



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL**

LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO PARA EL MANEJO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER AVANZADO

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
LUIS ARTURO CRUZ MARTÍNEZ

TUTOR PRINCIPAL
DR. EDGAR LANDA RAMÍREZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

REVISOR : DR. SAMUEL JURADO CARDENAS / FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS / FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN
DR. ARIEL VITE SIERRA / FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DR. BENJAMÍN DOMÍNGUEZ TREJO / FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CD. MX. JUNIO 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A mi mamá, papá y hermano que con todas sus facilidades morales y materiales me han facilitado condiciones para mi crecimiento personal y profesional. Con su amor han logrado que quiera emular lo hecho por ustedes y me han dado valores invaluable para vivir intensamente la vida.

A mi tutor Edgar Landa, por escucharme en los momentos justos, por aconsejarme de manera precisa y detallada, por su constante dedicación para revisar este trabajo y sobre todo por ser un claro ejemplo a seguir. Doctor, este trabajo es de los dos.

Al Dr. Benjamín Domínguez, al Dr. Samuel Jurado, a la Dra. Angélica Riveros, y al Dr. ArIel Vite, agradezco cada comentario realizado al presente estudio, ya que en ellos se observa el interés en el proyecto, se muestra su profesionalismo y las ganas de ayudarme a que el proyecto sea digno de la maestría y de nuestra alma máter, nuestra UNAM.

A la Dra. Argelia Lara, al Dr. Andrés Hernández, al Dr. Antonio Tamayo y al Dr. Alfredo Covarrubias, porque nunca dejé de aprender día con día de ustedes mis maestros, por enseñarme valores profesionales como la ética, la organización y la dedicación para buscar las mejores alternativas para nuestros pacientes, por enseñarme que el acto de amor más grande hacia los pacientes es la preparación.

A mis mejores amigos Evelyn, Edson, Gaby, Cristian, Rafael, Juan, Mich, Ángel, Karen, Lia, Diana, Yaz, Monse, Alencaster, Rubi, Oscar, Gerardo, Javier, Mireya y sobre todo a mi amiga Alejandra Sánchez, por hacer ameno todo este trayecto cuando hubo momentos críticos, por sacarme una sonrisa de manera garantizada con su presencia... Los amo amigos.

A Verónica por su amor constante y por ser una gran compañera de metas que ambos tenemos en la vida y por ello para mi es VerÚnica

A las personas maravillosas que participaron en el estudio y a sus familiares por estar siempre atentos a lo efectuado durante cada fase del estudio. Admiro a cada uno de mis pacientes que sin dudar lo aceptaron participar y se dedicaron de lleno a las tareas pedidas en este estudio. Ustedes son el corazón de este trabajo, los recuerdo con cariño y respeto.

ÍNDICE

Resumen.....	5
I.- Introducción.....	6
II.- La terapia de aceptación y compromiso para el manejo de depresión en pacientes con cáncer avanzado	
Marco teórico.....	18
Objetivo.....	38
Método.....	38
Diseño.....	38
Participantes.....	39
Instrumentos.....	46
Procedimiento.....	51
Análisis de datos.....	61
Resultados.....	63
Discusión.....	80
Referencias.....	93
Anexos.....	112

Resumen

La ansiedad y depresión son los síntomas emocionales más prevalentes en pacientes con cáncer avanzado. La terapia cognitivo conductual (TCC) resulta una alternativa eficaz para manejar ansiedad, pero no tiene evidencia sustentable para manejo de depresión en pacientes con cáncer avanzado. La Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC) ha mostrado mayor eficacia al intentar disminuir depresión en pacientes con cáncer de ovario avanzado en comparación con la TCC, sin embargo, las características de la enfermedad en los pacientes mexicanos con cáncer avanzado hacen necesaria la implementación de intervenciones muy breves. El objetivo del presente estudio es evaluar el efecto de una intervención basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso sobre la depresión en pacientes con cáncer avanzado declarados paliativos. Se empleó un diseño de N=1 A-B con seguimiento. Cuatro pacientes con cáncer avanzado participaron en el estudio. Los principales componentes utilizados y basados en la TAC fueron: aceptación, defusión cognitiva, estar en el presente o atención plena, notar el sentido del yo, búsqueda de valores en diferentes áreas de la vida y acción. El tamaño del efecto de la intervención fue calculado por medio de índices NAP y, el efecto fue fuerte en dos de los participantes (91.6%-100%) y significativo en uno ($p=.04$), pero débiles en los otros dos participantes del estudio (16.6%-27%) y no significativos. La TAC favoreció la comunicación abierta de los participantes con sus seres queridos sobre su enfermedad, ayudó a los participantes a no autoconceptualizarse o etiquetarse a partir de su enfermedad avanzada, favoreció la aceptación y disposición de los pacientes a vivir su enfermedad de una manera activa y basada en los valores reportados por cada uno de ellos. Se discuten las implicaciones de esta intervención breve basada en terapia de aceptación y compromiso en pacientes con cáncer avanzado que cuentan con servicios en hospitales públicos de México.

Palabras Claves: Cáncer avanzado; Depresión; Terapia de Aceptación y Compromiso; Intervención, Cuidados Paliativos.

Abstract

Anxiety and depressive symptoms are the most prevalent emotional reactions among patients with advanced cancer. Although Cognitive Behavioral Therapy (CBT) has shown to be an effective treatment for symptoms of anxiety, its effectiveness in treating depressive symptoms in advanced cancer patients is not as well documented. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) has shown promising effects while treating patients with advanced ovarian cancer, as compared with the clinical effects of CBT. The objective of the present study was to evaluate the effects of an ACT-based intervention on depressive symptoms of advanced cancer patients listed as palliative. The study used an AB intra-subjects design with follow-up measurements. Four patients with advanced cancer participated, and the ACT therapeutic procedures included: acceptance, cognitive defusion, staying in the present/mindfulness, noticing the sense of me, search for values in various areas of life and acting (action). The size of clinical effects were computed through NAP indexes and results indicated strong effects in two participants (91.6%-100%) with one resulting significant ($p=.04$) but weak and non-significant in the other two participants (16.6%-27%). Analyses suggest that ACT improved open communication with relatives regarding the disease and helped patients not self-conceptualizing or labeling themselves in terms of the progress of their disease. It also improved patients' acceptance and disposition to live with the disease in an active and personal values based form. The discussion addresses several implications of the ACT approach in patients with advanced in public hospitals in Mexico.

Keywords: Advanced cancer; Depression; Acceptance and Commitment Therapy; Intervention, Palliative cares.

I. INTRODUCCIÓN

Concomitante a los cambios sociales, demográficos, económicos y tecnológicos, se presentan cambios en los patrones de salud y enfermedad. Omran (1971) explica estos cambios a través de su teoría de las transiciones epidemiológicas, la cual representa una yuxtaposición entre el modelo de transición demográfica que consiste en clasificar a las diferentes poblaciones acorde a la diversidad de combinaciones entre fertilidad y mortalidad (Kirk, 1996), y la teoría de la población de Mayer (1962) que afirma a través de estudios epidemiológicos que se puede saber la distribución de la enfermedad y la mortalidad así como sus determinantes y consecuencias en los distintos grupos poblacionales.

La teoría de la transición epidemiológica de Omran (1971) consta de 5 proposiciones:

La proposición uno destaca que la mortalidad es un factor fundamental en la dinámica de la población. Para Omran, la indicación más clara del papel dominante de la mortalidad en la dinámica de la población se encuentra en la teoría de los ciclos de población. Esta teoría analiza los movimientos cíclicos de variación de la fecundidad y la mortalidad en sociedades premodernas y modernas. De las sociedades premodernas Omran reporta no tener información continua sobre los niveles de fertilidad y mortalidad, pero si una conclusión probabilística. La escasa evidencia disponible indica que las fluctuaciones frecuentes y violentas caracterizan los patrones de mortalidad de las sociedades pre-modernas que el nivel de mortalidad era muy alto, entre los altos picos de mortalidad por epidemias, otros desastres y las altas mesetas de mortalidad regidas por la desnutrición crónica y las enfermedades endémicas. En el período moderno se observó que las estadísticas tanto de fecundidad como de mortalidad eran extremadamente variables, moderadamente altas y que el rango de variación de la mortalidad fue significativamente mayor que el de la fertilidad en la primera parte de la era moderna. Se observó una baja de la mortalidad en todos los países antes de la mitad del siglo XVIII y casi al mismo tiempo se manifestaba una curva exponencial de crecimiento demográfico. El período inicial de crecimiento se mantuvo por: 1) las fluctuaciones en la mortalidad que se hicieron menos frecuentes y menos drásticas y por 2) el lento descenso inicial de la mortalidad que fue ganando impulso y finalmente se estabilizó en niveles relativamente bajos en el siglo XX.

La proposición dos establece que, durante la transición, un cambio a largo plazo se produce en los patrones de mortalidad y el tipo de enfermedades mediante el cual las epidemias de infección son desplazadas gradualmente por enfermedades crónico-degenerativas y artificiales (i.e., generadas por el hombre) como el motivo principal de morbilidad. Omran (1971) distingue patrones de mortalidad en tres etapas sucesivas de la transición epidemiológica: 1. La edad de la peste y el hambre cuando la mortalidad es alta y fluctuante, lo que impide el crecimiento sostenido de la población. En esta etapa, el promedio de esperanza de vida era bajo y variable, oscilando el rango de esperanza de vida entre 20 y 40 años. 2. La edad de retroceso de pandemias que se suscitó cuando la mortalidad declinó progresivamente y la esperanza de vida aumentó de 30 a 50 años aproximadamente. 3. La edad de las Enfermedades Degenerativas y artificiales que se origina cuando la mortalidad sigue disminuyendo y, finalmente, se acerca la estabilidad en un nivel relativamente bajo. La esperanza media de vida al nacer se eleva gradualmente hasta que supera los 50 años. Es durante esta etapa que la fertilidad se convierte en el factor crucial en el crecimiento demográfico.

La proposición tres hace referencia a los riesgos relativos de mortalidad por edad y sexo. Durante la transición epidemiológica los cambios más profundos en los patrones de salud y enfermedad lo tienen los niños y las mujeres jóvenes. Con la recesión de las pandemias, las supervivencias son peculiarmente beneficiosas para los niños de ambos sexos, para las mujeres adolescentes y en edades reproductivas.

La proposición cuatro enfatiza que los cambios en los patrones de salud y enfermedad que caracterizan la transición epidemiológica están estrechamente relacionados con las transiciones demográficas y socioeconómicas. De una manera más sutil, la transición de la mortalidad afecta a los movimientos demográficos indirectamente a través de su impacto en la composición de la fertilidad y de la población. Durante el curso de la transición epidemiológica, los cambios secuenciales se produjeron en la estructura por edad y sexo y por las tasas de dependencia de las poblaciones. Durante la era de pestes, hambrunas y desnutrición crónica, así como en la etapa de enfermedades infecciosas, sólo pequeñas proporciones de la población juvenil sobrevivían; mientras que en la etapa de las enfermedades crónico-degenerativas y artificiales, las enormes mejoras en la supervivencia

registrados entre todos los grupos de edad, excepto los muy ancianos se reflejan por una distribución de la población más uniforme.

Finalmente, la proposición cinco menciona que existen variaciones en el patrón, el ritmo, los determinantes y las consecuencias del cambio demográfico. Se diferencian tres modelos de la transición epidemiológica: el modelo clásico u occidental, el modelo acelerado y el modelo contemporáneo o retrasado. El propósito fundamental de la delimitación de estos modelos es visualizar las diferentes matrices de los determinantes y las consecuencias asociadas con los patrones de mortalidad y fertilidad, y para esclarecer algunas de las cuestiones fundamentales que enfrentan los responsables políticos sobre la población.

Armelagos, Brown & Turner (2005) refieren como importante la teoría de Omran (1971) y siguiendo este modelo, hablan de tres transiciones epidemiológicas en mortalidad y enfermedad que explican por qué existe una desigualdad en la relación de cambios de patógenos dependiendo de los estratos sociales.

La primera etapa descrita por Armelagos et al. (2005) empieza en el periodo paleolítico, que se remonta a las antiguas civilizaciones como la Mesopotámica. En dichas poblaciones se empiezan a desarrollar cultivos. La alta densidad poblacional, el sedentarismo, la perturbación ecológica del cultivo y el aumento de la desigualdad social y económica, fueron factores que aumentaron el riesgo de enfermedades infecciosas. La prevalencia de las enfermedades infecciosas se extiende hasta el periodo Neolítico acabando hasta la urbanización derivada de la revolución industrial. Omran (1971, 2005) se expresa hacia las poblaciones que padecieron enfermedades infecciosas, como poblaciones pre-modernas y al final de esta etapa ya habla de poblaciones modernas. Omran resalta que para esta etapa el nivel de mortalidad era muy alto y el tiempo de vida muy corto (i.e., 20 a 40 años de edad), entre otras razones por los picos altos de mortalidad por epidemias, la desnutrición crónica y las enfermedades endémicas. La esperanza de vida era corta en gran parte debido al intercambio de enfermedades entre poblaciones, generado por el desarrollo del comercio en el Viejo Mundo que requirió de la exploración transoceánica y transcontinental en los siglos XV y XVI.

