

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA



TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

TEMA DE INVESTIGACIÓN:

“Uso de la Técnica de Visualización Guiada como intervención psicológica en la Percepción Subjetiva del Dolor en pacientes con enfermedad oncológica en cuidados paliativos en el Hospital Divina Providencia en el Periodo de marzo a agosto del 2018”

PRESENTADO POR:

Cereghino Martínez, Diana Elizabeth– CM12008

Rivas Reales, Alison Vanessa – RR12064

Sosa Carrillo, Marmin Raquel – SC12001

DOCENTE DIRECTORA:

Licda. Mariela Velasco

COORDINADOR GENERAL DE PROCESO DE GRADO:

Lic. Mauricio Morales

Ciudad Universitaria, Septiembre 2018

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

RECTOR:

MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

VICERECTOR ACADÉMICO:

DR. MANUEL DE JESÚS JOYA ÁBREGO

SECRETARIO GENERAL:

LIC. CRISTOBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ

FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

AUTORIDADES

DECANO:

LIC. JOSÉ VICENTE CUCHILLAS

VICEDECANO:

LIC. EDGAR NICOLÁS AYALA

SECRETARIO DE LA FACULTAD:

MAESTRO HÉCTOR DANIEL CARBALLO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

AUTORIDADES

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

LIC. WILBER ALFREDO HERNÁNDEZ

COORDINADOR GENERAL DE PROCESO DE GRADO:

LIC. MAURICIO EVARISTO MORALES

DOCENTE DIRECTORA:

LICDA. MARIELA VELASCO

TRIBUNAL EVALUADOR

PRESIDENTE:

LIC. ISRAEL RIVAS

SECRETARIO:

LIC. RAFAEL CÓRDOVA

VOCAL:

LICDA. MARIELA VELASCO

AGRADECIMIENTOS

Gracias al Hospital Divina Providencia por habernos abierto sus puertas y recibido de la mejor manera, a su equipo multidisciplinario por habernos brindado su apoyo y colaboración en todo el proceso.

A todos los pacientes del hospital y sus familiares, en especial a los pacientes participantes quienes a pesar de su dolor nos recibieron siempre de buena manera, realizando las intervenciones y colaborando en todo lo posible.

Al licenciado Marco Rodríguez por su apoyo, paciencia y enseñanzas, en especial por la inspiración que nos transmitió a realizar una investigación retadora y contribuir con un granito a un área de la Psicología, para darle la importancia que merece al igual que los Cuidados Paliativos;

También queremos agradecer a nuestra asesora Mariela Velasco por su guía y conocimiento y ayudarnos en todo el proceso a realizar un trabajo íntegro.

Por último agradecemos a nuestros familiares y amigos quienes estuvieron con nosotras durante todo el proceso, en medio del estrés y el cansancio.

Atentamente:

Diana Cereghino

Alison Rivas

Raquel Sosa

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	vii
CAPÍTULO I - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.1 Situación Actual	9
1.2 Enunciado del problema	12
1.3 Objetivos de la Investigación	12
1.4 Justificación del estudio.....	13
1.5 Delimitación	15
1.5.1 Espacial	15
1.5.2 Social.....	15
1.5.3 Temporal	15
1.5.4 Teórica.....	16
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	17
2.1 Marco Legal.....	17
2.1.1. Constitución de la República de El Salvador	17
2.1.2. Código de Salud de El Salvador.....	17
2.2 Antecedentes Históricos	19
2.2.3 Antecedentes Hospital Divina Providencia.....	19
2.3 Psicooncología.....	20

2.4	Cuidados paliativos.....	22
2.3.1	Fundamentos de los cuidados paliativos	22
2.3.2	Cuidados paliativos oncológicos.....	23
2.3.3	Síntomas prevalentes de pacientes oncológicos.....	24
2.4	Percepción subjetiva del dolor.....	27
2.4.1	Dolor.....	27
2.4.2	Tipos de dolor directamente relacionado con cáncer	30
2.4.3	Manejo farmacológico del dolor	31
2.4.3.1	Opioides	31
2.4.3.2	No opioides	32
2.4.3.3	Adyuvantes.....	33
2.5	Visualización guiada.....	35
2.5.1	Modelo Cognitivo Conductual.....	35
2.5.2	Definición Visualización Guiada	36
2.5.3	Usos terapéuticos.....	37
2.5.4	Ventajas de la Visualización Guiada.....	37
2.5.5	Desventajas de la Visualización Guiada	38
CAPÍTULO III – HIPÓTESIS Y VARIABLES.....		39
3.1	Hipótesis.....	39

3.1.1	Hipótesis del Investigador.....	39
3.1.2	Hipótesis Nula.....	39
3.1.3	Hipótesis Específicas.....	39
3.2	Variables.....	40
3.2.1	Variable Independiente	40
3.2.2	Variable Dependiente.....	40
3.2.3	Control de Variables Intervinientes.....	40
CAPÍTULO IV- MARCO METODOLÓGICO.....		42
4.1	Tipo de investigación.....	42
4.2	Diseño de la investigación.....	42
4.3	Población y muestra.....	42
4.3.1	Población.....	42
4.3.2	Muestra.....	43
4.4	Técnicas e instrumentos de recolección de la información	43
4.5	Procedimiento para la recolección de datos	48
4.6	Estadísticos	50
CAPITULO V. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS		52
Análisis Cuantitativo		52
Comprobación de Hipótesis		60

Interpretación de resultados.....	76
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	79
Conclusiones.....	79
Recomendaciones.....	80
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
ANEXO 1. FICHA DE DATOS Y CONTROL DE INTERVENCIONES.....	84
ANEXO 2. FICHA TÉCNICA CUESTIONARIO MCGILL.....	86
ANEXO 3. CUESTIONARIO DE MCGILL - VERSIÓN ABREVIADA R. MELZACK (SF- MPQ).....	87
ANEXO 4. FICHA TÉCNICA ESCALA HADS	88
ANEXO 5. ESCALA H.A.D.S.	89
ANEXO 6. TÉCNICA DE VISUALIZACIÓN “LAS CINCO CONTEMPLACIONES DEL DOLOR”	91
ANEXO 7. FICHA TÉCNICA EVA	94
ANEXO 8. ESCALA VISUAL ANÁLOGA.....	95
ANEXO 9. CONSENTIMIENTO INFORMADO	96
ANEXO 10. AUTORIZACIÓN POR EL AUTOR DEL CUESTIONARIO DE MCGILL.	97
ANEXO 11. RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA.....	101

ANEXO 12 . INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA EFICACIA DE LA TÉCNICA DE VISUALIZACIÓN GUIADA – EVALUACIÓN DE JUECES	104
ANEXO 13. INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA EFICACIA DE LA TÉCNICA DE INTERVENCIÓN.....	124
ANEXO 14. CREDENCIALES DEL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA	125
ANEXO 15. ENSAYO DE LA INVESTIGACIÓN.....	126
ANEXO 16. ESTRUCTURA DE PROTOCOLO PROCEDIMENTAL	141
ANEXO 17. DIAGRAMA DE FLUJO DE INVESTIGACIÓN	148
CRONOGRAMA.....	149
ANEXO 18. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LA MUESTRA	151
ANEXO 19. DATOS CLINICOS DE LA MUESTRA	152
ANEXO 20. CONTROL DE MEDICAMENTOS	153
ANEXO 21. TABULACIÓN DEL CUESTIONARIO MCGILL DE LOS RESULTADOS PRE	154
ANEXO 22. TABULACIÓN DEL CUESTIONARIO MCGILL DE LOS RESULTADOS POST.....	155
ANEXO 23. TABULACIÓN PRE Y POST DE LA ESCALA ANÁLOGA VISUAL POR SESIONES.....	156
ANEXO 24. TABULACIÓN DE LA ESCALA HADS DE LOS RESULTADOS PRE	157
ANEXO 25. TABULACIÓN DE LA ESCALA HADS DE LOS RESULTADOS POST	158

ANEXO 26. TABULACIÓN EVALUACIÓN DE EFICACIA DE TÉCNICA DE INTERVENCIÓN.....	159
ANEXO 27. TABULACIÓN CUALITATIVA DE EVALUACIÓN DE EFICACIA DE TÉCNICA DE INTERVENCIÓN DE GRUPO EXPERIMENTAL.....	160
ANEXO 28. TABULACIÓN CUALITATIVA DE EVALUACIÓN DE EFICACIA DE TÉCNICA DE INTERVENCIÓN DE GRUPO CONTROL	161
ANEXO 29. LISTA DE PACIENTES EN HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DE MAYO A JULIO 2018.....	162

INTRODUCCIÓN

El dolor ocasionado por el cáncer es uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial, ya que deteriora significativamente la calidad de vida. Esto se da desde el inicio de la enfermedad y empeora a medida la enfermedad avanza, especialmente en casos donde ya no existe una posibilidad de curación; es en este momento donde los pacientes necesitan recibir los cuidados paliativos para mejorar su calidad de vida a través del control de síntomas y el trabajo multidisciplinario de médicos, enfermeros, trabajadores sociales, guías espirituales y psicólogos, buscando el bienestar del paciente en todos los ámbitos de su vida y no en el simple control a través de medicación sino apoyándose de otros tratamientos coadyuvantes, como es el trabajo psicológico donde no solo se atiende a los pacientes, sino que se busca la aplicación de técnicas que también pueden tener éxito en la reducción de síntomas como es el caso de la técnica de visualización guiada, la cual ayuda a los pacientes a relajarse, afrontar y distraerse de su dolor y de esta manera también lograr una disminución de la ansiedad y la tristeza que la misma enfermedad y el dolor incontrolable puede causar.

En la presente investigación se buscaba conocer si el uso de visualización guiada como intervención psicológica es eficaz en la percepción subjetiva del dolor en pacientes con enfermedad oncológica en cuidados paliativos en el Hospital Divina Providencia. Para esto se realizó una investigación de tipo experimental, donde se puso a prueba la técnica de visualización guiada, realizando cuatro intervenciones por paciente con aplicaciones pre y post de diferentes instrumentos de medición para luego utilizar el estadístico de Shapiro Wilk, t

Student para muestras relacionadas y muestras independientes, la t de Wilcoxon y la U-Mann Whitney para el análisis de datos.

La falta de estudios en este campo de cuidados paliativos en El Salvador no es de relevancia para las instituciones y los profesionales de la salud, pero es conveniente e importante evaluar las técnicas psicológicas en programas de intervención para conocer cómo estas pueden ayudar a aumentar la calidad de vida y dignidad de los pacientes con enfermedad oncológica en nuestro país, y que las instituciones que brindan estos cuidados puedan tener acceso a este tipo de intervenciones que pueden ser de utilidad como coadyuvantes de los tratamientos médicos. Es por eso que los datos encontrados en esta investigación son de relevancia para los profesionales en esta área de cuidados paliativos y para las instituciones de salud.

CAPÍTULO I - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Situación Actual

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad en el mundo. Alrededor de 14 millones de personas son diagnosticadas con cáncer cada año y 8 millones mueren por esta enfermedad (International Agency for Research on Cancer, 2014). La Organización Panamericana de la Salud, estima que el cáncer es una de las principales causas de mortalidad en el continente americano. En 2012, 1.3 millones de personas murieron a causa de esta enfermedad y el 47 % de estas ocurrieron en Latinoamérica y el Caribe. Se estima que las cifras de incidencia y prevalencia sigan aumentando en los próximos años y por lo tanto aumentarán las personas que sufren de dolor por la enfermedad o por los tratamientos utilizados para tratarla.

El dolor ocasionado por el cáncer en pacientes es uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial, ya que deteriora significativamente su calidad de vida. La mayoría de pacientes con enfermedad oncológica manifiestan tener dolor en algún punto de la enfermedad. Estudios muestran que la prevalencia de dolor en pacientes con tratamiento onco-específico es de 24% a 60%. Sin embargo en paciente con cáncer avanzado la prevalencia es aún mayor. 62% a 86% de pacientes manifiestan dolor en esta etapa (Everdingen, 2007). Cabe mencionar que la prevalencia e intensidad del dolor, dependerá de muchos factores como: la etapa de la enfermedad, la ubicación primaria del cáncer, presencia o no de metástasis, si el cáncer se ha extendido a los huesos, proximidad del tumor a estructuras neuronales, el tratamiento y variables

del paciente como la ansiedad y depresión por nombrar algunos (Organización Mundial de la Salud, 1990).

Los cuidados paliativos, son los cuidados que se les brinda a los pacientes con una enfermedad grave o mortal para mejorar su calidad de vida. El objetivo de estos es mejorar la sintomatología, efectos secundarios, problemas psicológicos y sociales que los pacientes puedan presentar (National Cancer Institute, 2017). Para darle una solución a lo problemática desde la perspectiva médica, en 1984, la Organización Mundial de la Salud, estableció una escalera de tres niveles para la administración de analgésicos y opioides tomando en cuenta los síntomas y la intensidad del dolor que la persona experimenta. (Pergolizzi, 2014).

Dentro de los Cuidados Paliativos se han implementado otras intervenciones, no farmacológicas, como coadyuvantes para poder controlar el dolor en pacientes con enfermedad oncológica. La atención psicológica es una parte fundamental en el tratamiento de los pacientes en esta etapa de la enfermedad, para lograr el mayor bienestar y confort posible.

En la actualidad, existen varias investigaciones sobre el uso de técnicas cognitivo conductual para el control del dolor y/o sus síntomas en pacientes con enfermedad oncológicas. Los estudios encontrados varían en poblaciones, por ejemplo según tipo y locación de cáncer, pacientes recibiendo quimioterapia, radioterapia, en estados de remisión, entre otros. Sin embargo no se encontró investigaciones que trataran a pacientes en cuidados paliativos.

Las investigaciones que se han realizado hasta el momento, han medido variables asociadas al

cáncer que incluyen dolor, fatiga, vómitos, náuseas, ansiedad y depresión en relación a técnicas de corte cognitivo conductual como son las de visualización guiada y relajaciones, como la relajación muscular progresiva, y demuestran que son eficaces para tratar el dolor en algunos pacientes. La mayoría de participantes en este estudio reportó mejorías clínicamente significativas en el control del dolor. (Kwekkeboom, 2009).

Otra investigación en la que se utilizaron, las técnicas de Visualización Guiada y la Relajación Muscular progresiva (Charalambous, 2016) para manejar los síntomas en pacientes que reciben quimioterapia. Los resultados de esta investigación arrojaron que ambas técnicas pueden ser efectivas para el manejo de síntomas en pacientes con cáncer que reciben quimioterapia, en especial la técnica de visualización guiada. La utilización de estas técnicas tiene varias ventajas, principalmente el control del dolor, afrontamiento de estados emocionales negativos como la ansiedad, depresión, estrés y ayuda a conseguir estados de relajación, otorga a las persona control sobre su situación. Entonces la utilización de esta técnica en pacientes tendría beneficios extras, ya que se ha demostrado que existe una correlación entre la duración e intensidad del dolor con el riesgo de presentar depresión y ansiedad, lo que disminuye significativamente la calidad de vida de los pacientes. (National Cancer Institute, 2017)

En El Salvador, no existe un estadístico que muestre la prevalencia de dolor en pacientes con enfermedad oncológica, sin embargo en 2014 se atendieron aproximadamente 56 pacientes diarios en la red de centros asistenciales del MINSAL que consultaron por dolor relacionado a enfermedades oncológicas (MINSAL, 2015). Actualmente no existen datos de la población que se encuentra en tratamiento de Cuidados Paliativos, ni cuántos de ellos presentan dolor. En El

Salvador, el uso de medicamentos analgésicos y opioides es reducido, ya que es altamente restringido y la población sigue sufriendo de dolor no controlado.

1.2 Enunciado del problema

¿El uso de visualización guiada como intervención psicológica será eficaz en la percepción subjetiva del dolor de pacientes con enfermedad oncológica en cuidados paliativos en el Hospital Divina Providencia?

1.3 Objetivos de la Investigación

- Evaluar la eficacia del uso de la técnica de visualización guiada como intervención psicológica en la percepción subjetiva del dolor en pacientes con enfermedad oncológica en cuidados paliativos en el Hospital Divina Providencia

Objetivos específicos

- Analizar los datos clínicos y sociodemográficos de los sujetos en la unidad experimental.
- Demostrar un cambio en la magnitud del dolor de los pacientes con enfermedad oncológica con el uso de la técnica de visualización guiada como intervención psicológica.
- Observar si existen diferencias significativas entre grupo experimental con intervención con técnica de visualización guiada y grupo control con intervención con técnica de relajación muscular progresiva.
- Evidenciar si estas diferencias responden a variable independiente y no otras variables aleatorias de las cuales no se tiene control.

- Determinar si hay reducción en otros síntomas específicamente ansiedad y tristeza que están relacionados con la percepción del dolor en pacientes con enfermedad oncológica con la aplicación de la intervención.

1.4 Justificación del estudio

El cáncer es una de las enfermedades más graves y preocupantes de nuestro tiempo, sobre todo por su elevada prevalencia y mortalidad. El cáncer trae consigo un conjunto de síntomas físicos y emocionales que afectan al paciente, los cuales debe de afrontar para poder sobrellevar la enfermedad. Uno de los grandes afectaciones del paciente con cáncer, es el dolor, ya que es un problema muy frecuente entre los pacientes con esta enfermedad; según la Sociedad Española de Oncología Médica (2014), en su publicación “El dolor en el paciente oncológico”, expresa que el dolor es un proceso oncológico variable, que depende de su tiempo y de la extensión de la enfermedad, así como la tolerancia de cada paciente al dolor que experimenta. Por ello, el programa de mundial del cáncer de la OMS, insiste en que los sistemas sanitarios deben de poner en marcha programas de vigilancia del control del dolor, ya que el alivio del mismo y los cuidados paliativos son prioridad debido a la creciente afectación física y psicológica que atraviesa el paciente con enfermedad oncológica.

Durante los años se han venido realizando estudios sobre la relación que existe entre mente y cuerpo, y se ha reconocido que la mente tiene una gran incidencia en las manifestaciones del organismo, ya que algunas ramas de la psicología han demostrado que las emociones y

cogniciones juegan un papel importante el desencadenamiento y curso de la enfermedad humana; así mismo, también se han establecido estudios acerca de cómo las terapias psicológicas contribuyen junto con los tratamientos médicos convencionales al mejoramiento de la salud. (Valiente, 2006)

Debido a la falta de estudios en este campo de cuidados paliativos en El Salvador, es conveniente e importante evaluar las técnicas psicológicas en programas de intervención para conocer cómo estas pueden ayudar a aumentar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad oncológica nuestro país, y que las instituciones que brindan estos cuidados puedan tener acceso a este tipo de intervenciones que pueden ser utilidad como coadyuvantes de los tratamientos médicos. Existen una gran variedad de técnicas psicosomáticas, entre las que se encuentran la visualización, como una herramienta que puede ser útil en los tratamientos con pacientes con enfermedad oncológica, con la esperanza de que éstas reduzcan el estrés, el dolor y mejorar su calidad de vida.

Es necesario realizar este trabajo de investigación para conocer como el uso de la visualización puede ayudar a la manejo del dolor en pacientes con enfermedad oncológica, como intervención psicológica, y a partir de los resultados poder establecer en qué medida puede ser funcional en los pacientes como estrategias de afrontamiento de la enfermedad y sus tratamiento.

Esta investigación puede contribuir a que los profesionales de la psicología de nuestro país, se motiven a iniciar investigaciones en este campo de cuidados paliativos, y que continúen abriendo nuevas brechas de sabiduría en esta área, en la que es tan necesario la intervención psicológica, y usar este estudio como base para otras nuevas investigaciones; también en la formación de los

futuros profesionales que es preciso el adiestramiento de los métodos y técnicas de intervención en cuidado paliativos y así como también en todos los profesionales de la salud mental, ya que esto beneficiará directamente a los pacientes con enfermedad oncológica para aliviar su dolor, como al Hospital Divina Providencia por poder contar con este tipo de técnicas que serán muy útiles al momento de brindar un servicio integral a los pacientes del hospital.

1.5 Delimitación

1.5.1 Espacial

La investigación se llevó a cabo en el Hospital Divina Providencia, Institución sin fines de lucro que ofrece atención especializada en cuidados paliativos.

El Hospital se encuentra ubicado en Final Calle Toluca y Avenida Rocío, Colonia Miramonte, San Salvador, El Salvador.

1.5.2 Social

La investigación se realizó con pacientes con enfermedad oncológica en condición de ingreso que atravesaban una etapa avanzada en su enfermedad.

Con pacientes referidos del Hospital Nacional Rosales, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social y el Instituto del Cáncer.

1.5.3 Temporal

La investigación se realizó en un periodo comprendido entre marzo a agosto del 2018.

Iniciando en los primeros meses con la recopilación de datos bibliográficos, selección y creación de instrumentos. La muestra fue evaluada durante el mes de mayo a julio, finalizando con el vaciado y análisis de resultados en el mes de agosto.

1.5.4 Teórica

En la investigación se abordaron temáticas referentes a cuidados paliativos, los diferentes tipos de dolor, tipos de intervenciones utilizadas para el manejo del dolor, el papel psicológico y las técnicas utilizadas para ayudar al paciente, específicamente la aplicación de la visualización guiada para el manejo del dolor; además de ahondar en las diferentes características de los pacientes y las percepciones que estos tienen del dolor. No se profundizó en temas como el cáncer y su tipología o intervenciones médicas, ya que a pesar de ser importantes y valiosas para el estudio del tema, en nuestro caso esos temas se obviaron para enfocarse en las principales variables de la investigación.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1 Marco Legal

2.1.1. Constitución de la República de El Salvador

El artículo 1 de la Constitución, reconoce a la persona humana como el origen y el fin de la actividad del Estado, que está organizado para la consecución de la justicia, de la seguridad jurídica y del bien común. Asimismo reconocer como persona humana a todo ser humano desde el instante de su concepción. En consecuencia, es obligación del Estado, asegurar a los habitantes de la República el goce de la libertad, la salud, la cultura, el bienestar económico y la justicia social.

La Constitución en su artículo 65, establece que la salud de los habitantes constituye un bien público y que el Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y establecimiento.

2.1.2. Código de Salud de El Salvador

Art. 40 El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el organismo encargado de determinar, planificar y ejecutar la Política Nacional en materia de Salud; dictar las normas pertinentes, organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la Salud.

El Art. 41 numeral 4, establece que corresponde al Ministerio, organizar, reglamentar y coordinar el funcionamiento y las atribuciones de todos los servicios técnicos y administrativos de sus dependencias.

Como otro punto en el Art. 3 del Reglamento General de Hospitales, se establece que los hospitales desarrollarán sus actividades, según Lineamientos emanados por la autoridad competente, enmarcados dentro de la Red Nacional de Salud.

2.1.3. Código de Ética del profesional de psicología

Como estudiantes nos comprometemos a seguir el código de ética del profesional de psicología para la correcta realización de la investigación, basándonos especialmente en los siguientes apartados:

Confidencialidad

- a) Proteger con celo profesional la confidencialidad individual y grupal de toda información obtenida en el proceso de atención.
- b) Actuar con discreción al comunicar datos confidenciales, a quienes estén relacionados con el caso; de ser necesario se hará solamente con propósitos profesionales, o cuando exista algún peligro para un individuo o para un grupo.
- c) Informar al usuario de los límites del secreto profesional, asegurándole que sólo con su autorización se puede dar información a personas involucradas en su bienestar; excepto en casos que sea requerido por disposición legal.

Como investigador.

- a) Asumir responsabilidad de realizar investigaciones que sean útiles al progreso de la Psicología y al fomento del bienestar humano.
- b) Respetar los principios éticos y científicos de la investigación, la cual debe realizarse en función de los derechos humanos de los participantes.

Es así como la investigación se regirá en el respeto y cumplimiento de dichos artículos para garantizar una buena realización de la investigación, a través el respeto a los participantes, la

institución y los mismos investigadores, buscando siempre promover la investigación y ayudar a sacar a los cuidados paliativos de un tema aislado.

2.2 Antecedentes Históricos

2.2.3 Antecedentes Hospital Divina Providencia

El Hospital Divina Providencia fue fundado en 1966 por la religiosa Carmelita Misionera de Santa Teresa. El objetivo inicial era ayudar a las personas que venían del interior del país y estaban recibiendo tratamientos onco-específicos y por limitaciones económicas no tenían un lugar donde hospedarse. El terreno, donde actualmente se encuentra situado el Hospital, fue donado por Bertha de Albiñana, quien fue la que tuvo la idea crear un lugar donde se pudiera atender integralmente a los pacientes con enfermedades oncológicas.

Las instalaciones del Hospital, cuentan con ocho salas con capacidad para albergar 128 pacientes, sin embargo solamente 70 camas están habilitadas. Los pacientes que son admitidos, son generalmente remitidos del Hospital Nacional Rosales, Instituto del Cáncer y desde el 2002, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, con quien tienen un convenio para atender a los pacientes que requieran Cuidados Paliativos.

Además de atender a pacientes en condición de ingreso, también se atienden pacientes de forma ambulatoria, se les facilita la consulta externa para controlar sus síntomas con medicamentos opioides y coadyuvantes. A los pacientes en condición de ingreso también, se les atiende con tratamientos onco-específicos, como quimioterapia y radioterapia pero con objetivos paliativos.

Actualmente es el único Hospital a nivel nacional, que se dedica a los cuidados paliativos de forma integral. La mayoría de los pacientes tienen enfermedades oncológicas en etapa avanzada y los cuidados están orientados al control del dolor, aliviar sintomatología como náuseas, vómitos, fatiga y se provee de atención en el área psicológica, emocional y espiritual. Se atiende tanto a los pacientes como a los familiares cuidadores.

2.3 Psicooncología

En un comienzo, en el 1800, el diagnóstico de cáncer se asociaba a muerte. Como no había ninguna causa conocida o cura para esta enfermedad, en muchos casos se atribuía a una posesión demoníaca. Y se consideraba cruel e inhumano revelar el diagnóstico al paciente ya que éste podía perder toda esperanza, por lo que se informaba únicamente a la familia. (Holland, 2012)

En el mismo tiempo se fundó el Memorial Sloan-Kettering Cancer Center como primer centro privado oncológico, en el cual se buscaba también un esfuerzo por hacer investigación para comienzos de 1900. Luego, en 1937 se creó el Instituto Nacional del Cáncer en EE.UU., como el primero de los Institutos Nacionales de Salud. En 1948, Faber informó los primeros casos de remisiones temporales de leucemia aguda infantil con aminopterina. A partir de esto, comenzó una búsqueda activa de nuevos fármacos quimioterapéuticos, logrando la primera cura con quimioterapia en la década de 1950. Así se fue agregando quimioterapia en combinación con cirugía y radioterapia como tratamiento del cáncer. Con estos nuevos tratamientos, se empezó a reducir el pesimismo y a estimular un nuevo interés sobre los efectos a largo plazo del cáncer (Holland, 2012)

Durante estos años, el único apoyo psicológico formal para pacientes con cáncer era a través de grupos de apoyo con otros pacientes que ya habían pasado por las mismas o similares situaciones. Luego los trabajadores sociales junto a las enfermeras fueron los primeros en atender los problemas psicológicos y sociales de los pacientes con cáncer y sus familias. Ellos han sido la primera línea en la atención clínica y en las investigaciones importantes en psicooncología.

Desde 1950, varios estudios prospectivos se pusieron a examinar la respuesta psicológica de los pacientes hospitalizados por cáncer.

La especialidad de psicooncología se inició formalmente a mediados de 1970, cuando la barrera para revelar el diagnóstico se cayó y se hizo posible hablar con los pacientes respecto de éste y de las implicancias del cáncer para sus vidas.

Finalmente se definió la psicooncología según Holland, como una subespecialidad de la oncología, que por una parte atiende las respuestas emocionales de los pacientes en todos los estadios de la enfermedad, de sus familiares y del personal sanitario que les atiende (enfoque psicosocial); y que por otra parte, se encarga del estudio de los factores psicológicos, conductuales y sociales que influyen en la morbilidad y mortalidad del cáncer (enfoque biopsicológico) (Cruzado, 2003)

En un comienzo la psicooncología se enfocaba casi exclusivamente en el paciente con tratamiento oncológico activo, pero hoy en día se ha ido expandiendo y abarcando la prevención, riesgo genético, aspectos de supervivencia y adaptación a largo plazo, además del cuidado clínico, el manejo comunicacional médico-paciente y se aborda también los cuidados en el final de la vida o cuidados paliativos. (Almanza-Muñoz, 2000)

2.4 Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos son los cuidados que se dan a los enfermos sin posibilidad de curación, y van orientados a acompañar, reconfortar y aliviar en lo posible el dolor u otros síntomas y padecimientos. La medicina paliativa no favorece la eutanasia, pero tampoco el preservar la vida a toda costa, con medios que muchas veces terminan prolongando la agonía y el sufrimiento. Se trata de aceptar la muerte como algo inevitable, pero cuidando a los enfermos hasta el último momento y asegurando la máxima calidad de vida posible, incluso considerando necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales, tanto del paciente como de su familia.

Tal como lo define la OMS (como se citó en Mayungo, 2012):

“Enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y las familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio al sufrimiento, por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales.”

Los cuidados paliativos son aplicables en el curso de la enfermedad en conjunto con otros tratamientos que pueden prolongar la vida del paciente, e incluyendo investigaciones necesarios para comprender mejor, y manejar situación clínicas complejas.

2.3.1 Fundamentos de los cuidados paliativos

Los cuidados paliativos se sustentan en tres pilares fundamentales que son:

- Control de síntomas: se deben reconocer, evaluar, y tratar oportuna y adecuadamente.
- Trabajo de equipo: debe ser un equipo formado y con experiencia, disponer del tiempo y de los espacios adecuados para cumplir su función.
- Apoyo psicosocial: debe haber una comunicación franca y honesta con el enfermo y con su familia.

2.3.2 Cuidados paliativos oncológicos

En el mundo, se estima que más de 20 millones de personas viven enfermas de cáncer en la actualidad. Y entre ellas, el 40 a 75% tienen o tendrán dolor en alguna de las etapas de la enfermedad. El cáncer se ha convertido en la segunda causa de muerte en el mundo, tanto en países desarrollados, como en muchos en vías de desarrollo. Además va en aumento y se estima llegará a ser la primera causa de muerte para el 2025 en muchos países. (Reyes & Rivas, 2011)

Los cuidados paliativos en el paciente con cáncer son una rama de la oncología que se ocupa del control de los síntomas en vez de enfocarse en el control de la neoplasia, y conservan un lugar prioritario en el enfoque moderno de tratamiento en este tipo de trastornos.

Pese a que el desarrollo de los métodos preventivos y terapéuticos han reducido la incidencia de las neoplasias y se han mejorado con ello sus perspectivas de curación, el alivio del dolor y los aspectos psicosociales de la enfermedad siguen siendo unas de las medidas prioritarias que deberán de tomarse en cuenta para el adecuado manejo integral del paciente oncológico. Ya que el control de los principales síntomas son de especial relevancia debido a que el sufrimiento de los pacientes en etapa terminal son con extremo difíciles para ser soportados por el paciente, y representan también un reto para la misma familia y sus cuidados.

Frente a un diagnóstico de esta naturaleza surgen temores y planteamientos que afectan tanto al paciente como a la familia, y requieren en forma inmediata de la atención del médico, sobre todo cuando la enfermedad neoplásica es de difícil control o bien cuando existe algún tipo de recidiva tumoral o enfermedad metastásica. La pérdida del control personal y del aspecto económico provoca sensación de desamparo, angustia, negación y depresión; así como también miedo al dolor, a la mutilación y a la muerte. Cuando el sistema de tratamiento activo resulta ineficaz, el enfoque deberá dirigirse hacia un sistema de cuidados paliativos bien estructurado.

La fase de cuidados paliativos se inicia una vez que se ha realizado el diagnóstico de cáncer, y en el cual el pronóstico de la enfermedad supera todo recurso terapéutico; sin embargo, el hecho de que ningún tratamiento pueda realizarse para frenar la progresión tumoral, no significa que no exista alternativa de tratamiento. Una ayuda importante, para todo enfermo en etapa terminal será el tratamiento adecuado de la angustia física de morir.

En el tratamiento paliativo la prioridad es el alivio de los síntomas, la prevención de las complicaciones y el mejoramiento de la calidad de vida sin someter al paciente a efectos adversos, complicaciones o molestias que carezcan de justificación.

En el paciente con cáncer uno de los síntomas más comunes de la patología tumoral es el problema del dolor, y el alivio del mismo deberá de llevarse a cabo en forma temprana, así como también el tratamiento de otros síntomas acompañantes.

Los pacientes en fase terminal pueden presentar numerosos síntomas donde la etiología no está directamente relacionada con la afección principal, entre los síntomas más comunes, se encuentran: constipación, náusea y vómito, anorexia, disnea, insomnio, etc. (Cuidados paliativos en oncología, 2016)

2.3.3 Síntomas prevalentes de pacientes oncológicos

Los pacientes con cáncer avanzado presentan una serie de síntomas que son originados por la propia enfermedad y/o que son consecuencia de los tratamientos recibidos.

El síntoma más prevalente es el dolor como se mencionaba anteriormente, sin embargo este tema será abordado con mayor amplitud en otro apartado, por lo que nos referiremos a otros síntomas frecuentes que también comprometen la calidad de vida de los pacientes.

