29) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

30) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

31) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

32) Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué recurrencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases

33) Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

34) Estoy tan sano como cualquiera

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

35) Creo que mi salud va a empeorar

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

36) Mi salud es excelente

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

ANEXO 4**Autorregistro N°1****Identificando mis pensamientos, emociones y comportamientos**

EMOCIONES	PENSAMIENTOS	COMPORTAMIENTOS




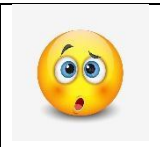


ANEXO 5

Identificando según la historia

¿Qué piensan?	
¿Qué sienten?	
¿Qué harán?	

ANEXO 6

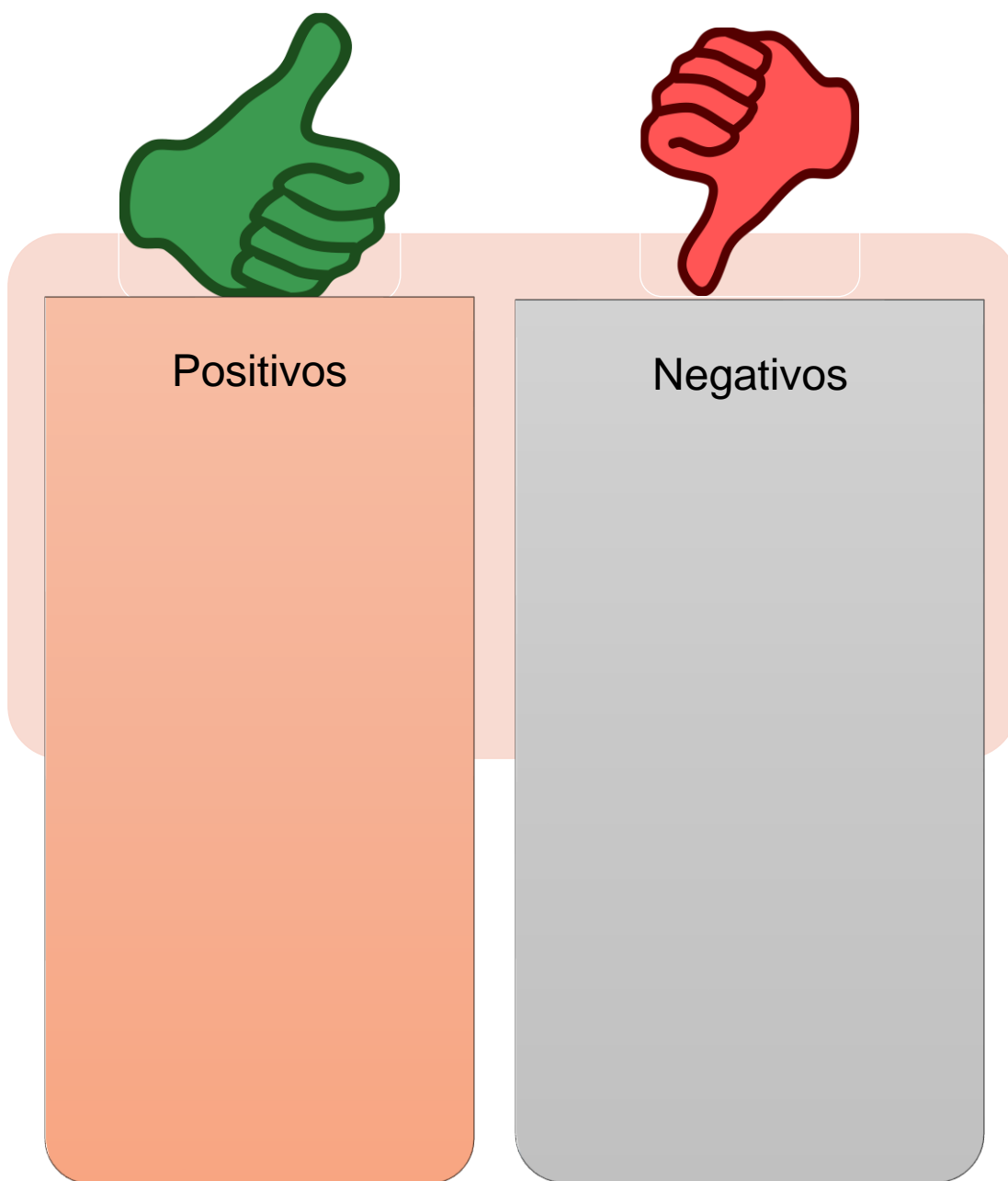
Tarea 1	
Día y Hora:	
Descripción de la situación	

Puede escribirla o dibujar						
Pensamientos Negativos						
Dibuje o marque las emociones						
¿Qué hice?						

ANEXO 7

SITUACIÓN: “Tengo cáncer gástrico”

Mis pensamientos

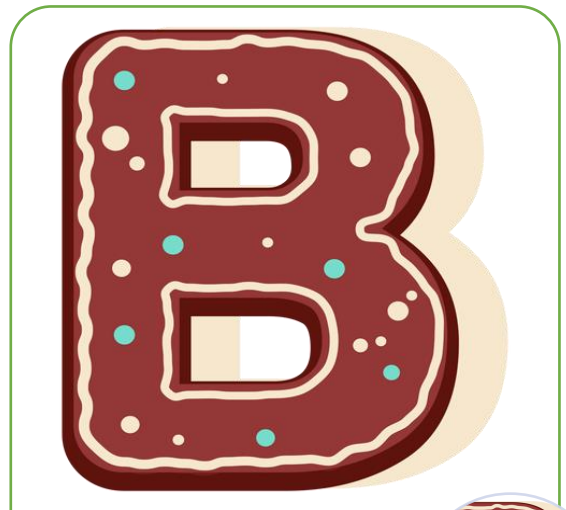
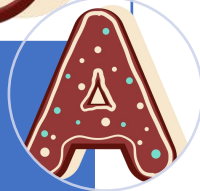


ANEXO 8

Terapia Racional Emotiva (TREC)



SITUACIÓN

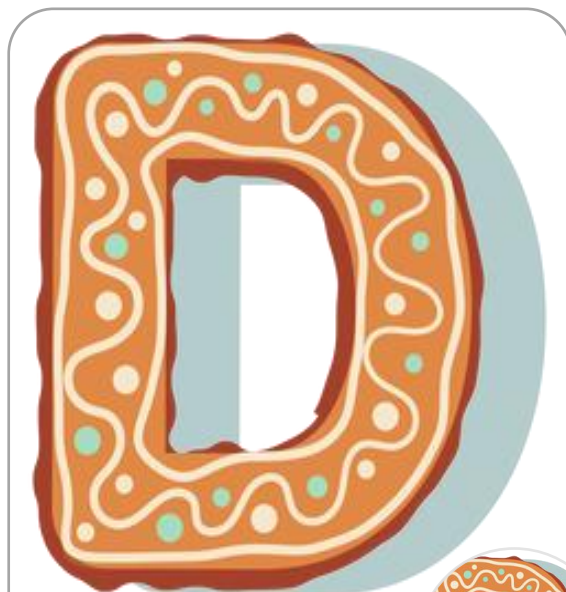


CREENCIA /
PENSAMIENTO





CONSECUENCIA



ALTERNATIVA



ANEXO 9

Preguntas para aclarar mis pensamientos

- ¿Estoy confundiendo un pensamiento con un hecho?
- ¿Estoy adelantando a conclusiones?
- ¿Su padre, madre, amigos, qué pensarían de esta situación?
- ¿Me hace sentir mejor pensar de esa manera?
- ¿He vivido situaciones similares o peores?
- ¿Qué hubieras pensado en otro momento de tu vida?
- ¿Los pensamientos negativos me ayudan o me hunden?
- ¿Cuáles son las ventajas de pensar de este modo?
- Suponiendo que mi pensamiento fuera correcto ¿Me ayuda a cambiar?
- ¿Me estoy concentrando en mis puntos débiles olvidando los fuertes?
- ¿Me estoy culpando por algo que en realidad no es mi culpa?
- ¿Me estoy tomando cosas a lo personal cuando tienen poco o nada que ver conmigo?
- ¿Estoy creyendo que no puedo hacer nada para cambiar la situación?

ANEXO 10



notas

HABILIDADES EMOCIONALES

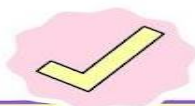
1. Expresar autoafirmaciones positivas.
2. Expresar emociones.
3. Recibir emociones
4. Defender los propios derechos.
5. Defender las opiniones.
6. Aprender a escuchar
7. Aprender a recibir elogios o afirmaciones.
8. Validar mis emociones y las de los demás.