Con el desarrollo tecnológico en la revolución industrial llegó la segunda etapa descrita por Armalegos et al. (2005). En esta etapa las enfermedades crónico-degenerativas desplazan a las infecciosas. La creciente prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas se relaciona con el aumento de la longevidad. El desarrollo de la inmunización resultó en el control de muchas infecciones. Es así que se erradicó la viruela en ese periodo, pero solo en países desarrollados. Para Omran en esta etapa la mortalidad por pandemia declina progresivamente, la natalidad aumenta y la mortalidad disminuye. La esperanza de vida en esta etapa es de 30 a 50 años aproximadamente. El crecimiento de la población se mantiene describiéndose con una curva exponencial

La tercera etapa prevalece hasta nuestros días. Es en esta etapa en la que hay mayores diferencias entre el modelo de Omran (1971) y Armelagos et al. (2005). Omran la etiqueta como la etapa de las enfermedades degenerativas y artificiales (i.e., provocadas por el hombre), caracterizada por una disminución en los niveles de mortalidad y un aumento en la fertilidad, la esperanza media de vida al nacer se eleva gradualmente hasta superar los 50 años de edad. Armelagos et al. (2005) están de acuerdo con el mantenimiento de las enfermedades crónico degenerativas, pero resaltan con más claridad que Omran, el protagonismo de las enfermedades infecciosas. Armelagos et al. (2005), refieren que las enfermedades infecciosas existen como resultado de la interacción social, los cambios demográficos y ambientales y la adaptación genética de los microbios.

Caldwell (2001) expone los límites del modelo propuesto por Omran en 1971 para explicar transiciones epidemiológicas y entender su función. Caldwell señala que Omran parecía argumentar que el cambio en las causas de muerte fue un factor determinante en lugar de una consecuencia. Su teoría podría ser insuficiente al centrarse en las causas cambiantes de la muerte en lugar de las causas cambiantes de los patrones de la enfermedad. Caldwell detecta que el modelo de Omran subestima la alta frecuencia de enfermedades infecciosas además de la subestimación de las contribuciones de la investigación científica y la tecnología médica. Al final, su crítica sirvió para proponer otros modelos de transiciones epidemiológicas.

Otros modelos de transiciones epidemiológicas son el modelo de cambios de patrones de mortalidad y de dinámica poblacional de McKeown (2009), el modelo eco-

epidemiológico de Defo (2014), el modelo antropológico de Zuckerman, Harper, Barrett y Armelagos (2014).

El modelo de McKeown (2009) describe el aumento de la población y las mejoras dramáticas en la salud que las personas han experimentado en los últimos dos siglos. Estos cambios se deben, según este modelo, más a los cambios en condiciones económicas y sociales que a los avances médicos específicos o iniciativas de salud pública. El modelo se explica a través de variables intermedias (i.e., una variable que causa la variación en la variable de respuesta y está a su vez varió a causa de variables distales). Las Variables intermedias son: la nutrición y los niveles de vida; el estilo de vida y comportamiento; y la tecnología médica y el conocimiento de la salud. Las variables a nivel proximal incluyen los ajustes inmediatos, los contextos o condiciones prevalecientes antes de la aparición del resultado de interés. Una variable proximal es un factor cercano en el tiempo para el evento o la aparición de la conducta de interés como variable de resultado. Las variables proximales incluyen: la fragilidad, la biología y las condiciones relacionadas con la salud en general y la salud funcional. Este modelo contribuye a complementar los modelos anteriores de transiciones epidemiológicas.

Defo (2014) busca ir más allá de las transiciones epidemiológicas con su modelo eco-epidemiológico para la salud, la enfermedad y la mortalidad. Intenta hacer un puente entre las transiciones epidemiológicas, demográficas y de salud, con investigaciones causales. Defo en su modelo estudió los perfiles demográficos y epidemiológicos, a través de tres niveles: 1) el nivel micro individual que estudia el comportamiento y las características de los hogares, 2) el nivel intermedio que estudia las características de la familia, y 3) los entornos de nivel macro dependientes que estudia el contexto que influye en la salud y la longevidad agregada a los perfiles demográficos y epidemiológicos. También estudia tendencias y factores diferenciales de la fecundidad, la mortalidad, la migración, la carga de la enfermedad, la carga de la población y los patrones de salud en las poblaciones humanas.

Zuckerman et al. (2014) consideran que la tercera transición epidemiológica, está incompleta debido a las tendencias actuales de enfermedades infecciosas nuevas, virulentas y relacionadas al consumo de drogas. Remarcan que al igual que con la segunda transición, las enfermedades no transmisibles siguen aumentando en las poblaciones desarrolladas y

subdesarrolladas. La Interacción entre dos o más condiciones de salud, como pasa entre la diabetes, enfermedades cardiopulmonares, y el síndrome respiratorio agudo severo, van en aumento. El modelo al igual que el de Defo (2014), no se queda solo con la explicación de tendencias globales de salud y enfermedades, al también contemplar las políticas y programas pertinentes para la prevención, la detección de nuevas condiciones y patógenos, la identificación de factores de riesgo y control de las enfermedades.

Lo que comenzó como un ejercicio para intentar describir y desentrañar los factores determinantes y las consecuencias de los cambios en los patrones de enfermedad que han acompañado a los países desarrollados y subdesarrollados, terminó con los modelos de Defo (2014) y Zuckerman et al. (2014) proponiendo que las transiciones epidemiológicas pueden ser contempladas para el desarrollo de políticas y programas de salud y enfermedad pertinentes. Un logro de las teorías sobre las transiciones epidemiológicas es el notar que en la primera transición los agentes patógenos se consideran la causa de la enfermedad, mientras que en la segunda y tercera transición las consecuencias de la enfermedad se deben a la interacción de factores orgánicos, personales, interpersonales, contextuales y sociales. Justo es el reconocimiento de factores orgánicos, personales, interpersonales, contextuales y sociales, lo que generó la necesidad de formar modelos explicativos de las enfermedades de la segunda y tercera transición epidemiológica. El modelo explicativo de salud y enfermedad más aceptado en la actualidad es el modelo biopsicosocial, ya que contempla la interacción de los factores antes mencionados sobre la explicación y el abordaje de diversas enfermedades, sobre todo el abordaje de enfermedades crónico-degenerativas.

El modelo biopsicosocial

Engel (1977) postuló el modelo denominado biopsicosocial, que está vigente hasta nuestros días y ha ayudado a fomentar un enfoque multidisciplinario centrado en el paciente. El modelo biopsicosocial sustituyó al enfoque biomédico. A continuación, se hablarán de ambos modelos, explorando sus características que llevan a concluir que el modelo biopsicosocial es un modelo más completo que el biomédico y por esta razón es el modelo de salud-enfermedad vigente.

El enfoque biomédico fue un enfoque dominante en las sociedades industrializadas de mediados del siglo XXI. Este enfoque asume que la enfermedad puede ser completamente explicada por desviaciones de la norma de marcadores biológicos medibles. El modelo biomédico entonces sugiere que una enfermedad es un proceso que se mueve desde el reconocimiento y la paliación de los síntomas a la caracterización de una enfermedad específica en la que la etiología y patogénesis es bien conocida y por lo tanto el tratamiento y la taxonomía es racional y específica (Engel, 1977).

Engel (1977) reconoció la importancia del enfoque biomédico en la historia y desarrollo de la medicina, pero encontró limitaciones en este modelo. Posteriormente, Borrell-Carrió, Suchman, y Epstein, (2004) y Tizón (2007) hicieron aún más explícitas dichas limitaciones: a) La biomedicina tenía como filosofía el dualismo cartesiano, al entender la mente y el cuerpo como entidades del ser humano pero que debían estudiarse por separado. b) El problema de la visión dualista es que una alteración bioquímica no siempre se traduce en la presencia de una enfermedad, ésta puede aparecer por la interacción de múltiples causas entre las cuales están las psicológicas y sociales, promoviendo en el médico una limitación en la realidad clínica de los pacientes que sólo es comprensible cuando se integra lo psicosocial en lo orgánico, es decir, cuando se integra mente y cuerpo como entidades íntimamente relacionadas. c) El estudio de solo la anomalía biológica no explica cómo está interpretando el paciente el síntoma y sin considerarlo se estaría limitando la toma de decisiones clínicas. d) Las variables de índole psicosocial suelen ser importantes al determinar la susceptibilidad, gravedad y curso del padecimiento. e) La aceptación del rol de enfermo no está determinada de manera mecánica por la presencia de una anomalía biológica. f) El éxito clínico del tratamiento biológico está influido directamente por variables psicosociales (e.g., efecto placebo, red de apoyo, economía) y por la alianza entre el profesional de salud y el paciente (e.g., apego al tratamiento). g) Incluso problemas psiquiátricos y psicológicos eran vistos exclusivamente desde una perspectiva biológica.

Con lo expresado en los puntos anteriores se concluye que el modelo biomédico veía al ser humano desde una perspectiva mecanicista, descartando la interacción de una serie de sistemas como el familiar con la personalidad, los hábitos de vida con la biología del sujeto y demás sistemas influyentes en la salud y enfermedad del paciente. Además, se concluye

que el modelo biomédico es un modelo de causalidad circular, ya que afirma que solo factores biológicos dan lugar a una situación clínica concreta. Primar un solo aspecto es estudiar de manera parcial una realidad enormemente compleja, es así que nace la necesidad de un modelo biopsicosocial.

El término biopsicosocial lo retoma Engel (1977) de Grinker (1964), con la finalidad de remarcar la importancia de factores psicológicos y sociales en los procesos de salud y enfermedad. El modelo resalta las limitaciones que el modelo biomédico ha tenido en la práctica. Se basa en la Teoría General de los Sistemas, en la cual la ciencia se organiza con base en sistemas jerárquicos, los cuales son interdependientes de los otros, y ninguno tiene prioridad funcional sobre los otros. Los tres sistemas en el caso del modelo biopsicosocial, interactúan con la misma importancia en la diada salud-enfermedad (Álvarez, Pagani & Meucci, 2012).

La perspectiva biopsicosocial al considerar aspectos biológicos, personales, ambientales, contextuales y conductuales del paciente en el proceso asistencial, manda el mensaje de que hay que tratar a sujetos y no a objetos. El modelo de causación circular como camino (como heurístico que abre a otras posibilidades) es un hábito mental necesario para cualquier investigador y clínico, pero cuando el propósito es elevar la guía clínica a una estrategia terapéutica, se debe adoptar un modelo de causación estructural que también es un precepto filosófico del modelo biopsicosocial (Borrell-Carrió et al., 2004). El modelo biopsicosocial abre las puertas a otros modelos como el dialógico de Bartz (1999), que parte del supuesto de que cada persona en contexto de salud y en otras áreas de su vida, se interpreta, se crea y recrea a través del diálogo como vivencia humana y como dato semiológico. Este modelo postula que las palabras mal empleadas también son iatrogénicas y marca la pauta para el desarrollo del modelo centrado en el paciente en el que el paciente es parte activa en las decisiones a tomar en su proceso de salud y enfermedad.

En resumen, el modelo biopsicosocial: a) integra los hallazgos en las tres esferas: biológica, psicológica y social. b) Reconoce el papel central que desempeña la relación terapéutica en el proceso salud-enfermedad del paciente a través de los modelos dialógicos y centrados en el paciente. c) Estimula un conocimiento más integral del paciente y su entorno. d) Reconoce el papel central que desempeña la relación terapéutica en el curso de los

acontecimientos. e) Optimiza el trabajo en equipo. f) Fomenta la incorporación multidisciplinaria de los profesionales de la salud (e.g., médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales). g) Además, en los países más desarrollados es donde se está empleando este modelo que hace uso y es respaldado por la evidencia científica.

Con la finalidad de sostener los cambios en la concepción de salud, existió el desarrollo de nuevas disciplinas que cubrieron las nuevas necesidades teóricas y aplicadas, respaldadas por grandes organizaciones científicas. Una organización involucrada en la generación de cambios en la concepción de salud, es la APA con el nacimiento de la división 38 en 1978. La división 38 es congruente con el modelo biopsicosocial y se encarga de facilitar el avance en la comprensión de la salud y la enfermedad a través de la investigación psicológica básica y clínica. También promueve la educación y los servicios en la psicología de la salud y la enfermedad recalando que estos servicios son tan relevantes como los servicios médicos para las sociedades (Wallston, 1997).

En 1977 casi al mismo tiempo del nacimiento de la División 38, nace una disciplina importante de la psicología de la salud que preparó el terreno para atender las necesidades psicosociales contemplando tanto las transiciones epidemiológicas como los cambios en la concepción de salud. Esta disciplina que se mantiene vigente en la comunidad científica y en el contexto clínico, lleva por nombre medicina conductual.

La Medicina Conductual

Aunque resulta difícil distinguir, como cualquier movimiento científico y clínico, el surgimiento de la medicina conductual, algunos investigadores (e.g., Agras, 1982; Matarazzo, 1980; Pomerleau, 1982) señalan tres antecedentes inmediatos: 1) El comentario editorial de Ostfeld (1973) publicado en la revista *Psychosomatic Medicine* en el que se pregunta si la investigación psiquiátrica es suficiente para tener una comprensión causal, patogénica y eficaz en cuanto a tratamiento de la hipertensión arterial, los campos de la medicina psicosomática, la epidemiología y la terapia de comportamiento eran todos los requisitos previos para responder esta pregunta y estos son aspectos importantes del campo de la medicina conductual que pocos años después se formalizaría. 2) Birk (1973) publica el libro titulado *Biofeedback: Medicina del Comportamiento*. 3) En 1974 se inaugura un centro

de investigación clínico de Medicina del Comportamiento gracias a Brady y Pomerlau en la Universidad de Pensilvania.