En estudios realizados en Latinoamérica se reporta que el 68% de los pacientes presenta más de 9 síntomas concomitantes y solo un 12% presenta menos de 3 síntomas. Dentro de los síntomas más prevalentes están: náuseas (78%), baja de peso (75%), ansiedad (78%), insomnio y ascitis (68%), náuseas y vómitos (67%), disnea y depresión (60%), fatiga y constipación (50%), etc. (Quiroga & Muñoz, 2015)

La evaluación de dichos síntomas debe ser periódica, con instrumentos y cuestionarios validados, que permitan objetivar la intensidad, la respuesta al tratamiento y su interferencia en la calidad de vida (QOL). La escala de síntomas de Edmonton (ESAS) le da una puntuación de 1 a 10 para cada uno de los síntomas.

A continuación nos referiremos principalmente a los síntomas más frecuentes tanto físicos como psicosociales del paciente oncológico (exceptuando el dolor como ya se mencionó antes)

Fatiga: Es un síntoma subjetivo, frecuente, multidimensional que involucra los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales, debido a la enfermedad y/o su tratamiento. Es uno de los síntomas más frecuentes (80% en etapas finales de la enfermedad).

Anorexia: La disminución de nutrición más los cambios metabólicos producidos por el cáncer determinan disminución de apetito, pérdida de masa magra, alteración del requerimiento energético. Estas condiciones interfieren con los tratamientos, los pacientes responden menos y se complican más.

Náuseas y vómitos: Para el óptimo manejo de las náuseas y vómitos, es necesario conocer sus causas, por ejemplo obstrucción intestinal, metástasis cerebrales, alteraciones metabólicas,

hipercalcemia, o secundarias a terapias como quimioterapia o radioterapia paliativas o farmacológicas (opioides y otros).

Disnea: Es un síntoma frecuente en pacientes oncológicos, 80% en pacientes con cáncer avanzado, 24% de ellos no tiene patología cardiopulmonar, aumenta con la ansiedad. Es un signo de mal pronóstico, el promedio de vida de los pacientes con disnea no es mayor a 30 días, siendo la segunda causa de indicación de sedación terminal.

Prurito: Síntoma frecuente, multifactorial, (alteraciones metabólicas, dermatitis, neuropatías, paraneoplásico, psicogénico, etc.) que altera la calidad de vida condicionando cambios importantes en el ánimo y el sueño.

Insomnio: Síntoma frecuente en pacientes en cuidados paliativos, que presentan según reportes entre 9 y 69% de los pacientes, es predictor de alteraciones de índole psiquiátrico en el curso de la enfermedad e incide importantemente en la calidad de vida

Delirium: Las alteraciones metabólicas, electrolíticas, hipoxia, infecciones, obstrucción intestinal, constipación, obstrucción de vías urinarias, las fallas orgánicas, la presencia de metástasis o tumores primarios del SNC, el efecto de medicamentos (principalmente opioides y benzodiazepinas), privación de sustancias o medicamentos, entre otras causas pueden causar delirium en pacientes oncológicos.

Ansiedad: La ansiedad es una reacción normal al diagnóstico del cáncer. Cuando la gente se siente amenazada, su nivel de estrés se eleva naturalmente. Los síntomas incluyen temblores, un latido de corazón irregular y niveles extremos de preocupación. Casi el 48% de los pacientes con cáncer divulgan altos niveles de ansiedad y el 18% demuestra desórdenes relacionados con la ansiedad.

Depresión: Se estima que entre 16% y 25% de los pacientes con cáncer desarrollan depresión. Los doctores no reconocen aproximadamente un 35% de estos casos, y muchos pacientes permanecen sin tratamiento. La depresión afecta en mayor grado a los pacientes con cáncer que al resto de la población en general.

2.4 Percepción subjetiva del dolor

2.4.1 Dolor

Durante siglos se ha fracasado a la hora de englobar en una sola definición, la enorme complejidad y multitud de aspectos y variantes que presenta el dolor; cuando se habla de dolor todos saben perfectamente a que se refieren, pero para ninguno es lo mismo (Timoneda, 1996). En revisiones bibliográficas se ha denotado el gran número de definiciones acerca de dolor, debido a la gran dificultad de encontrar una definición exacta de que es el dolor.

Según Chóliz (como se citó en Colunga, 2005) las definiciones de del dolor han variado desde diferentes épocas, dependiendo de las creencias y de las actitudes científicas del momento. Se ha entendido como una sensación corporal, como reacción a diferentes estímulos, como emoción, o como una experiencia total dimensión entre otras.

La definición más aceptada actualmente, es la de la Asociación Mundial para el Estudio del Dolor (IASP): “es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tisular, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño” (Reyes Chiquete, González Ortiz, Mohar Betancourt, & Meneses García , 2011).

Melzack y Wall en 1965 plantearon la teoría de la puerta en la que Sinatra (como se citó en Colunga, 2005) describió esta teoría que plantea:

La existencia de las fibras nerviosas de especialidad diferente, que conducen sus señales a una neurona de segundo orden en medula en la medula espinal, esta responde con intensidad variable, de acuerdo al grado de activación o inhibición del estímulo. Las fibras aferentes que llegan al asta dorsal, pueden ser de diámetro grande o pequeño. Las fibras sensitivas grandes pueden activar celular inhibitoras, estas células SG, “cierran la compuerta” suprimiendo la transmisión. También se puede “cerrar la compuerta” desde los centros superiores del sistema nervioso central. (p.26)

Melzack y Wall reconocieron el dolor como una experiencia personal, sensorial o física y al mismo tiempo afectiva, con conexiones complejas entre estímulos y cambios en el sistema nervioso central (Colunga, 2005).

Melzack y Casey en 1968 realizan una revisión de esta teoría en la que definieron el dolor, que es de interés para la presente investigación: “el dolor como una experiencia perceptiva tridimensional con una vertiente sensorial (discriminativa), una vertiente afectiva (motivacional) y una vertiente cognitiva (eválutiva)” (Timoneda, 1996).

Esta definición describe las tres dimensiones que se deben de tomar en cuenta la conceptualización, evaluación e intervención del dolor:

- a) Dimensión sensorial-discriminativo: hace referencia a cualidades estrictamente sensoriales del dolor, tales como su localización, calidad, intensidad y sus características temporo-espaciales.
- b) Dimensión afectivo-emocional: por el que la sensación dolorosa se acompaña de ansiedad, depresión, temor, angustia etc.
- c) Dimensión cognitivo-evaluativo: analiza e interpreta el dolor en función de lo que se está sintiendo y lo que puede ocurrir. Respuestas en relación con experiencias dolorosas

previas, a la personalidad del individuo y con factores socio-culturales como el sistema de creencias y valores culturales del individuo.

Barbar (como se citó Téllez) propuso que el dolor tiene dos componentes: el componente discriminativo-sensorial (o sensorial solamente) y el componente motivacional- afectivo (o afectivo)

Componente discriminativo- sensorial: este componente ofrece a la persona información acerca de la localización y cualidad sensorial del dolor, le informa si el dolor es lacerante, continuo-intermitente, hormigueante, frio-caliente, etc.

Componente afectivo-motivacional: este componente da información acerca de que tanto molesta el dolor. Lo molesto del dolor, el sufrimiento que se experimenta, está en función de lo que el dolor significa para nosotros, para nuestra vida y nuestra relación con el mundo

El dolor es definido de una manera multidimensional debido a las afectaciones que hace en el individuo en las diferentes áreas de su vida, y como el mismo percibe este dolor. En el artículo “El manejo del dolor en el paciente oncológico” expresa:

El dolor altera el afecto del paciente, deseo de vivir, relaciones familiares, vida social, sueño, apetito, espiritualidad y habilidad para participar en actividades físicas; ya sea para el cuidado de sí mismo o recreación, en general desfavorece la calidad de vida del paciente. Por lo tanto, el alivio de dolor no es simple tratamiento del dolor sino tratamiento de una persona con dolor. (Rodríguez, Barrantes, Jiménez, & Putvinski, 2004)

En el paciente con enfermedad oncológica, se busca aliviar el dolor directamente con tratamientos con medicamentos, pero también es de suma importancia que se trate de ayudar al paciente con dolor, esto, a través de tratamientos adyuvantes de índole psicológica.

2.4.2 Tipos de dolor directamente relacionado con cáncer

El dolor relacionado con cáncer, no suele tener un componente único, ni una fisiología simple que lo explique. Durante el curso de la enfermedad el paciente puede atravesar por diferentes tipos y por diversas fuentes de dolor, en donde puede haber dolor agudo o crónico, dolor nociceptivo y neuropático, dolor somático y visceral o una mezcla de todos los mencionados. (Agámez Insignares, Álvarez Torres, & Mera Gamboa, 2012)

- **Dolor nociceptivo:** es producto de la estimulación de los receptores normales del dolor (nociceptores), que detectan un daño del tejido somático (piel, Hueso), o visceral (hígado, intestino). Este tipo de dolor tiene una función biológica protectora, como consecuencias de estímulos de tipo, mecánico, químico o térmico. El dolor nociceptivo puede ser somático, visceral y mixto, y también puede tener una duración aguda o crónica.
- **Dolor somático:** Se caracteriza por estar localizado en la zona afectada, por incrementarse con la presión de dicha área y por ser sordo y continuo (aunque pueden presentarse exacerbaciones temporales en su intensidad). El ejemplo típico es el dolor producido por una metástasis ósea.
- **Dolor visceral:** El dolor visceral que se expresa como dolor continuo o cólico, localizado en una zona cutánea amplia (por la cuantiosa y variada inervación de las vísceras), está pobremente localizado, es profundo y opresivo y la presión sobre la zona puede desencadenar o no dolor.

- **Dolor neuropático:** El dolor neuropático está provocado por la afectación del sistema nervioso como consecuencia de compresión o infiltración de los nervios periféricos, de la médula espinal o del sistema nervioso central. Puede expresarse como parestesias continuas, episodios de dolor lancinante, o como ambos y se puede acompañar de fenómenos de hiperalgesia o alodinia como manifestación de los cambios anatómicos y neurofisiológicos producidos en la transmisión del estímulo.

2.4.3 Manejo farmacológico del dolor

El dolor provocado por el cáncer es tratado con medicamentos, que son el pilar del manejo del dolor. Se puede lograr el alivio adecuado del dolor en pacientes que reciben tratamiento analgésico óptimo utilizando técnicas simples, tales como opioides, analgésicos no opioides y medicamentos adyuvantes, como sugiere la escala analgésica de la OMS.

2.4.3.1 Opioides

Los fármacos opioides son la piedra angular para manejo del dolor moderado a severo para mejorar la calidad de vida de quienes lo usan.

El término opiáceo, se utiliza para darle nombre a los alcaloides naturales extraído del opio; y al término opioide, para referirse a todas las sustancias agonistas o antagonistas, con afinidad de receptores opioides. El uso de los alcaloides se remota a la antigüedad, desde entonces se han utilizado como analgésicos, hipnóticos, anti-diarreicos, hasta eutanásicos.

Los opioides tienen otros usos importantes en los pacientes con cuidados paliativos. Estos son: en el manejo del dolor agudo, postoperatorio e incidental, de misma manera, el manejo de síntomas como disnea tumoral, la tos o diarrea

Los opioides pueden clasificarse de diferentes maneras:

Según su origen:

- Naturales: morfina, codeína
- Semisintéticos: oxicodona, hidromorfona, buprenorfina
- Sintéticos: fentanilo, metadona, tramadol, fentanilo

Según su potencia:

- Potentes: morfina, metadona, hidromorfona, oxicodona, fentanilo
- Débiles: tramadol, codeína, hidrocodona

En la evaluación antes del tratamiento analgésico específico para un paciente consulta por dolor, es importante elaborar una historia clínica del paciente completa, es necesario su reconocimiento, y buscar la integralidad del manejo del trabajo multidisciplinario. (Rodríguez & Cárdenas, 2012, págs. 109-124).

2.4.3.2 No opioides

Una de las mayores preocupaciones para el paciente oncológico y su médico, es el manejo del dolor. La OMS reporta que el 80% de la población mundial con cáncer, tiene dolor inadecuadamente tratado, por lo cual, en 1986, publicó como solución la escalera analgésica, que está constituida por tres escalones, el primer peldaño, destinado para pacientes con dolor oncológico leve, en la que se encuentran los analgésicos no opioides (Acetaminofén y AINEs), el segundo peldaño es para pacientes con dolor leve o moderado (opioides débiles con analgésicos no opioides), y moderado severo (opioides potentes); esta escala aporta recomendaciones de manejo universal y escalonado. Su viabilidad y eficacia han sido muy cuestionados a través de los años, y han demostrado que existe una analgesia óptima en un rango de (45% a 100%).

Los analgésicos no opioides son aceptados como una herramienta importante en el manejo del dolor oncológico. Pueden ser utilizados de forma individual, o en combinación con opioides débiles o potentes, como coadyuvantes.

Estos fármacos cuentan con múltiples ventajas, como la disponibilidad, la familiaridad entre los pacientes y los familiares, ausencia de prejuicios sociales, y la no producción de somnolencia, dependencia, sedación, tolerancia y adicción. Pero existen también múltiples desventajas asociados a las AINEs como el efecto techo¹, la variabilidad de la eficacia, la tolerancia entre la población, el riesgo de eventos cardiovasculares y sangrado gastrointestinal. Otras de las desventajas, viéndolo en una perspectiva investigativa, es que las guías de empleo de analgésicos no opioides en pacientes oncológicos, no cuenta con una evidencia adecuada de soporte de su utilización, debido a que la mayoría de estudios realizados son en pacientes con enfermedades reumatológicas o dolor agudo. (Figueredo P., 2012, págs. 127-136).

2.4.3.3 Adyuvantes

2.4.3.3.1 Farmacológicos

Los fármacos adyuvantes o coadyuvantes, ambos términos significan sustancias que ayudan, se emplean junto a los analgésicos primarios (opioides, AINES) en el tratamiento de diversas patologías y tipos de dolor, que responden de manera insuficiente a los analgésicos propiamente dichos. Aunque su finalidad es el tratamiento de otras patologías, complementan los analgésicos clásicos potenciando su acción e incrementando su eficacia clínica. Estos fármacos ya se encuentran incluidos en la clásica escalera analgésica de la OMS. Dentro de los fármacos

¹Existe una dosis a partir de la cual incrementos de la misma aumentan los efectos secundarios sin que esto se traduzca en una mayor eficacia analgésica.

coadyuvantes existen clases muy diversas, revisaremos los que se utilizan con más frecuencia: antidepresivos, anticonvulsivantes, corticoides, neurolépticos, etc. (Mollinedo, y otros, 2007)

2.4.3.3.2 *No farmacológicos*

El Concepto de dolor se ha venido desarrollando como un proceso multidimensional, que ha evolucionado en el abordaje de los pacientes con dolor. Durante muchos años los opioides era la única alternativa para el dolor, pero ahora se utilizan otras herramientas no médicas que tienen origen en la psicología; como la psico-oncología que brinda apoyo en los aspectos psicológicos en el abordaje del paciente con dolor oncológico en cuidados paliativos ofreciendo intervención psicosocial junto con medicamentos para mejorar su bienestar y la calidad de vida. (M. Verónica, Catalina, & B., 2013)

Alviani (2003) expone en su artículo las diferentes técnicas que se utiliza en el manejo del dolor, a través de la intervención psicológica:

Las técnicas cognitivas - conductuales están dirigidas a fomentar una participación más activa del paciente, mediante el aprendizaje de herramientas que le permitan un afrontamiento más eficaz de la situación. Como intervenciones cognitivas - conductuales encontramos técnicas muy diversas, entre las más utilizadas en el campo del dolor están: La Relajación, La técnica de inoculación de estrés aplicada al dolor, La técnica de la reestructuración cognitiva, técnicas de distracción, hipnosis y La visualización o imaginación guiada.

2.5 Visualización guiada

2.5.1 Modelo Cognitivo Conductual

El modelo cognitivo conductual se basa sobre la premisa que las distintas cogniciones (pensamiento, expectativas y creencias), que presenta el sujeto influyen en su estado de ánimo, afectan a los procesos fisiológicos que se desarrollan en su organismos, producen consecuencias sociales y condicionan su comportamiento. Por lo tanto las técnicas que se desprenden del modelo cognitivo conductual se basan en la intervención de los pensamientos y valoraciones personas, las reacciones emocionales y las conductas de afrontamientos que utilizan, fomentando una participación más activa de los pacientes, para sobrellevar las situaciones.

Para el manejo del dolor, se desarrollan habilidades de afrontamiento en los pacientes, tanto a nivel cognitivo como conductual, con el objetivo de que el paciente pueda controlar el dolor, reducir la angustia, mejorar su percepción de control sobre el dolor y promover un enfoque de autogestión activa. Estas técnicas se pueden dividir en dos grupos: Estrategias de distracción de atención, las cuales implican redirigir la atención a otros estímulos, fuera del dolor, ya sean estos externos o internos. Hay una amplia gama de técnicas que se pueden utilizar, pero entre las más comunes se encuentran: entrenamientos de relajación, respiración diafragmática, visualización guiada, auto-hipnosis, mindfulness y otras actividades estimulantes y significativas para los pacientes, como puede ser hablar con amigos, escuchar música, salir. Todas estas técnicas pueden ayudar a reducir la conciencia del dolor.

Y el otro grupo de estrategias de afrontamiento cognitivo, donde se les enseña cómo identificar, modificar pensamientos negativos o inútiles. Esto se realiza a través de la reestructuración cognitiva, la cual contribuye a reducir la angustia psicológica y facilita la

creación de nuevos pensamiento de afrontamiento más adaptativos que reduce la angustia y mejoras otros esfuerzos de afrontamiento. Cabe destacar que esta es una distinción teórica (The british pain society, 2010).

2.5.2 Definición Visualización Guiada

La terapia de visualización guiada es el uso terapéutico de "imágenes guiadas" para producir cambios positivos en los pensamientos y comportamientos, reducir los síntomas emocionales y físicos, además de mejorar las habilidades de afrontamiento a través de un proceso de relajación, distracción y afrontamiento del dolor. Además la visualización implica el uso de la imagen mental que abarca todos los sentidos, incluyendo: visión, audición, olfato, gusto, y sensaciones kinestésicas de movimiento, posición y tacto (Valiente, 2006).

La visualización guiada funciona al permitir que los pacientes de la terapia se centren cuidadosamente en cualquier problema, creencia defectuosa o síntoma específico que tengan. La mente subconsciente reconoce las imágenes. Las visualizaciones que se utilizan abordan las cosas que anteriormente han obstaculizado la capacidad para realizar cambios deseables y duraderos. También mejoran la capacidad innata del cuerpo para sanarse a sí mismo y restaurar el equilibrio, componentes cruciales para un funcionamiento óptimo.

Aunque se podría ver como una forma de hipnosis, la visualización guiada es diferente a otras formas porque requiere una elección intencional para profundizar más de lo que se requiere para la mera relajación. La curación (Simonton, 1992) y los cambios deseados se logran enfocando su concentración en áreas específicas. La visualización es una herramienta muy útil para conseguir

un mayor control de la mente, de las emociones y del cuerpo así como para efectuar los cambios deseados del comportamiento.

2.5.3 Usos terapéuticos

Control del dolor – La técnica de visualización ha sido ampliamente recomendada para ayudar a controlar el dolor, incluyendo el dolor oncológico indiferentemente del estadio de la enfermedad (Valiente, 2006).

Curación de enfermedades – la técnica de visualización ayuda a optimizar los resultados de las técnicas médicas tradicionales. Aunque existen estudios que dan indicios que la utilización continua de la técnica puede ayudar a eliminar el cáncer (Simonton, 1992), aunque esos estudios no han sido concluyentes.

Afrontamiento de estados emocionales negativos – diferentes estudios muestran que la utilización de la visualización guiada ayuda a reducir la ansiedad, depresión, fatiga y el dolor (Kristine L. Kwekkeboom, 2010)

2.5.4 Ventajas de la Visualización Guiada

Existen muchos aspectos positivos y ventajas para aplicar esta técnica. Algunos son:

- El paciente tiene control sobre la visualización, lo que lo lleva a sentirse empoderado de la situación, fomentando su participación activa en el proceso y mejorando la autoestima.
- La visualización es efectiva en la reducción de síntomas, particularmente aquellos asociados con el dolor, la ansiedad y la depresión.
- Las sesiones para la aplicación de la técnica, no tienen que ser largas para que sean efectivas y tampoco se necesita un ambiente o situación específica para poder aplicarla.

- Son relativamente fácil de aprender, por lo cual lo hace más fácil para utilizarlas y una vez aprendidas se puede aplicar para una amplia variedad de situaciones, donde la persona tenga emociones negativas o necesite mejorar la forma de afrontar las situaciones.
- La técnica de visualización guiada puede fácilmente combinarse con otras formas de terapia, como parte del proceso terapéutico.

2.5.5 Desventajas de la Visualización Guiada

Como en todas las formas de terapia, la imaginación guiada también tiene sus limitaciones y desventajas.

A pesar de que la visualización guiada puede ser muy efectiva para mejorar varios aspectos de la vida de las personas en el manejo de los síntomas, como se ha mencionado antes. La terapia no está diseñada para ser utilizado como el único recurso de intervención, sobre todo para aquellos pacientes que tienen enfermedades crónicas o cuyos síntomas estén en el rango de moderados a severos. La técnica de visualización guiada no tiene como propósito sustituir o remplazar la psicoterapia o el tratamiento farmacológico. El objetivo es ser un adyuvante para el manejo de los síntomas.

CAPÍTULO III – HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

3.1.1 Hipótesis del Investigador

- El uso de la técnica de visualización guiada es eficaz en la percepción subjetiva del dolor en pacientes con enfermedad oncológica en cuidados paliativos en el Hospital Divina Providencia.

3.1.2 Hipótesis Nula

- El uso de la técnica de visualización guiada no es eficaz en la percepción subjetiva del dolor en pacientes con enfermedad oncológica en cuidados paliativos en el Hospital Divina Providencia

3.1.3 Hipótesis Específicas

- Existe un cambio en la magnitud del dolor de los pacientes con enfermedad oncológica con el uso de la técnica de visualización guiada como intervención psicológica.
- Existen diferencias significativas entre el grupo sometido a una intervención con técnica de visualización guiada en relación al grupo que recibe intervención con técnica de relajación muscular progresiva
- Existe una reducción en variables asociadas, específicamente ansiedad y tristeza en la percepción del dolor con la aplicación de intervención.

3.2 Variables

3.2.1 Variable Independiente

3.2.1.1 *Conceptualización*

La visualización guiada es una técnica usada en psicología que consiste en inducir a la persona en la formación de imágenes mentales y sensaciones. En este estudio se utilizó en pacientes con enfermedad oncológica y orientada al manejo del dolor.

3.2.1.2 *Indicadores*

- Utilidad de la técnica
- Eficacia de la técnica

3.2.2 Variable Dependiente

3.2.2.1 *Conceptualización*

El dolor se define como una experiencia perceptiva multidimensional con una vertiente sensorial (discriminativa), una vertiente afectiva (motivacional).

3.2.2.2 *Indicadores de Variables*

- **Sensorial- discriminativo:** intensidad y características temporo-espaciales
- **Afectiva emocional:** malestar, miedo, ansiedad, depresión y sus significados
- **Intensidad actual del dolor**

3.2.3 Control de Variables Intervinientes

- Se realizó y aplicó un protocolo de intervención, para asegurar que todos los pacientes recibieran las mismas condiciones de intervención, independientemente del aplicador.

- Se aplicó la intervención a través de una grabación con la técnica de visualización para el grupo experimental y relajación muscular progresiva para el grupo control. Esto se hizo con el fin de evitar variaciones en la forma de aplicar la intervención.
- Se llevó un registro de todas las variables clínicas de los pacientes al inicio, durante y al finalizar la investigación. Estas variables clínicas incluyeron: Monitorear el tipo de medicamento que se le estaba aplicando, dosis, el número de rescate y vía de administración del medicamento.
- Se llevó un control de la hora y fecha de aplicación de la intervención.
- Se socializó acerca del experimento a todo el personal del hospital y se elaboraron rótulos para que no se diera ninguna interrupción durante el proceso.

CAPÍTULO IV- MARCO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de investigación

Esta investigación fue de tipo experimental, con el objetivo de determinar la causalidad de la variable independiente sobre la variable dependiente, a través de la formación aleatoria de dos grupos (experimental y control), para analizar estadísticamente sus diferencias.

4.2 Diseño de la investigación

El diseño fue de series cronológicas múltiples, en el que se adquirieron varias mediciones a mediano plazo para analizar los efectos de la variable independiente sobre la dependiente.

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población

Pacientes adultos (hombre y mujeres) con enfermedad oncológica que se encontraban recibiendo cuidado paliativos en el Hospital Divina Providencia, del departamento de San Salvador, El Salvador, generalmente referidos del Hospital Nacional Rosales, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social y el Instituto del Cáncer. Anualmente existe un ingreso aproximadamente de 200 pacientes en el Hospital. En el periodo de la recolección de datos (mayo a julio) se obtuvo un registro de 78 pacientes ingresados.

4.3.2 Muestra

El tipo de muestreo que se llevó a cabo es de tipo no probabilístico intencional, bajo criterios de inclusión, ya que no toda la población tuvo la posibilidad de participar en el estudio.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Hombres y mujeres mayores de 18 años
- Haber sido diagnosticado con una enfermedad oncológica por un especialista
- Encontrarse recibiendo cuidados paliativos en el Hospital Divina Providencia en condición de ingreso
- Pacientes que brindaran su consentimiento informado
- Que presentaran dolor arriba de 1 punto en la escala EVA y que tengan un Karnofsky arriba de 30%
- Que tuvieran la capacidad cognitiva adecuada para participar en el estudio y para poder dar su consentimiento informado por escrito para participar en el estudio.

La muestra total fue de 30 pacientes quienes cumplieron los criterios anteriormente mencionados, 15 en el grupo control y 15 en el grupo experimental. Pero al final de la investigación solo 26 pacientes culminaron todo el proceso, siendo esta la muestra utilizada para el análisis de los datos. Debido a que cuatro de los pacientes no terminaron el proceso, por el progreso avanzado de su enfermedad.

4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de la información

- **Ficha de registro de pacientes**

Se recogieron datos socio-demográficos y clínicos a través de la revisión del Expediente clínico de los pacientes, en los que se tomaron los siguientes aspectos: fecha de ingreso, nombre,

edad, género, ocupación, estado civil, nivel de escolaridad, lugar de referencia, tipo de cáncer, tipo de dolor, tipo de medicamento, dosis de medicamento, vía de administración, cantidad de rescates, Karnofsky, intensidad del dolor (Escala Visual Análoga). Esta ficha se utilizó en todo el proceso de tratamiento, ya que algunos datos se tomaron en cada sesión de intervención. (Anexo 1- pág. 84)

- **Cuestionario de dolor de McGill - versión abreviada de R. Melzack (SF-MPQ)**

El instrumento que se utilizó durante el experimento fue la versión abreviada del cuestionario de Dolor de McGill, con el lenguaje adaptado al español para Costa Rica. Originalmente este instrumento fue propuesto por Melzack y compuesto por 3 dominios, evaluando la dimensión sensorial, afectiva y la intensidad actual de la experiencia dolorosa. Este instrumento ha sido utilizado ampliamente para la medición del dolor en investigaciones a nivel mundial y por su utilidad ha sido adaptado al español para diferentes países, incluyendo: España, México, Colombia, Chile y Argentina, además de Costa Rica.

El formato convencional del Cuestionario de Dolor de McGill (*long-form McGill Pain Questionnaire*, LF-MPQ) es una herramienta ampliamente utilizada para evaluar las dimensiones de la experiencia de dolor. Debido al tiempo que insume su implementación (más de 20 minutos) se ha desarrollado una forma abreviada del mismo (*short-form McGill Pain Questionnaire*, SF-MPQ). En efecto, el SF-MPQ incluye 15 palabras que describen la dimensión sensorial y afectiva del dolor. Además una escala visual análoga (*Visual Analogue Scale*, VAS) y un índice de dolor actual (*Present Pain Index*, PPI) para medir la intensidad del dolor. El instrumento se evaluó a través de una escala tipo Likert. (Anexo 2 pág. 86) (Anexo 3 - pág. 87).

- **Escala Hospitalaria de Ansiedad y depresión - HADS**

Un instrumento útil en pacientes médico-quirúrgicos y de fácil aplicación es la Escala Hospitalaria, que valora el grado en que la enfermedad afecta a su estado emocional. Proporciona medidas dimensionales de “malestar psíquico”, mostrando una buena correlación con diferentes aspectos de severidad de la enfermedad física y con otras medidas dimensionales de calidad de vida. Puede ser utilizada para detectar cambios durante el curso de la enfermedad o en respuesta a distintos tipos de intervenciones. El paciente tiene que seleccionar para cada ítem la respuesta que mejor refleje su situación durante la última semana. La puntuación para cada subescala se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas (0-3) en los ítems respectivos (ítems pares para la de depresión, impares para la de ansiedad). El rango de puntuación es de 0-21 para cada subescala, y de 0-42 para la puntuación global. Algunos autores recomiendan la utilización de la puntuación global y no las de las subescalas por separado, ya que no se ha podido documentar un buen poder discriminativo entre ansiedad y depresión, con puntos de corte que varían entre las distintas enfermedades médico-quirúrgicas (desde ≥ 12 en pacientes médicos con síntomas somáticos inexplicados, hasta ≥ 20 en pacientes en cuidados paliativos). (Anexo 4 - pág.88) (Anexo 5 - pág. 89)

Para la validación de la HADS se realizó un el Análisis factorial a una muestra de pacientes con cáncer; el conjunto de 14 ítems de la HADS forman un conjunto de variables observadas que se suponen indicarían dos factores principales: ansiedad y depresión. Los puntajes obtenidos en los 14 ítems, para los 89 pacientes, fueron sometidos a un análisis factorial exploratorio utilizando el paquete estadístico SPSS. Los componentes iniciales fueron extraídos mediante el análisis de componentes principales. Con el método de rotación ortogonal Varimax se obtuvo un

resultado consistente para la interpretación de los factores. El mismo procedimiento se efectuó con cada subescala para determinar la estabilidad del factor. Como resultado de este procedimiento se encontraron tres factores que explicaron el 54.45% de la varianza. El primer factor explicó el 20.14% de la varianza, el segundo factor el 19.53% y el tercero el 14.79%. De acuerdo con el peso de cada uno de los ítems en los dos primeros factores, que corresponden con las respectivas subescalas, es posible rotular el primer factor como depresión y el segundo factor como ansiedad.

La aparición del tercer factor es un hecho interesante por los dos ítems que presentan mayor peso, los reactivos 8 y 9. Por el contenido de las preguntas mencionadas (Siento como si yo cada día estuviera más lento; Tengo una sensación extraña como de aleteo o vacío en el estómago) se rotuló este factor como “percepciones fisiológicas”. Al omitir los ítems 8 y 9 y realizar nuevamente el análisis factorial es evidente la aparición de dos factores más consistentes.

Al realizar el análisis factorial en cada subescala se esperaba la aparición de un único factor. Sin embargo resultaron dos factores para cada subescala, lo cual indicó poca estabilidad en el constructo de cada una de ellas. La extracción del ítem 8 para la subescala de depresión aumentó la estabilidad del factor, al surgir uno solo que explicó el 46.2% de la varianza. Lo mismo ocurrió con la subescala de ansiedad al omitir el ítem 9; el factor emergente explicó el 49% de la varianza.

- **Técnica de visualización “las cinco contemplaciones del dolor”:**

El objetivo de esta técnica es promover en el paciente recursos internos para ayudar a afrontar los momentos de dolor. La técnica de visualización está basada en las propuestas descritas en el capítulo “Trabajando el dolor” del libro ¿Quién Muere? de Stephen Levine, las cuales son

llamadas por el autor como “meditaciones sobre el dolor” y tienen su fundamento teórico práctico en la meditación Budista. Consta de 5 pasos y debe ser guiada para que el propio paciente pueda aplicarla en momentos de dolor. (Anexo 6 - pág. 91)

- **La Escala Visual Analógica (EVA)**

Esta escala permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia del dolor y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que punteo el dolor en la escala. (Anexo 7 - pág. 94) (Anexo 8 – pág. 95)

La intensidad se expresa en números. La valoración será:

- 1 Dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 3.
- 2 Dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 7.
- 3 Dolor severo si la valoración es igual o superior a 8.

Existen diversos estudios que confirman la validez y la confiabilidad de las Escalas que miden el dolor, como la Escala de Calificación Numérica (NRS), Escala de Valoración Verbal (VRS) y la Escala Visual Análoga (EVA).

La validez del VRS se ha establecido en un estudio reciente (Lara- Muñoz et al. 2004), que puso a prueba la EVA, VRS y NRS en condiciones experimentales utilizando el sonido como estímulo variable. Se encontró que las tres herramientas son de carácter fiable y válido. También concluyeron que el VRS proporcionó información científica veraz. Un pequeño cambio en el dolor es notable con una EVA, pero el pequeño número de categorías en la demanda de VRS hace que se requiera un cambio mucho mayor en el dolor. La falta de sensibilidad del VRS puede

ocasionar sobre o subestimación del dolor. El EVA y el NRS que tienen una mayor sensibilidad al cambio.

- **Cuestionario para evaluación de eficacia de técnica de intervención**

Para la medición de la variable independiente se creó un instrumento que consiste en un cuestionario con 7 preguntas que indagan sobre la realización de la técnica y su eficacia. Se llevó a cabo una validación de contenido por expertos en cuidados paliativos contando con dos licenciados de psicología especializados en psicooncología y dos médicos oncólogos, quienes dieron sus correcciones y aportaciones al instrumento.