ANEXO 11

HABILIDADES DE INTELIGENCIA EMOCIONAL

AUTOCONOCIMIENTO EMOCIONAL

1



- CONOCER CÓMO EL ESTADO DE ÁNIMO INFLUYE EN NUESTROS COMPORTAMIENTOS.
- IDENTIFICAR LA EMOCIÓN.

- NOS PERMITE CUESTIONARNOS, Y NO SENTIR O ACTUAR IMPULSIVAMENTE.
- RECONOCER QUÉ ES PASAJERO Y QUÉ ES UNA CRISIS QUE PERDURA.

AUTOCONTROL EMOCIONAL O AUTOREGULACIÓN

2

AUTOMOTIVACIÓN

3

- ES IMPORTANTE MANTENER LA MOTIVACIÓN Y EL OPTIMISMO Y NO DEJARSE DERROTAR POR LAS DIFICULTADES.
- DIRIGIR LAS EMOCIONES HACIA UN OBJETO, PERSONA O SITUACIÓN QUE NOS MOTIVE A CONTINUAR.

- SABER INTERPRETAR LAS SEÑALES QUE LOS DEMÁS EMITEN DE FORMA INCONSCIENTE Y QUE A MENUDO NO SON VERBALES.
- RECONOCER LO QUE LOS DEMÁS SIENTEN: MIRADAS, GESTOS, EXPRESIONES, NOS PUEDE AYUDAR A ESTABLECER LAZOS MÁS REALES Y DURADEROS CON LAS PERSONAS DE NUESTRO ENTORNO.

RECONOCIMIENTO DE EMOCIONES AJENAS O EMPATÍA

4



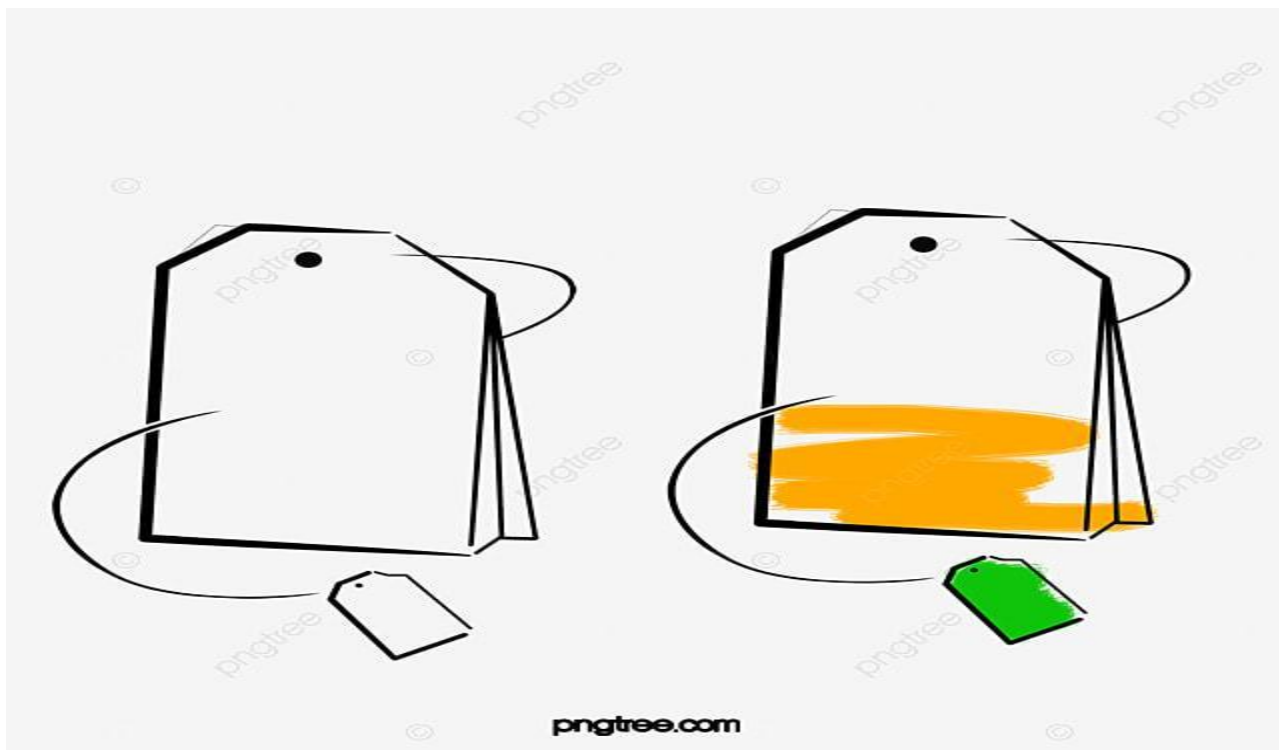
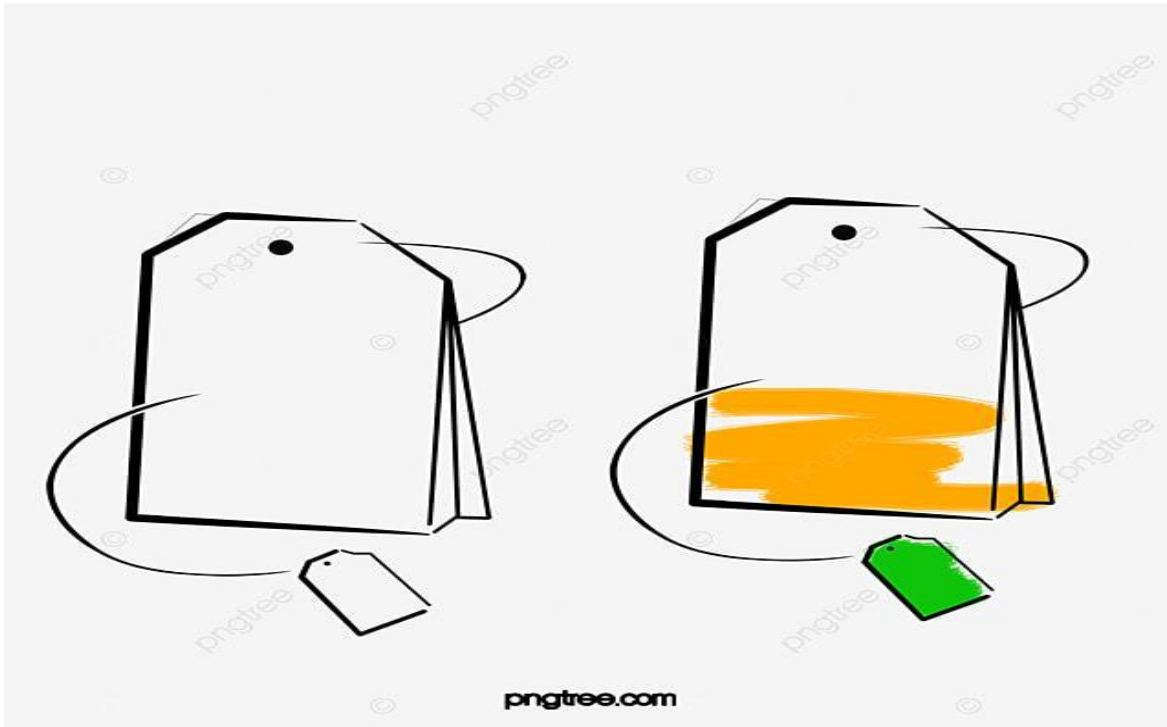
RELACIONES INTERPERSONALES O HABILIDADES SOCIALES