Con los antecedentes inmediatos referidos anteriormente es que surge la necesidad del modelo denominado medicina conductual, siendo el año de 1977 con la conferencia en la Universidad de Yale emitida por Schwartz y Weiss, el año más importante de su impulso. En dicho comunicado Schwartz y Weiss, definen medicina conductual como un campo concerniente al desarrollo de la ciencia del comportamiento, su conocimiento y el uso de técnicas relevantes para entender la salud y enfermedad, así como la aplicación de este conocimiento y técnicas para el diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación de las mismas. La psicosis, neurosis y el abuso de sustancias se incluyen en la medida en que contribuyen a los desórdenes físicos como criterios de valoración. Un año más tarde redefinen el concepto de medicina conductual como “La integración del conocimiento y técnicas de la conducta y las ciencias biomédicas relevantes para la salud y enfermedad” (Schwartz & Weiss, 1978, p. 250). En ese mismo año, la medicina conductual tomó aún más peso en las sociedades desarrolladas gracias a la declaración llamado Alma Ata de la OMS (1978), en la que se habla de salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad. Pormelau y Brady (1979) vuelven a definir medicina conductual con base en lo que en aquel entonces identificaba fuertemente a la Psicología en general, es decir, el conductismo y las ciencias basadas en el análisis experimental: medicina conductual puede definirse como el uso clínico de las técnicas derivadas a partir del análisis experimental de la terapia conductual y la modificación de la conducta, para la evaluación, prevención, gestión o tratamiento de la enfermedad física o disfunción fisiológica; y la realización de la investigación que contribuye al análisis funcional y la comprensión del comportamiento asociados con trastornos médicos y problemas en la atención sanitaria.

Entre 1978 y 1981 hubo un crecimiento trascendental de la medicina conductual debido a la formación de la Academia de Investigación en Medicina del Comportamiento y la Sociedad de Medicina del Comportamiento, a la publicación de la revista *Journal of Behavioral Medicine*, al empleo de personal de psicología en sectores de salud pública (Pormelau, 1982). Asimismo, el desarrollo de una nueva división de psicología de la salud

en la Asociación Americana de Psicología por parte de Matarazzo (1980) y el refinamiento de los aspectos éticos de la medicina conductual propuestos por Knapp y Vandecreek (1981) impulsaron el desarrollo de la medicina conductual.

Conforme avanzó el tiempo, la medicina conductual tomó una perspectiva que prevalece en la actualidad, la perspectiva basada en la evidencia científica (Davidson et al., 2003). La medicina conductual basada en la evidencia resulta importante para promover a otros profesionales de la salud (e.g., médicos, enfermeros), la importancia del psicólogo especialista en medicina conductual para atender problemas de promoción y mantenimiento de la salud. Sin embargo, la medicina conductual basada en la evidencia ha tenido un alcance más allá de la promoción y mantenimiento de la salud, al tener también influencia en el análisis y modificación de las políticas de atención de la salud (Davidson et al., 2003; Alarcón, 1991). Además, tomó como modelo clínico la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) por su eficacia demostrada en la literatura científica para abordar problemáticas de salud (Wickramasekera, 2013).

La Medicina Conductual tiene cada vez más evidencia en los campos de: problemas oncológicos, conductas aberrantes o adictivas, trastornos cardiovasculares, gastrointestinales, problemas de obesidad, alteraciones musculo-esqueléticas, trastornos neurológicos, problemas respiratorios y dermatológicos, problemas de dolor crónico.

Prokop y Bradley (2013) encuentra que la medicina conductual tiene suficiente alcance en el abordaje de pacientes internos y ambulatorios, en el rol de enfermo, en la asistencia médica y el cumplimiento del tratamiento. Los logros de la medicina conductual se centran sobre todo en enfermedades crónico-degenerativas tales como el cáncer.

La Medicina Conductual en Contexto Oncológico.

La incursión de la medicina conductual para tratar problemas que conciernen a pacientes con cáncer, se facilitó gracias a una especialidad que se formalizó a mediados en 1970, denominada psicooncología. La psicooncología surge cuando se rompe el estigma de no hablar con el paciente acerca de la palabra *cáncer*, es decir, cuando los profesionales de la salud comenzaron a hablar con los pacientes oncológicos sobre su diagnóstico. Otro estigma que permitió que la psicooncología se desarrollara, fueron las actitudes negativas por

parte del personal de salud en hospitales y clínicas hacia problemas psicológicos aun cuando éstos pudieron aparecer a causa de la enfermedad oncológica.

La psicooncología produjo un modelo útil que abrió el campo psicológico para la atención clínica de los pacientes y sus familias, a la formación del personal de salud en el manejo psicológico, y también incluye el estudio de los problemas de comportamiento en la prevención del cáncer, los trastornos psiquiátricos, los problemas psicosociales en todas las etapas de las enfermedades, la investigación de las variables inmunológicas y neuroendocrinas que median los procesos de aparición de la enfermedad, los problemas psicofarmacológicos y los dilemas éticos (Holland, 2002; Ibañez & Soriano 2007; Reuter, 2009; Robert, Álvarez, & Valdivieso, 2013).

El modelo psicooncológico siempre se respalda en la evidencia sin importar el enfoque. Sin embargo, el enfoque que mejor evidencia tiene sobre los distintos aspectos psicosociales en pacientes con cáncer, es el enfoque cognitivo conductual.

La psicooncología y la medicina conductual pueden intervenir en problemas psicosociales en tres tipos de población oncológica: 1) pacientes con cáncer que reciben tratamiento curativo, 2) pacientes sobrevivientes de cáncer, 3) pacientes con cáncer avanzado que generalmente requieren cuidados paliativos (i.e., pacientes que ya no pueden recibir tratamiento curativo por lo avanzado de la enfermedad y que en cambio reciben atención para el control sintomatológico) (Robert et al., 2013).

En pacientes con cáncer avanzado (PCA), el impacto psicológico es común, ya que el hecho de morir es uno de los acontecimientos más difíciles de afrontar y si se considera lo encontrado en estudios sobre una mayor incidencia de cáncer avanzado en países subdesarrollados en comparación con países desarrollados (e.g., Goss et al., 2013), la atención psicológica se vuelve importante para los pacientes con cáncer avanzado de este país al ser un problema de salud pública. Uno de los problemas psicológicos más difíciles e importantes de tratar por ser también un problema de salud pública en PCA debido a su alta incidencia, es el problema de la experimentación de la depresión, la cual ha intentado ser controlada a través de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos (e.g., intervenciones psicológicas), sin obtención de resultados clínicamente significativos a diferencia de otros

síntomas emocionales (e.g., ansiedad, distrés). Dentro del rubro de los tratamientos no farmacológicos, la TCC ha encontrado los mejores niveles de evidencia para intervenir depresión en PCA.

En el Capítulo 2 se expondrán las intervenciones cognitivo conductuales para manejo de depresión en PCA, exponiendo a su vez algunas razones por las que parece no tener efectos clínicamente significativos sobre la depresión. Para finalizar se hará una propuesta de intervención para manejo de depresión en PCA desde la Terapia de Aceptación y Compromiso, perspectiva que podría ayudar a abordar el problema de manera más eficaz.

II. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO PARA EL MANEJO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER AVANZADO

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define al cáncer avanzado como aquel cáncer al que no se le puede dar tratamiento curativo y únicamente se le trata con la finalidad de controlar síntomas, mientras paralelamente, se deja la libre evolución de la enfermedad hasta el fallecimiento del paciente (OMS, 2007). Los Pacientes con Cáncer Avanzado (PCA) pueden o no recibir cuidados paliativos. Los cuidados paliativos están enfocados en la mejoría de la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan el problema asociado con la enfermedad que amenaza la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales (OMS, 2013).

La tasa de incidencia y mortalidad de cáncer es alta a nivel nacional e internacional. En general, las tasas de incidencia y mortalidad para la mayoría de los cánceres (incluyendo pulmón, colon y recto, mama y próstata) están disminuyendo en países occidentales desarrollados como Estados Unidos, pero la incidencia y mortalidad está aumentando en varios países en vías de desarrollo (Ferlay et al., 2010). La proporción de nuevos casos de cáncer diagnosticados en los países menos desarrollados, se prevé que aumente de 56% del total mundial en 2008 a más del 60% en 2030, a causa de las crecientes tendencias en las

tasas de cáncer, el aumento de la esperanza de vida y el crecimiento de la población. En ambos sexos, las tasas globales de mortalidad por cáncer en general son similares (Ferlay et al., 2010). En otro estudio se evaluaron los cambios en los patrones de cáncer de acuerdo a distintos niveles funcionales del desarrollo humano (Bray, Jemal, Grey, Ferlay, & Forman, 2012). Se utilizaron cuatro niveles (bajo, medio, alto y muy alto) del Índice de Desarrollo Humano (IDH), un indicador compuesto de la esperanza de vida, la educación, y el producto interno bruto per cápita, para resaltar los patrones específicos de cáncer en 2008 (sobre la base de estimaciones GLOBOCAN) y también se calculó la incidencia de casos de cáncer en 2030. Se encontró que el cáncer de mama, el cáncer de pulmón, el cáncer de colon-rectal y el cáncer de próstata representan la mitad de la carga global del cáncer. Los cánceres de esófago, estómago e hígado también fueron comunes. Estos 7 tipos de cáncer juntos componen el 62% de la carga total de cáncer en las áreas con IDH muy alto. El estudio predice un aumento en la incidencia de casos de todos los tipos de cáncer, alcanzando una incidencia de aproximadamente 12.7 millones de nuevos casos en 2008 hasta 22.2 millones en 2030. En conclusión, estos estudios predicen que la incidencia de nuevos casos de cáncer incrementará, aumentando también la probabilidad de la alta prevalencia de mortalidad por esta enfermedad.

Aunque la incidencia general de cáncer es menor en América Latina (163 por cada 100 000) que en Europa (264 por 100 000), o los EE.UU. (300 por 100 000), la alta incidencia de mortalidad en Latinoamérica es más grande debido a la detección tardía de la enfermedad y en alguna medida al menor acceso a la atención del cáncer. La población mexicana no está exenta de la alta incidencia de mortalidad ya que por ejemplo en los Estados Unidos el 60% de los casos de cáncer de mama son diagnosticados en las etapas 1 y 2, mientras que en México sólo el 10% se diagnostica en las primeras etapas (Goss et al., 2013).

En una investigación efectuada en México se analizó la incidencia de mortalidad por cáncer y otras enfermedades ya sea crónicas o transmisibles (Lozano et al., 2013). Se revisaron las bases de estadísticas vitales del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y otras fuentes nacionales e internacionales. En la investigación se encontró que de 1990 a 2010 las causas de muerte prematura para las mujeres más prevalentes fueron a causa de enfermedades crónicas no transmisibles, desplazando entre las causas de muerte más

prevalentes al grupo de enfermedades infecciosas, maternas, de la nutrición y reproductivas. Asimismo, destacó el incremento en la incidencia de cáncer de mama (110%) que pasó del lugar 20 al 10 entre las causas de mortalidad en mujeres mexicanas. En la investigación también se encontró que en conjunto todos los tipos de cánceres en 2010, fueron una de las tres principales causas de muerte en población mexicana, siendo esta evidencia similar a la mostrada por otro estudio de la OMS efectuado en toda América, en el que se reporta que en el continente americano el cáncer es la segunda causa de muerte (OMS, 2013).

En una revisión sistemática, se exploraron las comorbilidades más prevalentes en adultos mayores con cáncer terminal. Los artículos se buscaron en PubMed, Embase, CINAHL, Web of Science, y the Cochrane Library en un periodo de 2002 a 2012. Las comorbilidades que prevalecieron en al menos 50 % de los PCA, fueron fatiga, síntomas de excreción, incontinencia urinaria, astenia, dolor, estreñimiento y ansiedad. En esta investigación la prevalencia promedio de depresión en PCA fue de 15.7% (Van Lancker et al., 2014). En otro estudio efectuado en población mexicana, los investigadores encontraron que la prevalencia de depresión fue del 67% y la prevalencia de la ansiedad fue del 40% en PCA (N=59 evaluados con la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS, por sus siglas en inglés), en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” (INCMNSZ) (Landa-Ramírez, Sánchez-Román, & Covarrubias, 2014). La sintomatología depresiva en PCA es variable en su prevalencia, en todos los estudios la prevalencia es alta, siendo la tasa más baja la reportada en la revisión sistemática por Van Lancker et al., de 15.7% específicamente en pacientes con edad avanzada.

Debido a la alta prevalencia de sintomatología depresiva en PCA es necesario generar intervenciones que permitan observar la función que tiene la depresión en la vida y en el proceso de la enfermedad de los pacientes e intentar disminuir su intensidad. Para intervenir depresión resulta importante saber conceptualizarla ya que incluso, el hecho de que la prevalencia de la sintomatología depresiva en PCA varíe demasiado entre un estudio y otro, se debe a inconsistencias evaluativas, conceptuales y metodológicas como se muestra en el siguiente apartado.