4.5 Procedimiento para la recolección de datos

- El experimento duró dos días por paciente, el primer día por la mañana se realizó una revisión del expediente clínico de los pacientes, para llenar la ficha de registro con datos sociodemográficos y datos clínicos de los mismos.
- A través de la revisión se seleccionaban a los pacientes que cumplieran con los criterios inclusión y posteriormente se realizó la aleatorización para ser asignados al azar a los grupos experimental y control.
- Seguidamente se procedía a la presentación y explicación de la investigación a los pacientes. Una vez los pacientes aceptaron participar en la investigación se pasó a la lectura y firma del consentimiento informado (Anexo 9 – pág.96)

- Se aplicaron las pruebas de evaluación (Pre-test), Cuestionario McGill adaptado a Español Costa Rica, con autorización del creador de la prueba (Anexo 10 - pág. 97) y la Escala HADS.
- Posteriormente se aplicó la técnica de intervención de visualización guiada “las cinco contemplaciones del dolor” al grupo experimental y la intervención estándar “la relajación muscular progresiva” para el grupo control (Anexo 11 – pág.101). El mismo día por la tarde se aplicaron nuevamente las técnicas.
- El segundo día por la mañana se aplicaron las técnicas de intervención y también por la tarde finalizando con la aplicación de pruebas (post test) Cuestionario McGill, la Escala HADS y el instrumento para evaluar la eficacia de la técnica validada por expertos en cuidados paliativos (Anexo 12 - pág.104) (Anexo 13 - pág.124).
- En total se aplicaron cuatro veces las técnicas. Antes y después de cada intervención, se tomaron medidas de EVA para controlar de forma rigurosa la percepción del dolor en los participantes durante todo el proceso.
- Se realizaron algunas medidas durante la intervención para observar si habían modificaciones en otras variables a tomar en cuenta en el diseño, incluyendo: dosis, números de rescates y tipo de medicamentos.
- La intervención se hizo en grupos semanales, hasta alcanzar una muestra significativa en los dos grupos en el tiempo establecido por el Hospital.
- Para poder ejecutar el proyecto se realizó un programa de actividades detalladas de la investigación, y solicitud de permiso de acceso a cuadros de pacientes, pabellones y ayuda del personal, entregada al subdirector de Educación e Investigación del Hospital

Divina Providencia, quien extendió una credencial para las investigadoras. (Anexo 14 - pág. 125)

- Antes de la realización de la investigación se llevó a cabo un ensayo de la investigación para identificar posibles dificultades que pudieran surgir en el proceso. (Anexo 15 - pág. 126)
- Durante toda la intervención se siguió un protocolo procedimental que utilizaron las investigadoras con los pacientes. (Anexo 16 - pág. 141)
- Luego se procedió al análisis estadístico y discusión de los resultados.
- Se finalizó con la redacción del informe final.

Para la comprensión didáctica del procedimiento ver el diagrama de flujo de la investigación y cronograma de actividades (Anexo 17 – pág. 148)

4.6 Estadísticos

Para el manejo y análisis de los resultados obtenidos se hizo necesario realizar correspondientes análisis paramétricos y/o no paramétricos a través del programa SPSS, partiendo de los siguientes supuestos:

1. Prueba de normalidad: para contrastar la normalidad de los datos que utilizó el test de Shapiro-Wilk.
2. El nivel de medición de las variables fue por escalas, nominales y ordinales.
3. Distribución normal: Los datos de la muestra que comportan con normalidad, se utilizó la prueba de t student para muestras relacionadas.

4. Distribución anormal: Para los datos de la muestra con distribución anormal, se utilizó la prueba de t de Wilcoxon.

Para comprobar muestras independientes y calcular las diferencias significativas entre las variables, con los resultados obtenidos de los instrumentos, se utilizó la prueba paramétrica t de Student para muestras independientes para datos con distribución normal, y se utilizó la prueba U-Mann Whitney para datos con distribución anormal, con el fin de comparar dos grupos distintos.

CAPITULO V. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos de trabajo de investigación “Uso de la técnica de Visualización Guiada como intervención psicológica en la Percepción Subjetiva del Dolor en pacientes con enfermedad oncológica en cuidados paliativos en el hospital divina providencia en el periodo de mayo a julio del 2018”

Análisis Cuantitativo

- **Datos Sociodemográficos**

Tabla 1

Género de pacientes del Hospital Divina Providencia que participaron en la investigación

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	15	57.7
Masculino	11	42.3
Total	26	100.0

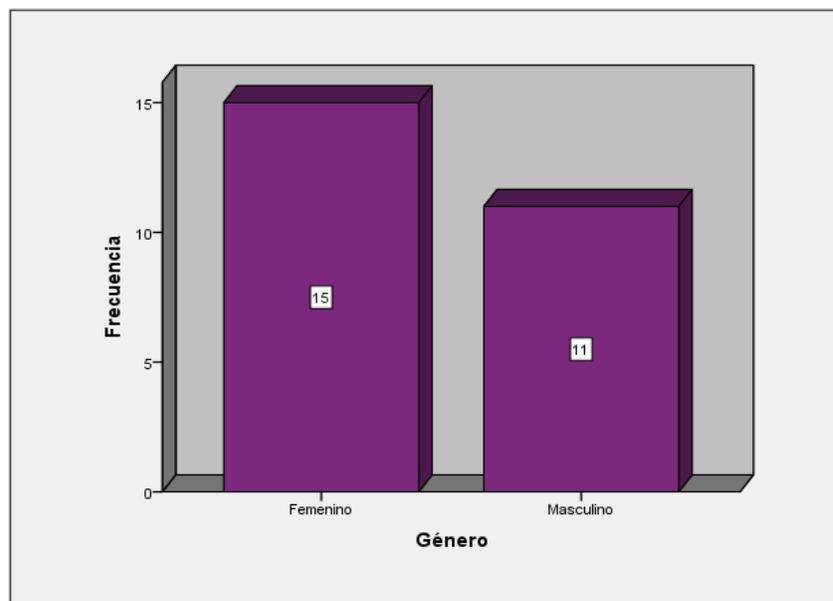


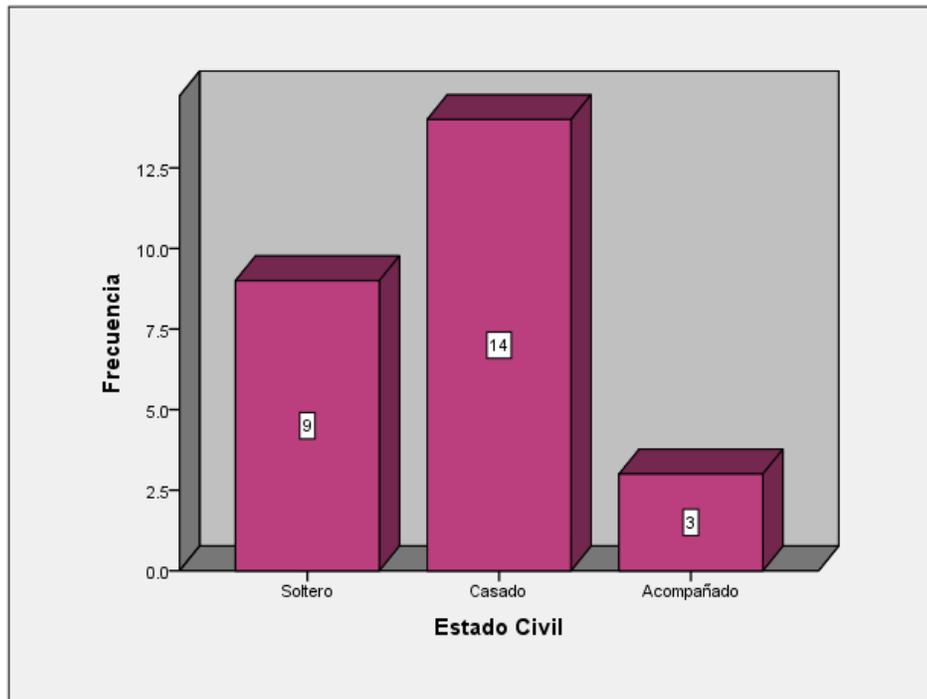
Figura 1. Frecuencia de género de pacientes del Hospital Divina Providencia.

La muestra consto de 15 personas del género femenino y 11 del género masculino sumando un total de 26 sujetos.

Tabla 2

Estado civil de los participantes del estudio

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	9	34.6
Casado	14	53.8
Acompañado	3	11.5
Total	26	100.0

*Figura 2.* Frecuencia del estado civil de los participantes.

De los 26 sujetos de la muestra 9 eran solteros, 14 estaban casados, 3 acompañados y ningún divorciado.

Tabla 3

Nivel educativo de la muestra que participaron en la investigación

Nivel Educativo	Frecuencia	Porcentaje
Sin Educación	9	34.6
Educación Básica	10	38.5
Bachillerato	3	11.5
Universitario	4	15.4
Total	26	100.0

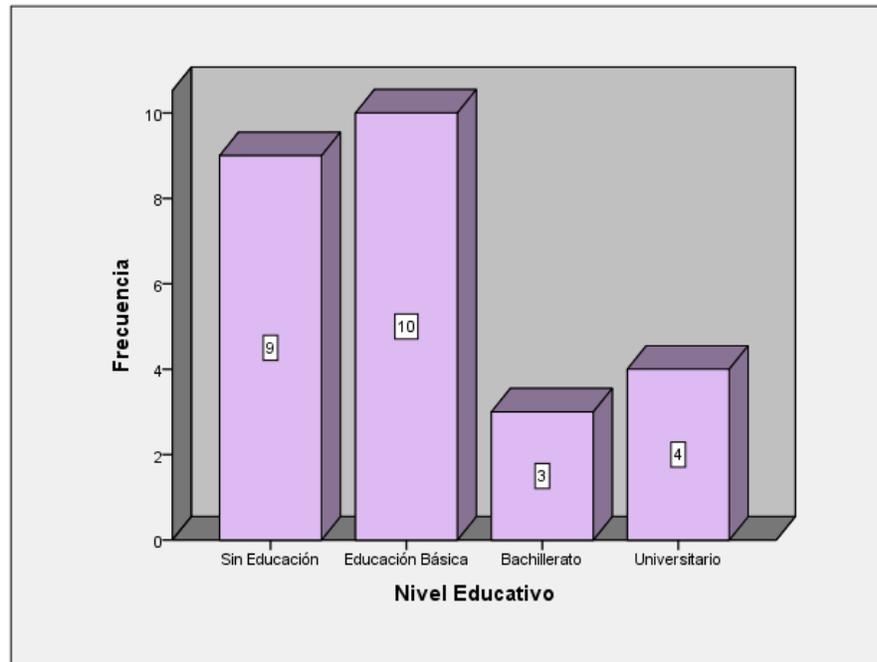


Figura 3. Frecuencia del Nivel educativos de los pacientes que participaron en el estudio.

En el nivel educativo se contó con 9 sujetos sin educación, 10 con educación básica, 3 bachilleres y 4 universitarios.

Tabla 4

Edad de los sujetos que participaron en la investigación

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	26	30	80	55.96	15.204

La edad mínima de los sujetos participantes fue de 30 años y la máxima de 80 años, con una media aproximada de 56 años. (Ver Anexo 18 – Pág. 151)

- **Datos Clínicos**

Tabla 5

Lugar de referencia de pacientes seleccionados en el estudio

Lugar de referencia	Frecuencia	Porcentaje
Hospital Nacional Rosales	10	38.5
Instituto del Cáncer	3	11.5
ISSS	8	30.8
Otros	5	19.2
Total	26	100.0

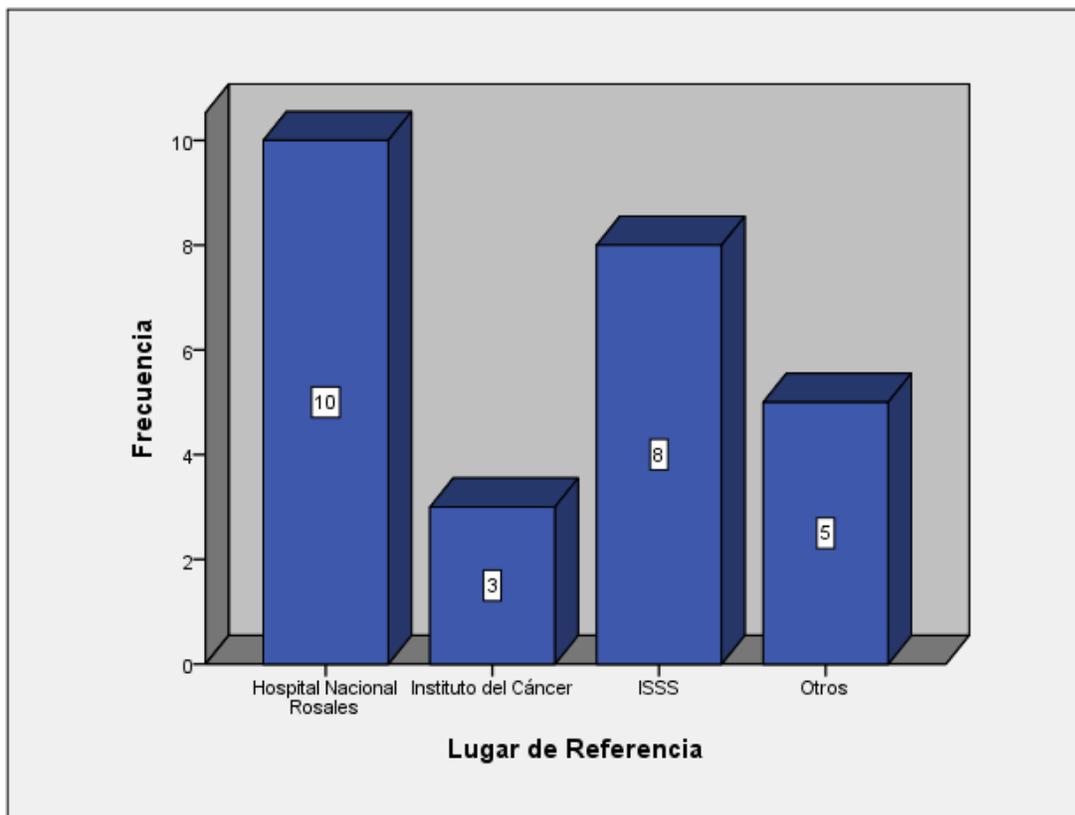


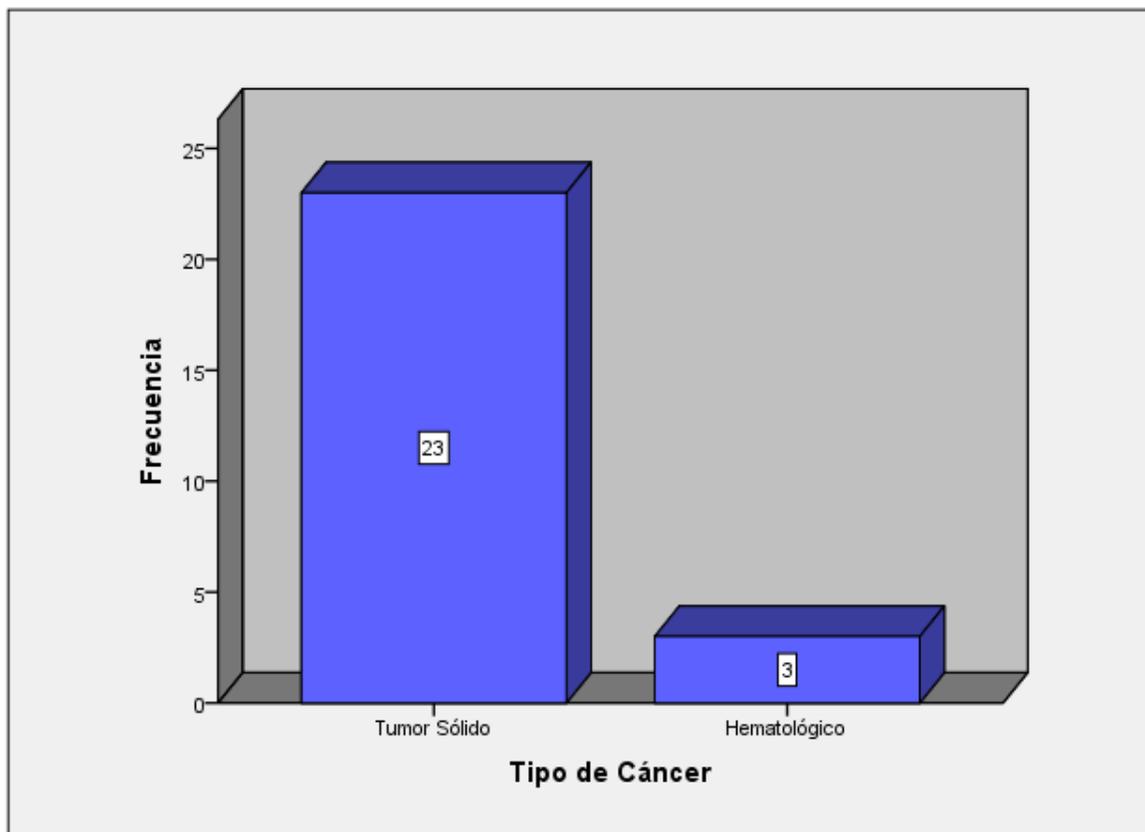
Figura 4. Frecuencia del Lugar de referencia de los sujetos en la investigación.

El lugar de donde fueron referidos los participantes del Hospital Divina Providencia se dividían en 10 pacientes del Hospital Nacional Rosales, ocho del ISSS, cinco en otros como casos especiales y solamente 3 del Instituto del Cáncer.

Tabla 6

Tipo de cáncer que padecían los pacientes de la investigación

Tipo de cáncer	Frecuencia	Porcentaje
Tumor Sólido	23	88.5
Hematológico	3	11.5
Total	26	100.0

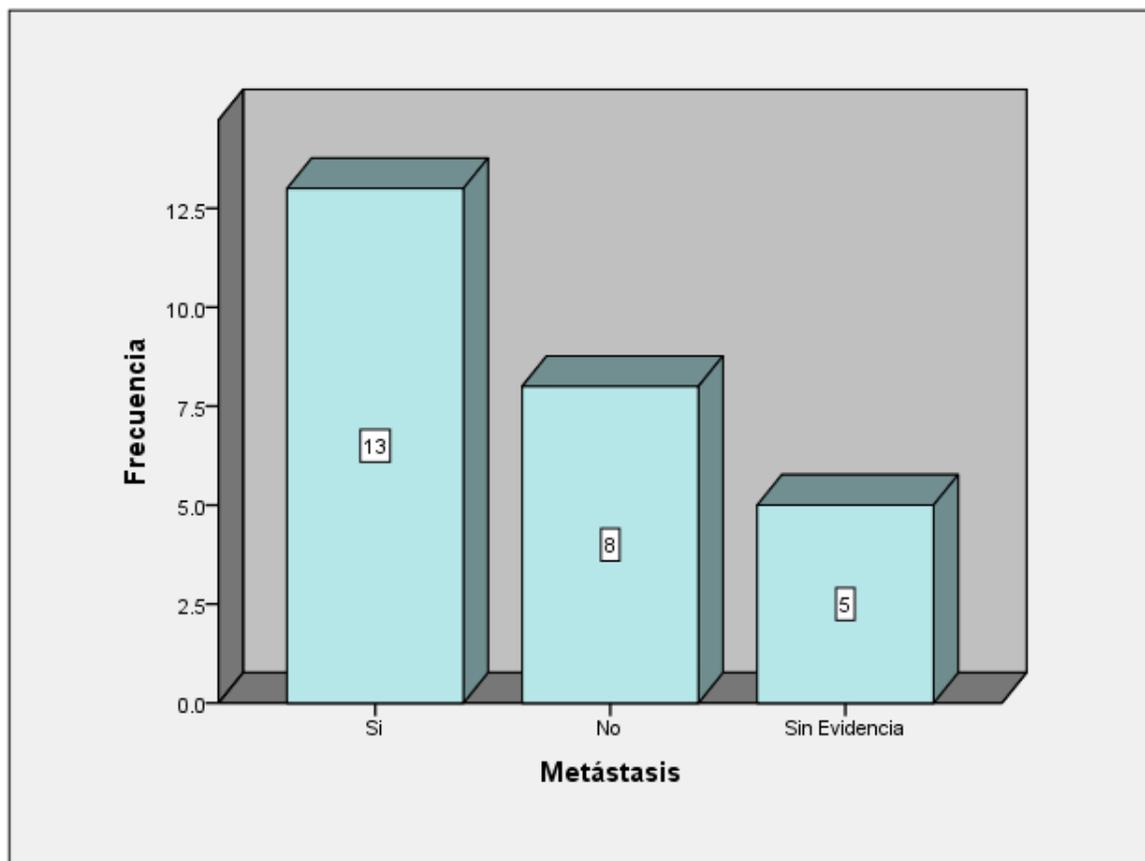
*Figura 5. Frecuencia de Tipo de cáncer de los sujetos en el estudio.*

El tipo de cáncer fue dividido entre tumor sólido contando con 23 pacientes y cáncer hematológico con 3 pacientes

Tabla 7

Existencia de Metástasis en pacientes con enfermedad oncológica del estudio

Metástasis	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	50.0
No	8	30.8
Sin Evidencia	5	19.2
Total	26	100.0

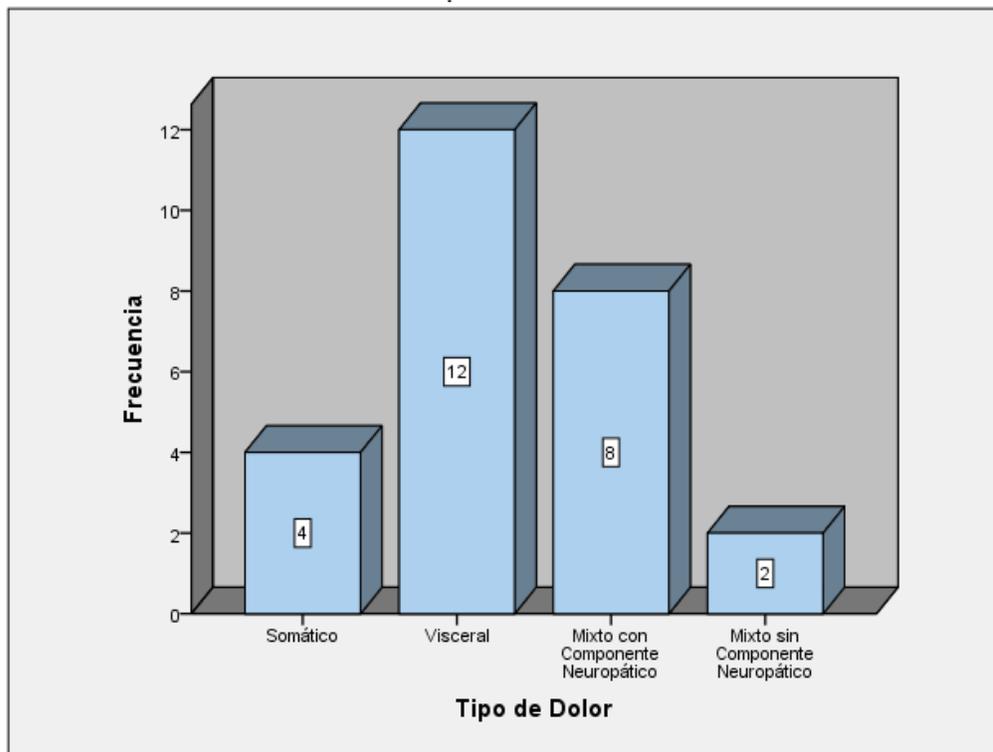
*Figura 6.* Frecuencia de existencia de metástasis en los pacientes del estudio.

De los pacientes participantes 13 diagnosticados con metástasis, ocho sin metástasis. Cinco sin evidencia de metástasis, esperando obtener los resultados de sus exámenes médicos.

Tabla 8

Tipo de dolor de los sujetos que participaron en el estudio

Tipo de dolor	Frecuencia	Porcentaje
Somático	4	15.4
Visceral	12	46.2
Mixto con Componente Neuropático	8	30.8
Mixto	2	7.7
Total	26	100.0

*Figura 7. Frecuencia del tipo de dolor de los pacientes.*

El tipo de dolor fue dividido en cuatro categorías. Dolor de tipo visceral fue el dolor más frecuente de la muestra con 12 pacientes, ocho con dolor mixto con componente neuropático. Cuatro pacientes presentaban dolor tipo somático y solo dos con dolor mixto.

Tabla 9

Karnofsky de los pacientes al momento del estudio

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Karnofsky	26	30	80	46.92	12.890

El Karnofsky mínimo de los pacientes era del 30% y el mayor de 80%, con una media de aproximada de 50%.

Para el vaciado de datos sociodemográfico y clínicos de los pacientes del Hospital Divina Providencia (Ver Anexo 18, 19 y 20 – Págs. 151, 152 y 153)

Comprobación de Hipótesis

Hipótesis Específica 1

Para poder comprobar la primera hipótesis específica: “Existe un cambio en la magnitud del dolor de los pacientes con enfermedad oncológica con el uso de la técnica de visualización guiada como intervención psicológica” se analizaron las siguientes dimensiones del dolor.

Tabla 10

Dimensión Sensorial – Comparación pre y post de Cuestionario McGill

Dimensión Sensorial Pre				
Grupos	Media Pre	Media Post	d	Significancia
Experimental ^a	16.00	9.62	-.795	.003*
Control ^a	12.38	13.23	.110	.180

Nota. *Valores significativos $p < 0.05$ *; * Valores muy significativos $p < 0.01$ *; * Valores altamente significativos $p < 0.001$ *.

^aDatos con distribución normal (t de Student)

^bDatos con distribución anormal (t de Wilcoxon)

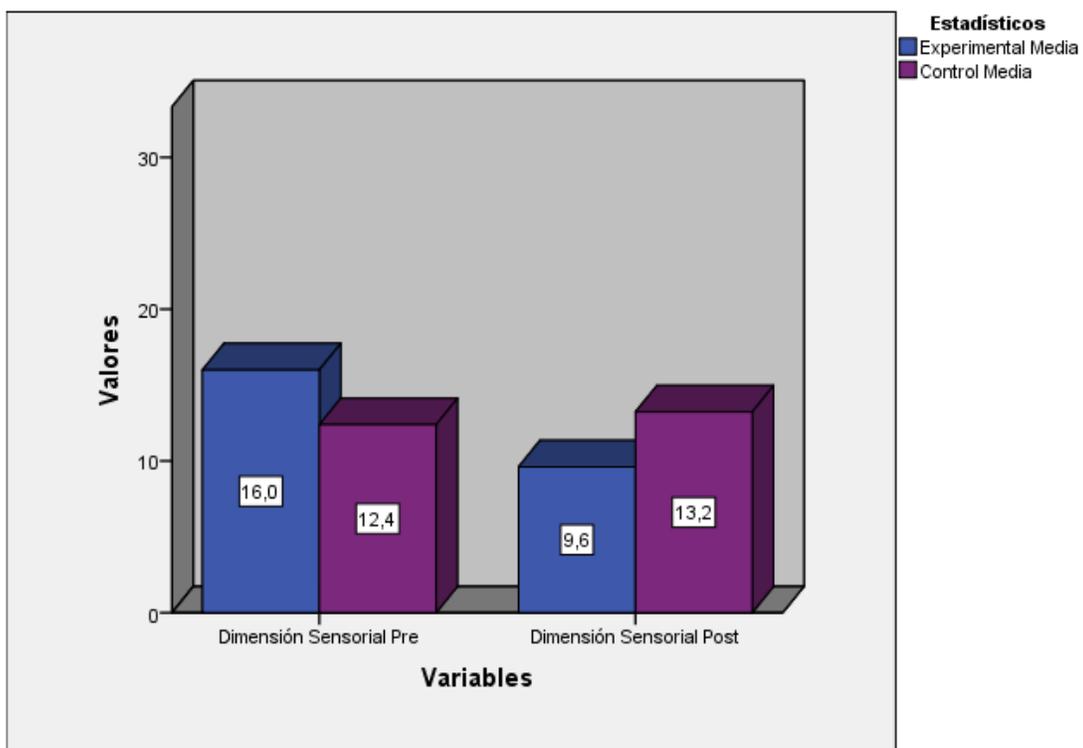


Figura 8. Valores de medias entre grupos en la Dimensión Sensorial Cuestionario McGill.

Tabla 11

Dimensión Afectiva – Comparación pre y post de Cuestionario McGill

Dimensión Afectiva				
Grupos	Media Pre	Media Post	d	Significancia
Experimental ^b	5.77	2.92	-1.142	.004*
Control ^b	5.23	4.08	-.325	.001*

Nota. *Valores significativos $p < 0.05$ *; * Valores muy significativos $p < 0.01$ *; * Valores altamente significativos $p < 0.001$ *.

^aDatos con distribución normal (t de Student)

^bDatos con distribución anormal (t de Wilcoxon)

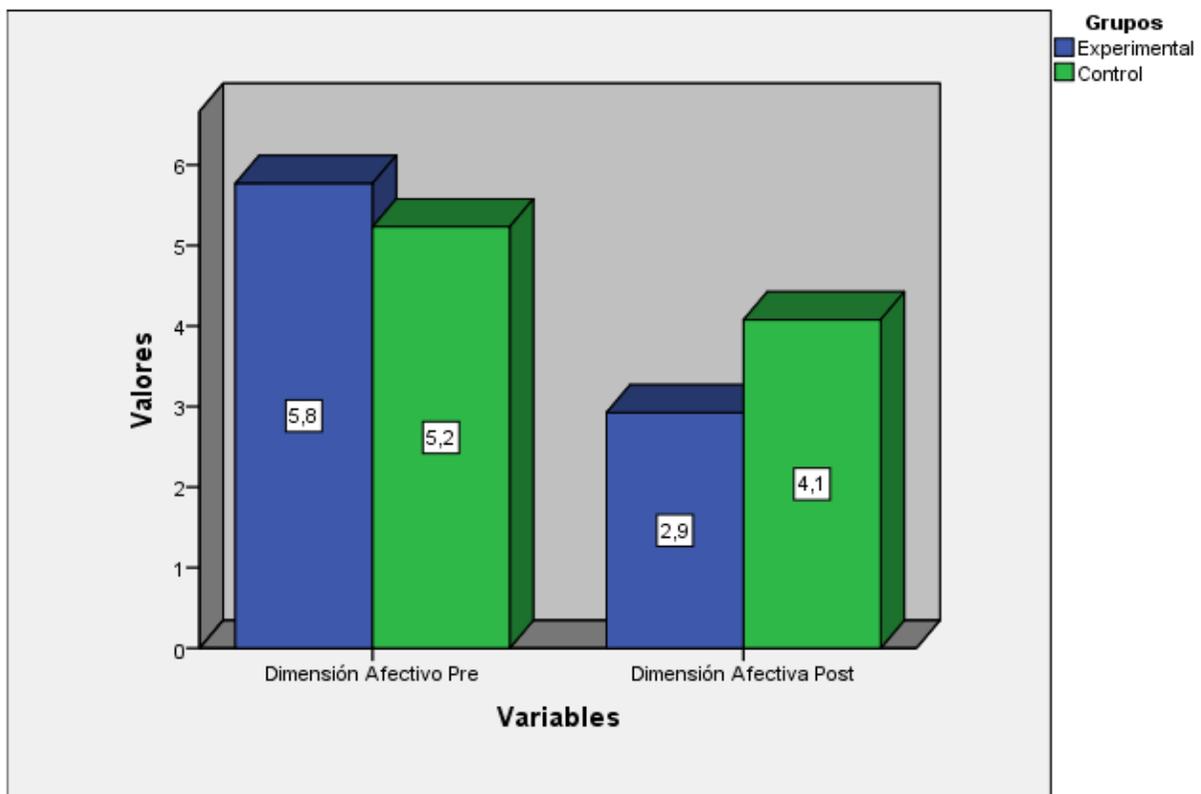


Figura 9. Valores de Medias entre Grupos en la Dimensión Afectiva del Cuestionario McGill

Tabla 12

Dimensión Sensorial y Afectiva – Comparación pre y post de Cuestionario McGill

Dimensión Sensorial + Afectivo				
Grupos	Media Pre	Media post	D	Significancia
Experimental ^a	21.77	12.54	-.926	.002*
Control ^a	17.62	17.31	-.031	.001*

Nota. *Valores significativos $p < 0.05$ *; * Valores muy significativos $p < 0.01$ *; * Valores altamente significativos $p < 0.001$ *.