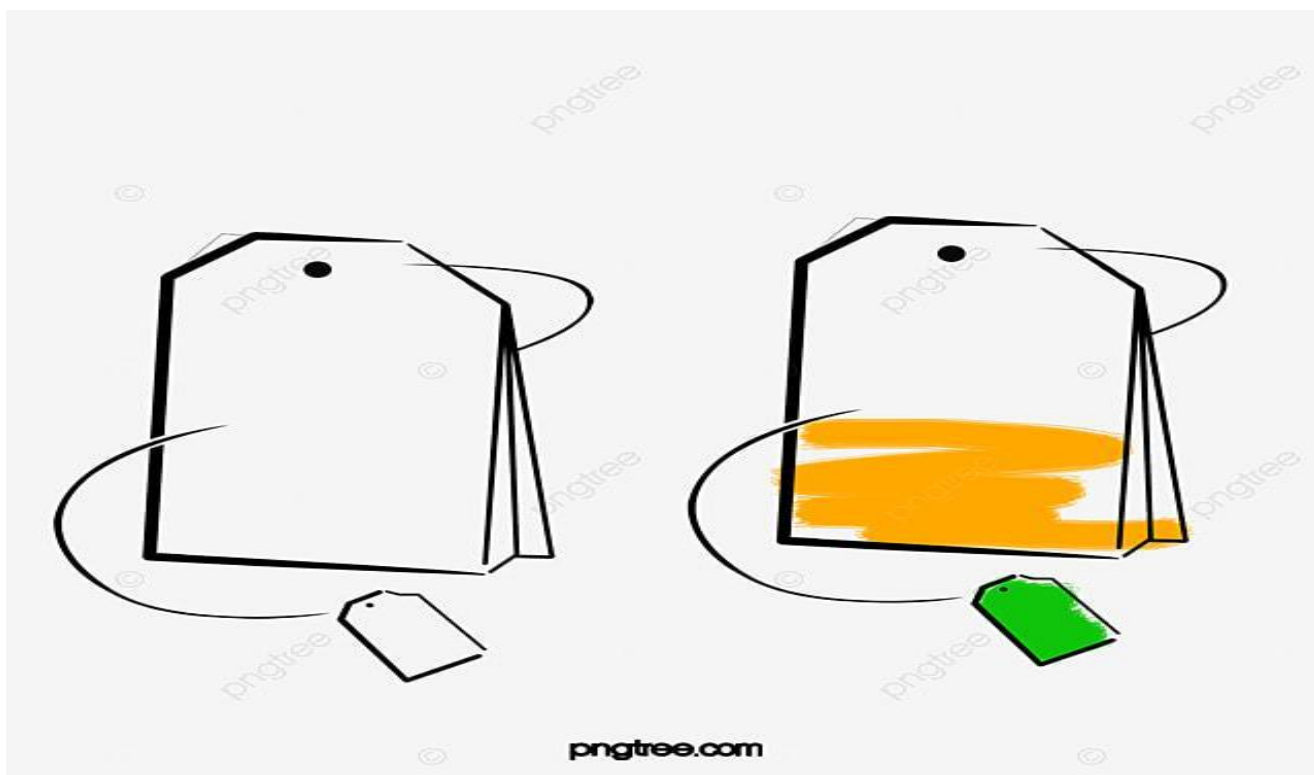
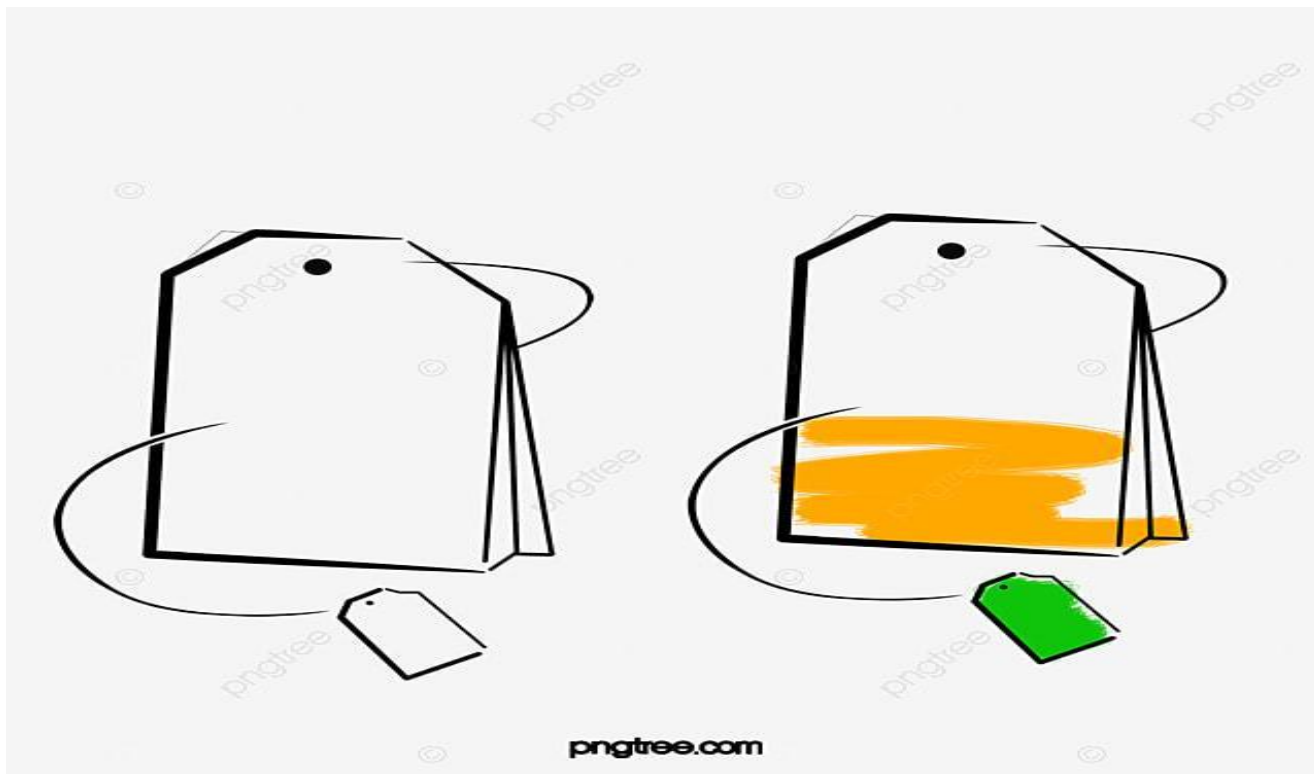
5

MANTENER BUENAS RELACIONES CON LOS DEMÁS VA A RESULTAR FUNDAMENTAL EN NUESTRAS VIDAS. ESTO IMPLICA SABER CÓMO COMPORTARNOS EN DIFERENTES SITUACIONES.

ANEXO 12

Té del bienestar





¿Cuál elijo tomarme hoy?

ANEXO 13

Haz una lista de sus mantras para que te ayuden a sentirte mejor



ANEXO 14

CAJITA PARA REFORZAR, MEJORAR O CAMBIAR.

Actuar con seguridad y confianza
Capaz de hacer críticas constructivas y recibir.
Expresa desacuerdos
Es capaz de decir "no" sin culpa
No realiza críticas ofensivas hacia los demás
Visualiza el objetivo con el fin de cumplirlo
Es flexible a los cambios
Cuestiona y analiza sus propias ideas
Adecuado manejo de las emociones
Expresa sus sentimientos con respeto
Sabe escuchar
Realiza observaciones

ANEXO 15



Hábitos

Nombre: _____

TAREAS	L	M	X	M	V	S
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RECORDATORIOS

NOTAS

ANEXO 16

Recomendaciones

- 1. Comer en poquitas cantidades.**
- 2. Prestar atención a los alimentos, su olor, contectura, forma, sabor, etc.**
- 3. Beber con pajilla, o en pocas cantidades.**
- 4.**
- 5.**
- 6.**
- 7.**
- 8.**
- 9.**

ANEXO 17

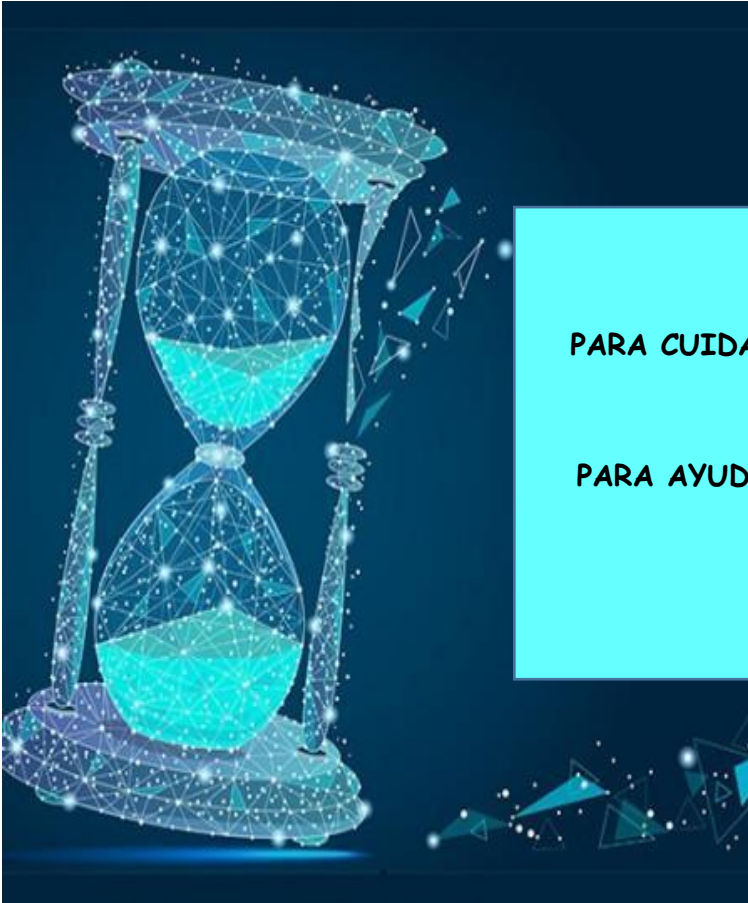
Actividad “Ayudando”

Por medio de recortes, palabras, letras, dibujos, cómo me estoy ayudando y cómo me estoy cuidado.