Depresión en pacientes con cáncer terminal

La conceptualización de la depresión en PCA depende de si la depresión será evaluada como un problema psiquiátrico (e.g., Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, por sus siglas en inglés DSM) o como un problema del estado de ánimo (e.g., HADS). En una revisión sistemática sobre evaluación de la depresión en PCA, se analizaron solo aquellas publicaciones que evaluaron e informaron sobre casos de depresión (N=202). Para evaluar depresión como un problema psiquiátrico los estudios reportados en la revisión, frecuentaron el uso de los manuales diagnósticos DSM IV (N=20) seguido por el DSM-III-R (N=7). La mayoría de las definiciones de los casos de depresión no clasificaron según el DSM-IV o de sistemas de diagnóstico comparables. En su lugar, la depresión se evaluó con mayor frecuencia con cuestionarios específicos (N=90) con métodos de evaluación tales como la HADS (N=51), versiones del BDI (Beck Depression Inventory) (N=11) y la CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale Revised) (N=7). También hubo definiciones de casos en los cuestionarios generales (N=38), en dos artículos individuales (N=17) y en entrevistas clínicas estructuradas (N=8). El problema de no haber un consenso al evaluar depresión en PCA, es que rara vez se conceptualiza de forma explícita y a menudo en los estudios no está claro por qué se eligió una medida determinada. Esta diversidad en los métodos dificulta las comparaciones entre los estudios y limita el potencial para resumir los datos de estos artículos para calcular, por ejemplo, la prevalencia de la depresión en PCA con criterios homogéneos y comparar los resultados de los estudios de intervención (Wasteson et al., 2009).

Los resultados de Wasteson et al. (2009) también sugieren que la elección de los métodos de evaluación a menudo se hace por frecuencia del uso de los métodos más que por razones teóricas claras. Una evidencia de por qué los métodos de evaluación de depresión se eligen por costumbre, son las diferencias geográficas en el uso de diferentes métodos (e.g., la HADS es el método más comúnmente utilizado de evaluación en Europa, pero rara vez se utilizan en los EE.UU. o en Canadá). A pesar de que la aplicación de las escalas para evaluar depresión en PCA depende de las diferentes zonas geográficas, Wasteson y sus colaboradores concluyen que la HADS es la herramienta más utilizada para evaluar depresión en PCA alcanzando una frecuencia de uso del 77%.

Una forma para evaluar depresión en PCA declarados paliativos, es haciendo un par de preguntas directas (i.e., ¿se siente deprimido? Del 0 al 10, siendo 0 sin depresión y 10 la mayor depresión posible ¿cuánta depresión siente?), que pueden o no ser evaluadas con otros síntomas como lo evalúa la Escala de Evaluación de Síntomas de Edmonton (por sus siglas en inglés ESAS). Si bien, la ventaja del ESAS es que permite tener una evaluación de depresión en un periodo muy breve al hacer máximo dos preguntas, tiene como desventaja que la depresión es evaluada acorde a lo que el paciente paliativo entiende por depresión (Mitchell, 2008; Wasteson et al., 2009).

A pesar de las posibles inconsistencias al conceptualizar y definir depresión en PCA, existe evidencia respecto a que los PCA que muestran depresión, sufren síntomas físicos con mayor frecuencia e intensidad en comparación con PCA que no presentan depresión (Azevedo, Pessalacia, Mata, Zoboli, & Pereira, 2017). Interface between social support, quality of life and depression in users eligible for palliative care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51.). Los síntomas que pueden presentarse o exacerbarse por depresión son: ansiedad (Delgado-Guay, Parsons, Li, Palmer, & Bruera, 2009; Gilbertson-White, Aouizerat, Jahan, & Miaskowski, 2011), dolor (Laird et al., 2011; Mystakidou et al., 2007), fatiga (Brown & Kroenke, 2009; Laird et al., 2011), insomnio (Irwin, 2013; Lockefer, & De Vries, 2013), sarcopenia (Nipp et al., 2018), náusea, disnea, úlceras por presión y pérdida del bienestar (Salvo, 2012). Incluso, intervenir sobre la depresión de un PCA, es asociado con mayor tiempo de vida (Giese-Davis, 2011) y en un estudio en Liverpool se encontró que puntajes altos de depresión evaluada con la escala de depresión de Edimburgo correlacionó con menor tiempo de vida en comparación con puntajes bajos en esta escala (Lloyd-Williams, Payne, Reeve, & Kolamunnage, 2014).

Resulta evidente la necesidad de intervenir depresión en PCA por su alta tasa de prevalencia y por su relación con otros síntomas físicos y emocionales, pero no hay evidencia contundente sobre la eficacia de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

Terapia cognitivo conductual para manejo de depresión en pacientes con cáncer avanzado.

En una revisión las intervenciones psicosociales que incluyen a la TCC y los tratamientos farmacológicos, ambos tratamientos demostraron ser eficaces en el manejo de depresión en pacientes con cáncer, pero se necesita más investigación para establecer su beneficio relativo y combinado en PCA (Li, Fitzgerald, & Rodin, 2012). En otro estudio se encontró que los tratamientos psiquiátricos (e.g., antidepresivos, ansiolíticos o benzodiazepinas) en combinación con Terapia Cognitivo Conductual (TCC), son los mejores tratamientos para que los PCA disminuyan ansiedad, pero no tienen el mismo efecto sobre depresión (Miovic, & Block, 2007). Asimismo, existe una revisión sistemática en el que el efecto de la psicoterapia fue significativo sobre la reducción de depresión en PCA (SMD = -0.35, 95% IC = -0.06 a 0.65), siendo la TCC, recomendada para el tratamiento de los trastornos psicológicos en pacientes con cáncer; sin embargo, los autores proponen la necesidad de efectuar más ensayos clínicos bien diseñados para aclarar la eficacia de la TCC en la depresión en pacientes con cáncer de avanzado pues su efecto es moderado (Akechi, Okuyama, Onishi, Morita, & Furukawa, 2008).

En un estudio participaron pacientes con cáncer de mama metastásico que fueron asignados aleatoriamente a un grupo de TCC o a una condición de control sin tratamiento para depresión y otros síntomas de estado de ánimo. Ambos grupos recibieron tratamiento farmacológico. Los investigadores encontraron una disminución de la depresión en el grupo de pacientes que recibieron TCC en comparación con el grupo que no recibió esta intervención. La mejora de los pacientes con tratamiento, sin embargo, no fue ya significativa en comparación con el grupo control en el tercer y sexto mes de seguimiento. Que la depresión se haya acercado a su línea base a los 3 y/o 6 meses, puede deberse al descontrol de otros síntomas propios de la evolución de la enfermedad y a la muerte experimental. En el estudio se reconoce que una intervención individual podría tener mejores efectos, ya que en el proceso de la intervención dos pacientes murieron a causa de su enfermedad y esto pudo alterar a los pacientes que seguían su intervención (Edelman, Bell, & Kidman, 1999).

En otro estudio hubo 4 grupos conformados por un grupo control; un grupo que se le brindó relajación muscular; un grupo con imaginación guiada y un grupo con ambos

tratamientos (relajación muscular progresiva, imaginación guiada). Los participantes fueron 56 pacientes con cáncer avanzado y fueron evaluados con la HADS antes y después del entrenamiento. Los participantes no mostraron mejoría significativa para la ansiedad, pero sí hubo mejoría estadísticamente significativa en depresión en los tres grupos con tratamiento en comparación con el grupo control. En el estudio se analizó que no hubo datos de seguimiento que corroboraran el efecto de la intervención sobre la depresión, y que el tamaño del efecto aunque fue positivo fue pequeño. Además, dar seguimiento a las medidas de depresión y ansiedad resulta importante pues los autores aseveran que la intervención no ayuda a intervenir problemas clínicos que tienden a intensificarse con la evolución de la enfermedad, como el aislamiento, la desesperanza o la ansiedad asociada a pronóstico (Sloman, 2002).

Dos estudios recientes, también intervinieron depresión y ansiedad en PCA, formando un grupo con TCC y un grupo control que se caracterizó por ser también un grupo en lista de espera para recibir TCC. Ambos estudios emplearon la HADS y en ambos estudios se encontraron resultados significativos en la reducción de ansiedad, pero no en la reducción de depresión. Otro dato importante y contradictorio a los anteriores estudios es que la depresión en ambos estudios disminuyó con el tiempo para los grupos con TCC, pero no fue significativa en comparación con los datos obtenidos por los grupos control. En ambos estudios se recomienda explorar otras alternativas dentro de la TCC para manejo de depresión en PCA (Greer et al., 2012; Moorey, 2009).

No hay evidencia clara del efecto de la TCC para manejo de la depresión en PCA. Dos de las dificultades para intervenir depresión en pacientes con cuidados paliativos, es que no hay bases teóricas claras para evaluarla y que la población con cáncer avanzado frecuentemente desarrolla síntomas físicos como parte de la evolución natural de la enfermedad o como consecuencia del tratamiento médico que recibe, lo que puede confundirse con los síntomas físicos considerados como criterios para identificar depresión (Landa, Cárdenas, Greer, Sánchez, & Riveros, 2014). Otras inconsistencias en las evaluaciones e intervenciones de depresión, es que este síntoma puede estar fuertemente correlacionada con qué tan bien o mal estén controlados los síntomas físicos propios del cáncer avanzado (e.g., dolor, náusea, disnea) (Lloyd-Williams, Dennis, & Taylor, 2004); por

la interpretación de dichos acontecimientos por parte del PCA (Rost, Wilson, Buchanan, Hildebrandt, & Mutch, 2012) y por la desmoralización que pueden generar estos síntomas al ser indicadores de evolución de la enfermedad y conllevar a un estado afectivo de desesperanza, de pérdida de sentido, de propósitos y de conducta guiadas por valores (Vehling et al., 2012).

La aparición de síntomas depresivos en PCA, mantienen una relación con la presencia de síntomas físicos propios de la evolución de la enfermedad. Si los síntomas físicos pueden controlarse solo en alguna medida con el apoyo médico en cuidados paliativos, resulta pertinente trabajar sobre la aceptación de estos eventos de descontrol físico para reducir su impacto emocional percibido por el PCA (Greer et al., 2012; Moorey et al., 2009). La Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC) enseña a vivir con las emociones, los pensamientos y los eventos aversivos de la vida diaria y no “a pesar de” (Hayes, 2011), resultando una alternativa viable para atender las dificultades de los eventos de descontrol físico y el impacto de la desmoralización y de los pensamientos relacionados con la enfermedad terminal que correlacionan con una alta incidencia en sintomatología depresiva por parte de los pacientes.

Terapia de Aceptación y Compromiso

Hayes, Strosahl y Wilson (1999), generaron una modalidad de psicoterapia denominada TAC, la cual es una terapia de tercera generación de terapia cognitivo conductual, como lo son la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness, la Terapia para Reducción del Estrés basada en Mindfulness, o la Terapia Dialéctico Conductual (Forman, Shaw, Goetter, Herbert & Park, 2012; Hayes, 2004).

Las terapias cognitivo conductuales de primera y segunda generación como lo es la Terapia Cognitiva de Beck (1991), proponen que los pensamientos negativos con frecuencia representan una distorsión de la realidad y dado que tienen un impacto negativo y poco adaptativo en las emociones y las conductas de las personas, las intervenciones deben de ir dirigidas a reducir el impacto de los pensamientos en la vida de las personas. Suponen que los pensamientos negativos deben de evitarse, suprimirse o controlarse a través de pensamientos alternativos como sucede en la reestructuración cognitiva (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006).

La TAC y en general, las terapias de tercera generación, proponen que dado que los pensamientos negativos son normales, parte de la vida diaria y universales; la lucha contra estos pensamientos es innecesaria, pero no así la aceptación activa de estos pensamientos para poder regular su función que tienen en la vida diaria de las personas. Es así que la TAC enseña a vivir “con” y no “a pesar de” los pensamientos negativos, enseña al individuo a salir de su mente y entrar en su vida (Hayes, 2004). La TAC difiere del enfoque cognitivo tradicional que resalta el control de la forma o frecuencia de los contenidos cognitivos considerados disfuncionales, al basarse en un enfoque contextual de la aceptación psicológica que resalta el cambio de la función de los contenidos psicológicos de modo que dejen de actuar como barreras para acciones valiosas.

La Teoría del Marco Relacional (TMR) es la base de la TAC (Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001). La premisa básica de la TMR es que la conducta humana está dirigida, en buena medida por redes de relaciones mutuas denominadas marcos relacionales. Tales relaciones constituyen el núcleo del lenguaje y de la cognición humana y permite el aprendizaje sin necesidad de tener una experiencia directa. Por ejemplo, un gato aprenderá a no meterse a una casa ajena a la de sus dueños a menos que lo mojen o lo golpeen con una escoba; mientras que un humano no necesita invadir una casa para aprender, verbalmente, que no es pertinente invadirla.

Los seres humanos piensan de manera relacional, son capaces de relacionar arbitrariamente objetos de su entorno, pensamientos, sentimientos, tendencias de comportamiento y acciones, con otros objetos del entorno; por medio de prácticamente cualquier tipo de relación (lo mismo que, semejante a, mejor que, contrario a, parte de, causa de). La capacidad de pensar en forma de relaciones es una ventaja evolutiva de los seres humanos como especie al permitir inventar objetos útiles, crear arte, entre otras cosas, pero esta misma capacidad es la que genera sufrimiento (Hayes, 2004).