^aDatos con distribución normal (t de Student)

^bDatos con distribución anormal (t de Wilcoxon)

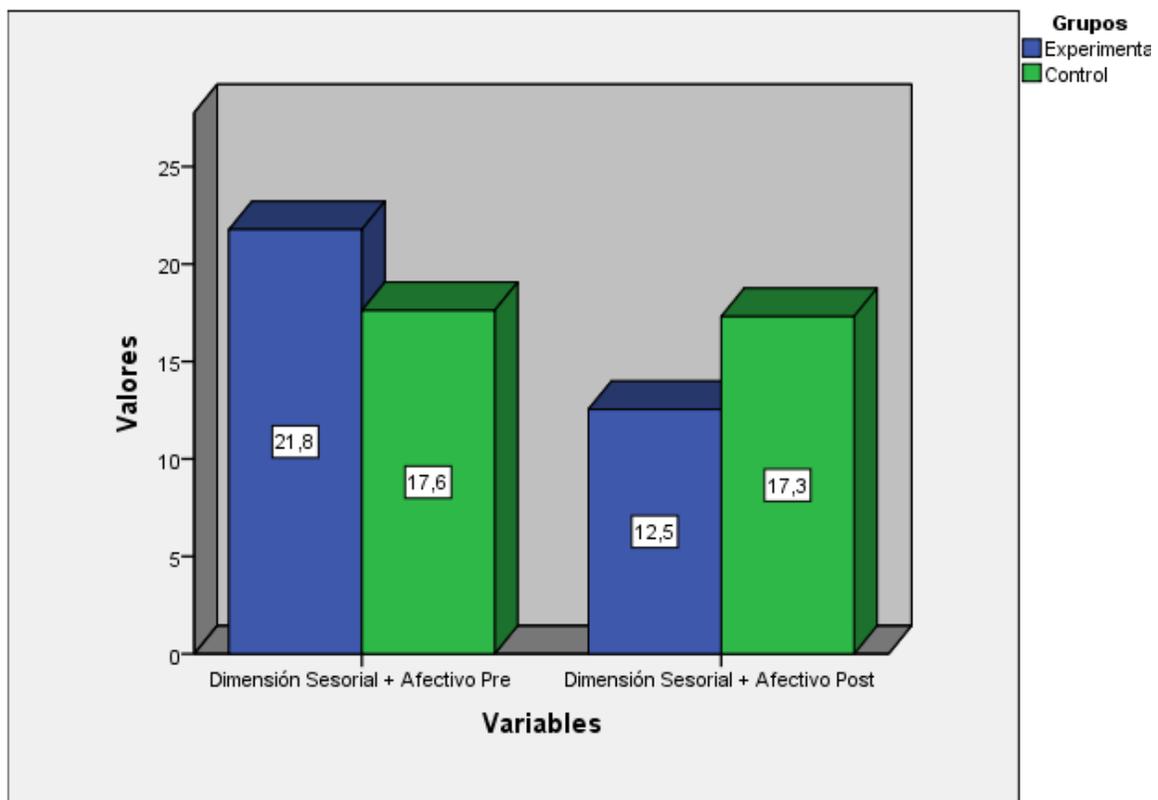


Figura 10. Valores de Medias entre Grupos en la Dimensión Sensorial y Afectiva Cuestionario McGill.

Tabla 13

Escala Análoga Visual – Comparación pre y post de Cuestionario McGill

Escala Análoga Visual McGill				
Grupos	Media Pre	Media post	d	Significancia
Experimental ^b	56.23	27.46	-.982	.003*
Control ^a	49.23	39.85	-.352	.040*

Nota. *Valores significativos $p < 0.05$ *; * Valores muy significativos $p < 0.01$ *; * Valores altamente significativos $p < 0.001$ *.

^aDatos con distribución normal (t de Student)

^bDatos con distribución anormal (t de Wilcoxon)

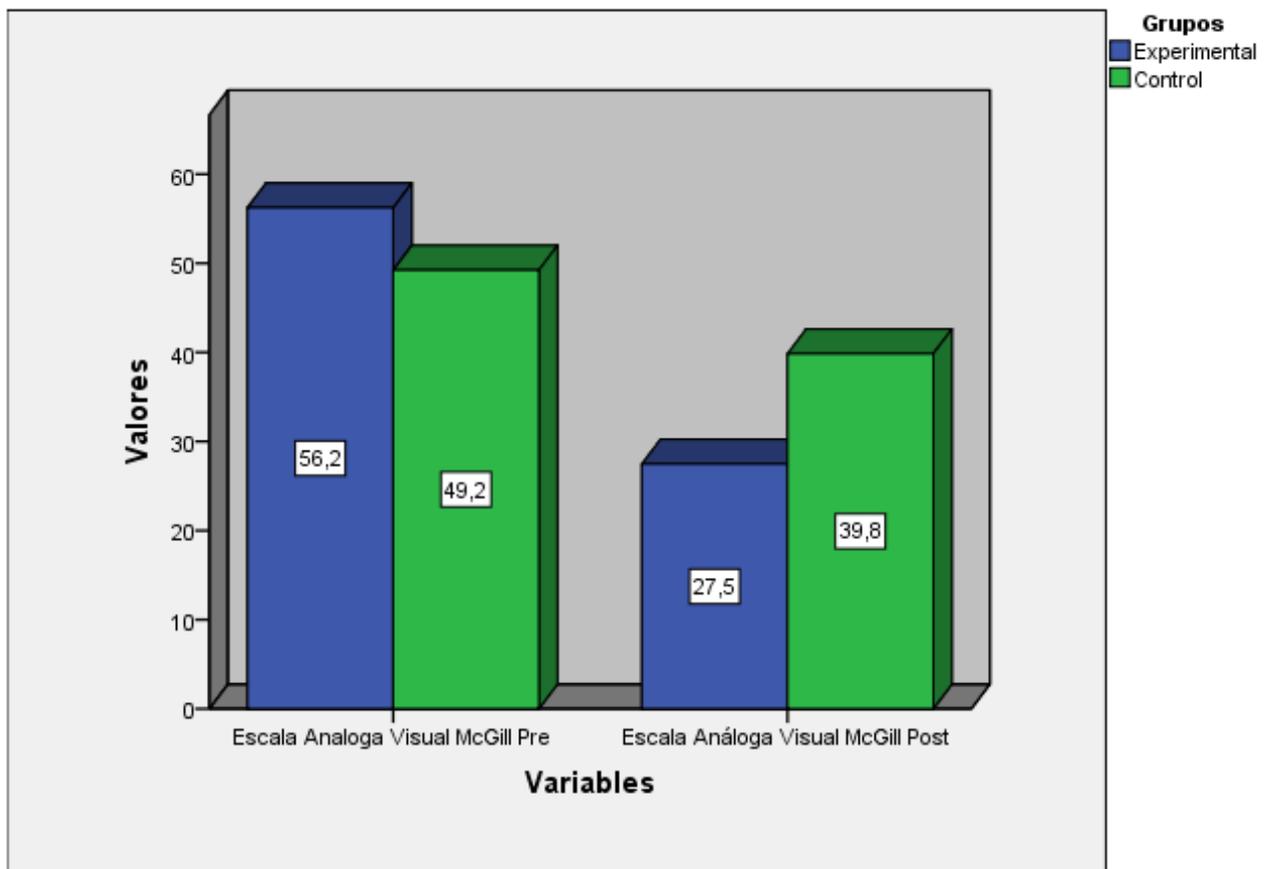


Figura 11. Valores de Medias entre Grupos en la Escala Análoga Visual Cuestionario McGill.

Tabla 14

Intensidad de Dolor Actual – Comparación pre y post Cuestionario McGill

Intensidad de Dolor Actual				
Grupos	Media Pre	Media post	d	Significancia
Experimental ^b	1.77	.69	-.950	.018*
Control ^b	2.00	1.54	-.440	.233

Nota. *Valores significativos $p < 0.05$ *; * Valores muy significativos $p < 0.01$ *; * Valores altamente significativos $p < 0.001$ *.

^aDatos con distribución normal (t de Student)

^bDatos con distribución anormal (t de Wilcoxon)

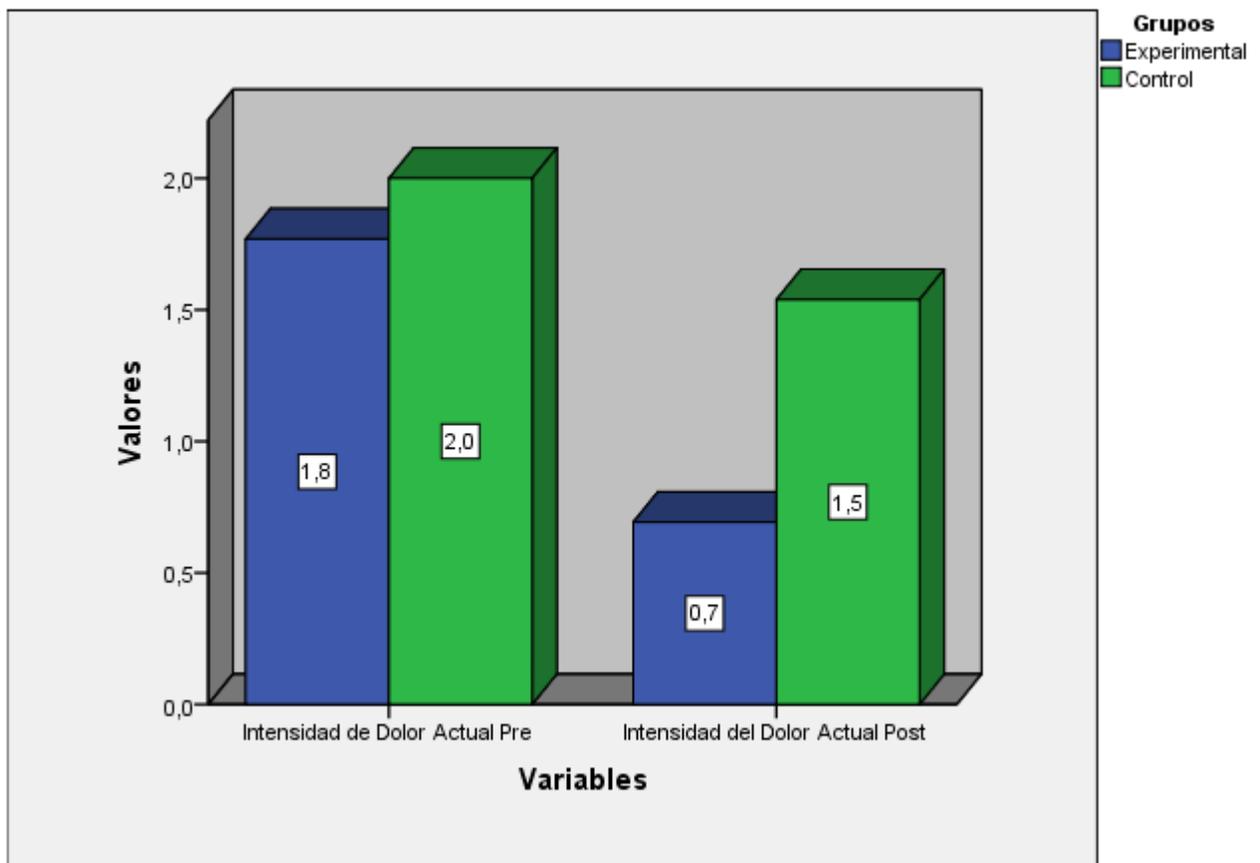


Figura 12. Valores de Medias entre Grupos en Intensidad de Dolor Actual Cuestionario McGill.

Tabla 15

Comparación pre – post de EVA

Variable	Media Pre	Media post	d	Significancia
EVA 1 ^a	4.62	3.23	-0.564	0.013*
EVA 2 ^b	4.15	3.15	-0.398	0.026*
EVA 3 ^b	2.85	1.62	-0.405	0.068
EVA 4 ^b	3.08	2.23	-0.356	0.041*
EVA promedio ^b	3.68	2.56	-0.431	0.004*

Nota. *Valores significativos $p < 0.05$ *; * Valores muy significativos $p < 0.01$ *; * Valores altamente significativos $p < 0.001$ *.

^aDatos con distribución normal (t de Student)

^bDatos con distribución anormal (t de Wilcoxon)

Cada una de las tablas y gráficos anteriormente mostrados, indican que la Dimensión Sensorial se encuentra con una pre $M=16.00$ y una post $M=9.62$, un p (nivel de significancia) valor de 0.003 y $d= -0.795$. En la Dimensión Sensorial-afectivo posee una pre $M=21.77$ y una post $M=12.54$, $p=0.002$ y $d= -1.142$. Las anteriores Dimensiones indican que son valores muy significativos. En la Dimensión afectiva los valores son de pre $M=5.77$ y post $M=2.92$, con $p=0.004$, $d= -0.926$. La Escala Análoga Visual McGill se encuentra con una pre $M=56.23$ y una post $M=27.46$, con $p=0.003$ y $d= -0.982$. En la Intensidad del Dolor Actual, los valores se encuentran con una pre $M=1.77$ y una post $M=0.69$, con $p= 0.018$ y $d= -0.950$. Todos los valores indican significancia estadística demostrando que hubo una disminución del dolor en cada uno de las variables del Cuestionario, debido a que todos los valores p son < 0.05 , y la magnitud del efecto del valor d de cada variable indican que tienen un efecto alto.

En la tabla de la Escala Análoga Visual, la EVA promedio de toda la intervención, se encuentran con valores de pre $M=3.15$ y una post $M=1.12$, con $p=0.001$ y $d= -1.014$. Los valores de las EVA son muy significativos, es decir, se observa que hubo una disminución en dolor, y que la magnitud de estas diferencias tuvo un efecto alto.

Por los resultados anteriores, se puede aceptar la hipótesis específica de “Existe un cambio en la magnitud del dolor de los pacientes con enfermedad oncológica con el uso de la técnica de visualización guiada como intervención psicológica” y cabe recalcar que el cambio fue hacia una reducción estadísticamente significativa del dolor subjetivo en el grupo experimental. Además la magnitud de los cambios en la mayoría de las dimensiones analizadas fueron altas.

Hipótesis Específica 2

La segunda hipótesis planteada fue “Existen diferencias significativas entre el grupo sometido a una intervención con técnica de visualización guiada en relación al grupo que recibe intervención con técnica de relajación muscular progresiva”, para poder comprobarla se analizaron las siguientes datos.

Tabla 16
Diferencia de Cambios intergrupo en Cuestionario McGill

Dimensión	t	Z	D	Significancia
Diferencia Dimensión Sensorial	3.456	-	1.041	0.002*
Diferencia Dimensión Afectivo	-	1.512	0.716	0.130
Diferencia Dimensión Sensorial+Afectivo	3.488	-	1.369	0.002*
Diferencia EVA McGill	-	0.669	0.783	0.503
Diferencia Intensidad del Dolor Actual	1.997		0.389	0.057

Nota. *Valores significativos $p < 0.05$ *; * Valores muy significativos $p < 0.01$ *; * Valores altamente significativos $p < 0.001$ *.

Tabla muestra que existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y grupo control en la dimensión sensorial y sensorial + afectivo, también en esas dos dimensiones el tamaño del efecto es muy alto con una $d > .08$. Los valores de las dimensiones restantes no fueron significativos, sin embargo los tamaños de los efectos fueron desde moderados a altos.

Las pruebas de control externo se realizaron a partir de los valores de diferencias de ambos grupos para poderlos comparar adecuadamente. Esto se hace con la finalidad de poder explicar que todos los cambios significativos sean debidos exclusivamente a la utilización de la técnica de visualización guiada. Los datos se analizaron a través de la prueba t de Student para muestras independientes para los datos que se distribuyen con normalidad y para los datos que no se comportaron de forma anormal se utilizó el estadístico de U-Mann-Whitney

Por los resultados obtenidos, se acepta la hipótesis específica dos, ya que si se obtuvieron diferencias significativas en dos dimensiones de la experiencia subjetiva multidimensional entre los sujetos del grupo experimental.

Para el vaciado de los resultados pre y post del Cuestionario del Dolor de McGill y la Escala Visual Análoga (Ver anexo 21, 22 y 23 – Págs. 154, 155 y 156)

Hipótesis Específica 3

La tercera hipótesis planteada en esta investigación establece que “Existe una reducción en variables asociadas, específicamente ansiedad y tristeza en la percepción del dolor con la aplicación de intervención”.

Tabla 17

Comparación de grupos - Dimensión de Ansiedad en la Escala HADS

Dimensión Ansiedad				
Grupos	Media Pre	Media post	d	Significancia
Experimental ^a	8.00	5.46	-.564	.001*
Control ^a	9.92	7.31	-.213	.287

Nota. *Valores significativos $p < 0.05$ *; * Valores muy significativos $p < 0.01$ *; * Valores altamente significativos $p < 0.001$ *.

^aDatos con distribución normal (t de student)

^bDatos con distribución anormal (t de Wilcoxon)

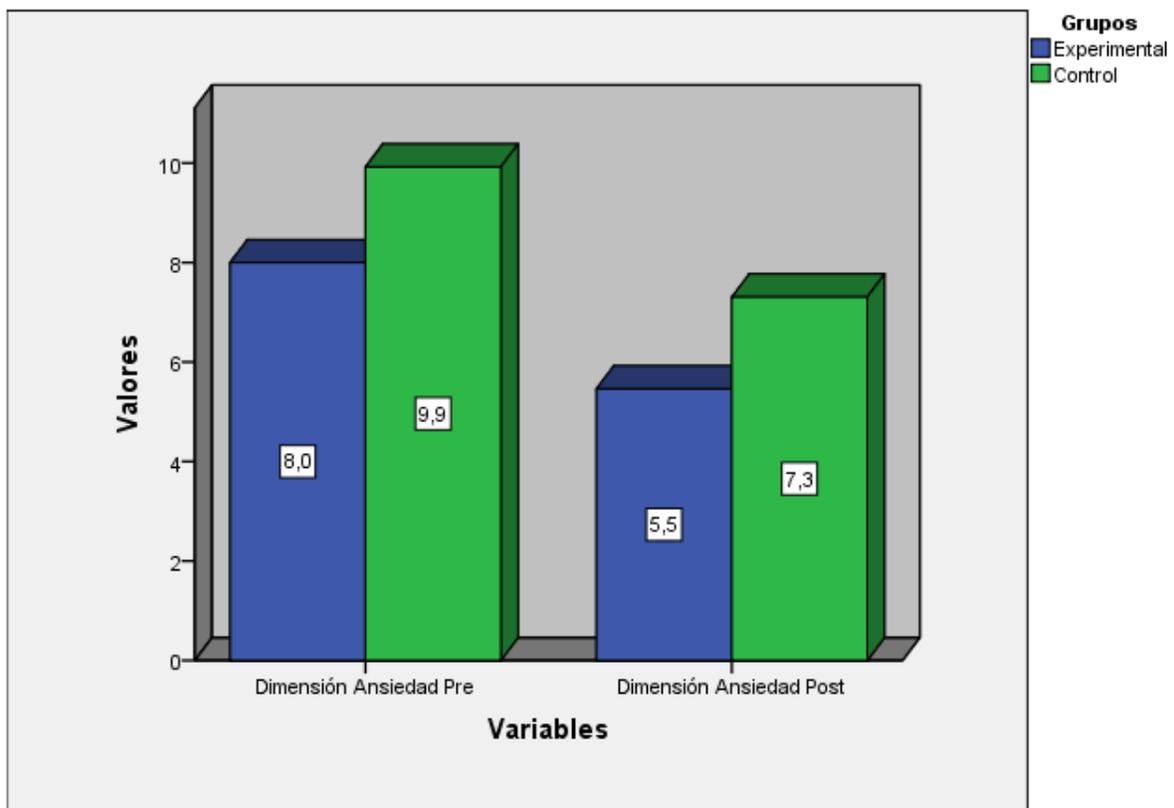


Figura 13. Valores de Medias entre Grupos en la Dimensión de Ansiedad en la Escala HADS

Tabla 18

Comparación de grupos - Dimensión de Depresión - Escala HADS.

Dimensión Depresión				
Grupos	Media Pre	Media post	d	Significancia
Experimental ^a	10.46	7.92	-.620	.042*
Control ^a	7.46	6.62	-.213	.287

Nota. *Valores significativos $p < 0.05$ *; * Valores muy significativos $p < 0.01$ *; * Valores altamente significativos $p < 0.001$ *.

^aDatos con distribución normal (t de Student)

^bDatos con distribución anormal (t de Wilcoxon)

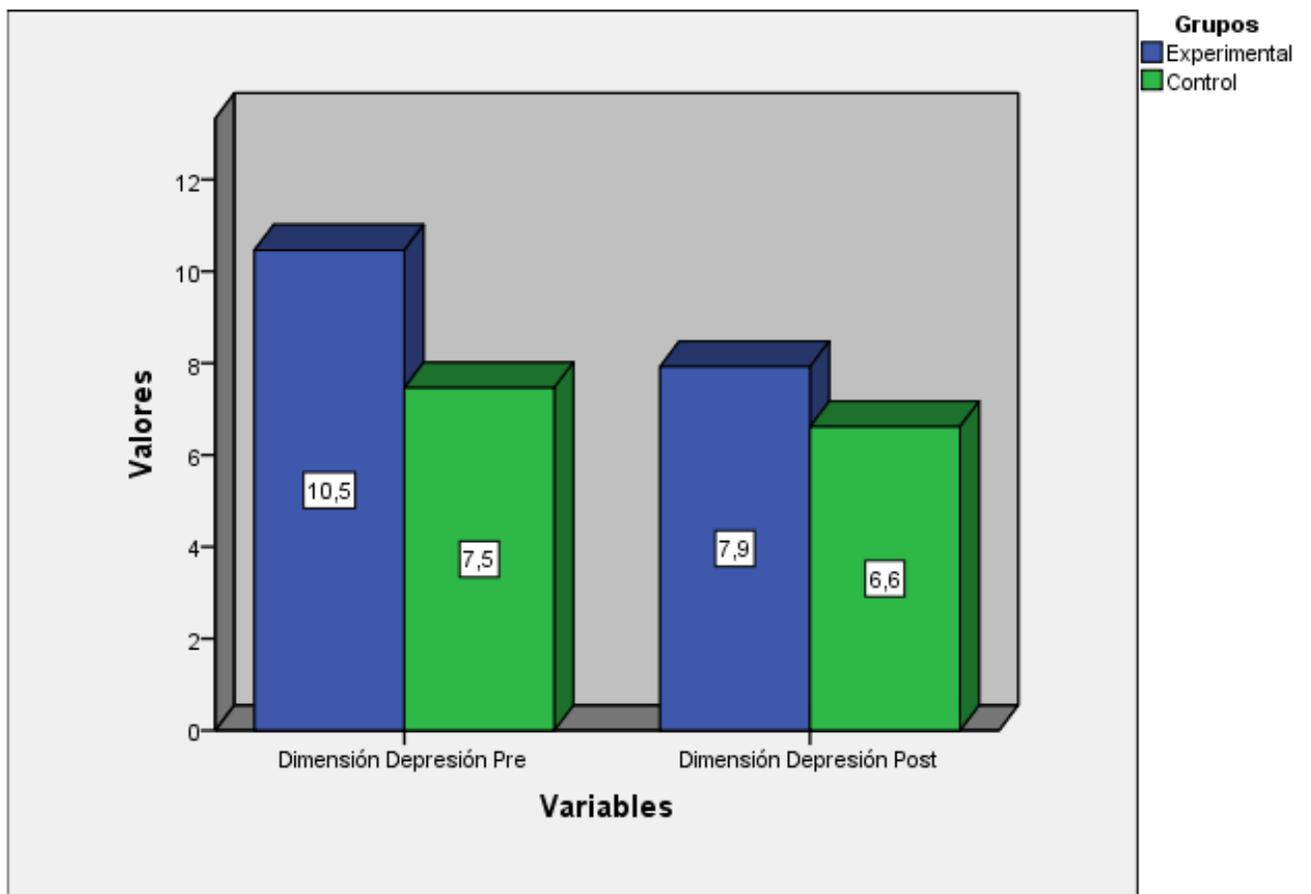


Figura 14. Comparación de Medias entre Grupos en la Dimensión de Depresión en la Escala HADS.

Tabla 19

Diferencia de Cambios intergrupo en Cuestionario HADS

Variable	t	Z	d	Significancia
Dimensión Ansiedad	-0.056	-	-0.022	0.956
Dimensión Depresión	-	-1.381	0.401	0.167

Nota. *Valores significativos $p < 0.05$ *; * Valores muy significativos $p < 0.01$ *; * Valores altamente significativos $p < 0.001$ *.

Para las variables de la escala HADS del grupo control, se utilizó la prueba de t student para muestras relacionadas. En la tabla 19 se muestra que la Dimensión Ansiedad posee una pre $M=9.92$ y una post $M=7.31$, con $p=0.022$ valor significativo y $d= -0.656$, que indica que el tamaño del efecto fue medio. En la Dimensión Depresión se encuentra un valor pre $M=7.46$ y una post $M=6.62$, con $p=0.287$ valor no significativo y $d= -0.213$, indicando una magnitud del efecto bajo.

En el control externo realizado al cuestionario HADS, en su primera dimensión ansiedad, el valor de $t=-0.056$, $p=0.956$ y $d=-0.022$. En cuanto a la dimensión depresión los valores obtenidos fueron $Z=-1.381$, $p=0.167$ y $d=0.401$. Como se puede apreciar con estos resultados, el cambio que los pacientes experimentaron en el grupo experimental versus el control, no fue significativo y esto también se puede corroborar con el tamaño del efecto que nos da un valor negativo en la dimensión ansiedad.

Todo lo anterior indica que hubo una reducción en ambas variables, por lo que se acepta la hipótesis específica. Sin embargo los resultados no son significativos y no se puede asegurar que sean debidos únicamente a la utilización de la técnica de visualización.

Para el vaciado de los resultados pre y post de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Ver anexo 24 y 25 – Págs. 157 y 158)

Hipótesis del Investigador

La hipótesis principal de esta investigación es “El uso de la técnica de visualización guiada es eficaz en la percepción subjetiva del dolor en pacientes con enfermedad oncológica en cuidados paliativos en el Hospital Divina Providencia”

Al finalizar las cuatro aplicaciones de las técnicas a cada grupo, se les aplico un instrumento para comprobar la eficacia de las técnicas sobre su percepción subjetiva del dolor. A continuación se muestran los resultados más relevantes de la prueba

Tabla 20

Comparación entre grupos en la Variación del Estado de Dolor en la Prueba de Eficacia.

		Grupos	
		Experimental	Control
Variación del Estado de Dolor	Disminuyó	13	5
	Igual	0	7
	Aumento	0	0
	Oscilaba	0	1

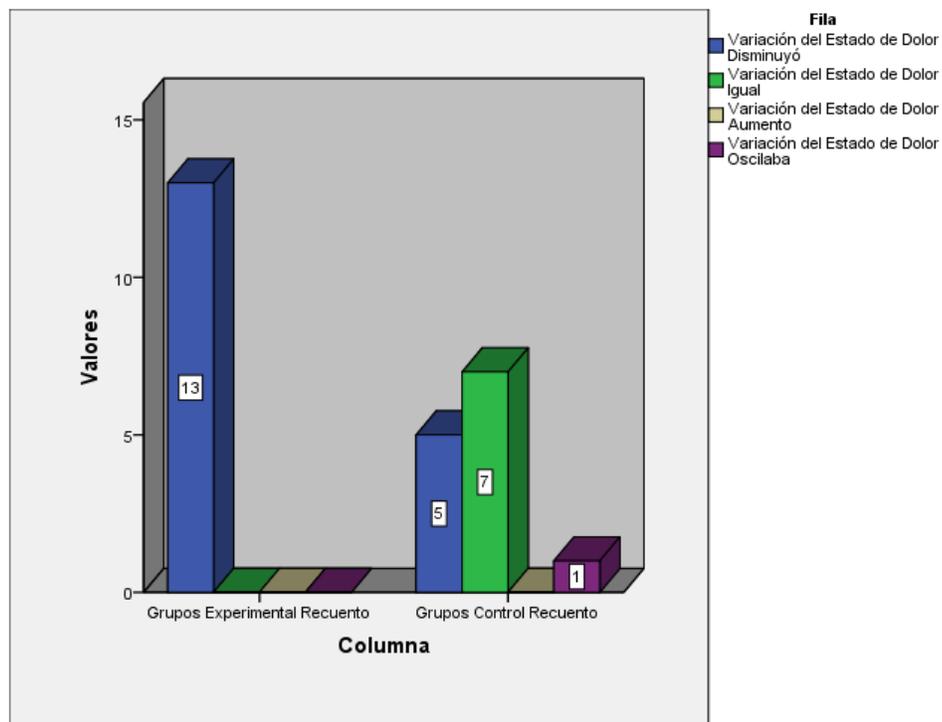


Figura 15. Frecuencia entre grupos en la Variación del Estado de Dolor

Tabla 21

Comparación entre grupos de Otros efectos en la Prueba de Eficacia.

		Grupos	
		Experimental	Control
Otros Efectos	Si	12	11
	No	1	2

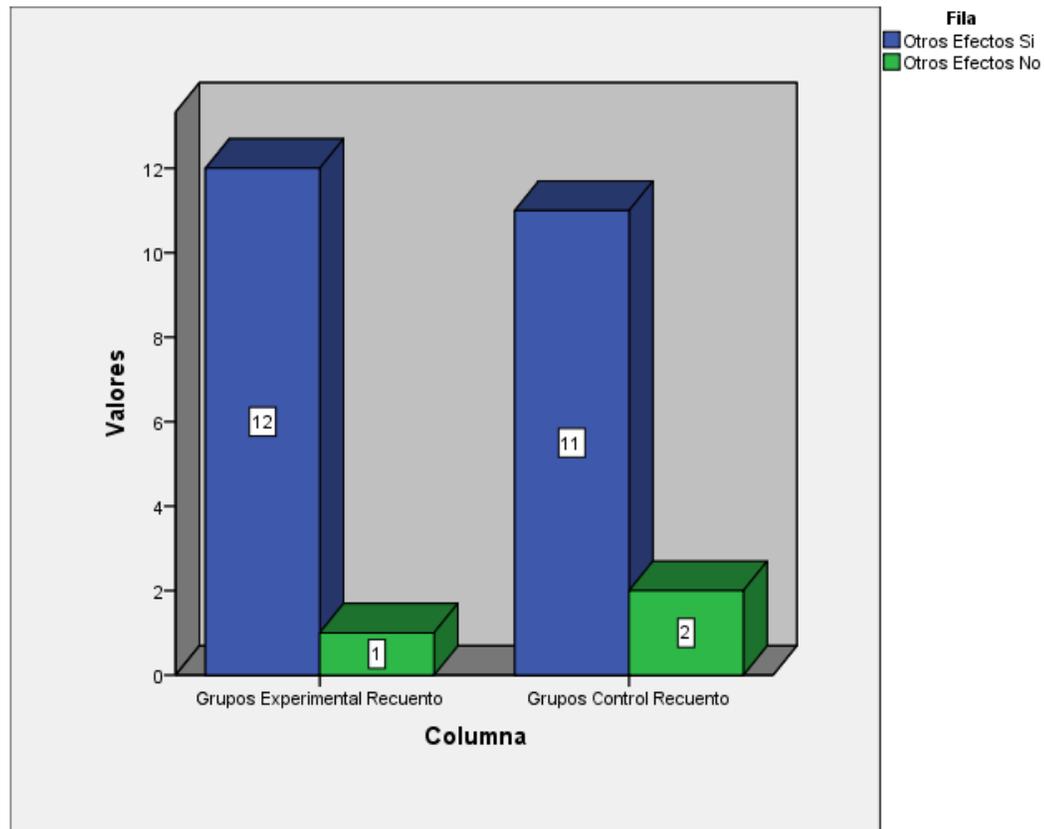
*Figura 16. Frecuencia entre grupos de Otros efectos en la Prueba de Eficacia.*

Tabla 22

Comparación entre grupos de la duración de los efectos en la Prueba de Eficacia

		Grupos	
		Experimental	Control
Duración de los Efectos	Nada	0	2
	Menos de 1 Hora	5	8
	Medio Día	5	3
	Todo el día	3	0

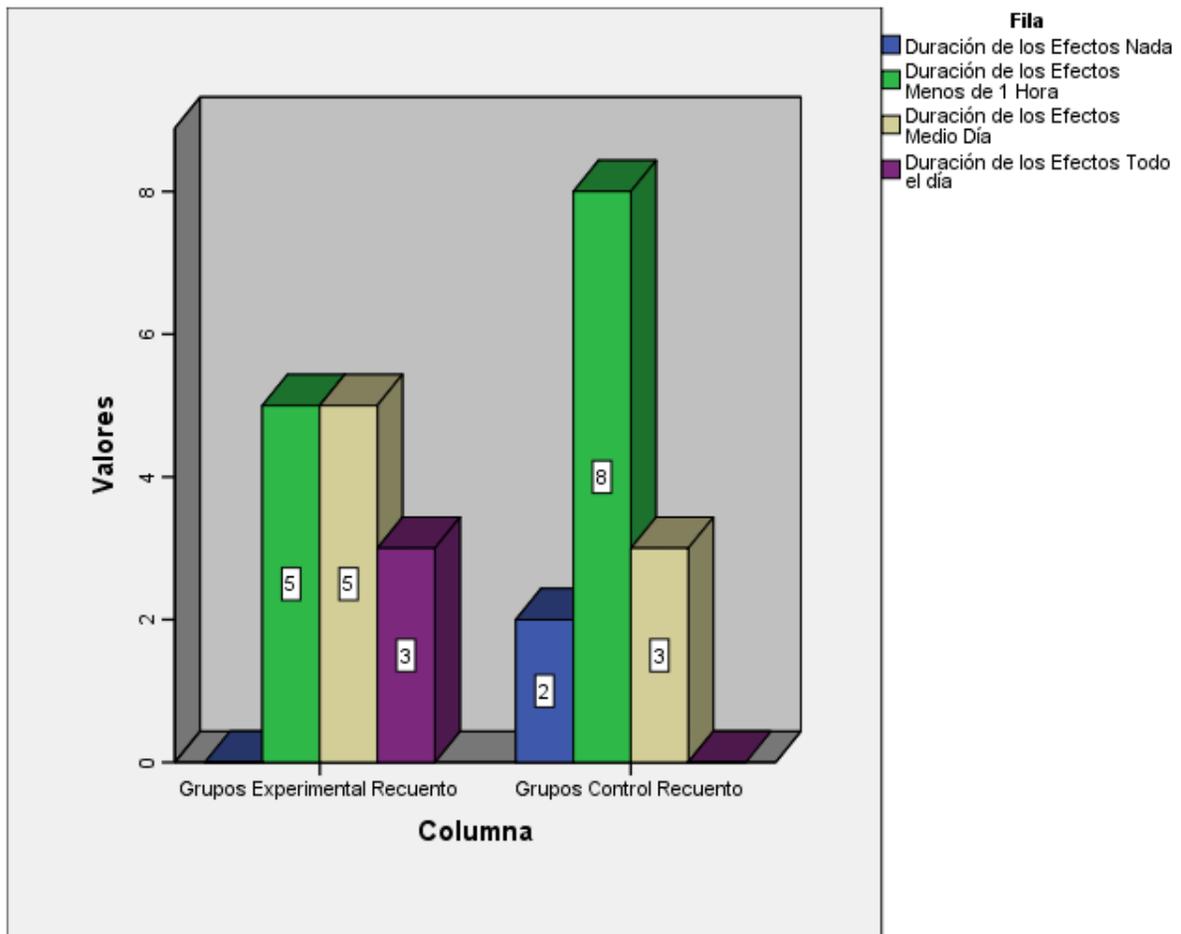


Figura 17. Frecuencia entre grupos de la duración de los efectos en la Prueba de Eficacia.