CUANDO AYUDO A OTRAS PERSONAS ME SIENTO...

CUANDO ME AYUDAN ME SIENTO...

REFLEXIÓN



PARA CUIDAR, ES IMPORTANTE CUIDARSE

**PARA AYUDAR, ES IMPORTANTE DEJARSE
AYUDAR.**

APÉNDICE

Planeación de actividades

Psicoterapia Grupal, asistentes entre 18 años a 50 años de la Asociación de Cuidados Paliativos San Carlos, Alajuela, Costa Rica, 2022 -2023

Cuadro 1. Sesión 1.

Tema:	Introducción a la Terapia Cognitivo Conductual.
Modalidad:	Psicoterapia grupal
Organizado por:	Evelyn Rodríguez Calderón
Objetivos de la actividad:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer la percepción de la población con cáncer gástrico de la Asociación de Cuidados Paliativos de San Carlos sobre la intervención psicología con modalidad grupal, para el bienestar subjetivo en el proceso de enfermedad. ➤ Exponer los principales conceptos sobre el paradigma cognitivo conductual, tomando en consideración los factores cognitivos, emocionales y comportamentales en el proceso de diagnóstico y tratamiento de cáncer gástrico. ➤ Obtener por parte de los asistentes una retroalimentación sobre las situaciones, experiencias que sirvan de aporte de mejora para el proyecto, mediante la proporción y discusión de las ideas planteadas según los alcances del proyecto.
Tema 1:	¿Qué es la Terapia Cognitiva - Conductual?
<ul style="list-style-type: none"> • Subtema 1.1: 	Beneficios de las técnicas y herramientas que se implementaran.
Tema 2:	Factores cognitivos, emocionales y comportamentales en el proceso de diagnóstico y tratamiento en cáncer gástrico.
<ul style="list-style-type: none"> • Subtema 2.1: 	Desglose de cada factor desde la experiencia individual.

Elaboración propia.

Cuadro 2. Descripción de las actividades Sesión 1.

Introducción			
<i>Objetivo</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Tiempo</i>
Presentación del grupo y terapeuta.	Se saluda a las participantes. Se presenta la terapeuta.	Lista de asistencia de registro de las personas asistentes. Lapiceros.	3 min
	Se les solicita a los y las participantes que formen parejas, ambos crean espacio para hablar de lo que gusten relacionado a su historia de vida, con la intención de conocer a la persona. Por ejemplo: intereses, actividades que le gusten, historia de vida. Seguidamente, la profesional hará círculo, donde cada persona dirá su nombre, luego las personas presentarán al compañero o compañera con los que estuvieron conversando.	N/A	20min
Introducir el tema y metodología a seguir	Se explica la metodología, el orden del día y las reglas de participación, donde los participantes las construirán.		10min
Tema 1: ¿Qué es la Terapia Cognitiva - Conductual?			
<i>Objetivo del tema</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Tiempo</i>
Conocer el manejo del trabajo grupal y caracterización de las diferentes técnicas y herramientas que se aplicarán el desarrollo de cada sesión.	Se expone la definición del paradigma y ejemplos de diferentes técnicas. Se señala los principales beneficios generados por el manejo de este modelo.	Computadora y proyector para el paso de las dispositivas.	15 min
Tema 2: Factores cognitivos, emocionales y comportamentales en el proceso de diagnóstico y tratamiento en cáncer gástrico.			
<i>Objetivo del tema</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Tiempo</i>
Identificar los factores cognitivos, emocionales y	Se explica la importancia del tratamiento psicológico en un proceso de enfermedad.	Computadora y proyector para el paso de las dispositivas.	20 min

<p>comportamentales en el proceso de diagnóstico y tratamiento en cáncer gástrico.</p> <p>Exponer las generalidades de cada una.</p>	<p>Se realizará una lluvia de ideas con el tema que los identifica a todos y todas: dolor, sufrimiento.</p> <p>Se introduce los factores emocionales, cognitivos y comportamentales, se realizará una tabla donde los participantes la construyan con los respectivos factores.</p> <p>Por ejemplo:</p> <p>Factores emocionales: temor, tristeza, enojo, rechazo, entre otras.</p> <p>Factores cognitivos: “No lo voy a superar”, entre otras.</p> <p>Factores comportamentales: “ya no puedo hacer...”, pérdida de autonomía, entre otras.</p>	<p>Entrega de la tabla para llenar.</p> <p>(ANEXO 4)</p>	
<p>Identificar los factores cognitivos, emocionales y comportamentales.</p>	<p>Se escoge a 2 participantes para realizar una dramatización de una situación o historia, y así las otras personas identifiquen los pensamientos, emociones y cómo actuarían.</p>	<p>Materiales físicos para realizar la dramatización. Por ejemplo: implementos de vestuario, caritas mostrando los estados de ánimo, entre otros.</p> <p>Entrega de tabla (ANEXO 5)</p>	<p>20min</p>
Cierre			
<p>Explicación sobre la tarea terapéutica</p>	<p>Elaborar un listado de los factores emocionales, cognitivos y conductuales que afectan negativamente sobre la experiencia personal sucedida durante la semana relacionada o no con la enfermedad de cáncer.</p>	<p>Entrega de tabla (ANEXO 6)</p>	<p>3min</p>
<p>Crear espacio para dudas, preguntas, comentarios y retroalimentación.</p>	<p>Se realiza un círculo entre los integrantes.</p>		<p>5min</p>

Cuadro 3. Sesión 2

Tema:	Reestructuración Cognitiva.
Modalidad:	Psicoterapia Grupal
Organizado por:	Evelyn Rodríguez Calderón
Objetivos de la actividad:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer la opinión de las participantes sobre los pensamientos irracionales, automáticos y negativos relacionados a la enfermedad. ➤ Explicar mediante presentaciones en power point y videos cortos, las acciones o alternativas que debemos tomar ante la identificación y observación de pensamientos irracionales, automáticos y negativos relacionados a la enfermedad. ➤ Expandir el conocimiento sobre los pensamientos desadaptativos y las consecuencias a nivel general en cada persona, a través del aporte de criterios y el desarrollo del conocimiento utilizando herramientas y técnicas relacionadas a la Terapia Racional Emotiva (TREC).
Tema 1:	Mis pensamientos en el proceso de diagnóstico y tratamiento de Cáncer Gástrico
<ul style="list-style-type: none"> • Subtema 1.1: • Subtema 1. 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuáles son? ¿Qué sucede cuando tengo esos pensamientos?
Tema 2:	Tipos de Pensamientos
<ul style="list-style-type: none"> • Subtema 2.1: • Subtema 2.2: • Subtema 2.3: 	<ul style="list-style-type: none"> Pensamientos irracionales Pensamientos automáticos Pensamientos negativos
Tema 3:	¿Qué ocurre cuando utilizamos pensamientos irracionales, automáticos y negativos?
<ul style="list-style-type: none"> • Subtema 3.1: 	Consecuencias emocionales, físicas, sociales, familiares, laborales, entre otras

- Tema 4:** ¿Qué podemos hacer con los pensamientos irracionales, automáticos y negativos?
- **Subtema 4.1:** Introducción a la TREC
 - **Subtema 4.2** Modelo ABCD

Elaboración propia.