Existen muchos ejemplos de marcos relacionales verbales, tales como los marcos de coordinación (e.g., “lo mismo que”, “semejante a”), marcos temporales y causales (e.g., “antes que”, “después de”, “si...entonces”, “causa de”), marcos comparativos (e.g., “semejante a”, “mejor que”, “más feo que”), marcos deícticos que se refieren a la perspectiva del hablante (e.g., “yo”, “tu” o “aquí”, “allá”), marcos espaciales (e.g., “cerca”, “lejos”). Tres

relaciones verbales que pueden ser eficaces para solucionar problemas, pero también generar sufrimiento son: 1) las relaciones de acontecimiento y sus atributos, 2) tiempo y/o dependencia y 3) evaluación (Hayes, 2014). A continuación, se mostrarán ejemplos de cómo estos tres juegos verbales pueden ser funcionales y disfuncionales.

Un PCA puede relacionar funcionalmente un acontecimiento y sus atributos, si recuerda que un compañero de trabajo que estuvo en una clínica de cuidados paliativos tuvo un buen trato por parte del personal, con apoyo emocional, y en general con los medicamentos adecuados para ayudar a controlar síntomas. Este mismo paciente con una relación de tiempo o con una relación de dependencia como el “si... entonces”, podrá predecir que si a su compañero le trajo bienestar general el acudir a cuidados paliativos, entonces es probable que a él le traiga también cierto bienestar el asistir a sus citas de cuidados paliativos. La tercera relación denominada de evaluación, es tal vez la más importante relación funcional que puede generar el paciente ya que evaluará no solo su acontecimiento sino su sentir hacia el evento (i.e., expresar su sentir al recibir cuidados paliativos) e incluso su autopercepción ante dicha situación (i.e., como se ve el paciente así mismo ante el evento), logrando evocar pensamientos tales como “estoy tranquilo porque aún hay algo que el hospital me puede ofrecer y eso es a través del departamento de cuidados paliativos”, o “aunque mi estado de salud no es el óptimo, cuento con el apoyo de familiares y profesionales de la salud”. En este ejemplo se concluye que las tres relaciones sirvieron para tomar una decisión y es funcional ya que el paciente distingue por qué los cuidados paliativos son necesarios en su etapa de enfermedad avanzada.

Un ejemplo en el que un PCA puede hacer una relación disfuncional a través de un acontecimiento y sus atributos, es que haya sido cuidador de un familiar con su misma enfermedad y que haya visto su deterioro físico, cognitivo y emocional. Este paciente tenderá a relacionar su enfermedad con acontecimientos aversivos que vivió como cuidador de su familiar, puede etiquetar dicho acontecimiento como triste y como consecuencia ponerse a llorar. El llanto será más probable de manifestarse si el paciente evoca también una relación temporal y causal al imaginarse que si su familiar vivió 3 meses una vez que se le dijo que su enfermedad era avanzada, entonces a él le queda el mismo tiempo de vida. Como consecuencia el paciente se centra en su pasado de cuidador en el que experimentó el miedo

de padecer los mismos síntomas de su familiar y se enfocará en el futuro al inferir que su organismo y su estado cognitivo y emocional se deteriorarán, aun cuando hay pacientes con enfermedad avanzada que no pierden función cognitiva al final de su vida. Tal vez este paciente evaluará que los profesionales de salud no pueden hacer algo por él y entrar en conflicto al auto-evaluarse como peor paciente y más débil que su familiar al que cuidaba.

Como se mostró en los ejemplos de las relaciones efectuadas por los pacientes, los pensamientos, las emociones y las conductas se dirigen hacia una misma dirección a través del lenguaje. Una forma en el que el lenguaje puede conducir al sufrimiento es a través del trastorno de evitación experiencial (TEE). La evitación experiencial es un tipo de regulación del comportamiento que consiste en la necesidad inflexible de actuar para evitar o escapar de algún malestar psicológico (Paez & Gutierrez, 2012). Solo es considerada como trastorno si la evitación o el escape conllevan a una inflexibilidad psicológica, es decir, cuando la eliminación de algún malestar se convierte en el elemento clave para actuar de manera valiosa. El buscar estar bien como elemento clave tiene consecuencias a largo plazo, ya que como el sufrimiento es parte de la vida diaria de las personas el intentar buscar el control sobre los eventos privados que conducen al sufrimiento no resulta una estrategia efectiva. Este patrón de control o evitación del sufrimiento tal vez tendrá un efecto inmediato de bienestar y proporcionará alivio temporal, esto va proporcionando a los eventos privados un poder extraordinario y supersticioso de manera tal que la persona se ve en la necesidad inflexible de actuar para no entrar en contacto con aquellos eventos privados valorados como negativos y no seguirá su vida hasta tener sentimientos positivos, de bienestar y seguridad. En conclusión, la persona con TEE ocupará el tiempo para deshacerse de su malestar en vez de dejarlo estar y seguir con su vida (Hayes, 2004).

Los PCA, pueden pensar que para no tener dolor es necesario seguir una regla verbal: no quiero tener dolor. El problema es que esta regla ya contiene la palabra dolor y tenderá a evocar dolor, es similar a decir “no quiero pensar en un elefante rosa” y esta oración por si sola evocará fácilmente la imagen de un elefante rosa. En el ejemplo anterior, es probable que el paciente busque distraerse con algo de música o un libro, pero si se mantiene el pensamiento y el deseo de evitar el dolor, eventualmente el PCA recordará que tiene este

síntoma y su música y su lectura que antes eran eventos agradables, serán menos agradables o desagradables al formar la relación dolor-música, dolor-lectura.

La TAC es una estrategia para intervenir sobre la inflexibilidad de la evitación experiencial, al fomentar la flexibilidad de aceptar los eventos privados que generan malestar. Para fomentar la flexibilidad psicológica es necesario trabajar sobre los 6 componentes principales descritos por Hayes, Strosahl y Wilson (1999).

Aceptación contra evitación: La evitación se refiere a los esfuerzos para alterar la frecuencia o la forma de eventos privados no deseados, incluyendo pensamientos, recuerdos, emociones y sensaciones corporales, incluso cuando se causa daño personal. La depresión y la ansiedad como resultado de la exposición a múltiples factores de estrés se predice por el nivel de evitación (Tull, Gratz, Salters, & Roemer, 2004). Lo contrario a la evitación es la aceptación que en la TAC no es un fin en sí mismo. La aceptación se promueve como un método para aumentar la acción basada en valores. La aceptación no es pasiva en TAC y no es una cuestión de tolerancia o renuncia. Más bien, se trata de una postura de curiosidad activa, el interés y la exploración deliberada de sentimientos, recuerdos, sensaciones corporales y pensamientos.

Fusión contra defusión cognitiva: Hace referencia a la calidad del pensamiento que puede determinar la fusión con la conducta. Los patrones crónicos de fusión pueden hacer que el comportamiento sea estrecho, rígido, y menos guiado por la experiencia. Por ejemplo, un PCA que piense "quiero hacer las cosas que hacía antes de tener cáncer" muy probablemente sienta impotencia y estará más hipervigilante a aquellas situaciones en las que no pueda desenvolverse como antes lo hacía y esto fácilmente se fusionará con las conductas de una persona deprimida y/o ansiosa. La defusión implica aprender que los pensamientos son solo palabras y por lo tanto no se necesita fusionar dichas palabras con nuestras emociones, esta estrategia reduce el impacto que tienen sobre la conducta, las emociones al manejarlas de manera óptima reduciendo el impacto de los pensamientos.

Estar en el presente contra Rigidez Atencional en el pasado y el futuro: La vida sólo se produce en el "ahora", pero la atención se despliega a menudo rígidamente hacia el pasado y el futuro. Este modelo según Hayes et al. (2011), es un modelo de atención que se conoce

como exacerbar problemas como traumatismos, rumiación, y el dolor, de manera tal que no permiten a las personas vivir en el presente, en el aquí y el ahora.

Notar el sentido del yo contra la auto-conceptualización: Cuando se pregunta a la gente acerca de sí mismos, tienden a la auto-conceptualización (e.g., yo soy rico). Los eventos que amenazan la propia conceptualización pueden evocar emociones fuertes, como lo demuestra una serie de recientes suicidios de personas de altos recursos económicos que han perdido sus fortunas en la crisis económica internacional, al inducir a una persona que se auto-conceptualiza como rica a auto-conceptualizarse como nada por perder su fortuna y ejecutar conductas disfuncionales. Para cambiar las autoconceptualizaciones y sus funciones en las vidas de las personas, la TAC trabaja con los siguientes tres sentidos del yo: el yo como concepto es el más peligroso sentido y la TAC busca que la gente se desprenda de este sentido (e.g., yo soy cobarde por no poder lidiar con mi cáncer); el yo como proceso continuo de autoconsciencia es el conocimiento fluido y continuo de las propias experiencias en el presente, se diferencia del yo como concepto en que los pensamientos son descriptivos, no evaluativos, basados en el presente y flexibles (e.g., yo me siento con miedo en este momento) y; el yo como observador o el yo como contexto es el resultado de los marcos deícticos (e.g., yo-tú, aquí-allá) con lo que el lenguaje conduce a un sentido de sí mismo como un locus, y proporciona un aspecto trascendental y espiritual de los seres humanos. La idea es que "yo" emerge en grandes conjuntos de ejemplos de relaciones deícticos, pero ya que este sentido de sí mismo es un contexto para el conocimiento verbal y no el contenido de ese saber, sus límites no pueden ser conocidos de manera consciente. Ser como el contexto es importante, en parte, porque a partir de este punto de vista, se puede estar al tanto del propio flujo de experiencias sin apego a ellas para fomentar la defusión y la aceptación (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006).

Valores contra esperar, reaccionar y agradar: La TAC busca vincular el comportamiento a los valores de la persona (e.g., elegidos, verbalmente construidos), para lo cual el reforzador predominante se convierte intrínseco al propio patrón de comportamiento. Los valores no son metas, no son sentimientos, no son resultados, no conllevan a un camino siempre derecho (Hayes, 2004). Los valores son perfectos, las acciones encaminadas a los valores de las personas son las que hay que ajustar. La TAC utiliza una variedad de ejercicios

para ayudar a las personas a elegir direcciones de la vida en diversos ámbitos (e.g., familia, carrera, espiritualidad) al tiempo que quebranta los procesos verbales que podrían conducir a decisiones basadas en la evitación, cumplimiento social, o de fusión (e.g., "yo debería valorar el esfuerzo de mi familia no sintiéndome triste o enojado" (Hayes, et al, 2006).

Acción cometida contra la inacción, impulsividad o persistencia evitativa: Finalmente, la TAC fomenta la redirección continua del comportamiento con el fin de producir patrones más grandes de una acción eficaz vinculados a los valores elegidos. En este sentido, la TAC se parece mucho a la TCC de primera y segunda generación. Los protocolos de TAC implican casi siempre el trabajo terapéutico y las tareas vinculadas a corto, mediano, y largo plazo para el cambio conductual. Si los participantes están luchando con la depresión, las metas de activación de comportamiento pueden ser enfatizadas. Este componente busca fomentar niveles más altos de acciones comprometidas.

Los PCA requieren obtener comprensión y flexibilidad psicológica dada la alta frecuencia de eventos físicos, cognitivos y emocionales displacenteros a los que se exponen al final de la vida. En el ejemplo expuesto en el apartado de *fusión contra defusión*, se menciona que la TAC puede impulsar a un PCA a dirigir sus conductas sin fusionarse con el pensamiento de que ya no es independiente (defusión), así invertiría más tiempo en su familia e intereses que en tratar de controlar los síntomas propios de su enfermedad (aceptación); y que de esta manera esté atento a su aquí y su ahora (estar en el presente), entendiendo la diferencia entre sentirse y estar enfermo pues su identidad es permanente más allá de eventos displacenteros (notar el yo), centrado en lo que le importa de la vida (valores) y actuando de forma coherente con ello (acción cometida), sin embargo, la TAC no tiene mucha evidencia en esta población como se verá a continuación.

Terapia de aceptación y compromiso en Pacientes con Cáncer

En una búsqueda con las palabras *cancer AND acceptance and commitment therapy AND depression*, se encontraron en PubMed 13 resultados, en PsycINFO 4541 y ScienceDirect 1332 resultados. En solo nueve del total de los resultados encontrados hay estudios relacionados con TAC en pacientes oncológicos, sin embargo, la TAC solo tiene evidencia de su eficacia para manejo de depresión en pacientes con cáncer de mama y ovario,

y no necesariamente pacientes con cáncer terminal o declarados paliativos (Najvani, Neshatdoost, Abedi, & Mokarian, 2015; Paez, Luciano, & Gutierrez, 2007; Rost et al., 2012).