Tabla 23

Comparación entre grupos de la Utilidad de la Técnica en la Prueba de Eficacia

		Grupos	
		Experimental	Control
Utilidad de la Técnica	Si	13	12
	No	0	1

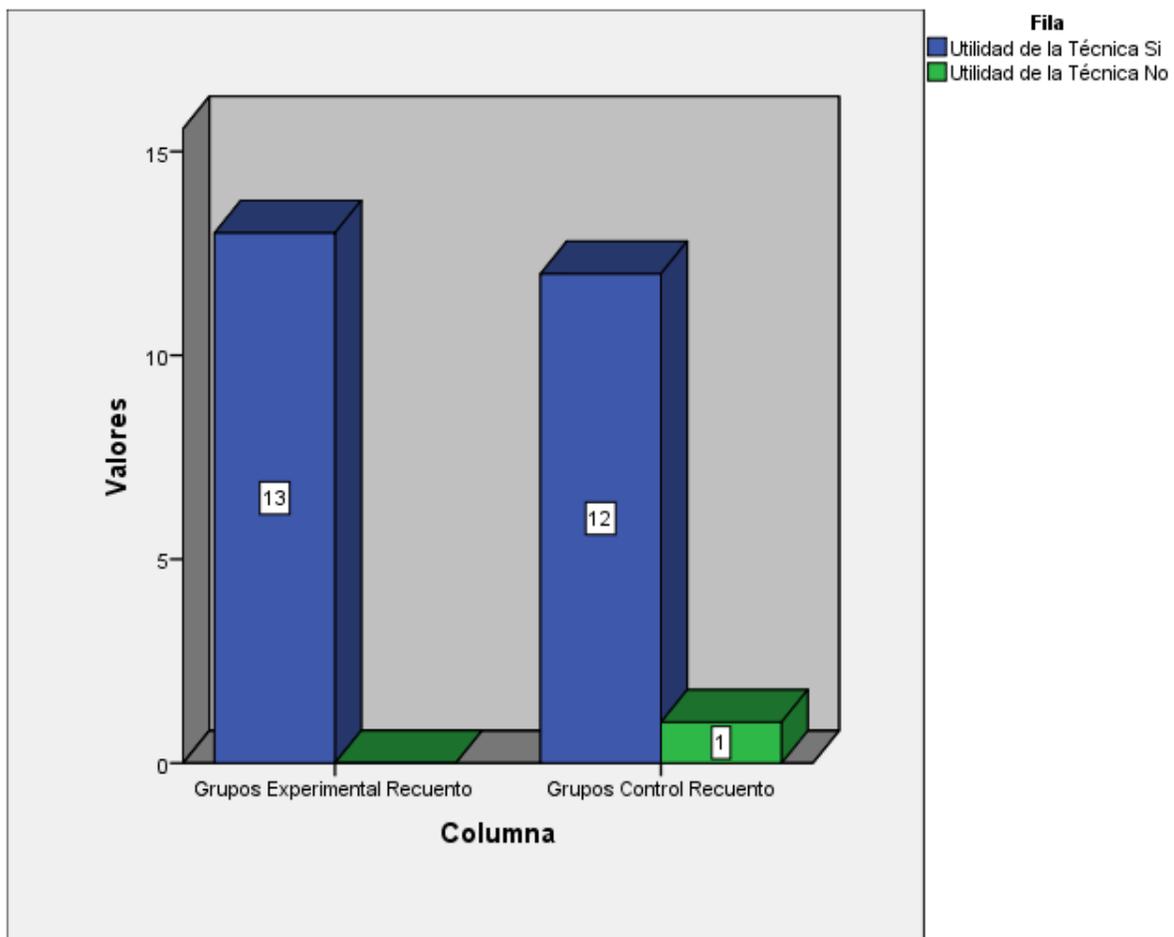


Figura 18. Frecuencia entre grupos de la Utilidad de la Técnica en la Prueba de Eficacia.

Los resultados de la evaluación de la Eficacia de la técnica, arrojan que en el grupo experimental, los pacientes a un 100% comprendieron y siguieron las indicaciones, alcanzado un nivel de concentración óptimo y así no solo se consiguió que la mayoría de los pacientes

afrontan y se distrajeran de su dolor sino que alcanzarán una disminución del dolor al realizar la técnica.

Es importante mencionar que el tiempo de los efectos del uso de la visualización guiada duraron medio día o más en el 60% del grupo; mientras que al 40% restante los efectos duraron solamente una hora aproximadamente. A estos últimos pacientes el dolor retornaba a los niveles de la EVA pre intervención para la siguiente aplicación. Pero en términos generales los efectos de la Visualización Guiada, duraban mucho más que los de la Relajación Muscular Progresiva, que en la mayoría de pacientes del grupo control duraron menos de una hora.

Prueba de esto es que, el 100% del grupo expresaron que volverían a utilizar la técnica ya que a la mayoría les ayudaba a disminuir el dolor y les sirvió como una estrategia para afrontarlo antes de que se volviera incontrolable.

Al tomar en cuenta todos estos datos recolectados a través de la investigación se acepta la hipótesis, que la técnica de visualización sí fue eficaz en la percepción subjetiva del dolor de los pacientes, generando cambios positivos en ellos.

Para el vaciado de los resultados del Cuestionario para evaluar la eficacia de la técnica de intervención (Ver anexo 26, 27 y 28 – Págs. 159, 160 y 161)

Interpretación de resultados

La presente investigación consistió en evaluar la eficacia del uso de la técnica de visualización guiada a través de una intervención psicológica en la percepción subjetiva del dolor en pacientes con enfermedad oncológica en cuidados paliativos en el Hospital Divina Providencia.

La población general es referida de distintos Hospitales e Instituciones del país para recibir cuidados paliativos en la etapa final de su vida, muchos de los pacientes llegan con Karnofskys relativamente bajos. Es por esta razón que las investigaciones en este ámbito son difíciles y menos trabajadas, debido a la fragilidad de los pacientes y su estado inestable, pero esto no quita la importancia que posee esta población ni la necesidad de realizar investigaciones que puedan contribuir a seguir mejorando su calidad de vida en la etapa final. En el periodo de la investigación de mayo a julio del 2018, el hospital contó con 78 pacientes en calidad ingreso. A partir de esta población se contó con una muestra de 26 pacientes que cumplían los criterios de inclusión planteados para la investigación, contando con 13 pacientes en el grupo control y 13 en el grupo experimental, hombres y mujeres entre las edades de 30 a 80 años, la mayoría casados, con un nivel de educación básica.

Respecto a los datos clínicos de la muestra la mayoría de pacientes eran referidos del Hospital Nacional Rosales, con un tumor sólido y metástasis en otra parte de su cuerpo, con un tipo de dolor mayoritariamente visceral sufriendo de un dolor continuo no localizado, el cual disminuye en gran medida la calidad de vida de los pacientes y exacerba otros síntomas como la ansiedad y depresión.

El Karnofsky mínimo de los pacientes fue del 30% y el mayor de 80% lo que significa que a pesar que su funcionalidad era relativamente estable, el promedio de personas atendidas necesitaban de ayuda y atención médica constante.

A partir de la realización de la intervención y como se observa en el análisis de los datos se pudo demostrar un cambio en la magnitud del dolor de los pacientes con enfermedad oncológica en el grupo experimental con la aplicación la técnica de visualización guiada, ya que en el análisis intra-grupal se encontró que a través de la evaluación pre y post, existió una disminución estadísticamente significativa en las dimensiones del dolor.

Los datos obtenidos muestra que si existieron diferencias significativas entre grupo experimental con intervención con técnica de visualización guiada y grupo control con intervención con técnica de relajación muscular progresiva, debido a que en la dimensión sensorial y sensorial – afectiva hubo una disminución estadísticamente significativa en el grupo experimental a diferencia del grupo control. Es importante aclarar que el dolor es una experiencia subjetiva multidimensional, si hay un cambio en una de estas dimensiones, significa que hay un cambio en la percepción subjetiva del paciente. Cabe evidenciar que las diferencias en estas dos dimensiones se deben únicamente a la variable independiente y no otras variables aleatorias de las cuales no se tiene control, como fue en el caso de la dimensión afectiva, la Escala Visual Análoga McGill y la Intensidad del Dolor Actual, donde a pesar que hubieron cambios no se puede establecer que fueron específicamente por la técnica de intervención

En otras variables relacionadas a la percepción del dolor, como ansiedad y tristeza, se pudo determinar que si existió una disminución, pero no se puede asegurar que esta disminución se debió únicamente a la aplicación de la intervención.

Al tomar en cuenta todos estos datos se puede decir que la técnica de visualización sí fue eficaz en la percepción subjetiva del dolor de los pacientes. Esto se aprecia claramente en la diferencia de magnitud de los cambios que presentó el grupo experimental, los cuales fueron altamente significativos versus el grupo control.

Con la técnica se logró desarrollar habilidades de afrontamiento en los pacientes, a nivel cognitivo, que tiene repercusiones a nivel emocional y conductual. Al exponer a los pacientes a que enfrentaran su dolor, lograron cambiar la percepción amenazante del dolor y modificarla por un estímulo neutro. A través de la relajación y la distracción se redirigir la atención en estímulos externos, dejando de lado todos pensamiento intrusivos del dolor. Esta técnica de visualización tiene un enfoque de autogestión activa, lo que es una gran herramienta para todos los pacientes, ya que pueden utilizarla en el momento que más lo necesiten y no requieren ayuda de una tercera persona para ponerlo en práctica, lo que ayuda con su autoestima y el sentimiento de control y autonomía sobre la situación que están atravesando y disminuyendo los pensamientos que puedan generar angustia y tristeza; lo cual mejora su calidad de vida en general.

Estos resultados son consistentes con investigaciones previas realizadas en pacientes oncológicos con dolor, en los cuales muestran una disminución en el dolor de los pacientes (Kwekkeboom, 2009) (Charalambous, 2016).

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Los resultados de la investigación a través de la aceptación de la hipótesis del investigador dan pie a las siguientes conclusiones:

1. La técnica de Visualización guiada fue eficaz en la percepción subjetiva del dolor de los pacientes con enfermedad oncológica en cuidados paliativos del Hospital Divina Providencia.
2. Existió un cambio en el dolor, provocando una disminución en cada una de las dimensiones de la percepción subjetiva, incluyendo la magnitud del dolor en los pacientes, siendo este un cambio significativo dentro del grupo experimental.
3. En la comparación entre grupos existen diferencias significativas entre el grupo control y el grupo experimental en la Dimensión Sensorial-afectiva, pero no se logró demostrar que el cambio en las otras dimensiones, se deban solamente a la técnica.
4. Se encontró que en las variables ansiedad y tristeza existió una reducción en los pacientes. Esto fue significativo en el grupo experimental, pero no se puede asegurar que estos cambios sean exclusivamente al uso de la técnica.

Recomendaciones

Al Hospital Divina Providencia

- Que se entrene al personal de salud mental en la aplicación de técnicas de corte cognitivo-conductual, como la visualización guiada de forma estándar para el control de síntomas de los pacientes, debido a su bajo costo operacional, facilidad de aplicación y sus resultados tan favorables para la calidad de vida de los pacientes.

Al Departamento de Psicología

- Se sugiere promover interés y especialización a la psicología de la salud, debido a que hay mucha demanda, sobre todo en relación a Psicooncología y cuidados paliativos y no hay suficientes profesionales calificados para atender a esta población tan vulnerable.

A futuros investigadores

- Se recomienda que al momento de realizar una investigación en cuidados paliativos, se tenga una inducción general como atender las necesidades específicas de esta población debido a su fragilidad y es siempre importante mantener en cuenta que es necesario intervenir si el paciente así lo requiere.
- Investigadores deben de continuar identificando factores que individuales de los pacientes, para poder identificar cuáles tratamientos podrían ser más beneficiosos para los pacientes según sus propias características.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agámez Insignares, C., Álvarez Torres, H., & Mera Gamboa, M. V. (2012). *Paliación y Cancer* (Primera ed.). (C. Agámez Insignares, H. Álvarez Torrez, & M. V. Mera Gamboa, Edits.) Bogotá, Colombia: Ladiprint Editorial. S.A.A.
- Almanza-Muñoz, H. (2000). *Psicooncología: Estado Actual*.
- Alviani, M. (2003). Tratamientos psicológicos en el dolor. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria*.
- Canceronline*. (s.f.).
- Charalambous, A. (2016). Guided Imagery And Progressive Muscle Relaxation as a Cluster of Symptoms Management Intervention in Patients Receiving Chemotherapy: A Randomized Control Trial. *US National Library of Medicine* .
- Colunga, I. A. (2005). *El significado psicológico de la experiencia del parto con el apoyo continuo Doula: un estudio comparativo con redes semánticas naturales*. Tesis Maestria , Colima.
- Cruzado. (2003). *La formación en Psicooncología*.
- Cuidados paliativos en oncología. (2016). *Revista mexicana de anestesiología*, 201.
- Everdingen, M. v.-v. (2007). Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Annals of Oncology*, 1437-1449.
- Figueredo P., M. (2012). Analgésicos no opioides . En A. C. Paliativos, *Paliacion y Cancer* (págs. 127-136).
- Holland, M. (2012). *Aproximaciones en Psicooncología*.

International Agency for Research on Cancer. (2014). *World Cancer Report*. Geneva:

WHO.

Kwekkeboom, K. L. (2009). Patients' Perceptions of the Effectiveness of Guided Imagery and Progressive Muscle Relaxation Interventions Used for Cancer Pain. *National Institut of Health*.

M.Verónica, R., Catalina, Á. O., & B., V. (Julio de 2013). Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24, 677-684.

Mayungo, T. (2012). Generalidades en cuidados paliativos . En *Paliación y Cancer* (págs. 17-28). Bogota: Ladiprint S.A.S.

MINSAL. (2015). *Diagnóstico situacional del cáncer en El Salvador*. San Salvador.

Mollinedo, F. T., Azkue, J., Orcasitas, A. C., Vega, C. G., La-Torre, S., & Maguregui, A. A. (2007). ANALGESICOS COADYUVANTES EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR. *Revista Gaceta Medica Balboa*.

National Cancer Institute. (2017). Pain and Cancer. *Instituto Nacional del Cáncer*.

Organización Mundial de la Salud. (1990). *Cancer pain relief and palliate care*. Geneva: World Health Organization.

Pergolizzi, J. (2014). The WHO Pain Ladder: do we need another step? *Pain Manage*.

Quiroga, M., & Muñoz, R. (2015). Tratamiento de otros síntomas en cuidados paliativos. *Cuidados integrales en el paciente con cancer*, 105.

Reyes Chiquete, D., González Ortiz, J., Mohar Betancourt, A., & Meneses García , A. (abril de 2011). Epidemiología del dolor por cáncer. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 18(2).

Reyes, D., & Rivas, E. (2011). *Canceronline*. Obtenido de

<http://www.canceronline.cl/Canceronline2011.pdf>

Rodríguez , C., & Cárdenas, J. (2012). Analgesia Opioide. En A. C. Paliativos, *Paliacion y Cancer* (págs. 118 - 124).

Rodríguez, C., Barrantes, J. C., Jiménez, G., & Putvinski, V. (Enero de 2004). Manejo del dolor en el paciente oncológico. *Acta Pedriatrica Costarricense*, 18(1), 1.

Telléz, A. (2007). *Hipnosis Clínica - Un enfoque erocksoniano*. México: Trillas.

Timoneda, F. L. (1996). Definición y Clasificación del dolor. *Revistas Científicas Complutenses*.



ANEXO 1. FICHA DE DATOS Y CONTROL DE INTERVENCIONES
No. Correlativo _____ Grupo Experimental – Grupo Control



Datos Sociodemográficos

1. Nombre: _____
2. Edad: _____
3. Genero
 - a. Femenino
 - b. Masculino
4. Estado Civil
 - a. Soltero
 - b. Casado/a
 - c. Acompañado
 - d. Divorciado
5. Nivel educativo
 - a. Sin educación
 - b. Educación básica
 - c. Bachillerato
 - d. Universitario

Datos Clínicos

6. Fecha de ingreso: _____
7. Lugar de Referencia
 - a. Hospital N. Rosales
 - b. Instituto del Cáncer
 - c. ISSS
 - d. Otros
8. Tipo de cáncer
 - a. Tumor Sólido
 - b. Hematológica
9. Metástasis
 - a. Si
 - b. No
 - c. Sin evidencia
10. Tipo de dolor
 - a. Somático
 - b. Visceral
 - c. Mixto con componente neurótico
 - d. Mixto
11. Karnofsky: _____

ANEXO 2. FICHA TÉCNICA CUESTIONARIO MCGILL

Nombre: Cuestionario de Dolor de McGill (Versión abreviada)

Nombre original: McGill Pain Questionnaire (MPQ)

Autores: Melzack y Torgerson (1971)

Procedencia: Universidad de McGill, Montreal, Canadá

Descripción: El MPQ consta de 78 palabras (descriptores) de dolor agrupadas en las dimensiones o categorías sensorial, afectiva y evaluativa. El cuestionario se divide en 20 subclases, con descriptores puntuados de acuerdo con su intensidad dentro de cada subclase. Un índice de intensidad del dolor (Present Pain Index -PPI) mide la intensidad en su conjunto (a partir de sólo seis descriptores

La forma abreviada (short-form -MPQ-SF) consta de 15 descriptores (11 sensoriales y 4 afectivos) incluyendo el índice PPI y una escala analógica visual (Visual Analogue Scale -VAS) para medir la intensidad del dolor

Administración: Individual o colectiva.

Tiempo de aplicación: 10 a 15 minutos

Procedimiento: se proporciona una hoja de trabajo al sujeto, la cual se encuentra dividida en tres partes: 15 descriptores con opción múltiple para respuesta, una escala visual analógica para medir la intensidad del dolor y una pregunta para conocer el índice de dolor actual. Al terminar se verifica que todo este contestado y posteriormente se realiza la evaluación de los ítems.

Población a la que va dirigida: adolescentes y adultos

Materiales: hoja de trabajo, lapicero.

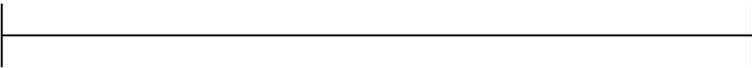
**ANEXO 3. CUESTIONARIO DE MCGILL - VERSIÓN ABREVIADA
R. MELZACK (SF-MPQ)**

A. POR FAVOR DESCRIBA EL DOLOR QUE USTED TUVO DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA (7 DÍAS).
(Marque con una X solo un cuadro de cada línea.)

	Ningún dolor	Leve	Moderado	Severo
1. Palpitante	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
2. Como corriente eléctrica	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3. Como una puñalada	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4. Punzante	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
5. Como un calambre	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
6. Que carcome	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
7. Caliente, como una quemadura	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8. Como una molestia	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
9. Como un peso	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
10. Sensible al tacto	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
11. Como si fuera a estallar o partir en dos	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
12. Que cansa o agotador	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
13. Que da náuseas	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
14. Que da miedo	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
15. Violento o cruel	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

B. CALIFIQUE EL DOLOR QUE TUVO DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA

La siguiente línea representa un dolor de intensidad que aumenta desde "Ningún dolor" hasta "El peor dolor posible". Marque una raya (|) que cruce la línea en el lugar que mejor describa la intensidad de su dolor durante **la última semana (7 días)**.

		<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			
Ningún dolor		El peor dolor posible			
		Score in mm <i>(Investigator's use only)</i>			

C. INTENSIDAD DEL DOLOR EN ESTE MOMENTO

- 0 Ningún dolor
- 1 Leve
- 2 Molesto
- 3 Desesperante
- 4 Horrible
- 5 Insoportable

Cuestionario desarrollado por Ronald Melzack

Copyright R. Melzack, 1970, 1987

ANEXO 4. FICHA TÉCNICA ESCALA HADS

Nombre: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)

Nombre original: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Autores: A. S Zigmond y R. P Snaith (1983)

Procedencia: Great West Road, London, UK

Descripción: La Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) fue originalmente diseñada por Zigmond y Snaith (1983) como instrumento de screening para la detección de pacientes con trastornos afectivos. Es una herramienta autoaplicada conformada por 14 ítems dividida en dos series de siete cuestiones (una representa la subescala de ansiedad y la otra la de depresión) esta permite utilizarse en medios hospitalarios no psiquiátrico o en atención primaria. Es un instrumento que considera dimensiones cognitivas y afectivas, que omite aspectos somáticos (insomnio, fatiga, pérdida de apetito, etc.) y así evita atribuirlos a la enfermedad.

Cada ítem de la prueba es valorado según una escala de cuatro puntos de frecuencia que va desde 0 a 3. El paciente que complete el instrumento debe referir cómo se siente en el momento presente incluyendo los días previos. Las puntuaciones mayores de 10 se consideran indicativas de morbilidad. Una puntuación de 8-10 se interpreta como caso borderline o fronterizo, y las puntuaciones inferiores a 8 indican ausencia de morbilidad significativa.

Administración: Individual o colectiva.

Tiempo de aplicación: 10 a 15 minutos

Procedimiento: se proporciona una hoja de trabajo al sujeto, la cual consta de 14 preguntas con opciones múltiples como respuestas las cuales deben de ser pensadas lo menos posible por el sujeto. Al terminar se verifica que todo este contestado y posteriormente se realiza la evaluación de los ítems.

Población a la que va dirigida: adolescentes y adultos

Materiales: hoja de trabajo, lapicero.

ANEXO 5. ESCALA H.A.D.S.

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Marque con una “x” la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen mayor valor que las que se piensan mucho.

1. Me siento tenso(a) o nervioso(a):

Todo el día Casi todo el día De vez en cuando Nunca

2. Sigo disfrutando las mismas cosas de siempre:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

3. Siento una especie de temor como si algo me fuera a suceder:

Sí y muy intenso Si, pero no muy intenso Si, pero no me preocupa No nada de eso

4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones

Todo el día Casi todo el día De vez en cuando Nunca

6. Me siento alegre

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

7. Soy capaz de permanecer sentado(a) tranquila y relajadamente

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

8. Me siento lento(a) y torpe

Todo el día Casi todo el día De vez en cuando Nunca

9. Experimento una desagradable sensación de nervios y vacío en el estómago

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

10. He perdido el interés en mi aspecto personal

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

11. Me siento inquieto(a) como si no pudiera dejar de moverme

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

12. Espero las cosas con ilusión

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

13. Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro, programa de radio o televisión

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

ANEXO 6. TÉCNICA DE VISUALIZACIÓN “LAS CINCO CONTEMPLACIONES DEL DOLOR”

*“A continuación realizaremos la técnica denominada **Las cinco contemplaciones del dolor**” el principal objetivo de esta técnica es promoverle recursos internos para ayudarle a afrontar los momentos de dolor”*

“Juntos vamos a hacerle frente al dolor con este método que consta de cinco pasos, yo le iré guiando en cada uno de ellos, pero también necesito de toda su cooperación. Si gusta puede cerrar sus ojos para comenzar”

“Iniciaremos realizando unas cuantas respiraciones para producir un estado de relajación tanto físico como mental. Inspire y expire lentamente, concentrándose solamente en su respiración, inspire y expire”

PRIMERA CONTEMPLACIÓN DEL DOLOR

(Darle espacio al dolor)

“Preste atención a la zona de sensación incomoda, obsérvela sin juzgarla. Permita sentir el malestar, abraza en torno del dolor, no intente luchar contra él, no se resista. Comience a permitir que el cuerpo se afloje alrededor del dolor.

No intente alejar de usted el dolor, déjelo donde está, obsérvelo sin juzgarlo como quien observa un juego de cartas. Sienta como su cuerpo intenta encerrarlo como en un puño, siento que el cuerpo es como un puño que se resiste, cualquier resistencia es dolorosa. Imagine que el dolor es como una braza caliente, si la aferra en su puño se quemará. Suelte el dolor, abra las zonas en torno a la sensación...suelte el dolor, déjelo ir. El puño se afloja, va abriéndose gradualmente dejando escapar el dolor. Deje escapar también el miedo que lo rodea. Deje flotar el dolor, déjelo flotar en libertad. Ya no se aferre a nada, deje flotar en libertad al dolor, sin estrobo, sin resistirse.

El puño se abrió y dejó al descubierto la palma suave. El cuerpo se ablando, permita que las sensaciones salgan volando libremente.

SEGUNDA CONTEENPLACION DEL DOLOR

(Llenando el cuerpo de silencio, relajación profunda)

“Dirija su atención a la respiración... obsérvela, no trate de respirar de alguna manera en especial, simplemente dirija su atención a su propia respiración. Deje que su mente se aquiete concentrándose únicamente en su propia respiración... y poco a poco se va haciendo consiente de las sensaciones en su cuerpo. Lentamente comience a sentir las partes de su cuerpo, sienta los músculos de la cara, libere la tensión. Sienta las sensaciones que viene de cualquier parte de su cuerpo...puede ser dureza, hormigueo, tibieza, tranquilidad o simplemente nada...su mente es

como una poza de agua cristalina, quieta y tranquila...libere la tensión, no se aferre a las sensaciones...déjelas ir

Piense en las partes de su cuerpo, los músculos, los huesos, la carne...todo se ablanda como si fuera mantequilla derritiéndose. Piense como su cuerpo se va llenando de silencio, de tranquilidad.

Deje que la respiración se produzca sola, se concentra sin esfuerzo. No se aferre a nada, deje que todo su cuerpo flote en libertad. Permita que su cuerpo se relaje, poco a poco hay silencio llenado cada espacio de su cuerpo, hay tranquilidad y paz”.

TERCERA CONTEMPLACION DEL DOLOR

(Investigar el dolor)

Respire tranquilamente, No evite el dolor, solo obsérvelo. Lo déjelo donde está. Deje que el cuerpo se ablande, que se abra a su alrededor.

Déjelo tal cuál está.

No se aferre. No ponga resistencia. Permita que el dolor flote libremente dentro del cuerpo. Permita experimentar la sensación. Afloje todo lo que rodea al dolor.

Deje que la mente se ablande también, las ideas y los pensamientos. Si hay ideas que le causen miedo, ablande la zona que rodea esas ideas. Suelte el miedo, déjelo flotar libremente. Deje que los pensamientos surjan y desaparezcan por sí solos.

Imagine que su cuerpo es como el mar...es como el mar en donde flotan hacia la superficie todas las sensaciones apaciblemente. Su cuerpo es abierto, líquido y suave. Todo lo duro se derrite. Ahora centre su atención hacia el dolor pero sin ponerse tenso/a, sin tratar siquiera de hacerlo desaparecer. Su atención entra en el centro mismo de la sensación. El dolor no es mi enemigo.

Investigue esa cosa llamada dolor... ¿cuál es la verdad de esta experiencia? ¿Cómo experimento el dolor? Observe si tiene algún color, ¿tiene alguna forma?, ¿permanece en un solo lugar? Ó ¿se mueve?, ¿es redonda o dura? ¿la siento como un nudo? ¿tiene alguna vibración?, ¿es caliente o fría?. Sin ejercer fuerza entre directamente en esta experiencia, abriéndose, dejándola libre, sin aferrarse a nada...todo flota en libertad.

CUARTA CONTEMPLACION DEL DOLOR

(Explorando más allá del cuerpo)

Deje que el cuerpo se derrita en su cama/sillón. Déjelo hundirse, no intente sostenerlo.

Piense en el cuerpo sienta su aparente solidez, observe las sensaciones que surgen en el cuerpo. Sienta la dureza de los huesos. La sustancia de la carne, los ligamentos, los músculos.

Concentre su atención en los bordes y límites de su cuerpo, piense en la parte externa de su cuerpo. Ahora concéntrese 5 centímetros más allá del borde de su cuerpo. Investigue que hay a su alrededor: el aire, la cama, las texturas de las cosas que le rodean. Casi puede sentir todo lo que

esta cinco centímetros más allá del cuerpo. Ahora aumente su atención 30 centímetros más allá del borde de su cuerpo. Puede sentir el cambio de temperatura, el aire que rodea la habitación, la textura del colchón y las sábanas todo lo que le rodea. Aumente la distancia, piense 2 metros más allá del borde de su cuerpo, sienta las paredes, su forma, su textura, el piso, el techo, toda esta habitación puede “tocar” y sentir todo a su alrededor, sienta el calor de mi cuerpo, lo toca y lo atraviesa. Ahora piense 5 metros más allá del borde de su cuerpo, extienda su percepción, puede sentir las cosas fuera de esta habitación, vaya más allá y salga de este edificio, sienta las cosas que están afuera, sienta el viento, el sol, las plantas los árboles, todo es como un segundo cuerpo, usted es el árbol, usted es las plantas, usted es el viento. Vaya más allá a mil metros fuera de este lugar, puede ver este edificio desde muy lejos, su mente esta libre abierta a la experiencia. Vaya más allá, salga del planeta usted puede sentir y tocar la luna y las estrellas, usted es la luna, puede ver el planeta, puede sentirse que flota en el centro del universo.

QUINTA CONTEMPLACION DEL DOLOR

(Dejar que todo flote en libertad)

Comience a ablandarse alrededor de las sensaciones molestas. Deje que el dolor se quede allí. No se resista. La piel, la carne los huesos se ablandan, todo se ablanda alrededor del dolor como si fuera mantequilla. Ablandece a nivel de las células...deje flotar las sensaciones libremente.

Haga lo mismo con su mente, ablande sus pensamientos, si surge algún pensamiento déjelo volar, si surge alguna sensación, la deja escapar. Cualquier cosa que surja en la mente o en el cuerpo la déjela escapar...duda, confusión, miedo. Deje escapar todo eso.

Imagine su mente como el cielo amplio y vasto, limpio y celeste. Cada experiencia, cada sensación o cada pensamiento es como una nube. Que cambia constantemente y se repliega sobre si misma y se disuelve en la vastedad.

Dejo que mi atención sea como el cielo, que nada retiene, que nada crea, que deja pasar las cosas sin aferrarlas, sin interferir.

Sienta como el cuerpo flota en libertad, vuelva a prestar atención a la respiración, cada respiración recorre el cuerpo. Sienta como los ojos comienzan a abrirse. Mire despacio a su alrededor....

ANEXO 7. FICHA TÉCNICA EVA

Nombre: Escala visual analógica del dolor (EVA)

Nombre original: Escala Visual Analógica (EVA)

Autores: Scott Huskinson (1976)

Descripción:

La Escala Visual Analógica permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas del síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

La valoración será:

Dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 3. 2

Dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 7.

Dolor severo si la valoración es igual o superior a 8.

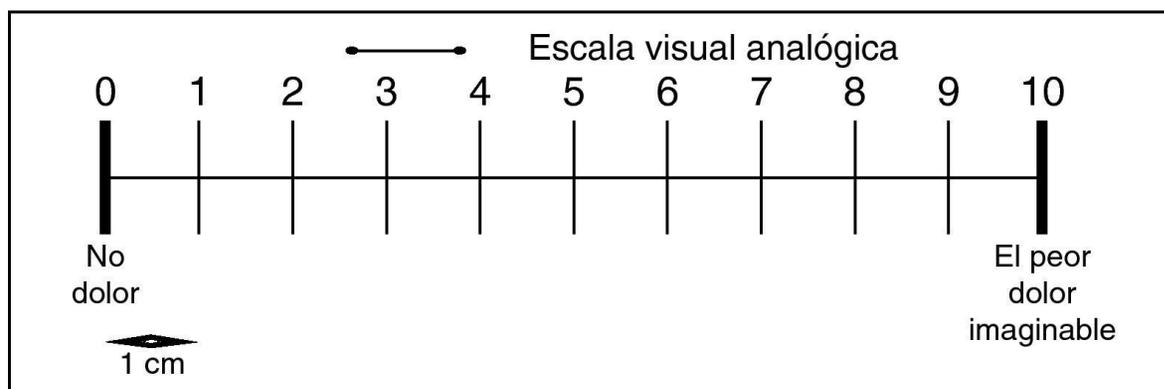
Administración: Individual.

Tiempo de aplicación: 5 minutos

Procedimiento: Se le muestra al sujeto la regla EVA y se le pide que marque en la línea la intensidad de dolor que tiene en ese momento, luego de esto se mide con una regla milimetrada y se realiza la evaluación del puntaje

Población a la que va dirigida: niños, adolescentes y adultos

Materiales: regla EVA, lapicero, regla milimetrada

ANEXO 8. ESCALA VISUAL ANÁLOGA



ANEXO 9. CONSENTIMIENTO INFORMADO



El propósito de este documento es dar a los participantes de esta investigación una clara explicación de lo que se realizará.