Cuadro 4. Descripción de las actividades Sesión 2

Introducción			
<i>Objetivo</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Tiempo</i>
Revisión de Tarea 1.	Se realiza el saludo, se solicita que se ubiquen de manera circular, de esa manera se genera el espacio para que de manera voluntaria comenten elementos importantes de la tarea.	N/A	20 min
Realizar una retroalimentación de la sesión anterior.	Se comentan lo que los participantes recuerdan de la sesión anterior.		
Presentar el tema que se llevará a cabo en la sesión 2.	Se realiza una breve explicación del tema de Reestructuración Cognitiva.		
Tema 1: Mis pensamientos en el proceso de diagnóstico y tratamiento de Cáncer Gástrico			
<i>Objetivo del tema</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Tiempo</i>
Comprender e identificar los pensamientos mediante la experiencia de cada participante.	Se entrega una ficha a cada persona para que escriban todos los pensamientos (positivos y negativos) que han experimentado desde que recibieron el diagnóstico de cáncer gástrico Al terminar de manera participativa se va a crear una recolecta de los pensamientos, se escriben en una diapositiva. Se crea espacio para validar pensamientos y generar una escucha atenta. Se plantea la pregunta: ¿Qué sucede cuando tengo esos pensamientos?, y se responde creando lluvia de ideas.	Ficha de pensamientos (ANEXO 7), lapiceros. Computadora y proyector para presentar la diapositiva.	30 min
Tema 2: Tipos de Pensamientos			
<i>Objetivo del tema</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Tiempo</i>
Mostrar la definición y ejemplos de los siguientes tipos de pensamientos: irracionales, automáticos y negativos. Identificar qué tipo de pensamientos suelen utilizar.	Se presenta de manera ilustrativa mediante dibujos y videos, los tipos de pensamientos. Se les pide que la ficha utilizada en la actividad anterior subraye: Color verde los pensamientos irracionales. Color amarillo: los pensamientos automáticos.	Computadora y proyector para presentar las dispositivas y video. La ficha “Mis pensamientos”, lápices de color o marcadores.	20 min

	Color celeste: los pensamientos negativos.		
Tema 3: ¿Qué ocurre cuando utilizamos pensamientos irracionales, automáticos y negativos?			
<i>Objetivo del tema</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Tiempo</i>
Describir las consecuencias en diferentes contextos cuando utilizamos los pensamientos irracionales, automáticos y negativos.	Se realiza entre los y las participantes grupos pequeños, se les asigna tipo de consecuencia (personal, familiar, laboral, espiritual, entre otros), material didáctico para que muestren al grupo de manera creativa las consecuencias que pueden existir ante los pensamientos desadaptativos.	Caja de herramientas: Cartulinas, marcadores, lápices de color, revistas, tijeras, goma, prendas de vestuario, objetos, etc.	20 min
Tema 4: ¿Qué podemos hacer con los pensamientos irracionales, automáticos y negativos?			
<i>Objetivo del tema</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Tiempo</i>
Brindar información sobre la Teoría Racional Emotiva para promover la técnica del modelo ABCD y pueda generar mayor autoconocimiento y concientización.	Por medio de una presentación con diapositivas se brindará información básica de la TREC y se mostrará de manera ilustrativa la técnica del ABCD. Se entregará a cada participante tarjetas diseñadas con el significado de cada letra A-B-C-D	Computadora y proyector para presentar las dispositivas y video. Tarjetas ABCD (ANEXO 8)	15min
Cierre			
<i>Objetivo del tema</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Tiempo</i>
Realizar espacio de retroalimentación	Se proyecta un cortometraje llamado “El puente”. Ubicados de manera circular o media luna comentar sobre el cortometraje, de manera de reflexión o relacionado con lo trabajado en la presente sesión	Computadora y proyector para presentar el cortometraje y parlantes.	15 min.

Elaboración propia

Cuadro 5. Sesión 3

Tema:	Reestructuración Cognitiva.
Modalidad:	Psicoterapia Grupal
Organizado por:	Evelyn Rodríguez Calderón
Objetivos de la actividad:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer la utilidad del modelo ABCD ➤ Generar concientización de pensamientos desadaptativos por medio de estrategias de la Terapia Cognitivo Conductual. ➤ Motivar al autoconocimiento desde la aceptación del proceso de enfermedad.
Tema 1:	Modelo ABCD
• Subtema 1.1:	Identificar los pensamientos irracionales, automáticos y negativos.
• Subtema 1.2:	Conocer que hay alternativas de pensamientos más realistas y que generen mayor bienestar.
Tema 2:	Concientización de los pensamientos
• Subtema 2.1:	Saber cuestionarnos
Tema 3:	Autoconocimiento
• Subtema 3.1:	Cuáles son los pensamientos que ayuden avanzar de manera asertiva. Qué acepto y conozco de mí.

Elaboración propia.

Cuadro 6. Descripción de las actividades Sesión 3

Introducción			
<i>Objetivo</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Tiempo</i>
Generar espacio para expresar qué pensamientos tuvieron durante la semana.	Se realiza el saludo, se solicita que se ubiquen de manera circular, de esa manera se genera el espacio para que de manera voluntaria comenten y expresen los pensamientos identificados durante la semana.	N/A	10 min
Realizar una retroalimentación de la sesión anterior.			
Presentar el tema que se llevará a cabo en la sesión 3, el cual es seguimiento de la sesión anterior.	Se comentan lo que los participantes recuerdan de la sesión anterior.		
Tema 1: Modelo ABCD			
<i>Objetivo del tema</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Tiempo</i>
Conocer cómo se puede utilizar la técnica y crear mayor conciencia de los pensamientos que utilizo la mayor parte del tiempo.	Se presenta cortometraje “el niño de silla de ruedas”. Se expone por medio de plantillas de Canva la situación, los pensamientos, las consecuencias y el pensamiento alternativo. Con las tarjetas entregadas la sesión pasada los y las participantes pasan al frente a pegar la tarjeta según como cada uno identifique o crea que sea correcto. (A-B-C-D)	Tarjetas del modelo A-B-C-D (ANEXO 8)	30 min
Aprender que cuestionamientos realizar para identificar fácilmente cuando estoy utilizando un pensamiento irracional, automático o negativo.	Al terminar de manera participativa se crea un espacio de discusión y retroalimentación.	Computadora y proyector para presentar la dispositiva y video.	
Tema 2: Concientización de los pensamientos			
<i>Objetivo del tema</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Tiempo</i>
Presentar preguntas que muestra la TREC para trabajar la reestructuración cognitiva.	Se le indica que deben formar parejas, uno de los participantes va a compartir un pensamiento irracional, automático o negativo que identificó durante este tiempo. Cada uno realizará su turno.	Caja y preguntas. (ANEXO 9)	30 min

	<p>El participante escogerá 4 preguntas al azar de la caja de preguntas, deben responder asertivamente cada una de ellas.</p> <p>En pareja van a discutir o generar debate ante las respuestas y preguntas.</p>		
Tema 3: Autoconocimiento			
<i>Objetivo del tema</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Tiempo</i>
<p>Aprender, conocer, aceptar, motivar a visualizar los pensamientos que ayuden avanzar de manera asertiva.</p>	<p>Se realiza en una cartulina el “árbol de la vida”, este será grande, y de manera individual.</p> <p>A cada persona se le hace entrega de hojas blancas para que dibujen aves, hojas y cuadros, y deberán escribir lo siguiente:</p> <p><u>En las aves:</u> pensamientos que dejo ir, que ya no quiero seguir cargando.</p> <p><u>Hojas:</u> los pensamientos que me digo y que me ayudan avanzar, las nuevas formas de pensar, lo que quiero para mí.</p> <p><u>Tarjetas que se posicionan en el tallo:</u> todo lo que me sostiene en la vida.</p> <p><u>Tarjetas que van en las raíces:</u> todo lo bueno de mí y que quiero continuar conservando.</p> <p><u>Tarjetas en las ramas:</u> las personas, cosas, mascotas, etc que me hacen bien y quiero tener cerca.</p>	<p>Caja de herramientas: Cartulinas, hojas blancas, marcadores, lápices de color, revistas, tijeras, goma, prendas de vestuario, objetos, etc.</p>	40 min
Cierre			
<i>Objetivo del tema</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Tiempo</i>
<p>Realizar espacio de retroalimentación sobre la sesión 3.</p>	<p>Se plantea la pregunta de manera individual: ¿Qué aprendí hoy?/ ¿Qué me llevo hoy?</p>	N/A	15 min.