De los nueve estudios mencionados, existe una revisión de la literatura que encontró seis estudios de TAC en pacientes oncológicos (Hulbert-Williams, Storey & Wilson, 2015). Los investigadores mostraron en sus antecedentes que no existe evidencia concluyente de los beneficios a largo plazo de las intervenciones psicológicas y esto puede deberse a que emplean un alcance demasiado limitado del modelo terapéutico subyacente, o que están demasiado enfocados en mejorar los resultados psicopatológicos. Mencionan que la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC) puede proporcionar un modelo más adecuado de ajuste y adaptación. Su revisión tuvo como objetivo revisar la evidencia para la aplicación de la TAC para pacientes con cáncer. En su revisión incluyó todos los diseños de estudios, incluidas las revisiones y los estudios cualitativos; cualquier medida de resultado; y publicaciones en inglés o en español. A continuación, se describirán los 6 estudios encontrados en esta revisión en orden cronológico:

El primer estudio de TAC en contexto oncológico, fue publicado por Montesinos, Hernández y Luciano (2001) fue un diseño de un solo caso en el que participó un paciente hombre cáncer de mama que recibió 20 sesiones de terapia individual. En el estudio se observaron reducciones significativas en ansiedad y pensamientos obsesivos persistentes, pero este estudio careció de generalización ya que el cáncer de mama masculino es un diagnóstico poco frecuente, así como de valorar otros síntomas emocionales (e.g., depresión) o físicos, que pudo presentar el paciente.

El segundo estudio reportado fue efectuado por Montesinos y Luciano (2005) que compararon a un grupo de pacientes con cáncer de mama femenino no metastásico que recibieron TAC (n = 8) con un grupo control y en lista de espera (n = 4). En siete de las ocho pacientes del grupo ACT se demostró una mejoría clínicamente significativa en la angustia emocional, preocupación ansiosa y una percepción más positiva sobre la experiencia del cáncer en comparación con las participantes del grupo que estuvo en lista de espera.

El tercer estudio se centró en una paciente de cáncer de mama que tuvo ocho sesiones de TAC de manera quincenal (Karekla & Constantinou, 2010). La paciente reportó tener

creencias religiosas y preocupaciones existenciales, por lo que el trabajo de valores se centró en gran medida en la exploración de sus creencias y preocupaciones espirituales. Al final de la intervención, la paciente reportó mayor bienestar emocional debido a que a través de la clarificación de sus valores, pudo “sentirse más como ella misma”. Estos efectos, se mantuvieron a tres y seis meses de seguimiento. El estudio puede ser limitado con respecto al establecimiento de una base de evidencia sólida y replicable.

En el cuarto estudio Páez et al. (2007), analizaron los problemas psicológicos derivados del diagnóstico, tratamientos y secuelas del cáncer de mama como lo es el TEE; para aportar datos sobre las posibilidades de una intervención basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso. En el estudio 12 mujeres diagnosticadas y tratadas por cáncer de mama, fueron asignadas al azar a dos condiciones de tratamiento, una basada en TAC, cuyo eje fue la estrategia de aceptación y otra basada en la terapia cognitiva, cuyo eje fueron las estrategias de control cognitivo. El tratamiento estuvo formado por 8 sesiones, 3 individuales y 5 grupales. Los grupos de tratamiento estuvieron formados por 3 mujeres. Para evaluar el TEE se tomaron medidas de ansiedad, depresión, calidad de vida y áreas importantes afectadas, antes y después de la intervención y se realizaron tres seguimientos, a los 3, a los 6 y a los 12 meses. Los resultados mostraron una mayor repercusión de la intervención basada en TAC cuando se tienen en cuenta los cambios a largo plazo (al año de seguimiento). También se encontró que con la intervención basada en TAC hubo activación conductual aún en presencia de malestar físico. En cuanto a la depresión hubo cambios clínicamente significativos en cuatro pacientes que recibieron TAC y en dos pacientes intervenidos con el protocolo basado en TCC al año de seguimiento. El cambio clínicamente significativo fue pasar de depresión severa a moderada o de moderada a leve según el HADS. Las autoras concluyeron que el tipo de cambio que se produce en TAC es la reducción de la credibilidad de los eventos cognitivos que de un modo radical viene a evidenciarse por la actuación en dirección valiosa en presencia de eventos privados con función aversiva o de malestar. Una limitación es que solo se trabajó en pacientes mujeres con cáncer de mama y con buen pronóstico, por lo que los hallazgos no pueden generalizarse, por ejemplo, con PCA.

El quinto estudio fue publicado por Rost et al. (2012) se trató de ensayo controlado aleatorizado en el que se compararon los efectos de la TAC con TCC, para intervenir sobre

la evitación experiencial con medidas de ansiedad, depresión y calidad de vida. Cuarenta y siete mujeres diagnosticadas con estadio III o IV de cáncer de ovario fueron asignadas aleatoriamente a una de las dos condiciones de tratamiento. El tratamiento consistió en 12 sesiones, cada uno siguiendo un protocolo TCC o TAC. El protocolo de TCC consistió en impartir psicoeducación, técnicas de relajación y reestructuración cognitiva. El protocolo de TAC consistió en trabajar la evitación, el control emocional, y la aceptación. Los resultados indican que ambos grupos mostraron un mejor estado de ánimo y calidad de vida tras la intervención. El grupo TAC mostró mejorías significativamente mayores en comparación con el grupo TCC, en depresión, ansiedad y calidad de vida. Aunque el estudio está limitado por la aplicación de tratamiento en ambas condiciones por una sola terapeuta, el grupo de TCC mostró mejoras que eran compatibles con los tamaños del efecto disponibles en la literatura, lo que sugiere que la intervención fue un tratamiento de control fiable y eficaz con la limitante de que no informó sobre la recolección de datos de seguimiento a largo plazo.

El sexto estudio es el de Feros, Lane, Ciarrochi y Blackledge (2013), reclutaron a 45 pacientes con diferentes tipos de cáncer (i.e., incluyendo mama, genitourinario, cabeza y cuello, linfoma, pulmón y estómago), gravedad del cáncer (cinco tenían enfermedad avanzada) y en diversas etapas de tratamiento (i.e., radioterapias, quimioterapias y cuidados paliativos). En el estudio se observaron mejoras en 9 sesiones individuales de TAC en variables como ansiedad, depresión y estrés, manteniéndose los efectos hasta el seguimiento de tres meses. Los investigadores señalan que los tamaños de efecto en las variables de estudio, son similares a las terapias tradicionales de TCC, en las que se encuentran efectos de moderados a fuertes en síntomas como ansiedad, pero de moderados a leves en síntomas depresivos. El análisis de datos sugiere que la flexibilidad psicológica en la segunda mitad de la intervención, moduló una mejoría en ansiedad, depresión y estrés.

Hulbert-Williams et al. (2015), concluyen que los hallazgos de los seis estudios que reportaron, son prometedores e invitan a seguir realizando más estudios de TAC en el ámbito oncológico. También concluyen que la TAC podría ser clínicamente eficaz incluso cuando se administra en modalidades más rentables, tales como los formatos de terapia de grupo (Osman et al, 2006) y en períodos de tiempo más cortos que requieren menos sesiones clínicas (e.g., Bach y Hayes, 2002; Dahl, Wilson y Nilsson, 2004). Sin embargo, las pruebas

actuales sobre la efectividad de las intervenciones se limitan a intervenciones que sólo tienen beneficios a corto plazo sobre resultados específicos; esto puede ser causado por deficiencias metodológicas. Las intervenciones de TAC pueden ayudar a los pacientes con cáncer, a aislar sus intentos de controlar las respuestas emocionales y cognitivas problemáticas de la enfermedad, liberando así recursos para mejorar la resistencia a la enfermedad física y maximizar los resultados en el manejo de síntomas físicos y emocionales.

Después de la revisión de Hulbert et al. (2015), se reportaron dos estudios más, relacionados con la aplicación de TAC en pacientes oncológicos, los cuáles se describirán siguiendo el orden cronológico.

Najvani et al. (2015), presentaron un estudio de TAC para manejo de depresión y de la flexibilidad psicológica en pacientes con cáncer de mama. Los investigadores partieron del supuesto de que la TAC podría lograr que los pacientes experimenten y gestionen las emociones negativas que se consideran obstáculos en el tratamiento, a través de la obtención de flexibilidad psicológica. En el estudio 20 participantes fueron seleccionadas al azar y se dividieron al azar en dos grupos: control o experimental. La depresión se evaluó con el Inventario de Depresión de Beck (por sus siglas en inglés BDI-II), se aplicó también un Cuestionario de Aceptación y Acción (por sus siglas en inglés AAQ-II), y un cuestionario socio-demográfico. El grupo experimental recibió 8 sesiones de 2 horas de TAC. La etapa de seguimiento se realizó 1 mes después de la última sesión de tratamiento. Los resultados mostraron que la TAC redujo significativamente las puntuaciones del BDI-II y aumentó el puntaje en AAQ-II en comparación con el grupo control ($p < 0,001$). Los investigadores concluyeron que la TAC puede ser considerada como un enfoque de intervención eficaz para el tratamiento de la depresión en pacientes con cáncer de mama y plantean que estos cambios se deben al aumento en la aceptación del pensamiento y el sentimiento asociado con el cáncer y el aumento de la flexibilidad psicológica que es el principal objetivo de la TAC.

El estudio más reciente fue elaborado por Low et al. (2016), en el que trabajaron una propuesta de TAC en PCA, justificando que los tratamientos psicológicos convencionales reducen la angustia mediante la resolución de problemas, pero en cáncer avanzado, cuando la enfermedad es progresiva y la muerte es próxima, las dificultades físicas y psicológicas son complejas y no tienen soluciones simples. El estudio sirvió para establecer parámetros

para efectuar un ensayo controlado aleatorizado que de viabilidad a estudiar el efecto de la TAC sobre diversas variables en PCA. Los investigadores planean emplear 54 participantes con cáncer avanzado que se asignarán al azar a dos grupos: grupo TAC o grupo control. Los participantes serán reclutados de los asistentes a servicios ambulatorios y cuidados paliativos en tres unidades especializadas de cuidados paliativos en el norte y el este de Londres, Reino Unido. El resultado primario es una medida del funcionamiento en cuatro áreas de la vida (física, social/familiar, emocional y actividad general). Las medidas secundarias se mostrarán con los datos de aceptación usando el AAQ-II; distrés utilizando la Escala Psicológica de Distres de Kessler; el funcionamiento físico usando una prueba cronometrada; y medidas de calidad de vida. Los datos cualitativos se recogerán a los 3 meses para explorar las experiencias de los participantes en el ensayo y la terapia. Se recopilarán datos sobre los costos de la atención. Para la elaboración de este protocolo los autores anticipan que, de los 54 participantes iniciales, 45 participantes podrán acabar todas las fases del estudio que en conjunto durarán un mínimo de 5 meses, por lo que este protocolo sería poco viable de seguir en población mexicana en la que un protocolo próximo a publicarse y elaborado en el INCMNSZ sobre factores psicosociales en PCA, muestra que dicha población logra tener de 3 a 4 consultas médicas de 1 o 2 horas en el departamento de Cuidados Paliativos, dadas en un rango de 3 semanas a 3 meses aproximadamente (Sánchez, et al., 2013).

En conclusión, estos estudios muestran varios puntos: 1) El mayor beneficio de la TAC en pacientes oncológicos es hacer que generen flexibilidad psicológica para que acepten y no eviten los eventos aversivos que se presentan debido a los tratamientos curativos o relacionados con los síntomas propios de la enfermedad, esto permite que sus conductas y su estado anímico dependan de sus valores elegidos en diversas áreas de sus vidas. 2) La TAC mostró mayor eficacia al intentar disminuir depresión y otros estados anímicos disfuncionales para pacientes con cáncer de mama u ovario en comparación con la TCC. 3) A pesar de que los hallazgos de la TAC para manejo de síntomas depresivos en pacientes con cáncer de mama y ovario tienen buen nivel de evidencia, no hay la suficiente evidencia en PCA sobre todo cuando empiezan a recibir cuidados paliativos. 4) Los PCA declarados paliativos podrían verse beneficiados de una intervención basada en TAC similar a la recibida por las pacientes con cáncer de mama y ovario de los estudios descritos. Incluso, hay un estudio en el que se promueve la TAC en pacientes con cáncer avanzado en el que simulan

cómo la TAC podría ayudar a un PCA a mejorar su calidad de vida sin importar el tiempo de sobrevivencia (Angiola & Bowen, 2013). Los investigadores de este estudio concluyen que no hay una forma prescrita para elaborar un protocolo de TAC, pero animan a los investigadores y terapeutas a que conceptualicen desde una perspectiva de TAC y utilizar los ejercicios previstos en el libro seminal TAC de Hayes, Strosahl y Wilson (1999) 5) Por las características de los PCA en México, se requieren intervenciones basadas en TAC más breves que las propuestas por Low et al. (2016).