Esta investigación es realizada por el equipo de estudiantes de Psicología de la Universidad de El Salvador cuyo objetivo de estudio es:

Evaluar la efectividad del uso de técnicas psicológicas como intervención en la percepción del dolor en pacientes con enfermedad oncológica en cuidados paliativos en el Hospital Divina Providencia

Si usted desea participar en este estudio, se le pedirá responder algunas pruebas y realizar una técnica de intervención. Su participación es completamente voluntaria y la información que usted nos dé, será **confidencial** y no se usará para ningún otro propósito que no sea para esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre lo que se hará, puede hacer preguntas en cualquier momento; igualmente, puede retirarse sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si algo le parece incómodo, usted tiene el derecho de hacérselo saber al investigador.

De antemano se le agradece su participación.

He entendido y acepto participar voluntariamente en esta investigación.

Firma del Participante: _____

Firma de Cuidador: _____

Fecha: _____

ANEXO 10. AUTORIZACIÓN POR EL AUTOR DEL CUESTIONARIO DE MCGILL.



User agreement
Special Terms

Mapi Research Trust, a non-for-profit organisation subject to the terms of the French law of 1st July 1901, registered in Carpentras under number 453 979 346, whose business address is 27 rue de la Villette, 69003 Lyon, France, hereafter referred to as "MRT" and the User, as defined herein, (each referred to singularly as a "Party" and/or collectively as the "Parties"), do hereby agree to the following User Agreement Special and General Terms:

Mapi Research Trust
 PROVIDE™
 27 rue de la Villette
 69003 Lyon
 France
 Phone: +33 (0)4 72 13 66 66

Recitals

The User acknowledges that it is subject to these Special Terms and to the General Terms of the Agreement, which are included in Appendix 1 to these Special Terms and fully incorporated herein by reference. Under the Agreement, the Questionnaire referenced herein is licensed, not sold, to the User by MRT for use only in accordance with the terms and conditions defined herein. MRT reserves all rights not expressly granted to the User.

The Parties, in these Special Terms, intend to detail the special conditions of their partnership.

The Parties intend that all capitalized terms in the Special Terms have the same definitions as those given in article 1 of the General Terms included in Appendix 1.

In this respect, the Parties have agreed as follows:

Article 1. Conditions Specific to the User

Section 1.01 Identification of the User

User Name	Marmin Sosa
Legal Form	Student
Address	final 25 avenida norte San Salvador 0000 San Salvador
Country	El Salvador
Email address	m.raquel.sosa@gmail.com

Section 1.02 Identification of the Questionnaire

Title	McGill Pain Questionnaire Short Form (SF-MPQ)
-------	---

McGill Pain Questionnaire Short Form_UserAgreement_March2016_5.0

© Mapi Research Trust. The unauthorized modification and use of any portion of this document is prohibited.



(iii) Should the Questionnaire not already have been translated into the language requested, the User is entitled to translate the Questionnaire or have it translated in this language, subject to informing MRT of the same beforehand by the signature of a Translation Agreement indicating the terms of it and to providing a copy of the translation thus obtained as soon as possible to MRT.

The User acknowledges and accepts that it is not entitled to amend, modify, condense, adapt, reorganise the Questionnaire on any medium whatsoever, in any way whatsoever, even minor, without MRT's prior specific written consent.

(b) Specific conditions for the Questionnaire

- Use in Individual clinical practice or Research study / project

The User undertakes never to duplicate, transfer or publish the Questionnaire without indicating the Copyright Notice.

- Use in a publication or on a website with unrestricted access:

In the case of a publication, article, study or observation on paper or electronic format of the Questionnaire, the User undertakes to respect the following special obligations:

- not to include any full copy of the Questionnaire, but a protected version with the indication "sample copy, do not use without permission"
- to indicate the name and copyright notice of the Owner
- to include the reference publications of the Questionnaire
- to indicate the details of MRT for any information on the Questionnaire as follows: contact information and permission to use: Mapi Research Trust, Lyon, France – Internet: <https://eprovide.mapi-trust.org/>
- to provide MRT, as soon as possible, with a copy of any publication regarding the Questionnaire, for information purposes
- to submit the screenshots of all the Pages where the Questionnaire appears to MRT before release to check that the above-mentioned requirements have been respected.

- Use for dissemination:

- On a website with restricted access:

In the case of publication on a website with restricted access, the User may include a clean version of the Questionnaire, subject to this version being protected by a sufficiently secure access to only allow the Beneficiaries to access it.

The User undertakes to also respect the following special obligations:

- to indicate the name and copyright notice of the Owner
- to include the reference publications of the Questionnaire
- to indicate the details of MRT for any information on the Questionnaire as follows: contact information and permission to use: Mapi Research Trust, Lyon, France – Internet: <https://eprovide.mapi-trust.org/>
- to submit the screenshots of all the Pages where the Questionnaire appears to MRT before release to check that the above-mentioned requirements have been respected.

- On promotional / marketing documents

In the case of publication on promotional/marketing documents, the User undertakes to respect the following special obligations:

- to indicate the name and copyright notice of the Owner
- to include the reference publications of the Questionnaire
- to indicate the details of MRT for any information on the Questionnaire as follows: contact information and permission to use: Mapi Research Trust, Lyon, France – Internet: <https://eprovide.mapi-trust.org/>
- to provide MRT, as soon as possible, with a copy of any publication regarding the Questionnaire, for information purposes
- to submit the screenshots of all the Pages where the Questionnaire appears to MRT before release to check that

McGill Pain Questionnaire Short Form_UserAgreement_March2016_5.0

© Mapi Research Trust. The unauthorized modification and use of any portion of this document is prohibited.



the above-mentioned requirements have been respected.

For any other use not defined herein, please contact MRT for the specific conditions of use and access fees (if applicable).

Article 3. Term

MRT transfers the Limited Rights to use the Questionnaire as from the date of delivery of the Questionnaire to the User and for the whole period of the Study.

Article 4. Beneficiaries

The Parties agree that the User may communicate the Questionnaire in accordance with the conditions defined above to the Beneficiaries involved in the Study only, in relation to the Study defined in section 2.01.

Article 5. Territories and Languages

MRT transfers the Limited Rights to use the Questionnaire on the following territories and in the languages indicated in the table below.

Questionnaire	Language
SF-MPQ	Spanish for Colombia
SF-MPQ	Spanish for Costa Rica
SF-MPQ	Spanish for Mexico

Article 6. Price and Payment Terms

The User undertakes in relation to MRT to pay the price owed in return for the availability of the Questionnaire, according to the prices set out below, depending on the languages requested and the costs of using the Questionnaire, in accordance with the terms and conditions described in section 6.02 of the General Terms included in Appendix 1.

ROYALTY FEES*	Commercial users	Cost per study	1000 € plus an administrative fee of 1 € per each administration/ reproduction of the measure
		Cost per language	Free
	Funded academic research	Cost per study	Free
		Cost per language	Free
	Not funded academic users	Cost per study	Free
		Cost per language	Free

McGill Pain Questionnaire Short Form_UserAgreement_March2016_5.0

© Mapi Research Trust. The unauthorized modification and use of any portion of this document is prohibited.



(iii) Should the Questionnaire not already have been translated into the language requested, the User is entitled to translate the Questionnaire or have it translated in this language, subject to informing MRT of the same beforehand by the signature of a Translation Agreement indicating the terms of it and to providing a copy of the translation thus obtained as soon as possible to MRT.

The User acknowledges and accepts that it is not entitled to amend, modify, condense, adapt, reorganise the Questionnaire on any medium whatsoever, in any way whatsoever, even minor, without MRT's prior specific written consent.

(b) Specific conditions for the Questionnaire

- Use in Individual clinical practice or Research study / project

The User undertakes never to duplicate, transfer or publish the Questionnaire without indicating the Copyright Notice.

- Use in a publication or on a website with unrestricted access:

In the case of a publication, article, study or observation on paper or electronic format of the Questionnaire, the User undertakes to respect the following special obligations:

- not to include any full copy of the Questionnaire, but a protected version with the indication "sample copy, do not use without permission"

- to indicate the name and copyright notice of the Owner
- to include the reference publications of the Questionnaire
- to indicate the details of MRT for any information on the Questionnaire as follows: contact information and permission to use: Mapi Research Trust, Lyon, France – Internet: <https://eprovide.mapi-trust.org/>

- to provide MRT, as soon as possible, with a copy of any publication regarding the Questionnaire, for information purposes

- to submit the screenshots of all the Pages where the Questionnaire appears to MRT before release to check that the above-mentioned requirements have been respected.

- Use for dissemination:

- On a website with restricted access:

In the case of publication on a website with restricted access, the User may include a clean version of the Questionnaire, subject to this version being protected by a sufficiently secure access to only allow the Beneficiaries to access it.

The User undertakes to also respect the following special obligations:

- to indicate the name and copyright notice of the Owner
- to include the reference publications of the Questionnaire
- to indicate the details of MRT for any information on the Questionnaire as follows: contact information and permission to use: Mapi Research Trust, Lyon, France – Internet: <https://eprovide.mapi-trust.org/>

- to submit the screenshots of all the Pages where the Questionnaire appears to MRT before release to check that the above-mentioned requirements have been respected.

- On promotional / marketing documents

In the case of publication on promotional/marketing documents, the User undertakes to respect the following special obligations:

- to indicate the name and copyright notice of the Owner
- to include the reference publications of the Questionnaire
- to indicate the details of MRT for any information on the Questionnaire as follows: contact information and permission to use: Mapi Research Trust, Lyon, France – Internet: <https://eprovide.mapi-trust.org/>

- to provide MRT, as soon as possible, with a copy of any publication regarding the Questionnaire, for information purposes

- to submit the screenshots of all the Pages where the Questionnaire appears to MRT before release to check that

McGill Pain Questionnaire Short Form_UserAgreement_March2016_5.0

© Mapi Research Trust. The unauthorized modification and use of any portion of this document is prohibited.

ANEXO 11. RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA

*“A continuación realizaremos la técnica denominada **relajación muscular progresiva** el principal objetivo de esta técnica es percibir la presencia de tensiones innecesarias y reducirlas, manteniendo normales los niveles de tensión del resto de músculos y así producir la relajación”*

“Juntos realizaremos esta técnica que consta de cuatro fases, donde se irán relajando diferentes grupos de músculos, yo le iré guiando en cada uno de ellos, pero también necesito de toda su cooperación. Si alguno de los ejercicios se le dificulta o no puede hacerlo concéntrese en su respiración. Si gusta puede cerrar sus ojos para comenzar”

“Iniciaremos realizando unas cuantas respiraciones para producir un estado de relajación tanto físico como mental. Inspire y expire lentamente, concentrándose solamente en su respiración, inspire y expire”

FASE 1: Tensión- Relajación de manos y brazos

Mano y antebrazo dominantes: cierra el puño y apriétalo fuerte. Siente cómo tu mano, tus dedos y tu antebrazo se tensan. Mantén la tensión un momento y luego abre la mano poco a poco mientras sueltas la tensión.

Bíceps dominante: empuja el codo contra el brazo y siente la tensión en el músculo. Manténla durante unos segundos y comienza a aflojarlo suavemente. Concéntrate en la diferencia de sensaciones.

Mano y antebrazo no dominantes: cierra el puño y apriétalo fuerte. Siente cómo tu mano, tus dedos y tu antebrazo se tensan. Mantén la tensión un momento y luego abre la mano poco a poco mientras sueltas la tensión.

Bíceps no dominante: empuja el codo contra el brazo y siente la tensión en el músculo. Manténla durante unos segundos y comienza a aflojarlo suavemente. Concéntrate en la diferencia de sensaciones.

FASE 2: Tensión- Relajación de cabeza, cara y cuello

Frente: arruga la frente subiéndola hacia arriba (subiendo las cejas). Nota la tensión sobre el puente de la nariz y alrededor de cada ceja. Mantén la tensión unos segundos y comienza a relajar muy despacio, tomando conciencia de estas zonas que antes estaban tensas. Tómate un momento para disfrutar de la sensación de relajación.

Parte superior de las mejillas y nariz: arruga la nariz y siente la tensión en las mejillas, en el puente y en los orificios de la nariz. Ve relajando gradualmente dejando que la tensión desaparezca poco a poco.

Parte superior de las mejillas y mandíbula: aprieta los dientes y las muelas como si estuvieras mordiendo algo con mucha fuerza y siente la tensión de los músculos que están a los lados de la cara y en las sienes. Relaja poco a poco. Ahora adopta una sonrisa forzada, estira los labios y nota cómo se tensan las mejillas. A continuación relaja la zona lentamente.

Cuello: empuja la barbilla hacia abajo, como si quisieras tocar el pecho con ella. Aprieta y tensa el cuello y después ve relajando poco a poco mientras notas la sensación.

FASE 3: Tensión- Relajación tórax y abdomen

Tórax: haz una inspiración profunda y mantenla al mismo tiempo que echas los hombros hacia atrás (como intentando que los omóplatos se junten). Siente la tensión en el pecho, en los hombros y en la parte superior de la espalda. A continuación, comienza a relajar despacio.

A partir de este momento, es importante mantener un ritmo pausado y regular de respiración.

Abdomen: inspira profundamente y tensa el estómago, poniéndolo tan duro como puedas. Imagina que te estás preparando para recibir un golpe. Ahora espira y deja que los músculos se vayan relajando para liberarse de la tensión.

FASE 4: Tensión- Relajación de piernas y pies

Parte superior de la pierna y muslo dominantes: inspira profundamente y pon el músculo largo de encima de la pierna en contraposición con los de la parte de atrás. Intenta levantarte del asiento pero sin llegar a conseguirlo. Mantén la tensión unos segundos y relaja progresivamente.

Pantorrilla dominante: inspira profundamente y haz que los dedos del pie miren hacia arriba. Debes sentir la tensión y después haz volver el pie a su posición original mientras espiras y dejas escapar la tensión.

Pie dominante: inspira y estira la punta del pie, girándolo hacia dentro y curvando al mismo tiempo los dedos, pero no tenses demasiado, ya que te podrías hacer daño. A continuación relaja los músculos y nota la ausencia de tensión.

Parte superior de la pierna y muslo no dominantes: inspira profundamente y pon el músculo largo de encima de la pierna en contraposición con los de la parte de atrás. Intenta levantarte del asiento pero sin llegar a conseguirlo. Mantén la tensión unos segundos y relaja progresivamente.

Pantorrilla no dominante: inspira profundamente y haz que los dedos del pie miren hacia arriba. Debes sentir la tensión y después haz volver el pie a su posición original mientras espiras y dejas escapar la tensión

Pie no dominante: inspira y estira la punta del pie, girándolo hacia dentro y curvando al mismo tiempo los dedos, pero no tenses demasiado, ya que te podrías hacer daño. A continuación relaja los músculos y nota la ausencia de tensión.

A medida que vamos relajando músculos, hemos de mantener ese estado de relajación. Es muy importante que esos músculos sobre los que ya hemos trabajado no vuelvan a tensarse. El objetivo es que podamos mantener los músculos relajados sin necesidad de tensarlos previamente, sino evocando mentalmente las sensaciones que antes hemos experimentado.

“Ahora permaneceremos unos minutos disfrutando del estado de relajación completa, centrando nuestra atención en las sensaciones agradables y placenteras”

Para finalizar la sesión, empezaremos a mover con suavidad, y en este orden:

Las piernas y pies.

Brazos y manos.

Cabeza y cuello.

“Finalmente, y lentamente comenzaremos a abrir nuestros ojos.”



**ANEXO 12 . INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA EFICACIA DE
LA TÉCNICA DE VISUALIZACIÓN GUIADA – EVALUACIÓN DE
JUECES**



Percepción del Paciente sobre la técnica de intervención

Instrucciones: Al finalizar la intervención, por favor contestar las siguientes preguntas.

1- ¿Logró seguir las indicaciones?

Sí

No

Es útil

Es necesario

No es útil

No es necesario

Observaciones:

2- ¿Logró concentrarse completamente al seguir las instrucciones de la técnica?

Sí

No

¿Por qué? _____

Es útil

Es necesario

No es útil

No es necesario

Observaciones:

3- ¿Hubo algo que le impidió concentrarse?

Sí No

¿Cuáles? _____

Es útil

Es necesario

No es útil

No es necesario

Observaciones:

4- Su dolor: ¿disminuyó, aumento o se mantuvo igual al utilizar la técnica?

Disminuyó

Igual

Aumentó

Es útil

Es necesario

No es útil

No es necesario

Observaciones:

5- ¿Cuánto tiempo duraron los efectos que se produjeron en usted?

Nada	<input type="checkbox"/>	Menos de 1 hora	<input type="checkbox"/>
Medio día	<input type="checkbox"/>	Todo el día	<input type="checkbox"/>

Es útil	<input type="checkbox"/>	Es necesario	<input type="checkbox"/>
No es útil	<input type="checkbox"/>	No es necesario	<input type="checkbox"/>

Observaciones:

6- La duración de la técnica para usted estuvo:

Estaba bien	<input type="checkbox"/>
La preferiría más larga	<input type="checkbox"/>
La preferiría más corta	<input type="checkbox"/>

Es útil	<input type="checkbox"/>	Es necesario	<input type="checkbox"/>
No es útil	<input type="checkbox"/>	No es necesario	<input type="checkbox"/>

Observaciones:

7- ¿Volvería a utilizar la técnica para aliviar su dolor?

Sí

No

¿Por qué? _____

Es útil

Es necesario

No es útil

No es necesario

Observaciones:

Nombre: _____

Grado académico y especialización: _____

Institución y cargo: _____

Firma y sello de aprobación: _____



**INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA EFICACIA DE LA TÉCNICA DE
VISUALIZACIÓN GUIADA – EVALUACIÓN DE JUECES**



Hospital
Divina Providencia

Percepción del Paciente sobre la técnica de intervención

Instrucciones: Al finalizar la intervención, por favor contestar las siguientes preguntas.

1- ¿Logró seguir las indicaciones?

Sí

No

Es útil

No es útil

Es necesario

No es necesario

Observaciones:

*Me interesaría saber que parte de la
indicación no pudo seguir*

2- ¿Logró concentrarse completamente al seguir las instrucciones de la técnica?

Sí

No

¿Por qué? _____

Es útil

No es útil

Es necesario

No es necesario

Observaciones:

3- ¿Hubo algo que le impidió concentrarse?

Sí No

¿Cuáles? _____

Es útil

No es útil

Es necesario

No es necesario

Observaciones:

4- Su dolor: ¿disminuyó, aumento o se mantuvo igual al utilizar la técnica?

Disminuyó Igual Aumentó

Es útil

No es útil

Es necesario

No es necesario

Observaciones:

5- ¿Cuánto tiempo duraron los efectos que se produjeron en usted?

Nada Menos de 1 hora
Medio día Todo el día

Es útil Es necesario
No es útil No es necesario

Observaciones:

6- La duración de la técnica para usted estuvo:

Estaba bien
La preferiría más larga
La preferiría más corta

Es útil Es necesario
No es útil No es necesario

Observaciones:

7- ¿Volvería a utilizar la técnica para aliviar su dolor?

Sí

No

¿Por qué? _____

Es útil

Es necesario

No es útil

No es necesario

Observaciones:

En este ítem considerar aclarar que la
técnica es un adyuvante para que se le
evolucione en función de esto.

Nombre: Flor de María Cuellar González.

Grado académico y especialización: Cirujano Oncólogo y Cuidados
paliativos

Institución y cargo: Hospital Militar Central, jefe de
Servicio Cirugía Oncológica. (proyecto unidad de

Firma y sello de aprobación: _____ Cuidados Paliativos)

Flor de María Cuellar González





Hospital
Divina Providencia

**INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA EFICACIA DE LA TÉCNICA DE
VISUALIZACIÓN GUIADA – EVALUACIÓN DE JUECES**

Percepción del Paciente sobre la técnica de intervención

Instrucciones: Al finalizar la intervención, por favor contestar las siguientes preguntas.

1- ¿Logró seguir las indicaciones?

Sí

No

Es útil



Es necesario



No es útil



No es necesario



Observaciones:

2- ¿Logró concentrarse completamente al seguir las instrucciones de la técnica?

Sí

No

¿Por qué? _____

Es útil



Es necesario



No es útil



No es necesario



Observaciones:

3- ¿Hubo algo que le impidió concentrarse?

Sí No

¿Cuáles? _____

Es útil

Es necesario

No es útil

No es necesario

Observaciones:

4- Su dolor: ¿disminuyó, aumento o se mantuvo igual al utilizar la técnica?

Disminuyó Igual Aumentó

Es útil

Es necesario

No es útil

No es necesario

Observaciones:

5- ¿Cuánto tiempo duraron los efectos que se produjeron en usted?

Nada Menos de 1 hora
 Medio día Todo el día

Es útil Es necesario
 No es útil No es necesario

Observaciones:

Sugiero preguntar "el efecto de disminución del dolor" conectora.

6- La duración de la técnica para usted estuvo:

Estaba bien
 La preferiría más larga
 La preferiría más corta

Es útil Es necesario
 No es útil No es necesario

Observaciones:

7- ¿Volvería a utilizar la técnica para aliviar su dolor?

Sí

No

¿Por qué? _____

Es útil

No es útil

Es necesario

No es necesario

Observaciones:

Nombre: Marvin Colorado

Grado académico y especialización: Dr. en Medicina - Cuidados Paliativos

Institución y cargo: Hospital Divina Providencia, Subdirección de educación e Investigación.

Firma y sello de aprobación: _____

Dr. Marvin Ernesto Colorado Castellanos
DOCTOR EN MEDICINA
J.V.P.M. 7881




Hospital
Divina Providencia

**INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA EFICACIA DE LA TÉCNICA DE
VISUALIZACIÓN GUIADA – EVALUACIÓN DE JUECES**

Percepción del Paciente sobre la técnica de intervención

Instrucciones: Al finalizar la intervención, por favor contestar las siguientes preguntas.

- comprender y*
^
- 1- ¿Logró seguir las indicaciones?
- Sí No

Es útil Es necesario
No es útil No es necesario

Observaciones:

Es importante indagar si el paciente logró comprender bien la técnica para poder utilizarla posteriormente.

- 2- ¿Logró concentrarse completamente al seguir las instrucciones de la técnica?

Sí No

¿Por qué? _____

Es útil Es necesario
No es útil No es necesario

Observaciones:

3- ¿Hubo algo que le impidió concentrarse?

Sí No

¿Cuáles? _____

Es útil

No es útil

Es necesario

No es necesario

Observaciones:

4- Su dolor: ¿disminuyó, aumento o se mantuvo igual al utilizar la técnica?

Disminuyó Igual Aumentó

Es útil

No es útil

Es necesario

No es necesario

Observaciones:

Agregar pregunta que indique sobre si hubo algun efecto y cuáles?

5- ¿Cuánto tiempo duraron los efectos que se produjeron en usted?

Nada Menos de 1 hora
 Medio día Todo el día

Es útil Es necesario
 No es útil No es necesario

Observaciones:

6- La duración de la técnica para usted estuvo:

bien
muy larga
muy corta

Estaba bien
 La preferiría más larga
 La preferiría más corta

¿Que cree usted que podría mejorar?

Es útil Es necesario
 No es útil No es necesario

Observaciones:

redactar mejor las opciones de respuesta e
indagar que aspectos mejorar.

7- ¿Volvería a utilizar la técnica para aliviar su dolor?

Sí

No

¿Por qué? _____

Es útil

Es necesario

No es útil

No es necesario

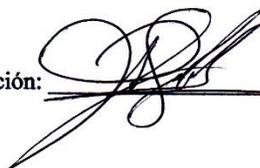
Observaciones:

Nombre: Rebeca Salandra

Grado académico y especialización: Psicóloga / Psico-oncología

Institución y cargo: Hospital Divina Providencia / Psicóloga

Firma y sello de aprobación:



Licda. Rebeca Marielos Salandra Cañas
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
J.V.P.P. No. 6000



**INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA EFICACIA DE LA TÉCNICA DE
VISUALIZACIÓN GUIADA – EVALUACIÓN DE JUECES**



Percepción del Paciente sobre la técnica de intervención

Instrucciones: Al finalizar la intervención, por favor contestar las siguientes preguntas.

1- ¿Logró seguir las indicaciones?

Sí

No

Es útil

Es necesario

No es útil

No es necesario

Observaciones:

2- ¿Logró concentrarse completamente al seguir las instrucciones de la técnica?

Sí

No

¿Por qué? _____

Es útil

Es necesario

No es útil

No es necesario

Observaciones:

3- ¿Hubo algo que le impidió concentrarse?

Sí No

¿Cuáles? _____

Es útil

Es necesario

No es útil

No es necesario

Observaciones:

Pregunta 3 se solapen con pregunta 2

4- Su dolor: ¿disminuyó, aumento o se mantuvo igual al utilizar la técnica?

Disminuyó Igual Aumentó

Es útil

Es necesario

No es útil

No es necesario

Observaciones:

5- ¿Cuánto tiempo duraron los efectos que se produjeron en usted?

Nada Menos de 1 hora
Medio día Todo el día

Es útil Es necesario
No es útil No es necesario

Observaciones:

6- La duración de la técnica para usted estuvo:

Estaba bien
La preferiría más larga
La preferiría más corta

Es útil Es necesario
No es útil No es necesario

Observaciones:

7- ¿Volvería a utilizar la técnica para aliviar su dolor?

Sí

No

¿Por qué? _____

Es útil

Es necesario

No es útil

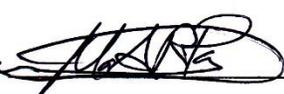
No es necesario

Observaciones:

Nombre: Marco Antonio Rodriguez

Grado académico y especialización: Mtr. Psico-oncología

Institución y cargo: Hospital Donna Friedmann

Firma y sello de aprobación: 

Lic. Marco Antonio Rodriguez Paz
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
J.V.P.P. No. 4515

**ANEXO 13. INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA EFICACIA DE LA
TÉCNICA DE INTERVENCIÓN
Percepción del Paciente sobre la Técnica**



Instrucciones: Al finalizar la intervención, por favor contestar las siguientes preguntas.

1- ¿Logró seguir y comprender las indicaciones?

Sí

No

Si su respuesta fue no ¿Qué no logro comprender?

2- ¿Logró concentrarse completamente al seguir las instrucciones de la técnica?

Sí

No

¿Por qué? _____

3- Su dolor: ¿disminuyo, aumento o se mantuvo igual al utilizar la técnica?

Disminuyó

Igual

Aumentó

Oscilaba

4- ¿Noto algún otro efecto al realizar la técnica?

Sí

No

¿Cuáles? _____

5- ¿Cuánto tiempo duraron los efectos que se produjeron en usted?

Nada

Menos de 1 hora

Medio día

Todo el día

6- La duración de la técnica para usted estuvo:

Bien

Muy larga

Muy corta

¿Qué podría mejorar? _____

7- ¿Volvería a utilizar la técnica como un ayuda para aliviar su dolor?

Sí

No

¿Por qué? _____

ANEXO 14. CREDENCIALES DEL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA

Por medio de la presente se autoriza a: Diana Elizabeth Cereghino Martinez

Realizar estudio a paciente hospitalizado en todos los niveles y revisión de expediente clínico, con fines de investigación, los días, lunes, martes, miércoles, jueves en los horarios de 9:30-11:30 am y de 2:00 a 4:00 pm en las fechas del 21 de mayo al 26 de julio de 2018.

F: _____

Dr. Marvin Colorado

Subdirección de educación e investigación HDP.



Por medio de la presente se autoriza a: Alison Vanessa Rivas Realos

Realizar estudio a paciente hospitalizado en todos los niveles y revisión de expediente clínico, con fines de investigación, los días, lunes, martes, miércoles, jueves en los horarios de 9:30-11:30 am y de 2:00 a 4:00 pm en las fechas del 21 de mayo al 26 de julio de 2018.

F: _____

Dr. Marvin Colorado

Subdirección de educación e investigación HDP.



Por medio de la presente se autoriza a: Marvin Raquel Sosa Carrillo

Realizar estudio a paciente hospitalizado en todos los niveles y revisión de expediente clínico, con fines de investigación, los días, lunes, martes, miércoles, jueves en los horarios de 9:30-11:30 am y de 2:00 a 4:00 pm en las fechas del 21 de mayo al 26 de julio de 2018.

F: _____

Dr. Marvin Colorado

Subdirección de educación e investigación HDP.



ANEXO 15. ENSAYO DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizó un ensayo de la investigación entre 21 al 24 de mayo con el objetivo de identificar dificultades que se puedan producir durante la realización del proyecto y así poder adaptar la investigación al entorno de cuidados paliativos. La planificación inicial de la investigación y realización del ensayo consistía en cuatro días de investigación divididos en los siguientes pasos:

- Día 1: firma de consentimiento informado y aplicación de pruebas pre – test.
- Día 2 y 3: aplicación de técnica de intervención mañana y tarde.
- Día 4: aplicación de técnica de intervención por la mañana y pruebas post test por la tarde.

Se inició el día lunes 21 a las 1.30 de la tarde, con la identificación de pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión. Para este paso se contó con la ayuda del Psico-oncólogo y enfermeras, quienes refirieron a los casos, para posteriormente ser abordados para iniciar con el protocolo procedimental previamente elaborado.

Ambos pacientes que fueron referidos aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado, en el consentimiento también se pide que firme el cuidador o el familiar que esté a cargo, pero en este caso solo un familiar firmo. Se aleatorizaron a través del programa excel para ser asignados al grupo control y experimental.

Se continuó con la aplicación de pruebas (HADS, McGill) que tuvo una duración de 10 minutos aproximadamente en total, lo cual indica que la intervención de las técnicas puede hacer aplicada inmediatamente después de las pruebas. Al finalizar la aplicación se le menciono al paciente que la técnica seria aplicada el siguiente día.

Se realizaron las primeras dos intervenciones sin ninguna dificultad, sin embargo el tercer día de investigación y aplicación de la intervención, el paciente del grupo experimental había fallecido. Solamente se pudo terminar con el ensayo con la paciente del grupo control, quien cumplió con todo el proceso.

Debido a la naturaleza de la enfermedad y estadio de los pacientes quienes se encuentran en estado muy frágil, su condición puede variar significativamente en periodos cortos, por esta razón, para evitar la pérdida de datos y no sobrecargar al paciente se decidió disminuir a dos días investigación y cuatro intervenciones en total, ya que las pruebas pre y post no resultaron ser fatigantes para los pacientes y se pueden aplicar junto con la técnica de intervención, las cuales también fueron modificadas a partir de las observaciones de los pacientes.



San Salvador 24 de mayo de 2018

Señores
Departamento de Psicología
Presente.

Estimados Señores:

Reciban un cordial saludo de parte de nuestra institución, expresándoles nuestros mejores deseos de éxito en su importante labor educativa.

Nos dirigimos a ustedes para informarles que las Bachilleres:

- Diana Elizabeth Cereghino Martínez
- Alison Vanessa Rivas Reales
- Marmin Raquel Sosa Carrillo

Han realizado un ensayo de la investigación denominada "el uso de la técnica de visualización guiada como intervención psicológica en la percepción subjetiva del dolor en pacientes con enfermedad oncológica en cuidados paliativos en el Hospital Divina Providencia", con el fin de identificar posibles dificultades que puedan surgir en el proceso, y así poder adecuarlo a las condiciones necesarias.

Dicho ensayo se realizó durante el periodo de lunes 21 al jueves 24 de mayo del presente año con una muestra de dos pacientes ingresados en el Hospital.

Agradecemos de antemano la colaboración brindada por su institución así como el valioso aporte de las estudiantes a nuestras labores.

Nos despedimos de ustedes,

Atentamente,

Lic. Marco Antonio Rodríguez Paz
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
JVPP No. 4515

Lic. Marco Antonio Rodríguez Paz
Psico-oncologo Hospital Divina Providencia



Consentimiento Informado



El propósito de este documento es dar a los participantes de esta investigación una clara explicación de lo que se realizará.

Esta investigación es realizada por el equipo de estudiantes de Psicología de la Universidad de El Salvador cuyo objetivo de estudio es:

Evaluar la efectividad del uso de técnicas psicológicas como intervención en la percepción del dolor en pacientes con enfermedad oncológica en cuidados paliativos en el Hospital Divina Providencia

Si usted desea participar en este estudio, se le pedirá responder algunas pruebas y realizar una técnica de intervención. Su participación es completamente voluntaria y la información que usted nos dé, será **confidencial** y no se usará para ningún otro propósito que no sea para esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre lo que se hará, puede hacer preguntas en cualquier momento; igualmente, puede retirarse sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si algo le parece incómodo, usted tiene el derecho de hacérselo saber al investigador.

De antemano se le agradece su participación.

Kevin Alonso Ruiz Ramirez

He entendido y acepto participar voluntariamente en esta investigación.