Elaboración propia

Cuadro 7. Sesión 4

Tema:	Reestructuración Cognitiva. Factores Emocionales en el Proceso de Cáncer Gástrico
Modalidad:	Psicoterapia Grupal
Organizado por:	Evelyn Rodríguez Calderón
Objetivos de la actividad:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Explicar de manera muy puntual los criterios de depresión y ansiedad. ➤ Identificar los síntomas emocionales que se encuentran experimentando en todo el proceso de enfermedad. ➤ Validar y aceptar las emociones. ➤ Brindar técnicas de respiración y relajación
Tema 1:	Ansiedad y Depresión
<ul style="list-style-type: none"> • Subtema 1.1: • Subtema 1.2: 	Describir los criterios de ansiedad y depresión Identificar síntomas.
Tema 2:	Manejo emocional
<ul style="list-style-type: none"> • Subtema 2.1: 	Técnicas o herramientas para identificar y elaborar el malestar emocional.
Tema 3:	Técnica de respiración y relajación
<ul style="list-style-type: none"> • Subtema 3.1: 	Conocer técnicas de respiración y relajación que controlen o disminuyan el malestar emocional, relacionados a síntomas ansiosos o depresivos.

Elaboración propia.


Cuadro 8. Descripción de las actividades Sesión 4


Introducción

<i>Objetivo</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Tiempo</i>
Generar espacio para expresar qué pensamientos tuvieron durante la semana y la emoción que les generó	Se realiza el saludo, se solicita que se ubiquen de manera circular, de esa manera se genera el espacio para que de manera voluntaria comenten y expresen los pensamientos y las emociones identificadas durante la semana.	N/A	10 min
Realizar una retroalimentación de la sesión anterior.	Se comentan lo que los participantes recuerdan de la sesión anterior.		
Presentar el tema que se llevará a cabo en la sesión 4.			
Tema 1: Ansiedad y Depresión			
<i>Objetivo del tema</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Tiempo</i>
Conocer los criterios sobre ansiedad y depresión e identificar si presenta alguno de los síntomas. Realizar pirámide de relación pensamientos y emociones.	Se realiza un cuadro comparativo de Ansiedad y Depresión, se les entrega a cada participante síntomas de ambos, ellos deben ubicarlo donde creen que corresponda. Luego se expone por medio de plantillas de Canva los criterios de ansiedad y depresión.	Computadora y proyector para presentar la dispositiva y video. Tarjetas con síntomas	15 min
	Se presenta video “No estás deprimido, estás distraído” de Facundo Cabral, para generar temas como son los mitos, empatía, validación emocional, aceptación.		
	Al terminar de manera participativa se crea un espacio de discusión y retroalimentación.	Se llevarán piedras de diferentes formas, los y las participantes escogerán una y con temperas le pondrán color y el nombre de la emoción que tienen en el momento presente.	Piedritas, pinceles, temperas de diferentes colores
Tema 2: Manejo emocional			
<i>Objetivo del tema</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Tiempo</i>

Brindar técnicas o herramientas para identificar y elaborar el malestar emocional.	El o la participante realizará un collage de lo que ha representado el cáncer gástrico. Luego lo mostrará y lo comentará, sí así lo prefiere. Los otros participantes, le harán comentarios o retroalimentación nombrando alguna emoción.	Caja de herramientas: Cartulinas, marcadores, lápices de color, revistas, tijeras, goma, prendas de vestuario, objetos, etc.	20min
	Se presentarán diferentes imágenes en el proyector, los y las participantes deberán de escribir lo que les genera a nivel emocional y físico.	Computadora y proyector. Hojas en blanco.	15 min
	Se les pedirá a los participantes escoger una canción que les algún recuerdo, por ende, emoción. Al azar se escogerán dos, y se motiva a sentir y pintar con los dedos en una hoja lo que les generó.	Computadora, parlantes. Hojas blancas. Temperas	25 min

Tema 3: Técnica de respiración y relajación

<i>Objetivo del tema</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Tiempo</i>
<p>Aprender técnicas que respiración que sea fácil aplicación y que genere bienestar en su estado físico y emocional.</p> <p>Manejar la ira, rabia, tristeza, ansiedad, temor, entre otras.</p>	<p>Se genera un ambiente de tranquilidad, con música relajante y aceites aromáticos.</p> <p>Se realiza y se explica de forma práctica la respiración alterna, y cada persona lo va haciendo.</p>  <p>Además, la respiración abdominal: Colocando una mano en el pecho y otra en el estómago, inhala profundamente por la nariz, asegurándote que el diafragma baja (hinchando la barriga). Procura que sea el estómago el que se mueva, no el pecho. El objetivo es</p>	<p>Aceites aromáticos, parlantes, computadora para proyectar las imágenes.</p>	15 min

	<p>realizar de 6 a 10 respiraciones lentas por minuto.</p> 		
Cierre			
<i>Objetivo del tema</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Tiempo</i>
Realizar espacio de retroalimentación sobre la sesión 4.	Espacio de retroalimentación	N/A	5 min.
Tarea 2	Ver la película: Buscando a Eric	Entrega Disco con la película	

Elaboración propia.

Cuadro 9. Sesión 5

Tema:	Factores Emocionales en el Proceso de Cáncer Gástrico
Modalidad:	Psicoterapia Grupal
Organizado por:	Evelyn Rodríguez Calderón
Objetivos de la actividad:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aprender sobre habilidades que está implicada la expresión y manifestación de emociones: lo que se siente. ➤ Aplicar habilidades relacionadas a la inteligencia emocional. ➤ Técnicas para la regulación emocional. ➤ Brindar técnicas de respiración y relajación
Tema 1:	Expresión emocional asertiva.
• Subtema 1.1:	Describir y elaborar técnicas o habilidades que faciliten la expresión y manifestación de emociones.
Tema 2:	Inteligencia Emocional
• Subtema 2.1:	Explicar el concepto de inteligencia emocional
• Subtema 2.2	Brindar habilidades que constituyen la inteligencia emocional

 Elaboración propia.

Cuadro 10. Descripción de las actividades Sesión 5

Introducción			
<i>Objetivo</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Tiempo</i>
<p>Generar espacio para compartir lo ocurrido durante la semana.</p> <p>Realizar una retroalimentación de la sesión anterior.</p> <p>Presentar el tema que se llevará a cabo en la sesión 5.</p>	<p>Se realiza el saludo, se solicita que se ubiquen de manera circular, de esa manera se genera el espacio para que de manera voluntaria comenten y expresen los pensamientos y las emociones identificadas durante la semana.</p> <hr/> <p>Se comentan lo que los participantes recuerdan de la sesión anterior.</p>	N/A	5 min
Tema 1: Expresión emocional asertiva			
<i>Objetivo del tema</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Tiempo</i>
<p>Describir y elaborar técnicas o habilidades que faciliten la expresión y manifestación de emociones.</p>	<p>Se realiza “El mural de los cariños”, en el cual cada participante representará de manera creativa: recortes, dibujos, palabras, entre otras, alguna acción que ha observado en la dinámica grupal durante estas 5 sesiones (sin decir nombres), puede ser alguna acción que la persona hizo a otro compañero o que algún compañero le hizo, y se refiere a la emoción que generó. Por ejemplo: un saludo, una mirada, alguna intervención, el préstamo de algún objeto, entre otras.</p> <p>Con esta actividad no sólo se trabajará la aceptación y expresión de emociones sino la gratitud y autoestima de las personas del grupo.</p> <p>Al terminar de manera participativa se crea un espacio de discusión y retroalimentación.</p>	<p>Mural.</p> <p>Caja de herramientas: Cartulinas, marcadores, lápices de color, revistas, tijeras, goma, prendas de vestuario, objetos, etc.</p>	30 min
	<p>Se brinda explicación de las principales habilidades relacionadas a los sentimientos y emociones.</p> <p>Se realiza una media luna, y cada participante pasará a la silla que se ubica al frente del grupo</p>	<p>Computadora y proyector.</p> <p>Ficha de las habilidades</p>	20 min