Los protocolos basados en TAC cuentan con intervenciones por teléfono (Bricker, Mann, Marek, Liu, & Peterson, 2010), de varias sesiones (Arch, Wolitzky-Taylor, Eifert, & Craske, 2012) y también breves e incluso de una sola sesión (Bach, & Hayes, 2002; Strosahl, Robinson, & Gustavsson, 2012), pero ninguna intervención breve se ha adaptado en PCA. En el INCMNSZ se efectuó un estudio que muestra que PCA tuvieron en promedio una funcionalidad de 53/100 en la escala de funcionalidad paliativa (por sus siglas en inglés PPS), cuando los PCA tuvieron su primera cita en su consulta de cuidados paliativos (Landa-Ramírez et al., 2014), lo que es congruente con lo reportado en el protocolo de Sánchez (2013) respecto a que la funcionalidad y la sobrevivencia de los PCA son bajas. Por lo anterior es importante realizar un protocolo de TAC breve y con una duración y número de sesiones similares a las de las consultas médicas o a las de otras intervenciones psicoterapéuticas de pocas sesiones como sucede con la terapia de dignidad en PCA que es de solo una sesión (Chochinov et al., 2005). La intervención basada en TAC para PCA es viable ya que en la literatura se reportan protocolos de TAC incluso de 1 sola sesión y, dadas las características de la población se podrían emplear solo 3 sesiones con duración de máximo 2 horas cada una, sobre todo para intervenir en uno de los síntomas emocionales de más difícil manejo y de gran incidencia como lo es la depresión

La prevalencia de depresión en el INCMNSZ es más alta que la prevalencia de ansiedad en PCA. No obstante, la evidencia indica que la TCC resulta eficiente para manejo de la ansiedad pero no está siendo eficiente en el manejo de la depresión en PCA. La TAC se ha probado como más eficiente para disminuir depresión en pacientes con cáncer de mama u ovario que la TCC en estudios con diseños clínicos aleatorizados, sin embargo, no hay evidencia de que la intervención basada en TAC sea eficiente para manejo de depresión en

PCA. Una intervención basada en TAC podría ayudar a los PCA a generar flexibilidad psicológica para que logren aceptar en lugar de evitar los eventos aversivos que innegablemente se presentarán por la evolución de su enfermedad, esto permitiría que sus conductas y sus estados anímicos no dependan de qué tan descontrolados estén los síntomas físicos propios de la enfermedad y su tratamiento.

Objetivo

Dado lo anteriormente, descrito, el objetivo del presente estudio es evaluar el efecto de una intervención basada en Terapia de Aceptación y Compromiso sobre la depresión en pacientes con cáncer avanzado declarados paliativos. Como objetivos secundarios se tuvieron: Evaluar el efecto de la presente intervención sobre la ansiedad y sobre la flexibilidad psicológica en PCA, así como evaluar su grado de satisfacción y ayuda percibida por los participantes.

Método

Diseño

Se empleó un diseño N=1 A-B con seguimiento de 3 semanas (Kazdin, 2011). Los diseños de caso único incluyen todos los diseños en los que los individuos son su propio control. En este diseño no se puede quitar el tratamiento, pero si dar seguimiento a sus efectos. Los estudios A-B se caracterizan por tener medidas repetidas en la fase A (Línea Base) y en la B (tratamiento). Este diseño permite corregir algunas de las deficiencias de los estudios de caso. En la fase A se hacen de 3 a 4 evaluaciones ya que arroja información confiable de qué tan estable es la conducta a estudiar previo a la intervención. Cuando el efecto de la variable independiente es substancial y se replica con facilidad, tres o cuatro líneas bases pueden proveer una demostración casi completamente convincente del efecto de la intervención (Watson & Workman, 1981).

La fase A o Línea Base, cumple dos funciones importantes, describir el nivel de la conducta y predecir qué ocurriría en un futuro si no se interviene (Montero & León, 2002). La evaluación es fundamental para saber si una intervención ayudó al paciente. Este diseño ayuda a contrarrestar el Efecto Rosenthal en la toma de decisiones, a evitar una aproximación

artesanal en las intervenciones y brinda la capacidad para comunicar efectividad o fundamentar ante comunidades epistémicas (vulnerabilidad política) la fortaleza de los programas (Kazdin, 2011). Si bien para la fase A es recomendable hacer 5 evaluaciones tanto en la fase A como en la B (Borckardt & Nash, 2014; Borckardt et al., 2008) se hicieron tres evaluaciones semanales de depresión por medio de la HADS y de la escala denominada sistema de evaluación de síntomas Edmonton (por sus siglas en inglés ESAS) debido al tiempo de sobrevivencia de los participantes y también debido a que de no haberse realizado de esta manera, se corría el riesgo de que los pacientes del estudio empeoraran en su salud y no recibieran ningún tipo de apoyo psicológico. El ESAS sirvió para incluir la evaluación de otros síntomas físicos y otro síntoma emocional que es ansiedad y con la HADS también se evaluó ansiedad.

En la fase B o intervención, se presenta la variable independiente, ya que es la fase en la que se presentará la intervención basada en Terapia de Aceptación y Compromiso. En esta fase se ven sus efectos al compararse con la línea base de la fase A (Kazdin, 2011). En ella se siguió registrando los puntajes de la HADS, ESAS, el Test Miniexamen Cognoscitivo (MINIMENTAL), HADS y se continuó describiendo el mantenimiento o los cambios de los medicamentos y sus dosis.

La importancia de la fase de seguimiento radica en que bastan 3 o 4 evaluaciones de las variables estudiadas en las fases A y B, para saber si el efecto de la intervención se mantuvo constante o cambió al paso del tiempo (Kazdin, 2011). En esta fase se pretendió en el presente estudio hacer 3 evaluaciones de seguimiento de las distintas variables.

Participantes

En la clínica de cuidados paliativos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” (INCMNSZ) se atiende a dos tipos de pacientes: los que requieren cuidados paliativos (i.e., control de síntomas sin opción a tratamiento curativo como quimioterapias o radioterapias) y los que requieren cuidados de soporte (i.e., control de síntomas con opción a tratamiento curativo). Los pacientes con nota de paliativos reciben de 3 a 4 consultas con una duración de 1 a 2 horas por consulta, debido a lo avanzado de la

enfermedad de los pacientes (Sánchez, et al., 2013), por esta razón solo hubo 4 participantes en el presente estudio.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes con nota de aceptación de cuidados paliativos del INCMNSZ; que refirieron presentar depresión con algún puntaje del 1 al 10 acorde al ESAS; que presentaron en la HADS al menos 7 puntos en los reactivos que evalúan depresión, ya que puntajes mayores a siete indican que el síntoma es moderado o severo; con PPS mínimo de 50% (i.e., pacientes que principalmente se mantuvieron sentados, con imposibilidad de efectuar trabajos extensos o pesados, que requirieron ayuda considerable y que pueden tener o no problemas de ingesta y problemas cognitivos); y con puntajes en el Test Minimental iguales o mayores a 29 en pacientes menores a 65 años e iguales o mayores a 24 puntos para pacientes mayores de 65 años menores de 65 o a los que se les descartó delirium aplicando el CAM.

Los criterios de exclusión fueron: pacientes menores de edad; pacientes con conspiración del silencio (i.e., que no tengan consciencia de diagnóstico o pronóstico); PPS menor a 50, HADS evaluado con menos de 7 puntos en depresión (síntoma depresivo leve).

Los criterios de eliminación fueron: no haber culminado al menos la segunda sesión de la intervención por cualquier causa (e.g., deceso del paciente, delirium) y pacientes que decidieron abandonar la intervención.

Los criterios de retiro prematuro del estudio fueron, el retiro voluntario de los participantes en cualquier momento o fase del estudio y que los pacientes presentaran síntomas de delirium ya que estos síntomas limitaron a los participantes a efectuar los ejercicios durante la intervención y limitaron la confiabilidad de las medidas de depresión.

La Figura 1 muestra datos de todos los pacientes vistos (n=119) en Cuidados Paliativos, tanto los pacientes con cuidados paliativos como los de soporte, en el periodo de enero a agosto del 2015. Los pacientes con nota de paliativos (n=97) recibieron exclusivamente cuidados paliativos y no de soporte. Los médicos evaluaron en su revisión de rutina el PPS, ESAS y el MINIMENTAL a los 97 pacientes, de esta evaluación solo 23 pacientes (23.71%) cubrieron criterios de inclusión en PPS y MINIMENTAL en el presente estudio. De los 23 pacientes que cubrieron los primeros criterios de inclusión se pudo evaluar la HADS

completamente a 16 pacientes. De los 16 pacientes evaluados 9 puntuaron con 7 o más en sintomatología depresiva en la HADS que fue un criterio de inclusión y no tuvieron conspiración del silencio, 7 accedieron a firmar el consentimiento informado, un paciente no accedió a firmar el consentimiento por falta de tiempo y una paciente no accedió por sugerencia de su cuidador. De los 7 que accedieron a firmar el consentimiento 3 no pudieron cubrir al menos 2 sesiones de la intervención. De los cuatro pacientes incluidos y analizados en el estudio solo uno culminó todas las fases del estudio.

Si se considera, desde el primer criterio de inclusión que fue el tener nota de paliativos (n=97) hasta el último criterio que incluyó a pacientes con PPS mayor a 50% sin limitación cognitiva acorde al tamizaje de MINIMENTAL, con depresión mayor a 7 puntos en la escala HADS, que firmaron el consentimiento informado y culminaron al menos dos sesiones (n=4), solo el 4.12 % de los pacientes con cuidados paliativos en la clínica del INCMyNSZ cubrieron los criterios de inclusión. Cabe resaltar que el porcentaje de deserción una vez que los participantes aceptaron firmar el consentimiento informado fue de 42.85% al desertar 3 de 7 participantes (i.e., dos participantes fallecieron cubriendo uno de ellos la primera sesión y una participante dejó de presentarse a la clínica de cuidados paliativos a pesar de haber cubierto la fase de evaluación o línea base).

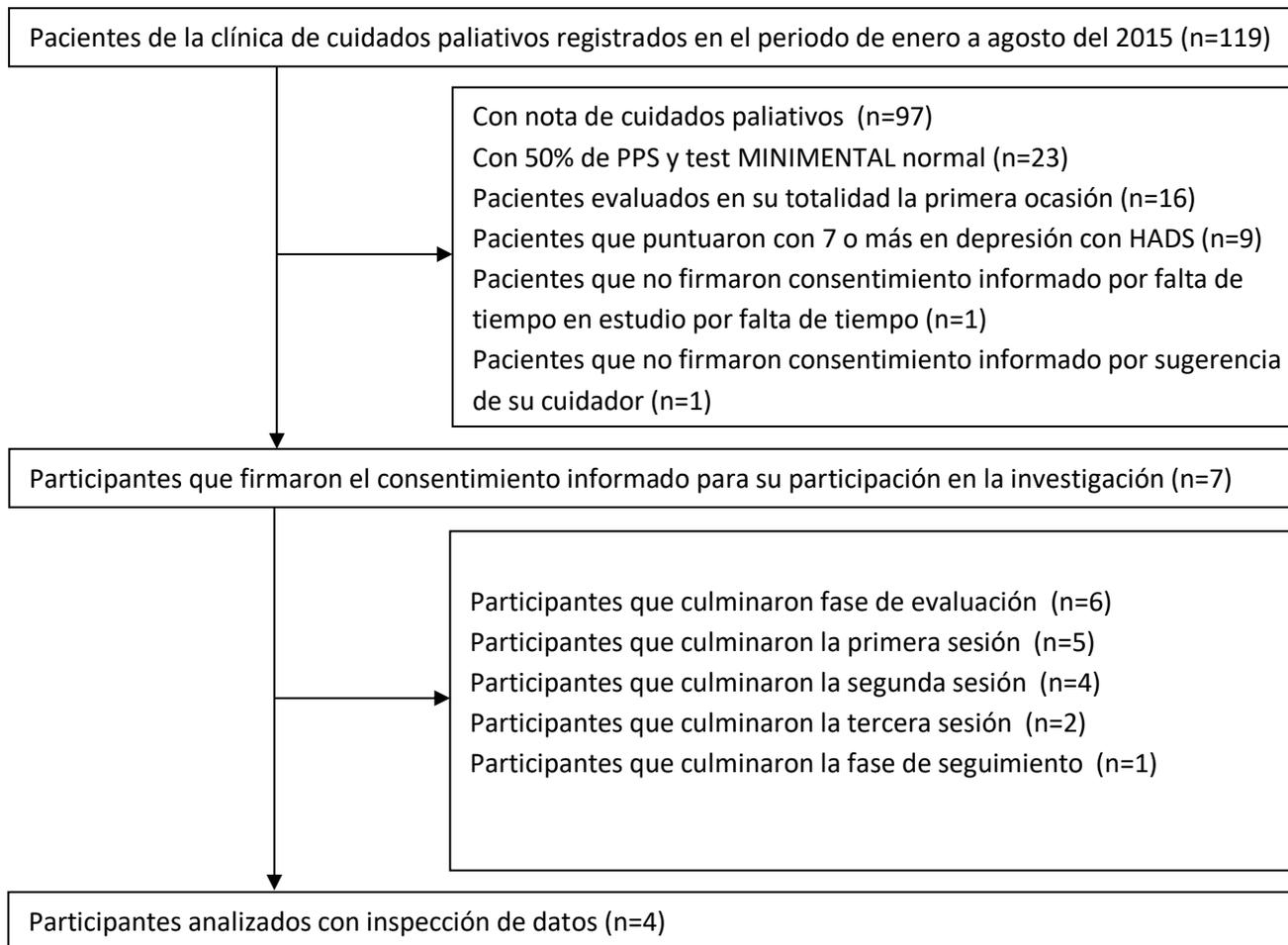


Figura 1.- Diagrama de flujo de los participantes incluidos en el estudio.

La tabla 1 muestra las características de los 4 participantes que participaron en el estudio, se trató de tres mujeres y un hombre; el promedio de edad fue de 65.75 años (rango: 53-77 años); el promedio de sobrevivencia de los tres participantes que fallecieron fue de 67.33 días. Un participante tuvo estudios de posgrado, una participante terminó su licenciatura, otra participante una carrera técnica y una participante terminó sus estudios de primaria. Tres participantes en el estudio practicaron la religión católica y una paciente reportó no tener alguna creencia religiosa ni efectuar alguna práctica espiritual. En cuanto al uso de fármacos psiquiátricos solo a una participante le fue administrada mirtazapina. El rango de sobrevivencia una vez firmado el consentimiento informado para participar en el presente estudio por parte de los cuatro participantes, fue de 42 a 363 días. La media de sobrevivencia fue de 116 .25 días.