Firma del Participante: _____

Firma de Cuidador: _____

Fecha: 21-05-2018

Ficha de Datos

Correlativo E1P Grupo Experimental Grupo Control

Datos Sociodemográficos

1. Nombre: <u>Kevin Alonso Perol Ramirez</u>	
2. Edad: <u>24 años</u>	
3. Genero	
a. Femenino <input type="checkbox"/>	b. Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
4. Estado Civil	
a. Soltero <input checked="" type="checkbox"/>	b. Casado/a <input type="checkbox"/>
c. Acompañado <input type="checkbox"/>	d. Divorciado <input type="checkbox"/>
5. Nivel educativo	
a. Sin educación <input type="checkbox"/>	b. Educación básica <input type="checkbox"/>
c. Bachillerato <input type="checkbox"/>	d. Universitario <input checked="" type="checkbox"/>

Datos Clínicos

6. Fecha de ingreso: <u>14-05-2018</u>	
7. Lugar de Referencia	
a. Hospital N. Rosales <input checked="" type="checkbox"/>	b. Instituto del Cáncer <input type="checkbox"/>
c. ISSS <input type="checkbox"/>	d. Otros <input type="checkbox"/>
8. Tipo de cáncer	
a. Tumor Sólido <input checked="" type="checkbox"/>	b. Hematológica <input type="checkbox"/>
9. Metástasis	
a. Si <input type="checkbox"/>	b. No <input checked="" type="checkbox"/>
10. Tipo de dolor	
a. Somático <input type="checkbox"/>	b. Visceral <input checked="" type="checkbox"/>
c. Mixto con componente neurótico <input type="checkbox"/>	<u>mixto sin componente neuropático</u> <input checked="" type="checkbox"/>
11. Karnofsky: <u>30%</u>	

Control de Intervenciones

Correlativo: E1P

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Vía de Aplicación	# Rescates	EVA Pre	EVA Post	Comentarios/ Observaciones
Sesión 1								
22-05-2018	10:00 am	Morfina				4	3	En algunos momentos el paciente se queda dormido expuso que durante la técnica no sentía dolor
Sesión 2								
22-05-2018	2:25 pm	Morfina				2	4	Se muestra un poco inquieto se queda dormido Expuso que por el accidente con un fresco le tuvieron que suturar los sesos de la cabeza
Sesión 3								
23-05-2018	10:00 am							hizo movimientos bruscos y así no lo logro que se acenceren.
Sesión 4								
Sesión 5								

Short-Form McGill - Spanish version for Costa Rica

**Cuestionario McGill sobre Dolor – Versión corta
(SF-MPQ)**

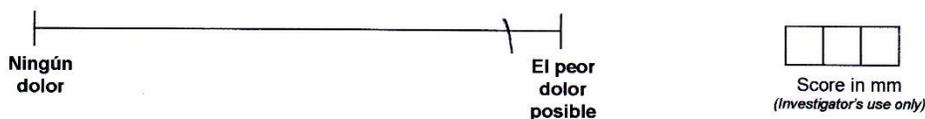
Correlativo: E1P Fecha: 21-05-2018

A. POR FAVOR DESCRIBA EL DOLOR QUE USTED TUVO DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA (7 DÍAS).
(Marque con una X solo un cuadro de cada línea.)

	Ningún dolor	Leve	Moderado	Severo
1. Palpitante	0 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
2. Como corriente eléctrica	0 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3. Como una puñalada	0 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4. Punzante	0 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
5. Como un calambre	0 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
6. Que carcome	0 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
7. Caliente, como una quemadura	0 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8. Como una molestia	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
9. Como un peso	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input checked="" type="checkbox"/>
10. Sensible al tacto	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
11. Como si fuera a estallar o partir en dos	0 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
12. Que cansa o agotador	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input checked="" type="checkbox"/>
13. Que da náuseas	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
14. Que da miedo	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
15. Violento o cruel	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input checked="" type="checkbox"/>

B. CALIFIQUE EL DOLOR QUE TUVO DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA

La siguiente línea representa un dolor de intensidad que aumenta desde "Ningún dolor" hasta "El peor dolor posible". Marque una raya (|) que cruce la línea en el lugar que mejor describa la intensidad de su dolor durante la última semana (7 días).

**C. INTENSIDAD DEL DOLOR EN ESTE MOMENTO**

- 0 Ningún dolor
 1 Leve
 2 Molesto
 3 Desesperante
 4 Horrible
 5 Insoportable

Cuestionario desarrollado por Ronald Melzack

Copyright R. Melzack, 1970, 1987

Escala H.A.D.

Correlativo: E1PFecha: 21-05-2018

Instrucciones: Marque con una "x" la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontaneas tienen mayor valor que las que se piensan mucho.

1. Me siento tenso(a) o nervioso(a):

<input type="checkbox"/> Todo el día	<input type="checkbox"/> Casi todo el día	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca
--------------------------------------	---	---	---
2. Sigo disfrutando las mismas cosas de siempre:

<input checked="" type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> No en absoluto
--	---	-----------------------------------	---
3. Siento una especie de temor como si algo me fuera a suceder:

<input type="checkbox"/> Sí y muy intenso	<input type="checkbox"/> Sí, pero no muy intenso	<input checked="" type="checkbox"/> Sí, pero no me preocupa	<input type="checkbox"/> No siento nada de eso
---	--	---	--
4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input checked="" type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> No en absoluto
---------------------------------------	--	-----------------------------------	---
5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones

<input type="checkbox"/> Todo el día	<input type="checkbox"/> Casi todo el día	<input checked="" type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> Nunca
--------------------------------------	---	--	--------------------------------
6. Me siento alegre

<input checked="" type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> No en absoluto
--	---	-----------------------------------	---
7. Soy capaz de permanecer sentado(a) tranquila y relajadamente

<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input checked="" type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> No en absoluto
---------------------------------------	---	--	---
8. Me siento lento(a) y torpe

<input type="checkbox"/> Todo el día	<input type="checkbox"/> Casi todo el día	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca
--------------------------------------	---	---	---
9. Experimento una desagradable sensación de nervios y vacío en el estómago

<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input checked="" type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> No en absoluto
---------------------------------------	---	--	---
10. He perdido el interés en mi aspecto personal

<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input checked="" type="checkbox"/> No en absoluto
---------------------------------------	---	-----------------------------------	--
11. Me siento inquieto(a) como si no pudiera dejar de moverme

<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input checked="" type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> No en absoluto
---------------------------------------	--	-----------------------------------	---
12. Espero las cosas con ilusión

<input checked="" type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> No en absoluto
--	---	-----------------------------------	---
13. Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor

<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input checked="" type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> No en absoluto
---------------------------------------	---	--	---
14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro, programa de radio o televisión

<input checked="" type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> No en absoluto
--	---	-----------------------------------	---



Consentimiento Informado



El propósito de este documento es dar a los participantes de esta investigación una clara explicación de lo que se realizará.

Esta investigación es realizada por el equipo de estudiantes de Psicología de la Universidad de El Salvador cuyo objetivo de estudio es:

Evaluar la efectividad del uso de técnicas psicológicas como intervención en la percepción del dolor en pacientes con enfermedad oncológica en cuidados paliativos en el Hospital Divina Providencia

Si usted desea participar en este estudio, se le pedirá responder algunas pruebas y realizar una técnica de intervención. Su participación es completamente voluntaria y la información que usted nos dé, será **confidencial** y no se usará para ningún otro propósito que no sea para esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre lo que se hará, puede hacer preguntas en cualquier momento; igualmente, puede retirarse sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si algo le parece incómodo, usted tiene el derecho de hacérselo saber al investigador.

De antemano se le agradece su participación.

He entendido y acepto participar voluntariamente en esta investigación.

Firma del Participante: _____

Firma de Cuidador: _____

Fecha: 21. Mayo. 2018

Ficha de Datos

Correlativo C1-P

Grupo Experimental Grupo Control X

Datos Sociodemográficos

1. Nombre: <u>Evely Xiomara Guevara</u>			
2. Edad: <u>45 años</u>			
3. Genero			
a. Femenino	<input checked="" type="checkbox"/>	b. Masculino	<input type="checkbox"/>
4. Estado Civil			
a. Soltero	<input type="checkbox"/>	b. Casado/a	<input type="checkbox"/>
c. Acompañado	<input checked="" type="checkbox"/>	d. Divorciado	<input type="checkbox"/>
5. Nivel educativo			
a. Sin educación	<input type="checkbox"/>	b. Educación básica	<input checked="" type="checkbox"/>
c. Bachillerato	<input type="checkbox"/>	d. Universitario	<input type="checkbox"/>

Datos Clínicos

6. Fecha de ingreso: <u>15 de abril 2018</u>			
7. Lugar de Referencia			
a. Hospital N. Rosales	<input type="checkbox"/>	b. Instituto del Cáncer	<input checked="" type="checkbox"/>
c. ISSS	<input type="checkbox"/>	d. Otros	<input type="checkbox"/>
8. Tipo de cáncer			
a. Tumor Sólido	<input checked="" type="checkbox"/>	b. Hematológica	<input type="checkbox"/>
9. Metástasis (<u>sin evidencias</u>)			
a. Si	<input type="checkbox"/>	b. No	<input type="checkbox"/>
10. Tipo de dolor			
a. Somático	<input type="checkbox"/>	b. Visceral	<input checked="" type="checkbox"/>
c. Mixto con componente neurótico	<input type="checkbox"/>	<u>d. Mixto sin componente neuropático</u>	
11. Karnofsky: <u>40%</u>			

Control de Intervenciones

Correlativo: S1-P

Por 24 horas

Fecha	Hora	Medicamento	DEMD Dosis 24 horas	Vía de Aplicación	# Rescates	EVA Pre	EVA Post	Comentarios/ Observaciones
Sesión 1								
22.05.2018	10:00am	Metadona	325mg	Vía Oral	1	7	4	La paciente se observó tranquila y seguía las indicaciones de la técnica.
Sesión 2								
22.05.2018	2:30am	Metadona				6	4	La paciente deliró la técnica faltado 4 minutos ya que se sentía incomoda y quería que la viera un doctor.
Sesión 3								
23.05.2018	10:00am	Metadona	325mg	Vía Oral	1	4	4	Paciente ansiosa por problema familiar, recibió dosis de lorazepam antes de la intervención pero realiza la técnica completa.
Sesión 4								
23.05.2018	2:30pm	Metadona				6	6	Al inicio de la sesión se observó a la paciente incomoda y expresó tener dolor. Se encontraste recibiendo infusión de suero. Realizo toda la técnica.
Sesión 5								
24.05.2018	11:00am	Metadona	162.5mg	Vía Oral	-	4	5	La paciente tenía dolor pero acepto realizar la técnica, se le noto tranquil realizando las respiraciones pero no se concentraba completamente.

Short-Form McGill - Spanish version for Costa Rica

**Cuestionario McGill sobre Dolor – Versión corta
(SF-MPQ)**

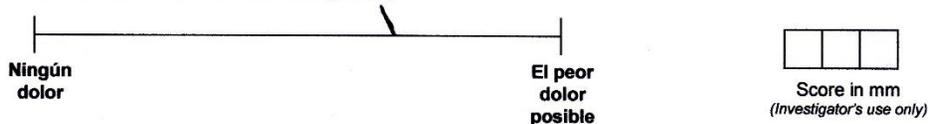
Correlativo: CP-P Fecha: 21.05.2018

A. POR FAVOR DESCRIBA EL DOLOR QUE USTED TUVO DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA (7 DÍAS).
(Marque con una X solo un cuadro de cada línea.)

	Ningún dolor	Leve	Moderado	Severo
1. Palpitante	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input checked="" type="checkbox"/>
2. Como corriente eléctrica	0 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3. Como una puñalada	0 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4. Punzante	0 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
5. Como un calambre	0 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
6. Que carcome	0 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
7. Caliente, como una quemadura	0 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8. Como una molestia	0 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
9. Como un peso	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input checked="" type="checkbox"/>
10. Sensible al tacto	0 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
11. Como si fuera a estallar o partir en dos	0 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
12. Que cansa o agotador	0 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
13. Que da náuseas	0 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
14. Que da miedo	0 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
15. Violento o cruel	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input checked="" type="checkbox"/>

B. CALIFIQUE EL DOLOR QUE TUVO DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA

La siguiente línea representa un dolor de intensidad que aumenta desde "Ningún dolor" hasta "El peor dolor posible". Marque una raya (|) que cruce la línea en el lugar que mejor describa la intensidad de su dolor durante la última semana (7 días).



C. INTENSIDAD DEL DOLOR EN ESTE MOMENTO

- 0 Ningún dolor
1 Leve
2 Molesto
3 Desesperante
4 Horrible
5 Insoportable

Cuestionario desarrollado por Ronald Melzack

Copyright R. Melzack, 1970, 1987

Escala H.A.D.

Correlativo: C1-PFecha: 21.05.2018

Instrucciones: Marque con una "x" la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontaneas tienen mayor valor que las que se piensan mucho.

1. Me siento tenso(a) o nervioso(a):
 Todo el día Casi todo el día De vez en cuando Nunca
2. Sigo disfrutando las mismas cosas de siempre:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto
3. Siento una especie de temor como si algo me fuera a suceder:
 Sí y muy intenso Si, pero no muy intenso Si, pero no me preocupa No siento nada de eso
4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto
5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones
 Todo el día Casi todo el día De vez en cuando Nunca
6. Me siento alegre
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto
7. Soy capaz de permanecer sentado(a) tranquila y relajadamente
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto
8. Me siento lento(a) y torpe
 Todo el día Casi todo el día De vez en cuando Nunca
9. Experimento una desagradable sensación de nervios y vacío en el estómago
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto
10. He perdido el interés en mi aspecto personal
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto
11. Me siento inquieto(a) como si no pudiera dejar de moverme
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto
12. Espero las cosas con ilusión
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto
13. Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto
14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro, programa de radio o televisión
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

Short-Form McGill - Spanish version for Costa Rica

**Cuestionario McGill sobre Dolor – Versión corta
(SF-MPQ)**

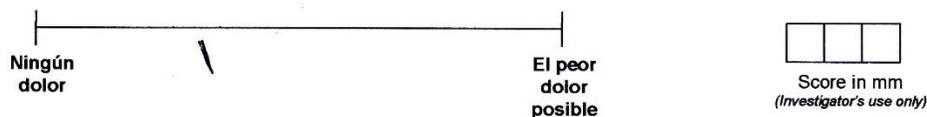
Correlativo: C1-P Fecha: 24.05.2018

A. POR FAVOR DESCRIBA EL DOLOR QUE USTED TUVO DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA (7 DÍAS).
(Marque con una X solo un cuadro de cada línea.)

	Ningún dolor	Leve	Moderado	Severo
1. Palpitante	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
2. Como corriente eléctrica	0 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3. Como una puñalada	0 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4. Punzante	0 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
5. Como un calambre	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
6. Que carcome	0 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
7. Caliente, como una quemadura	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8. Como una molestia	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
9. Como un peso	0 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
10. Sensible al tacto	0 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
11. Como si fuera a estallar o partir en dos	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input checked="" type="checkbox"/>
12. Que cansa o agotador	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input checked="" type="checkbox"/>
13. Que da náuseas	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
14. Que da miedo	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
15. Violento o cruel	0 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

B. CALIFIQUE EL DOLOR QUE TUVO DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA

La siguiente línea representa un dolor de intensidad que aumenta desde "Ningún dolor" hasta "El peor dolor posible". Marque una raya (|) que cruce la línea en el lugar que mejor describa la intensidad de su dolor durante la última semana (7 días).



C. INTENSIDAD DEL DOLOR EN ESTE MOMENTO

- 0 Ningún dolor
 1 Leve
 2 Molesto
 3 Desesperante
 4 Horrible
 5 Insoportable

Cuestionario desarrollado por Ronald Melzack

Copyright R. Melzack, 1970, 1987

Escala H.A.D.

Correlativo: C1-PFecha: 24.05.2018

Instrucciones: Marque con una "x" la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontaneas tienen mayor valor que las que se piensan mucho.

1. Me siento tenso(a) o nervioso(a):

<input checked="" type="checkbox"/> 1. Todo el día	<input type="checkbox"/> 2. Casi todo el día	<input type="checkbox"/> 3. De vez en cuando	<input type="checkbox"/> 4. Nunca
--	--	--	-----------------------------------
2. Sigo disfrutando las mismas cosas de siempre:

<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input checked="" type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> No en absoluto
---------------------------------------	---	--	---
3. Siento una especie de temor como si algo me fuera a suceder:

<input type="checkbox"/> Sí y muy intenso	<input checked="" type="checkbox"/> Sí, pero no muy intenso	<input type="checkbox"/> Si, pero no me preocupa	<input type="checkbox"/> No siento nada de eso
---	---	--	--
4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

<input checked="" type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> No en absoluto
--	---	-----------------------------------	---
5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones

<input checked="" type="checkbox"/> Todo el día	<input type="checkbox"/> Casi todo el día	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> Nunca
---	---	---	--------------------------------
6. Me siento alegre

<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input checked="" type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> No en absoluto
---------------------------------------	---	--	---
7. Soy capaz de permanecer sentado(a) tranquila y relajadamente

<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input checked="" type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> No en absoluto
---------------------------------------	---	--	---
8. Me siento lento(a) y torpe

<input type="checkbox"/> Todo el día	<input type="checkbox"/> Casi todo el día	<input checked="" type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> Nunca
--------------------------------------	---	--	--------------------------------
9. Experimento una desagradable sensación de nervios y vacío en el estómago

<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input checked="" type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> No en absoluto
---------------------------------------	---	--	---
10. He perdido el interés en mi aspecto personal

<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input checked="" type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> No en absoluto
---------------------------------------	---	--	---
11. Me siento inquieto(a) como si no pudiera dejar de moverme

<input checked="" type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> No en absoluto
--	---	-----------------------------------	---
12. Espero las cosas con ilusión

<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input checked="" type="checkbox"/> No en absoluto
---------------------------------------	---	-----------------------------------	--
13. Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor

<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input checked="" type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> No en absoluto
---------------------------------------	---	--	---
14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro, programa de radio o televisión

<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input checked="" type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> No en absoluto
---------------------------------------	--	-----------------------------------	---



INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA EFICACIA DE LA TÉCNICA INTERVENCIÓN



Percepción del Paciente sobre la técnica de intervención

Instrucciones: Al finalizar la intervención, por favor contestar las siguientes preguntas.

1- ¿Logró seguir y comprender las indicaciones?

Sí

No

Si su respuesta fue no ¿Qué no logro comprender?

2- ¿Logró concentrarse completamente al seguir las instrucciones de la técnica?

Sí

No

¿Por qué? _____

3- Su dolor: ¿disminuyo, aumento o se mantuvo igual al utilizar la técnica?

Disminuyó

Igual

Aumentó

Osilaba

4- ¿Noto algún otro efecto al realizar la técnica?

Sí

No

¿Cuáles? *Desahogo y tranquilidad* _____

5- ¿Cuánto tiempo duraron los efectos que se produjeron en usted?

Nada

Menos de 1 hora

Medio día

Todo el día

6- La duración de la técnica para usted estuvo:

Bien

Muy larga

Muy corta

¿Qué podría mejorar? *Controlar las interrupciones* _____

7- ¿Volvería a utilizar la técnica como un ayuda para aliviar su dolor?

Sí

No

¿Por qué? *Por que la ayudo a relajarse* _____

ANEXO 16. ESTRUCTURA DE PROTOCOLO PROCEDIMENTAL**Paso 1**

Presentación

Desmitificación

Propuesta de intervención con el paciente

Firma de consentimiento informado

Randomización de grupos

Paso 2

Llenado de ficha de paciente a través de expediente medico

Aplicación de pruebas (EVA, McGill, Hads)

Paso 3**Día 2**

Inicio de intervención con técnica psicológica

Medición de Eva

Aplicación del audio de la técnica de intervención

Medición de Eva

*Aplicación am y pm

Día 3

Medición de Eva

Aplicación del audio de la técnica de intervención

Medición de Eva

*Aplicación am y pm

Día 4

Medición de Eva

Aplicación del audio de la técnica de intervención

Medición de Eva

*Aplicación am y pm

Paso 4

Aplicación de pruebas (McGill, HadS)

Entrevista sobre técnica

Cierre de intervención

PROTOCOLO PROCEDIMENTAL

PASO 1

Día 1

Presentación

“Buenos días Señor/a... mi nombre es... y soy estudiante de la Universidad de El Salvador y junto con mi equipo estamos realizando un trabajo de investigación en el Hospital Divina Providencia sobre el uso de técnicas psicológicas en la percepción del dolor”

Desmitificación

“Quisiera comentarle que un psicólogo no es la persona que mira a los locos como comúnmente creemos si no que es una persona que nos ayuda a reconocer nuestras emociones y pensamientos para que podamos hacerle frente a los problemas y solucionarlos; y es así como nosotros también nos interesamos en estudiar e investigar diferentes situaciones que pueden estar afectando a las personas y buscar las mejores soluciones para ellos.”

Propuesta de intervención con el paciente

“Por esta razón es que en esta ocasión deseo pedirle de su colaboración en la realización de la investigación. Contamos con un grupo seleccionado de participantes y usted es una de ellas, si usted desea participar el proceso durara solamente cuatro días y se realizara de esta manera:

Si usted acepta participar firmaremos un convenio donde queda claramente establecido el objetivo de esta investigación, su autenticidad y la confidencialidad con que todos los datos obtenidos serán tratados, luego realizaremos un par de pruebas juntas, que consisten en una serie de preguntas que yo realizare y usted contestara de ciertas opciones que le daré, relacionado al dolor que padece por su enfermedad y otros factores. Con eso terminaríamos en este primer día y los tres días siguientes procederemos a realizar la intervención psicológica mañana y tarde, donde al iniciar se le preguntara el nivel de dolor que tiene, al terminar la técnica le preguntare una vez más el nivel de dolor; el cuarto y último día al finalizar la intervención se le realizara una vez más las pruebas que realizamos este primer día y una breve entrevista sobre la técnica realizada.”

“Con los resultados de esta intervención podremos conocer la utilidad de la técnica y si esta incide efectivamente en la percepción del dolor para así poderla aplicar con otros personas que padecen de dolor fuerte y ayudarlas a controlarlo; pero principalmente para aportarle a usted una herramienta para afrontar el dolor como un herramienta extra a los medicamentos proporcionado por los doctores y enfermeras en el Hospital

Así que ahora no me queda más que preguntarle si le gustaría ayudarme en este proceso....”

(De responder NO: *“entiendo sus razones e igualmente le doy las gracias por su tiempo”*)

De responder SI: *“Entonces si le parece bien a continuación procederé a leerle y mostrarle el consentimiento informado del que le hable para que pueda firmarlo y dar comienzo a todo el proceso...”*

Firma del consentimiento informado

“Ahora si me permite saldré por un momento y regresare dentro de aproximadamente una hora con los instrumentos para comenzar”

Randomización de sujetos

PASO 2

Llenado de ficha de paciente a través del expediente medico

“Ahora que regrese pasaremos a la realización de las pruebas, estas consisten en dos cuestionarios, el primero es el Inventario del Dolor de McGill y luego realizaremos el Hads, yo le iré leyendo cada una de las preguntas y dándole diferentes opciones donde usted escogerá la que mas le parezca. Comencemos...”

Aplicación de pruebas (Mcgill, Hads)

“Y ahora sí, esto es todo por este día Señor/a y no me queda más que agradecerle por su colaboración. Volveré mañana a las 10 am para comenzar con la intervención. Feliz día”

PASO 3

Día 2

INTERVENCIÓN AM

Inicio de intervención con técnica psicológica

“Buenos días señor/a como esta? Espero se sienta lista para comenzar con la aplicación de la técnica de intervención y si gusta comenzamos ya”

Medición de Eva

“Para comenzar me gustaría preguntarle cuanto le asigna al dolor en un puntaje del 0 al 10 donde 0 es el mínimo de dolor y 10 el máximo”

Aplicación de audio de la técnica intervención

“De acuerdo, ahora para comenzar yo le colocaré estos audífonos donde se reproducirá la técnica que trabajaremos, todo lo que usted debe hacer es escuchar y concentrarse en la grabación y seguir sus indicaciones”

*Se entrega y ayuda a colocar audífonos y se reproduce la grabación

Medición de EVA

“Ok ahora que hemos terminado con el audio me gustaría hacerle solamente una pregunta y es cuanto le asigna de puntaje al dolor en este momento”

Finalización de sesión

“Muy bien Señor/a ... eso es todo por este momento, yo regresare por la tarde para que volvamos a realizar la técnica. Muchas gracias”

INTERVENCIÓN PM

“Buenas tardes, es la hora de repetir la técnica y también me gustaría recordarle que con su realización constante los resultados de esta serán mucho más favorables, además de que le servirá para aprenderla y poderla aplicar cuando se encuentre solo padeciendo de dolor”

Medición de EVA

“Ahora si gusta comenzamos con su aplicación pero antes me gustaría saber el puntaje que le asigna al dolor en este momento”

Aplicación del audio de la técnica de intervención

“Ahora sí pasamos a escuchar el audio con la técnica”

Se entrega audífonos y se reproduce

Medición de EVA

“Ahora me gustaría conocer una vez más el puntaje que le da al dolor”

Finalización de sesión

“Y eso es todo por este día señor/a. Gracias por su disposición y volveré mañana a las 10 am para que continuemos. Feliz día”

Día 3

INTERVENCIÓN AM

“Buenos días señor/a como esta? Espero se sienta lista para continuar con la aplicación de la técnica de intervención y si gusta comenzamos ya”

Medición de Eva

“Para comenzar me gustaría preguntarle cuanto le asigna al dolor en este momento”

Aplicación de audio de la técnica de intervención

“De acuerdo, ahora le entregare los audífonos para que comencemos con la técnica”

*Se entrega y ayuda a colocar audífonos y se reproduce la grabación

Medición de EVA

“Ok ahora que hemos terminado con el audio me gustaría preguntarle cuanto le asigna de puntaje al dolor en este momento”

Finalización de sesión

“Muy bien Señor/a ... eso es todo por este momento, yo regresare nuevamente por la tarde para que volvamos a realizar la técnica. Muchas gracias”

INTERVENCIÓN PM

“Buenas tardes, es la hora de repetir la técnica y si gusta comenzamos”

Medición de EVA

“Me gustaría saber el puntaje que le asigna al dolor en este momento”

Aplicación del audio de la técnica de intervención

“Ahora sí pasamos a escuchar el audio con la técnica”

Se entrega audífonos y se reproduce

Medición de EVA

“Ahora quisiera conocer una vez más el puntaje que le da al dolor”

Finalización de sesión

“Y eso es todo por este día señor/a. Gracias por su disposición y volveré mañana a las 10 am para que volvamos a repetirla. Feliz día”

Día 4.

INTERVENCIÓN AM

“Buenos días, hoy es el último día de intervención y espero se sienta de ánimos para su realización y darle una buena despedida, pero también quiero recordarle que usted podrá seguir realizando solo/a la técnica cuando lo considere conveniente”

Medición de EVA

“Ahora si procederemos a escuchar el audio pero antes me gustaría saber cómo puntúa el dolor este día”

Aplicación del audio de la técnica de intervención

“Ok ahora acá están los audífonos y le damos play a la grabación para iniciar con la técnica”

Medición de EVA

“Ahora que la grabación ha terminado me gustaría saber cuál es el puntaje que le da al dolor en este momento”

Finalización de sesión

“Ok, yo regresare por la tarde para que realicemos la última aplicación juntos”

INTERVENCIÓN PM

“Buenas tarde, ¿está lista para la última aplicación juntas de la técnica?”

Bueno pues para no alargarnos comenzaremos ya pues al finalizar la grabación realizaremos los mismos cuestionarios del primer día y una pequeña entrevista a cerca de la técnica”

Medición de EVA

“¿Cuál es el puntaje que le da al dolor en este momento?”

Aplicación del audio de la técnica de intervención

“Ok ahora sí pasamos a escuchar la grabación”

Medición de EVA

“Muy bien ahora sí, me gustaría saber el puntaje que le da en este momento al dolor”

PASO 4**Aplicación de pruebas (Mcgill, Hads)**

“Y ahora me gustaría que me conteste los siguientes cuestionarios, yo le leeré las preguntas y usted me da la opción que más le parezca...”

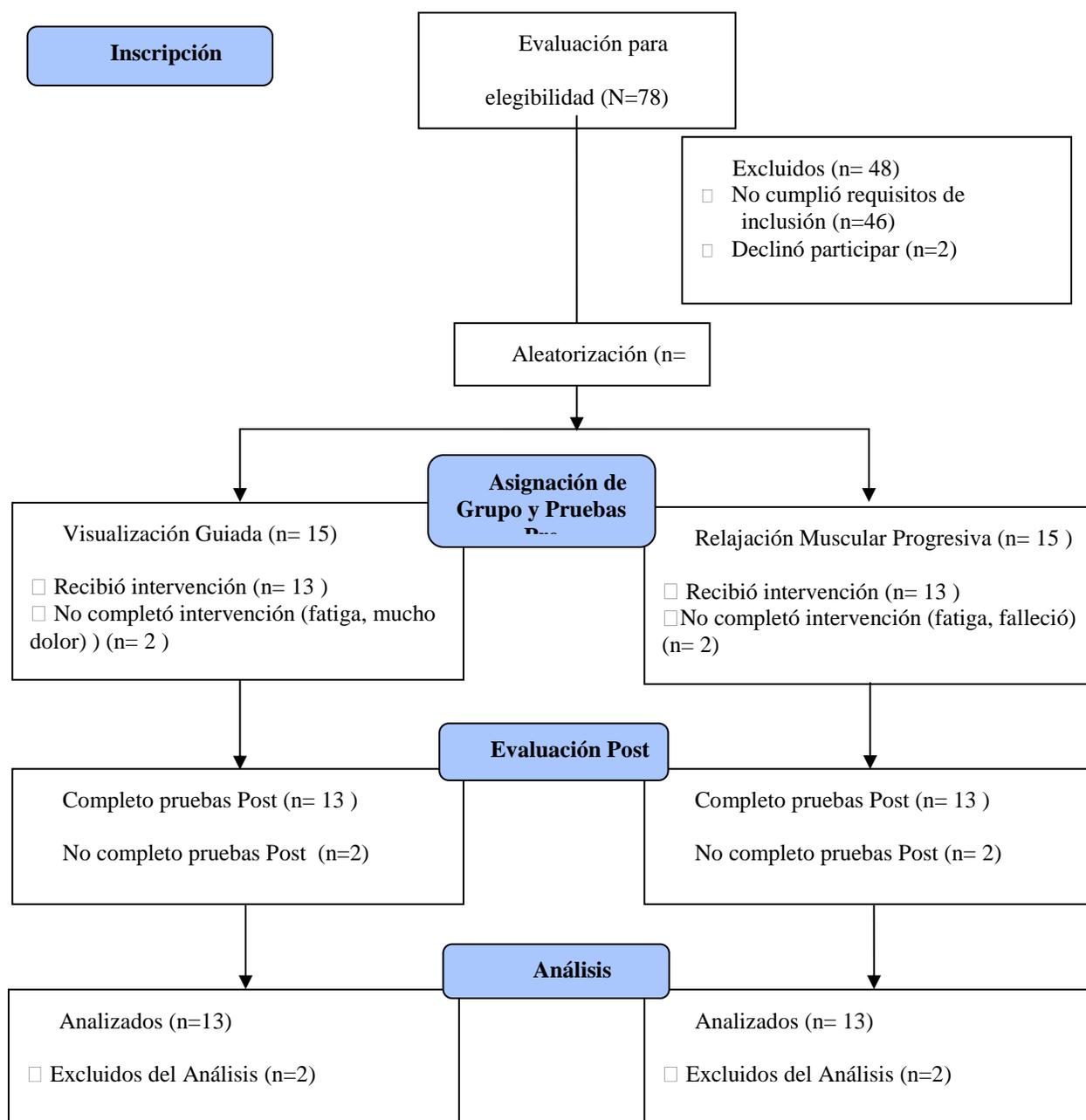
Entrevista sobre la técnica

“Y ya casi para finalizar quiero hacerle unas pocas preguntas pero ahora respecto a la técnica que hemos venido realizando en estos últimos tres días”

Cierre de intervención

“Ok Señor/a realmente me gustaría darle las gracias de mi parte y de todo el equipo investigador por su valiosa participación, la disposición que puso cada día y el esfuerzo que se tomó ya que a pesar de sentir dolor o cansancio continuo trabajando conmigo. Espero que esta pequeña intervención fuera de ayuda para usted y siga aplicando lo que ha aprendido con su realización, tenga por seguro que los resultados obtenidos con usted son de gran ayuda para nosotros y el aporte que podemos darle tanto a nuestra profesión como a otros pacientes que sufren de dolor. Una vez más GRACIAS”

ANEXO 17. DIAGRAMA DE FLUJO DE INVESTIGACIÓN



CRONOGRAMA

149

TIEMPO	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE			
ACTIVIDAD	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4
Elección del tema de y posibles instituciones para realizar la investigación.																																				
Contacto con la institución para la aprobación del tema.																																				
Elaboración del planteamiento del problema y marco teórico.																																				
Elaboración del marco metodológico y elección de instrumentos de evaluación.																																				
Presentación del proyecto de investigación a la asesora docente.																																				
Grabación y edición de audios de técnicas de intervención																																				
Validación de contenido por expertos en cuidados paliativos para el cuestionario de medición de la eficacia de la técnica de intervención.																																				
Entrega y autorización del programa de actividades de																																				