	(voluntariamente) y en silencio escuchará lo que los demás participantes quieren decirle. (3min por persona). Al finar se abre espacio para que identifiquen cuales habilidades fueron utilizadas y que emociones experimentaron	emocionales (ANEXO 10)	
Tema 2: Inteligencia Emocional			
<i>Objetivo del tema</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Tiempo</i>
Explicar de manera general lo que es inteligencia emocional. Brindar habilidades que constituyen la inteligencia emocional	Por medio de presentación en Canva se realiza una breve explicación el tema de inteligencia emocional y cómo nos ayuda en el manejo emocional en el proceso de enfermedad. Además de la relación con los factores cognitivos que ya se han trabajado en las sesiones anteriores.	Computadora y proyector.	10min
	Se realizará un video Foro, presentado episodios de la película “Buscando a Eric”, realizada en el 2009. La cual muestra la historia de Eric un cartero con múltiples situaciones complejas a nivel familiar, lo cual le genera tanto malestar emocional que llega a pensar en el suicidio. Tiene como ídolo a Eric Cantona Exfutbolista del Manchester United, quien realiza un papel importante en la historia de vida del protagonista. Se hace evidente las habilidades para la vida, incluyendo las habilidades emocionales. En este momento se abre espacio de análisis, sobre temas: Recursos personales, habilidades emocionales, trabajo en grupo, las justificaciones que utiliza el protagonista para no afrontar las situaciones difíciles, que emociones evidenció, entre otros.	Computadora y proyector, parlantes. Hojas blanco, lapiceros, lápiz.	45 min
	Se les entrega una ficha con las habilidades de Inteligencia emocional, según Coleman. (ANEXO 11). (Rosales J, Caparrós B, Alonso, S. 2013.p.54)	Ficha	10 min

	Con la intención discutirla o explicarla y tenerla presente y la puedan aplicar de manera frecuente.		
Cierre			
<i>Objetivo del tema</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Tiempo</i>
Realizar espacio de retroalimentación sobre la sesión 5.	Espacio de retroalimentación	N/A	5 min.

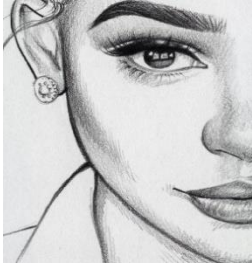
Elaboración propia.


Cuadro 11. Sesión 6

Tema:	Factores Emocionales en el Proceso de Cáncer Gástrico
Modalidad:	Psicoterapia Grupal
Organizado por:	Evelyn Rodríguez Calderón
Objetivos de la actividad:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Técnicas para la regulación emocional. ➤ Fortalecer la autoestima, autoconfianza, autocompasión ➤ Brindar técnicas de posturas, respiración y relajación (Clase de Yoga)
Tema 1:	Regulación Emocional
• Subtema 1.1:	Conocer técnicas de respiración y relajación que controlen o disminuyan el malestar emocional.
• Subtema 1.2	Técnica del Manejo de la Atención
Tema 2:	Autoestima, autoconfianza, autocompasión
• Subtema 2.1:	Explicar los conceptos de manera interactiva
• Subtema 2.2	Ejercicios que fortalezcan la autoestima, autoconfianza, autocompasión
Tema 3	Proceso del Duelo
• Subtema 3.1	Elaboración del proceso de duelo

Elaboración propia.

Cuadro 12. Descripción de las actividades Sesión 6

Introducción			
<i>Objetivo</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Tiempo</i>
<p>Generar espacio para compartir lo ocurrido durante la semana.</p> <p>Realizar una retroalimentación de la sesión anterior.</p> <p>Presentar el tema que se llevará a cabo en la sesión 6.</p>	<p>Se realiza el saludo, se solicita que se ubiquen de manera circular, de esa manera se genera el espacio para que de manera voluntaria comenten y expresen los pensamientos y las emociones identificadas durante la semana. Y si utilizaron las recomendaciones de habilidades de inteligencia emocional.</p> <p>Se comentan lo que los participantes recuerdan de la sesión anterior.</p>	N/A	10 min
Tema 1: Regulación Emocional			
<i>Objetivo del tema</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Tiempo</i>
<p>Brindar herramientas y técnicas que generen mayor bienestar subjetivo en los aspectos emocionales</p>	<p>Con música relajante, se le indica que se sienten y se ubiquen donde se encuentran físicamente: sentir la silla, los pies tocando el suelo, olores... centrarse sólo en este momento, cierra los ojos y respira hondo y despacio. Después dibuja las sensaciones.</p>	<p>Parlante. Hojas blancas, marcadores, lápices de colores.</p>	45min
	<p>Se muestra esta imagen:</p>  <p>Y en una hoja escriban cosas que salen de ella (imagen) desde la intuición, imaginación, sin pensarlo. ¿Y si te está diciendo algo?</p>	<p>Caja de herramientas: Cartulinas, marcadores, lápices de color, revistas, tijeras, goma, prendas de vestuario, objetos, etc.</p> <p>Computadora y proyector.</p>	
	<p>Dinámica (té de bienestar) (ANEXO 12), se les indica que deben escribir en cada bolsita de té las cosas que te relajan y aportan bienestar a su vida</p>	<p>Hoja de la actividad (anexo 12)</p>	

	Al finar se abre espacio para que identifiquen cuales habilidades fueron utilizadas y que emociones experimentaron		
Tema 2: Autoestima, autoconfianza, autocompasión			
<i>Objetivo del tema</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Tiempo</i>
<p>Identificar las virtudes y habilidades en cada uno y una.</p> <p>Conocer que ha sido lo más difícil en el proceso de cáncer gástrico.</p> <p>Brindar ejercicios que ayuden al bienestar subjetivo.</p>	<p>1. Se le hace entrega una hoja blanca y pinturas, van a pintarse la palma de la mano y la ponen sobre la hoja blanca. En cada dedo escribirán las virtudes y habilidades de sí mismos. Ejemplo.</p>  <p>Se realizará un mural con todas las manos de los y las participantes. Van a realizar una pequeña carta, donde expresaran la experiencia que ha surgido en el proceso de enfermedad, incluyendo el dolor y el sufrimiento como tal. La carta no tiene nombre ni remitente.</p> <p>2. En una caja se hecha los sobres con la carta, una persona escogerá al azar una carta, la leerá y se le hará ejercicio de validación emocional, empatía y compasión.</p> <p>3. Luego se va crear de manera grupal una lista de “mantras” o frases que nutran el proceso por el cual están viviendo. (ANEXO 13) Por ejemplo: “Soy afortunado / afortunada” “Lo estoy haciend muy bien” “En mi vida hay gratitud” “Estoy dándome amor” “En mi vida estoy rodeada de amor”.</p>	<p>Computadora y proyector.</p> <p>Caja de herramientas: Cartulinas, marcadores, lápices de color, revistas, tijeras, goma, prendas de vestuario, objetos, etc.</p>	15min

	<p>4. Actividad: ¿quién es?</p> <p>Se escribirá en cartulinas pequeñas los nombres de los participantes. A cada uno se le pegará en la espalda el nombre de algún o alguna integrante, no podrán verlo.</p> <p>Cada uno y de manera ordenada pasará al frente y mostrará al público el nombre, planteará preguntas, involucrando aspectos positivos y los demás solamente responden sí o no. Hasta que el participante adivine quién realmente es la persona de la tarjeta que tiene en su espalda.</p> <p>Ejemplo: ¿Tiene una sonrisa hermosa? ¿Es una persona carismática?</p>		
Tema 3: Proceso de Duelo			
<i>Objetivo del tema</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Tiempo</i>
Elaborar el proceso duelo ante el fallecimiento de una participante.	Se les solicita a las participantes expresar lo que sienten por medio de una carta o dibujo ante el fallecimiento de la integrante del proceso psicoterapéutico grupal. Luego se realiza una retroalimentación del proceso de duelo, validando emociones y psicoeducando temas relacionados al duelo.	Hojas y lápiz	45 min
Cierre			
<i>Objetivo del tema</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Tiempo</i>
Realizar Retroalimentación de la sesión de hoy. Brindar recomendación.	Se les indica traer ropa cómoda y si tiene mat o donde acostarse. La Asociación cuenta con colchonetas individuales.		5min

Elaboración propia.

Cuadro 13. Sesión 7

Tema: Factores Comportamentales

Modalidad:	Psicoterapia Grupal
Organizado por:	Evelyn Rodríguez Calderón
Objetivos de la actividad:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Crear espacio para que los y las participantes indiquen que entienden como factores comportamentales. ➤ Brindar información sobre la higiene de sueño. ➤ Espacio de relajación, posturas y respiración
Tema 1:	Factores Comportamentales
• Subtema 1.1:	Explicar los conceptos relacionados al tema
Tema 2	Hábitos que me ayude al bienestar subjetivo en el proceso de enfermedad.
• Subtema 2.1	Explorar y realizar prácticas trabaje la higiene del sueño.
Tema 3	Práctica del Yoga
• Subtema 3.1	Conocer técnicas de respiración, posturas, relajación por medio del Yoga. Clase principiantes.

Elaboración propia.

Cuadro 14. Descripción de las actividades Sesión 7

Introducción

<i>Objetivo</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Tiempo</i>
<p>Generar espacio para compartir lo ocurrido durante la semana.</p> <p>Realizar una retroalimentación de la sesión anterior.</p> <p>Presentar el tema que se llevará a cabo en la sesión 7.</p>	<p>Se realiza el saludo, se solicita que se ubiquen de manera circular, de esa manera se genera el espacio para que de manera voluntaria comenten y expresen los pensamientos y las emociones identificadas durante la semana. Y si utilizaron las recomendaciones de habilidades de inteligencia emocional.</p> <p>Se comentan lo que los participantes recuerdan de la sesión anterior.</p>	N/A	10 min

Tema 1: Factores Comportamentales

<i>Objetivo del tema</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Tiempo</i>
<p>Brindar información sobre los factores comportamentales relacionados a la enfermedad.</p>	<p>1. Se realiza una pequeña presentación por medio de plantillas Canva, con información importante relacionada a factores comportamentales.</p> <p>Luego se realiza una lluvia de ideas, de los que cada participante considere que está ocurriendo.</p> <p>Además, se explica la conclusión de la pirámide Pensamiento- emoción y acción.</p> <p>2. En una cajita se hecha papelitos donde están escritas ciertas características que deben existir para lograr mejorar, cambiar o mantener un comportamiento que nos genere bienestar subjetivo. (ANEXO 14) Lo expone relacionándolo con un evento en la vida.</p> <p>3. Al finar se abre espacio para que identifiquen cuales habilidades fueron utilizadas y que emociones experimentaron.</p>	<p>Caja de herramientas: Cartulinas, marcadores, lápices de color, revistas, tijeras, goma, prendas de vestuario, objetos, etc.</p> <p>Computadora y proyector.</p> <p>Hoja de la actividad (ANEXO 14)</p>	30 min

Tema 2: Hábitos que me ayude al bienestar subjetivo en el proceso de enfermedad.

<i>Objetivo del tema</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Tiempo</i>
--------------------------	----------------------	-------------------	---------------

<p>Identificar los hábitos que debe mejorar o eliminar en la vida diaria, con fin que beneficie en el proceso de enfermedad.</p> <p>Introducir el tema de higiene del sueño y conocer la aplicación de técnicas que favorezcan.</p>	<p>1. Se les entrega una lista de actividades que pueden ayudar a sobrellevar la situación actual. Y cada uno escogerá 3 para realizar durante la semana, implicando compromiso y esfuerzo. Se recomienda que se una actividad que no estén haciendo. (ANEXO15)</p> <p>2. Se realizará un esquema con el ritual que utilizan para tener una adecuada higiene del sueño.</p> <p>3. Se brinda por medio de diapositivas las recomendaciones necesarias para tener una adecuada higiene del sueño y hacer un análisis con el ritual que tienen.</p> <p>4. Se le solicita al grupo que se ubiquen de manera circular y van a crear un cuento sin planificación, simplemente crear conexión con lo que el compañero o compañera de al lado comenta, todo relacionado a la adecuada higiene del sueño.</p>	<p>Computadora y proyector.</p>	<p>45 min</p>
Tema 3: Práctica del Yoga y Cierre			
<i>Objetivo del tema</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Tiempo</i>
<p>Se realiza práctica del yoga por la profesora Lisseth Quesada.</p>	<p>Se crea un espacio de relajación, además, de aprendizaje con respecto a los beneficios de realizar yoga.</p>	<p>Música relajante, aceites, mat, velitas</p>	<p>35 min</p>

Elaboración propia.

Cuadro 15. Sesión 8

Tema: Factores Comportamentales

Modalidad:	Psicoterapia Grupal
Organizado por:	Evelyn Rodríguez Calderón
Objetivos de la actividad:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Brindar información sobre la alimentación adecuada como factor esencial en el proceso de enfermedad. ➤ Educar sobre tomar decisiones desde la responsabilidad afectiva.
Tema 1:	Alimentación
• Subtema 1.1:	Aplicar técnicas que crean conciencia sobre el tema de alimentación y la relación e identificación con la enfermedad.
Tema 2	Toma de decisiones
• Subtema 2.1	Responsabilidad afectiva, comunicación asertiva.
• Subtema 2.2	Autonomía

Elaboración propia.

Cuadro 16. Descripción de las actividades Sesión 8

Introducción

<i>Objetivo</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Tiempo</i>
<p>Generar espacio para compartir lo ocurrido durante la semana.</p> <p>Realizar una retroalimentación de la sesión anterior.</p> <p>Presentar el tema que se llevará a cabo en la sesión 8.</p>	<p>Se realiza el saludo, se solicita que se ubiquen de manera circular, de esa manera se genera el espacio para que de manera voluntaria comenten y expresen si cumplieron con los hábitos escogidos durante la semana.</p> <p>Se comentan lo que los participantes recuerdan de la sesión anterior.</p>	N/A	10 min

Tema 1: Alimentación

<i>Objetivo del tema</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Tiempo</i>
<p>Aplicar técnicas que crean conciencia sobre el tema de alimentación y la relación e identificación con la enfermedad.</p>	<p>1. Actividad “Me quedó”. Se presentarán objetos relacionados con comida, cocina, alimentación y algunos alimentos. El grupo ubicado en forma circular. Se pasa a las personas un objeto o alimento y cuando se detenga la música, el participante que “le queda” deberá expresar que representa ese objeto o alimento en su vida actual. Las participantes podrán hacer devolución de lo mencionado. Con la intención de sensibilizar ya que la afectación en salud es gástrica.</p> <p>2. Se brinda un documento donde deben de completar, abordando ciertas estrategias para poder ingerir alimentos. Modo de recomendaciones. (ANEXO 16)</p>	<p>Objetos relacionados a alimentación. Música. Computadora y proyector.</p> <p>Hoja de la actividad (anexo 16)</p>	40 min

Tema 2: Toma de decisiones

<i>Objetivo del tema</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Tiempo</i>
--------------------------	----------------------	-------------------	---------------

<p>Bridar información y herramientas que ayuden a tomar decisiones desde la responsabilidad afectiva, comunicación asertiva.</p> <p>Brindar técnicas que concienticen la autonomía.</p>	<p>Se brinda una pequeña introducción sobre temas a responsabilidad afectiva y comunicación asertiva.</p> <p>Se realiza subgrupos, a cada grupo se le entrega una bolsa de pajillas y solamente con ese material deben construir una pirámide, ninguna pajilla puede estar separada.</p> <p>Al terminar la dinámica se comentan cuales recursos relacionados a toma de decisiones pusieron en práctica o fueron conscientes que utilizaron.</p> <p>Y cómo lo relacionan con el proceso de enfermedad.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Actividad. Harán parejas, y por medio de una carta y sin hablar, van a realizar una carta con el título Yo te ayudo a..... 2. En una hoja, van a realizar de manera representativa, por medio de recortes, palabras, letras, dibujos, cómo me estoy ayudando y cómo me estoy cuidado. Y cómo me siento cuando ayudo y cuando me ayudo. (ANEXO 17) 	<p>Computadora y proyector.</p> <p>Pajillas</p> <p>Caja de herramientas: Cartulinas, marcadores, lápices de color, revistas, tijeras, goma, prendas de vestuario, objetos, etc.</p> <p>Material de trabajo (ANEXO 16)</p>	<p>40 min</p>
Cierre			
<i>Objetivo del tema</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Tiempo</i>
<p>Espacio para generar retroalimentación grupal sobre el proceso.</p> <p>Realizar nuevamente las escalas que se hicieron en la sesión 1 para analizar los resultados</p>	<p>Se crea un espacio de retroalimentación.</p> <p>Se les entrega una nube hecha de cartulina, donde escribirán en una palabra lo que se llevan o aprendieron de este proceso psicoterapéutico grupal.</p> <p>Se le hace entrega de las escalas y se hacen en grupo.</p>	<p>Marcadores.</p> <p>Nubes.</p> <p>Escalas</p>	<p>35 min</p>

Elaboración propia.