ANEXO 18. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LA MUESTRA

Código	Grupo	Nombre	Edad	Género	Estado Civil	Nivel Educativo
GE 1	Experimental	Eriberto Martínez	36	Masculino	Acompañada	Básica
GE 2	Experimental	Virgilio Castellano	35	Masculino	Casado	Básica
GE 3	Experimental	René Mauricio Suria	39	Masculino	Acompañada	Básica
GE 4	Experimental	Elva Margarita Chente	60	Femenino	Casado	Ninguna
GE5	Experimental	Ana Gloria García	51	Femenino	Casado	Básica
GE6	Experimental	Dora Alicia Recinos	68	Femenino	soltera	Sin educación
GE7	Experimental	Gloria Margarita Alvarado	68	Femenino	Casado	Universitario
GE8	Experimental	Ana Francisca Lemus	42	Femenino	Acompañada	Sin educación
GE9	Experimental	María Julia Archila de Reyes	60	Femenino	casada	sin educación
GE10	Experimental	Kenia Concepción Campos Molina	30	Femenino	Casada	Bachillerato
GE11	Experimental	Deisy Elizabeth Ramos Cunza	55	Femenino	Casada	Básica
GE12	Experimental	María Mirna Gonzáles	50	Femenino	Casada	Bachillerato
GE13	Experimental	Roxana Elizabeth Castro Márquez	32	Femenino	casada	Sin educación
GE14	Experimental	Ana Griselda Cruz Membreño	41	Femenino	Soltera	Básica
GE15	Experimental	Carlos Alberto Ardón Ascencio	42	Masculino	Acompañada	Bachillerato
GC1	Control	Rosa Aminta Valladares	79	Femenino	Soltera	Ninguna
GC7	Control	Leonel Iván Coreas Morales	63	Masculino	Soltero	Básica
GC3	Control	María Alicia Ramírez	68	Femenino	soltera	Sin educación
GC4	Control	Jorge Alberto Mendoza	52	masculino	Divorciado	Básica
GC5	Control	Alfonso Sandoval Echeverría	62	Masculino	Casado	Universitario
GC6	Control	Gloria Estela Castellanos	38	Femenino	casada	Sin educación
GC2	Control	Gilberto de Jesús Soriano	74	Masculino	casado	Universitario
GC8	Control	Fernando Joel Sosa Alvarenga	18	Masculino	Soltero	Bachillerato
GC9	Control	Patricia Jannette Díaz Aguilar	40	Femenino	Soltera	Básica
GC10	Control	Bernardino Solís	80	Masculino	Soltero	Básica
GC11	Control	Jorge Herrera	40	Masculino	casado	Básica
GC12	Control	Miguel Jiménez Bernal	61	Masculino	casado	Sin educación
GC13	Control	Juana Hernández de Juárez	64	Femenino	Casada	Básica
GC14	Control	Enrique Sigfredo Salazar	78	Masculino	soltero	Universitario
GC15	Control	Víctor Manuel Choto Molina	70	Masculino	soltero	Sin educación

ANEXO 19. DATOS CLINICOS DE LA MUESTRA

Código	Fecha Ingreso	Lugar de Referencia	Tipo Cáncer	Metástasis	Tipo de dolor	Karnofsky
GE 1	25/5/2018	ISSS	Sólido	Sí	mixto con componente neuropático	40
GE 2	17/4/2018	ISSS	Hematológico	Sin Evidencia	Somático	40
GE 3	28/5/2018	Hopital Nacional Rosales	Sólido	sí	Somático	30
GE 4	24/5/2018	Instituto del Cáncer	Sólido	Sí	Somático	50
GE5	4/5/2018	ISSS	Sólido	no	Visceral	40
GE6	18/6/2018	Otros	Sólido	no	Somático	60
GE7	15/6/2018	ISSS	Sólido	sí	Visceral	30
GE8	20/6/2018	Otros	Sólido	No	mixto con componente neuropático	50
GE9	26/6/2018	Hospital Nacional Rosales	Sólido	si	mixto con componente neuropático	40
GE10	2/7/2018	Instituto del Cáncer	Sólido	sí	Visceral	40
GE11	28/6/2018	Hospital Nacional Rosales	Sólido	Sin Evidencia	Visceral	40
GE12	2/7/2018	ISSS	Sólido	sí	mixto con componente neuropático	40
GE13	11/6/2018	ISSS	Sólido	no	mixto con componente neuropático	40
GE14	12/7/2018	Hospital Nacional Rosales	Sólido	Sí	Visceral	80
GE15	20/7/2018	ISSS	Sólido	Sí	Visceral	30
GC1	22/5/2018	Hopital Nacional Rosales	Sólido	sí	Visceral	40
GC7	5/6/2018	Hopital Nacional Rosales	Sólido	sí	Visceral	40
GC3	14/6/2018	Hopital Nacional Rosales	Hematológico	no	Visceral	40
GC4	23/6/2018	Instituto del Cáncer	Sólido	no	mixto con componente neuropático	40
GC5	26/6/2018	Hospital Nacional Rosales	Sólido	no	Visceral	50
GC6	6/2/2018	Instituto del Cáncer	Sólido	sí	Mixto sin componente Neuropático	70
GC2	24/5/2018	ISSS	Sólido	sí	mixto con componente neuropático	40
GC8	9/7/2018	Hospital Nacional Rosales	Sólido	Sí	mixto con componente neuropático	30
GC9	21/6/2018	ISSS	Sólido	Sí	Visceral	40
GC10	9/7/2018	otros	Sólido	Sin Evidencia	mixto con componente neuropático	60
GC11	28/6/2018	Hospital Nacional Rosales	Sólido	no	mixto con componente neuropático	30
GC12	9/7/2018	Hospital Nacional Rosales	Hematológico	no	Somático	60
GC13	16/7/2018	Hospital Nacional Rosales	Sólido	Sin Evidencia	mixto con componente neuropático	50
GC14	21/5/2018	Otros	Sólido	no	mixto con componente neuropático	70
GC15	20/7/2018	Otros	Sólido	Sin Evidencia	Visceral	50

ANEXO 20. CONTROL DE MEDICAMENTOS

Código	Día 1				Día 2			
	Medicamento	DEMO	Vía	Rescates	Medicamento	DEMO	Vía	Rescates
GE 1	Morfina	75	Intravenosa	1	Morfina	75	Intravenosa	1
GE 2	Morfina	165	Intravenosa	1	Morfina	105	Intravenosa	1
GE 3	Morfina	75	Oral	0	Morfina	75	Oral	0
GE 4	Tramal	75	Oral	0	Tramal	75	Oral	0
GE7	Metadona	100	Oral	0	Metadona	100	Oral	0
GE9	Sin Medicamento	0	Sin	0	Sin Medicamento	0	Sin	0
GE10	Fentanyl	50	Intravenosa	0	Fentanyl	50	Intravenosa	0
GE11	Sin Medicamento	0	Sin	0	Sin Medicamento	0	Sin	0
GE13	Tramal	100	Oral	0	Tramal	100	Oral	0
GE15	Tramal	6.6	Oral	0	Tramal	9.9	Oral	0
GC1	Morfina	36	Intravenosa	0	Morfina	48	Intravenosa	0
GC3	Morfina	30	Oral	0	Morfina	36	Oral	1
GC5	Morfina	159	Intravenosa	2	Morfina	159	Intravenosa	2
GC11	Morfina	105	Intravenosa	2	Morfina	108	Intravenosa	1
GC13	Sin Medicamento	0	Sin	0	Sin Medicamento	0	Sin	0
GE5	Sin Medicamento	0	Sin	0	Sin Medicamento	0	Sin	0
GE6	Tramal	5	Intravenosa	1	Tramal	5	Intravenosa	0
GE8	Tramal	30	Oral	0	Tramal	30	Oral	0
GE12	Metadona	250	Oral	0	-	-	-	-
GE14	Morfina	129	Intravenosa	2	Morfina	150	Intravenosa	1
GC7	Morfina	150	Oral	0	Morfina	159	Varios	1
GC4	Morfina	120	Oral	0	Morfina	120	Oral	0
GC6	Tramal	50	Intravenosa	0	Tramal	25	Intravenosa	0
GC2	Morfina	90	Oral	0	Morfina	90	Oral	0
GC8	Tramal	20	Oral	0	Tramal	15	Oral	0
GC9	Morfina	120	Oral	0	Morfina	120	Oral	0
GC10	Tramal	7.5	Oral	0	Tramal	7.5	Oral	0
GC12	Morfina	57.5	Varias	1	Morfina	60	Oral	0
GC14	Morfina	30	Subcutanea	0	Morfina	37	Subcutánea	1
GC15	Morfina	30	Intravenosa	1	Morfina	24	Intravenosa	0

ANEXO 21. TABULACIÓN DEL CUESTIONARIO MCGILL DE LOS RESULTADOS PRE

Código	Sensorial											Total	Afectividad					S+A	EVA	Intensidad Actual Dolor
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		12	13	14	15	Total			
GE 1	2	2	3	2	2	3	2	2	2	3	3	26	2	3	3	2	10	36	68	2
GE 2	0	1	0	1	0	0	0	3	3	3	2	13	1	0	3	3	7	20	78	3
GE 3	0	1	3	0	0	0	3	1	2	0	0	10	1	1	0	0	2	12	26	0
GE 4	3	1	3	2	0	0	2	3	3	0	0	17	3	1	0	0	4	21	81	1
GE5	0	2	2	2	0	1	2	3	3	0	3	18	3	3	0	2	8	26	15	2
GE6	0	0	0	0	0	1	0	1	2	1	0	5	2	2	0	0	4	9	16	2
GE7	1	3	0	0	0	0	2	2	1	2	0	11	2	0	0	0	2	13	40	0
GE8	1	0	2	1	2	1	0	2	1	2	0	12	0	0	0	2	2	14	48	3
GE9	0	1	0	1	0	0	0	2	2	0	0	6	0	0	1	0	1	7	8	2
GE10	2	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	6	2	1	1	1	5	11	16	2
GE11	0	2	2	0	1	0	1	1	3	0	2	12	1	1	3	1	6	18	90	5
GE12	1	0	0	0	1	1	0	0	3	3	3	12	1	0	0	0	1	13	40	1
GE13	0	0	0	0	0	0	1	3	2	1	0	7	3	0	0	2	5	12	38	1
GE14	0	0	0	0	3	3	3	1	3	0	3	16	3	3	3	3	12	28	86	3
GE15	2	0	2	2	2	2	1	3	2	2	2	20	2	2	2	2	8	28	64	1
GC1	3	0	3	3	0	3	3	3	3	3	3	27	3	0	1	3	7	34	84	2
GC7	1	0	2	1	0	0	1	1	0	2	0	8	0	1	3	1	5	13	49	2
GC3	3	3	3	3	3	0	1	3	2	2	2	25	2	2	1	1	6	31	7	1
GC4	1	2	2	2	2	2	3	3	2	0	1	20	3	1	2	2	8	28	84	3
GC5	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	30	3	3	3	3	12	42	70	1
GC6	0	0	0	0	0	1	0	2	2	1	0	6	2	1	0	0	3	9	34	3
GC2	0	0	0	1	2	0	0	2	2	2	0	9	2	2	3	0	7	16	35	2
GC8	1	3	1	0	0	1	0	3	0	1	2	12	1	0	2	2	5	17	31	1
GC9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	33	3	1	0	3	7	40	69	1
GC10	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	23	1
GC11	2	1	0	3	1	0	3	3	3	1	3	20	3	1	0	3	7	27	83	1
GC12	0	0	0	1	3	0	0	3	0	0	0	7	1	2	0	0	3	10	89	2
GC13	1	3	3	0	3	0	2	1	2	1	2	18	3	3	0	1	7	25	74	2
GC14	1	0	0	0	0	0	0	2	0	3	0	6	1	2	0	1	4	10	30	2
GC15	0	1	1	2	0	2	2	2	1	2	0	13	1	1	0	1	3	16	65	2

ANEXO 22. TABULACIÓN DEL CUESTIONARIO MCGILL DE LOS RESULTADOS POST

Código	Sensorial											Afectividad					S+A	EVA	Intensidad Actual Dolor	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Total	12	13	14	15				Total
GE 1	1	1	3	3	3	3	3	1	3	3	1	25	3	3	2	0	8	33	35	1
GE 2	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	0	6	1	0	2	2	5	11	60	3
GE 3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GE 4	3	3	2	1	3	0	1	1	1	2	0	17	1	2	0	0	3	20	18	0
GE5	2	2	1	3	3	0	1	2	2	0	3	19	3	3	1	2	9	28	5	2
GE6	0	0	0	1	0	0	1	3	3	0	0	8	3	3	0	0	6	14	15	2
GE7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GE8	0	1	0	0	1	1	0	2	2	2	1	10	1	0	0	1	2	12	47	2
GE9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
GE10	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	3	0	0	0	0	0	3	2	0
GE11	0	1	3	1	1	0	1	1	0	0	1	9	1	1	1	1	4	13	39	0
GE12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GE13	1	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	5	0	0	0	0	0	5	35	2
GE14	0	0	0	0	2	0	2	2	1	0	1	8	3	2	2	3	10	18	17	0
GE15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	2	0
GC1	1	0	0	1	0	1	2	2	3	3	2	15	2	0	0	1	3	18	21	0
GC7	3	0	1	0	0	0	3	3	2	2	2	16	2	1	3	3	9	25	64	1
GC3	3	3	0	1	2	3	3	3	2	2	2	24	1	1	1	1	4	28	1	0
GC4	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	19	2	2	2	1	7	26	57	3
GC5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GC6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GC2	1	0	2	0	0	0	0	2	2	0	0	7	0	0	0	0	0	7	17	0
GC8	2	2	3	1	1	0	0	3	2	2	3	19	0	0	0	2	2	21	31	1
GC9	3	3	1	3	3	2	3	3	3	3	3	30	3	1	0	3	7	37	89	5
GC10	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	3	0	0	1	0	1	4	9	1
GC11	1	0	0	1	1	0	3	0	1	1	3	11	2	1	0	2	5	16	90	1
GC12	3	0	0	2	2	0	2	2	2	0	0	13	0	0	0	0	0	13	51	0
GC13	0	1	2	0	2	0	1	2	1	0	1	10	2	3	0	0	5	15	53	2
GC14	0	0	0	0	0	0	3	3	2	3	1	12	0	0	0	0	0	12	44	2
GC15	2	0	0	1	0	0	2	2	1	0	0	8	0	0	0	0	0	8	72	1

ANEXO 23. TABULACIÓN PRE Y POST DE LA ESCALA ANÁLOGA VISUAL POR SESIONES

Código	Sesión 1		Sesión 2		Sesión 3		Sesión 4		Promedios		Dif
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	
GE 1	9	2	2	1	0	0	2	1	3.3	1.0	2.3
GE 2	6	4	8	6	5	4	9	5	7.0	4.8	2.3
GE 3	6	4	-	-	-	-	-	-	6.0	4.0	2.0
GE 4	1	0	1	0	6	3	8	0	4.0	0.8	3.3
GE7	2	0	3	0	0	0	0	0	1.3	0.0	1.3
GE9	2	0	3	0	0	0	0	0	1.3	0.0	1.3
GE10	2	0	0	0	4	0	1	0	1.8	0.0	1.8
GE11	3	0	0	0	3	0	1	0	1.8	0.0	1.8
GE13	5	2	2	1	6	4	3	1	4.0	2.0	2.0
GE15	4	2	1	1	0	0	0	0	1.3	0.8	0.5
GC1	5	0	6	2	2	0	6	0	4.8	0.5	4.3
GC3	3	2	8	1	2	0	1	0	3.5	0.8	2.8
GC5	1	5	5	8	-	-	-	-	3.0	6.5	-3.5
GC11	4	3	4	2	5	3	5	2	4.5	2.5	2.0
GC13	3	1	2	2	4	2	2	1	2.8	1.5	1.3
GE5	2	0	7	4	8	0	4	4	5.3	2.0	3.3
GE6	3	1	6	5	1	1	2	2	3.0	2.3	0.8
GE8	5	0	3	3	0	0	0	0	2.0	0.8	1.3
GE12	4	2	6	-	-	-	-	-	5.0	2.0	3.0
GE14	6	2	2	1	0	0	0	0	2.0	0.8	1.3
GC7	5	4	4	3	4	3	6	4	4.8	3.5	1.3
GC4	2	2	1	1	1	1	1	1	1.3	1.3	0.0
GC6	7	4	5	2	4	3	-	-	5.3	3.0	2.3
GC2	4	4	4	2	0	0	2	0	2.5	1.5	1.0
GC8	4	3	3	3	4	4	4	4	3.8	3.5	0.3
GC9	10	10	5	5	10	10	10	5	8.8	7.5	1.3
GC10	4	3	2	2	2	2	2	2	2.5	2.3	0.3
GC12	6	3	10	10	2	0	0	0	4.5	3.3	1.3
GC14	2	5	2	2	0	0	5	4	2.3	2.8	-0.5
GC15	7	5	5	0	5	0	4	3	5.3	2.0	3.3

ANEXO 24. TABULACIÓN DE LA ESCALA HADS DE LOS RESULTADOS PRE

Código	Ansiedad								Depresión							
	1	3	5	7	9	11	13	Total	2	4	6	8	10	12	14	Total
GE 1	2	4	3	2	4	1	4	7	3	3	4	3	3	3	4	14
GE 2	2	1	3	4	1	3	3	14	4	2	3	2	4	2	4	12
GE 3	3	4	3	4	4	2	2	9	3	4	1	4	4	1	3	7
GE 4	3	4	4	2	4	2	4	4	3	3	3	3	1	1	3	12
GE5	1	2	1	3	1	1	1	19	3	1	3	3	1	2	2	10
GE6	2	4	3	3	1	3	3	10	1	3	3	2	1	2	1	10
GE7	4	4	4	2	4	4	4	1	3	1	3	2	1	4	2	13
GE8	4	4	3	1	2	1	3	7	3	2	1	1	4	3	1	8
GE9	4	4	4	2	4	3	2	4	3	1	2	3	2	4	2	10
GE10	4	4	3	1	3	4	3	3	2	1	2	4	2	2	1	5
GE11	2	2	1	2	2	1	1	16	3	2	3	3	4	1	2	7
GE12	3	4	2	4	1	4	4	9	1	4	4	1	1	4	4	18
GE13	4	4	4	2	4	4	4	1	3	1	1	3	4	1	1	3
GE14	1	2	1	2	1	4	1	15	2	2	2	1	4	1	1	6
GE15	3	3	3	3	3	3	3	8	3	1	2	3	2	4	2	10
GC1	1	4	4	3	1	4	1	11	4	3	3	1	1	4	4	19
GC7	3	2	3	3	3	3	3	9	3	2	2	3	3	2	3	9
GC3	3	1	3	1	4	4	2	7	4	2	3	4	4	3	1	8
GC4	3	2	3	2	3	1	2	11	2	1	2	4	1	1	2	6
GC5	1	2	1	1	3	1	2	14	4	1	1	3	2	3	2	9
GC6	3	0	4	4	4	1	4	11	4	4	2	3	3	2	4	13
GC2	3	4	3	2	1	1	3	10	3	3	3	1	2	1	3	13
GC8	4	1	1	1	4	1	4	9	2	1	1	3	4	1	1	2
GC9	1	1	4	4	2	1	4	14	3	2	1	1	2	4	4	14
GC10	2	3	3	3	3	4	3	8	1	1	1	3	4	1	3	3
GC11	1	1	2	3	2	1	2	17	3	2	3	3	1	1	4	12
GC12	2	4	1	2	1	1	4	12	3	1	2	4	4	4	4	9
GC13	3	2	3	2	1	2	3	11	3	2	2	1	2	2	2	11
GC14	4	4	4	1	4	3	4	1	1	1	1	3	4	1	4	4
GC15	3	4	4	1	2	3	4	4	2	1	1	3	4	2	1	3

ANEXO 25. TABULACIÓN DE LA ESCALA HADS DE LOS RESULTADOS POST

Código	Ansiedad								Depresión							
	1	3	5	7	9	11	13	Total	2	4	6	8	10	12	14	Total
GE 1	3	4	3	3	3	1	3	9	1	2	2	4	3	1	4	6
GE 2	2	1	3	1	2	4	4	8	4	1	3	1	4	1	4	11
GE 3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GE 4	4	4	3	1	4	2	3	4	3	3	2	3	2	1	3	10
GE5	3	4	3	2	1	1	1	12	3	1	3	3	3	1	2	7
GE6	4	4	4	2	3	1	4	5	2	1	2	1	2	2	1	8
GE7	4	4	4	2	4	4	4	1	3	1	3	0	4	4	3	13
GE8	4	4	3	3	1	4	2	8	1	1	1	1	4	4	1	6
GE9	4	4	4	1	4	1	2	5	1	1	1	1	2	1	2	6
GE10	4	4	4	1	4	4	4	0	1	1	1	3	3	1	1	2
GE11	4	1	3	3	4	2	2	10	4	1	3	1	1	1	2	12
GE12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GE13	4	4	4	1	4	4	4	0	1	1	1	3	4	1	1	1
GE14	3	2	3	1	3	2	1	10	1	1	1	1	4	2	2	5
GE15	4	4	3	3	3	3	3	6	3	1	2	3	2	3	1	8
GC1	4	4	4	3	2	4	4	4	1	1	2	3	1	3	3	9
GC7	2	2	3	3	3	4	3	9	3	3	1	3	4	2	3	8
GC3	3	2	3	1	3	4	3	6	1	1	3	3	4	1	1	3
GC4	1	1	3	3	3	3	2	13	2	3	4	2	3	3	2	12
GC5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GC6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GC2	4	2	3	2	2	4	3	7	3	3	3	2	2	1	2	11
GC8	4	4	3	1	4	4	4	1	1	1	1	4	4	1	1	0
GC9	4	4	4	3	1	1	4	8	1	1	1	4	4	2	1	1
GC10	3	3	3	2	3	3	3	7	3	1	1	3	3	1	3	6
GC11	4	4	2	2	2	1	4	8	4	2	2	2	1	1	4	13
GC12	3	3	1	2	3	4	4	7	1	4	2	1	1	4	2	14
GC13	3	2	3	3	1	4	3	10	3	3	1	1	3	1	2	9
GC14	4	4	3	2	4	2	4	4	1	1	2	3	4	1	4	5
GC15	3	4	4	2	4	2	4	4	3	1	1	3	4	1	1	3

ANEXO 26. TABULACIÓN EVALUACIÓN DE EFICACIA DE TÉCNICA DE INTERVENCIÓN

Código	1	2	3	4	5	6	7
GE 1	Sí	Sí	Disminuyo	No	Menos de 1 hora	Muy larga	Sí
GE 2	Sí	no	Disminuyo	sí	Medio día	Bien	Sí
GE 3	-	-	-	-	-	-	-
GE 4	Sí	Sí	Disminuyo	Sí	Medio día	Muy larga	sí
GE7	sí	sí	Disminuyo	Sí	todo el día	bien	sí
GE9	Sí	Sí	Disminuyo	Sí	Menos de 1 hora	bien	sí
GE10	Sí	Sí	Disminuyo	Sí	todo el día	Bien	Sí
GE11	Sí	Sí	Disminuyo	Sí	Medio día	bien	Sí
GE13	si	si	disminuyó	si	Medio día	Bien	Sí
GE15	sí	sí	disminuyó	sí	Todo el dia	bien	sí
GC1	sí	sí	disminuyó	sí	Medio día	Bien	sí
GC3	si	si	disminuyó	si	menos de 1 hora	Bien	si
GC5	sí	sí	igual	sí	menos de 1 hora	Bien	sí
GC11	Sí	Sí	Disminuyo	sí	Menos de 1 hora	bien	Sí
GC13	Sí	Sí	disminuyo	sí	menos de 1 hora	bien	Sí
GE5	Sí	Sí	Disminuyo	Sí	Menos de 1 hora	Bien	Sí
GE6	Sí	Sí	igual	Sí	Menos de 1 hora	bien	sí
GE8	Sí	Sí	Oscilaba	Sí	Medio día	Bien	Sí
GE12	-	-	-	-	-	-	-
GE14	sí	sí	disminuyó	sí	Medio día	Bien	sí
GC7	sí	sí	disminuyó	sí	menos de 1 hora	Bien	sí
GC4	sí	no	igual	sí	Medio día	bien	sí
GC6	-	-	-	-	-	-	-
GC2	-	-	-	-	-	-	-
GC8	sí	sí	disminuyo	sí	Nada	bien	sí
GC9	sí	sí	igual	sí	nada	bien	sí
GC10	sí	sí	igual	sí	Menos de 1 hora	bien	sí
GC12	sí	no	igual	sí	Menos de 1 hora	bien	no
GC14	sí	sí	igual	no	Menos de 1 hora	bien	sí
GC15	sí	sí	disminuyo	sí	Menos de 1 hora	bien	sí

**ANEXO 27. TABULACIÓN CUALITATIVA DE EVALUACIÓN DE EFICACIA DE TÉCNICA
DE INTERVENCIÓN DE GRUPO EXPERIMENTAL**

Grupo Experimental		
Pregunta	Categoría	Comentarios
Concentración durante la intervención	Interferencias Ambientales(1)	"Mucho Ruido en ambiente"
	Fatiga (1)	"al final se sentía muy cansado"
Otro Efecto	tranquilidad, relajación, paz y bienestar (9)	"me quito la angustia y los pensamientos" "relajada, me siento mejor, más alegre"
	Sueño (4)	"Pude dormir tranquila" "me dormía"
	Ayuda para disminuir el dolor (5)	"Cuando siento que me va a dar dolor uso la técnica, me relajo, salgo y confronto el dolor. Lo utilice hoy en la madrugada y sentí como el dolor se convertía en algo caliente que luego se me fue del cuerpo"
Razones para volver a utilizar		"porque al final de la técnica no sentí dolor"
	porque produce relajación (5)	"me ayudo a sentirme tranquila"
	Interés por técnicas de auto aplicación (1)	"está muy interesante, en el futuro me gustaría aplicar otras"

**ANEXO 28. TABULACIÓN CUALITATIVA DE EVALUACIÓN DE EFICACIA DE TÉCNICA
DE INTERVENCIÓN DE GRUPO CONTROL**

Grupo Control		
Pregunta	Categoría	Comentarios
Comprensión de Indicaciones	Dificultad para comprender indicaciones (1)	"pero al principio no había entendido algunos ejercicios"
	Interferencias Ambientales (1)	"tuve dificultad para concentración por el ruido"
Concentración durante la intervención	Preocupación (1)	"no, porque no dejaba de pensar en la enfermedad"
	Fatiga y/o dolor (2)	"porque me quedaba dormida" "si el dolor subía, no me podía concentrar"
	Sueño(4)	"me dio sueño"
Otro Efecto	relajación (8)	"me relajó"
	tranquilidad y relajación (6)	"porque me ayudo a sentirme tranquilo" "ayuda bastante porque relaja el cuerpo"
Razones para volver a utilizar	ejercicio y mejorar debilidad y otras molestias (3)	"me ayudo a sentirse mejor y a ejercitarme" "bajo un poco las molestias que siento" "para no sentir debilidad"
	ayuda para dormir (1)	"porque me ayuda a dormir"

ANEXO 29. LISTA DE PACIENTES EN HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DE MAYO A

JULIO 2018

N°	Nombre	Edad	F. Ingreso	Dolor	EDAF/ESAS	Referencia	Comentarios
1	Paula Yolanda Vanegas	71	21/5/2018	No	ESAS	ISSS	Fallecida
2	Roxana Castro	32	11/6/2018		EDAF	ISSS	Intervenida/
3	Antonio Ramirez	48	20/4/2018	No	ESAS	ISSS	N/A
4	Carmen Polanco	57	27/6/2018		EDAF	ISSS	N/A
5	Paula Aguilar	49	8/1/2018		EDAF	ISSS	N/A
6	Patricia Díaz	40	21/6/2018	No	ESAS	ISSS	Intervenida
7	Gloria Margarita Alvarado	68	15/6/2018	Sí	ESAS	ISSS	Intervenida
8	Rosa Castro	51	27/6/2018	No	ESAS	ISSS	N/A
9	Rubén Mendoza	71	22/6/2017		EDAF	ISSS	N/A
10	Carlos Álvarez	72	6/6/2018	no	ESAS	ISSS	N/A
11	Eriberto Martínez	36	25/5/2018	no	ESAS	ISSS	Intervenida
12	Lucas Escobar	75	27/4/2018		EDAF	ISSS	N/A
13	Ana Gloria García	79	24/5/2018	si	ESAS	ISSS	Intervenida
14	Gilberto Soriano	79	24/5/2018	no	ESAS	ISSS	Intervenida
15	María Mirna Gonzáles	50	2/7/2018	Sí	ESAS	ISSS	Intervenida
16	María Consuelo Leiva	82	4/7/2018		EDAF	ISSS	N/A
17	Alejandro López	44	27/6/2018		EDAF	HNR	N/A
18	Cristina Ramírez	78	15/5/2018		EDAF	Otros	N/A
19	María Landaverde	78	5/6/2018		EDAF	Otros	N/A
20	Mario Ramírez	48	18/4/2018		EDAF	Otros	N/A
21	Orestes Cañas	78	26/6/2018		EDAF	Otros	N/A
22	René Suria	39	28/5/2018	No	ESAS	Caso Especial	Intervenida/
23	Enrique Salazar	78	21/5/2018	No	ESAS	Caso Especial	Intervenido
24	Ana Maribel	51	27/6/2018		EDAF	Caso Especial	N/A
25	Jaqueline Chavarria	23	14/5/2018	no	ESAS	HNR	N/A
26	Jorge Herrera	40	28/6/2018	no	ESAS	HNR	Intervenido
27	Eriberto Santos	58	20/6/2018		EDAF	Caso Especial	N/A
28	Noemi Campos	75	11/5/2018		EDAF	otros	N/A
29	Pablo Villacorta	64	29/5/2018		EDAF	Caso Especial	N/A
30	Saul Garcia Sanchez	17	4/7/2018	no	ESAS	HNR	N/A
31	Roberto Edmundo	68	6/7/2018		EDAF	HNR	N/A
32	Ever Arauz	75	5/7/2018		EDAF	ISSS	N/A
33	Alfonso Sandoval	62	26/6/2018	No	ESAS	Caso Especial	Intervenida
34	Daysi Yamileth Peralta	33	22/5/2018	No	ESAS	Inst. Cáncer	N/A
35	Ana Francisca Lemus	42	20/6/2018	Si	ESAS	Inst. Cáncer	Intervenida
36	María Alicia Ramirez	68	14/6/2018	No	ESAS	HNR	Intervenida
37	Elva Margarita Shente	60	29/4/2018	Si	ESAS	Inst. Cáncer	Intervenida
38	Raquel Lopez Valle	56	28/6/2018	si	ESAS	HNR	N/A

39	Gloria Estela Castellanos	38	6/5/2018	Si	ESAS	HNR	Intervenida
40	Lucia Calderon	57	28/6/2018		EDAF	HNR	N/A
41	Rosa Laura Rivera	51	29/6/2018		EDAF	HNR	N/A
42	Deisy Elizabeth Ramos	55	28/6/2017	No	ESAS	HNR	Intervenida
43	Miguel Jimenez Banal	61	3/6/2018	No	ESAS	HNR	Intervenido
44	Ovideo Cruz	55	21/6/2018	No	EDAF	Inst. Cáncer	N/A
45	Nelson Nery Vasquez	26	1/5/2018	no	ESAS	HNR	N/A
46	Dora Alicia Recinos	58	18/6/2018	no	ESAS	Caso Especial	Intervenida
47	Olimpia Martinez de Peña	82	3/7/2018	Si	EDAF	ISSS	N/A
48	Kenia Campos	30	2/7/2018	Si	ESAS	Inst. Cáncer	Intervenida
49	Hilda Garcia	71	3/7/2018	no	ESAS	Caso Especial	N/A
50	Isidro Antonio Landaverde	81	14/6/2018	no	ESAS	HNR	N/A
51	Alfredo Trejo	60	10/6/2018	no	EDAF	Caso Especial	N/A
52	Maria Angela Reales	82	6/7/2018		EDAF	HNR	N/A
53	Bernardino Solis	80	9/7/2018	si	ESAS	Caso Especial	Intervenido
54	Daniel Rafael Guerra	74	13/7/2018		EDAF	ISSS	N/A
55	Maria Ester Rodriguez	56	13/7/2018		EDAF	ISSS	N/A
56	Esmeralda del Transito	60	13/7/2018		EDAF	ISSS	N/A
57	Alex Benjamin Mendez	15	12/7/2018		EDAF	HNR	N/A
58	Julio Alberto Vela	90	12/7/2018		EDAF	HNR	N/A
59	Ana Griselda Cruz	40	12/7/2018	Si	ESAS	HNR	Intervenida
60	Virgilio Castellano	35	14/4/2018	Si	ESAS	ISSS	Intervenido
61	Rosa Valladares	79	22/5/2018	Si	ESAS	HNR	Intervenida
62	Leonel Coreas	63	5/6/2018	Si	ESAS	HNR	Intervenido
63	Jorge Mendoza	52	23/6/2018	Si	ESAS	Inst. Cáncer	Intervenido/
64	Maria Julia Archila	60	26/6/2018	Si	ESAS	HNR	Intervenida
65	Fernando Sosa	18	9/7/2018	Si	ESAS	HNR	Intervenido/
66	Alfonso Azahar	53	17/7/2018	Si	ESAS	ISSS	N/A
67	Roberto Khalil	60	16/7/2018		EDAF	HNR	N/A
68	Renaldo Sanchez	17	18/7/2018		ESAS	HNR	N/A
69	Morena Guadalupe	55	16/7/2018	No	ESAS	Caso Especial	N/A
70	Carlos H. Pérez	92	17/7/2018		EDAF	Inst. Cancer	N/A
71	José Mario López	60	20/7/2018		EDAF	ISSS	N/A
72	Noris Urania	60	20/7/2018		EDAF	ISSS	N/A
73	Carlos Alberto Ardon	42	20/7/2018	Si	ESAS	ISSS	Intervenido
74	Ana Vilma Martinez	67	20/7/2018		EDAF	HNR	N/A
75	Ana Luz Portillo	65	16/7/2018	No	ESAS	Caso Especial	N/A
76	Victor Manuel Choto	70	20/7/2018	Si	ESAS	HNR	Intervenido
77	Jose Francisco Menjivar	17	11/7/2018		EDAF	HNR	N/A
78	Antonio López	92	23/7/2018	Si	EDAF	HNR	N/A