Tabla 1.- Características de los participantes

Paciente	Cáncer primario	Nivel de funcionalidad	Estudios	Tratamiento	Tiempo de sobrevivencia
1.- Mujer 53 años. Católica	Cáncer de mama con metástasis a pulmón	PPS, 70: Incapacidad para trabajar en el hogar, evidencia significativa de la enfermedad	Licenciatura en administración de empresas	Primordialmente paracetamol y mirtazapina 30 mg/24 h	Participó en el estudio del 17 de abril al 12 de junio del 2015. Falleció el 6 de agosto de 2015. 111 días
2.- Hombre 77 años Católico	Cáncer de próstata con metástasis en vejiga y pelvis	PPS, 70: Incapacidad para trabajar en el hogar, evidencia significativa de la enfermedad	Maestría en alimentos	Primordialmente, paracetamol y tramadol	Participó en el estudio del 4 de enero al 7 de marzo 2015. Falleció el 2 de febrero de 2016. 363 días

3. Mujer 73 años, católica	Colangio hepatocarcinoma BCLC con invasión linfovascular	PPS, 50: Incapacidad para cualquier trabajo, enfermedad extensa	Primaria terminada	Primordialmente paracetamol, omeprazol, propanolol y hepa-merz	Participó del 14 de abril al 2 de junio del 2015. Falleció el 10 de junio. 49 días
4. Mujer 60 años Sin creencias religiosas o espirituales	Cáncer de colón poco diferenciado EC IV por carcinomatosis peritoneal	PPS, 70: Incapacidad para trabajar en el hogar, evidencia significativa de la enfermedad	Carrera técnica en servicios financieros	Primordialmente morfina, leche de magnesia y sin antidepresivo durante la intervención.	Participó en el estudio del 20 de enero al 3 de marzo del 2015. Falleció el 16 de abril. 42 días

Instrumentos

Cuestionario “ex profeso” de variables sociodemográficas y datos médicos. Con ayuda de un cuestionario creado de manera “ex profesa” se recolectaron los siguientes datos del paciente: datos sociodemográficos (nombre, sexo, edad, religión, nivel máximo de estudios, domicilio, teléfono), lista de medicamentos actualizada en el paciente al momento de su evaluación, las comorbilidades de los participantes (véase Anexo 2).

Escala Hospitalaria de Depresión y Ansiedad (por sus siglas en inglés, HADS). Escala creada por Zigmons y Snaith (1983). Consta de 14 preguntas en las que la ansiedad y la depresión se separan en diferentes categorías, presentando cada síntoma emocional 7 preguntas específicas, con 4 posibles respuestas. Cada una de las respuestas está puntuada de manera diferente de 0 a 3, donde 0 significa que no se experimenta el tipo de problema planteado y 3 que el problema que se plantea se experimenta o siente intensamente. El puntaje máximo para cualquiera de estos síntomas es de 21. La HADS se ha aplicado y validado en México teniendo que el punto de corte que mostró mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad para depresión fue de 7 puntos con valor Kappa de 0.73; mientras que para ansiedad el punto de corte fue de 8 puntos con un valor Kappa de 0.68. La HADS cuenta con una consistencia interna de .81 para ansiedad y .82 para depresión en su versión al castellano (López-Alvarenga et al., 2002) (véase Anexo 1).

La HADS en población paliativa presenta una buena sensibilidad y especificidad para evaluar, por ejemplo, trastornos de ajuste y sobre todo depresión mayor (i.e., sensibilidad = .93, especificidad = .94) (Akechi et al., 2006), resultando ser el instrumento más empleado en cuidados paliativos (Mitchell, Meader & Symonds, 2010; Wasteson, Brenne, Higginson & Hotopf, 2009), a pesar de tener entre sus problemáticas el hecho de que algunos síntomas propios de la enfermedad se pueden confundir con sintomatología depresiva (e.g. fatiga). Por lo tanto, se recomienda para tener una evaluación más confiable que el uso de la HADS en cuidados paliativos se acompañe con algún dato más como el que se obtiene al valorar la intensidad de la depresión y la ansiedad que pueden variar de 0 (ausencia del síntoma) al 10 (mayor intensidad del síntoma) por medio del sistema de evaluación de síntomas Edmonton (por sus siglas en inglés ESAS).

Sistema de Evaluación de Síntomas Edmonton (por sus siglas en inglés, *ESAS*). Se empleó para evaluar la presencia e intensidad de síntomas físicos y emocionales que presentaron los participantes y que intentaron controlarse en la clínica de cuidados paliativos. En el INCMNSZ se utiliza una versión que evalúa diez síntomas: dolor, debilidad, anorexia, depresión, ansiedad, somnolencia, disnea, náusea, problemas bucales e insomnio; la intensidad de cada síntoma se evalúa por medio de una escala numérica que va de 0 (ausencia del síntoma) a 10 (la mayor intensidad y molestia del síntoma que puede experimentar el paciente según su propio criterio). Este instrumento sirvió al presente estudio para tener otra medida de depresión. A pesar de su constante uso clínico, no existe un trabajo en el que se reporte la validez y confiabilidad de dicha prueba en población mexicana, pero sí en población internacional agrega los niveles de confiabilidad (Bruera, Kuehn, Miller, Selmsler, & Macmillan, 1991) (véase Anexo 2).

Cuestionario de Detección de Componentes de TAC (ex profeso). Es un cuestionario para evaluar los 6 componentes centrales de la Terapia de Aceptación y Compromiso a través de 6 preguntas. Para la elaboración del cuestionario se consideraron las definiciones de los componentes centrales descritos por Hayes et al. (1999). Se decidió que el cuestionario fuera *ex profeso* para contextualizarlo a las características de los participantes y evaluar con mayor precisión los seis componentes centrales de la Terapia de Aceptación y Compromiso sin centrarse exclusivamente a la valoración del Trastorno de Evitación Experiencial como lo hace el cuestionario de aceptación y acción (por sus siglas en inglés AAQ II) elaborado por Hayes (2004) y adaptado a población mexicana por Patrón (2010). Además, los cuestionarios *ex profeso* son útiles cuando no se tiene un instrumento adaptado a las características de la población, al respecto existen estudios en que se emplean instrumentos *ex profeso* para evaluar por ejemplo, estrategias de afrontamiento y bienestar en pacientes con cáncer (Parada, 2013)

En el cuestionario de detección de componentes de TAC, se consideró que los participantes debían de trabajar en mayor medida el componente *aceptación en vez de evitación experiencial o control* si en la pregunta 1 los participantes eligieron el inciso c o d, ya que estas respuestas pueden indicar que los participantes evitan o intentan controlar las problemáticas concernientes a su enfermedad (e.g., hablar de su enfermedad avanzada,

involucrar a sus seres queridos en cómo vive su enfermedad, evitar tomar medicamentos), acciones que si son mal manejadas pueden influir en la calidad de vida de los participantes y por tanto en su adecuado manejo emocional y físico (Hoerger et al., 2013).

En la evaluación se enfatizó el trabajar la defusión en vez de la *fusión cognitiva* si en la pregunta 2 se eligió el inciso c o d, ya que el elegir alguna de estas respuestas era indicador de que los participantes consideraban que los pensamientos son los hechos. El problema de la fusión entre los pensamientos y las acciones en PCA, es que los pensamientos tienden a ser disfuncionales y relacionados con experiencias displacenteras a causa de la enfermedad avanzada.

Asimismo, se consideró el componente *Estar en el Presente contra Rigidez Atencional en el Pasado y el Futuro*, si en la pregunta 3 se respondió con el inciso c o d. El responder con el inciso c o d, representó que los participantes tienden a centrarse en el pasado (e.g., yo solía ser el sostén de mi familia y ahora yo soy el que necesita apoyo), en el futuro (e.g., ¿Qué pasará con mis hijos cuando me muera) e incluso al evitar pensar en el futuro pensando irónicamente en él (e.g., no debo de pensar en que moriré), en vez de centrarse en el presente (e.g., el momento es ahora y en este momento hay seres queridos que me cuidan a los que incluso puedo expresarles mis inquietudes sobre mi enfermedad).

Se tomó en cuenta una mayor duración en el componente *Notar el Sentido del yo contra la Auto-conceptualización* si las respuestas a la pregunta 4 se referían solamente a aspectos físicos, ocupacionales, gustos y/o aficiones, características de personalidad, posicionamiento político, religión, papel en la familia, y no a aspectos de trascendencia o de sentido de la vida. Se consideró el componente *Valores Compatibles contra Motivos* como importante, si las respuestas a la pregunta 5 se refieren a acciones específicas relacionadas con obligaciones, culpas, peticiones de terceros (e.g., lo que guía mi vida es cuidar a mi familia económicamente y ahora no puedo vs el amor a mi familia). Finalmente, el componente *Acción Cometida contra la Inacción, Impulsividad o Persistencia Evitativa* resultó importante trabajar en la pregunta 6, si los participantes no tenían claro los valores que guían su vida o bien, si los pacientes no describían de manera específica las acciones a tomar para alcanzar sus valores (véase Anexo 5).

Registro de posibles variables extrañas. Debido a que es importante para los PCA no descuidar el tratamiento farmacológico, los participantes del presente estudio siguieron su tratamiento farmacológico convencional y se hizo un registro con ayuda de una Lista de Medicamentos y una lista de comorbilidades. Ambas variables pueden contaminar el estudio, ya que pueden tener un efecto sobre la depresión experimentada por el PCA (véase Anexo 2). También, existen eventos que pueden generar bienestar o malestar y que pueden tener un efecto considerable en las variables dependientes del presente estudio como en la variable principal que es depresión, para ello se pidió el llenado de un diario de eventos placenteros y displacenteros (véase Anexo 6).

Conciencia de Diagnóstico y Pronóstico. Se evaluó a través de las siguientes preguntas: *¿Qué enfermedad tiene?, ¿Qué le han dicho los doctores acerca de su enfermedad?, ¿Le han dicho los doctores si su condición puede cambiar? SÍ No ¿Cómo?, ¿Ha tenido dificultad para obtener la información que quisiera conocer?* Estas preguntas forman parte de un protocolo efectuado en el INCMNZS y resultó indispensable en el presente estudio dado que no se hubiese podido trabajar sobre la aceptación de la enfermedad y los valores elegidos del paciente, si el paciente mismo no hubiese obtenido la información suficiente de su estado de salud.

Test Miniexamen Cognoscitivo Minimental. Se aplicó no como instrumento de evaluación, pero si como prueba de tamizaje de delirium. Es una escala estructurada que se utiliza para detectar el avance o progreso de trastornos cognitivos asociados a enfermedades crónicas por medio del tamizaje de cinco áreas: orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria y lenguaje (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). Existe una versión adaptada al castellano cuya sensibilidad es de 89.8% y una especificidad de 75.1%. El punto de corte es de 24/35 para pacientes geriátricos mayores de 65 años, y de 28/35 para pacientes no geriátricos. Cuando los puntajes son menores a los especificados, se considera que el paciente sufre alteraciones cognitivas (Lobo et al., 1999). (véase Anexo 3). Esta escala es importante aplicarla, ya que 9 de cada 10 pacientes padecen delirium en los últimos días previo al fallecimiento (Centeno, Sanz, & Bruera, 2004).

Método de Evaluación de confusión (por sus siglas en inglés CAM). Se aplicó cuando el test Minimental no arrojó información confiable, es decir cuando el puntaje fue de 24 a 29, rango que se considera limítrofe entre el delirium y la ausencia del mismo tanto en población geriátrica como no geriátrica. El CAM es una prueba para evaluar delirium que abarca 4 fases. 1) Inicio agudo y curso fluctuante que se caracteriza por ser usualmente obtenida por un miembro de la familia o enfermera y se evidencia por una respuesta afirmativa a las siguientes preguntas: ¿Existe evidencia de un cambio agudo del estado mental en comparación con el estado basal?, ¿Esta conducta anormal fluctúa durante el día, es decir, aparece y desaparece o aumenta y disminuye de severidad? 2) Inatención que se evidencia por una respuesta afirmativa a la siguiente pregunta: ¿El paciente tiene dificultad para enfocar la atención, por ejemplo, es fácil de distraer, o es muy difícil que retenga lo que se estaba diciendo? 3) Pensamiento desorganizado que se evalúa por una respuesta afirmativa a la siguiente pregunta: ¿El paciente presenta un pensamiento desorganizado o incoherente, como una conversación sin sentido o irrelevante, flujo de ideas no claras e ilógicas o cambios súbitos de tema a tema? 4) Nivel alterado de conciencia evaluada con la siguiente pregunta: En general ¿cómo describiría el nivel de conciencia del paciente? (Alerta (normal), vigilante (hiperalerta), letárgico (somnoliento), estupor (difícil despertarlo) o coma (incapacidad de despertarlo) (Ely et al., 2001) (véase Anexo 4).

Escala Paliativa de Desempeño (por sus siglas en inglés, PPS) Se empleó para evaluar el nivel de funcionalidad del paciente paliativo y para identificar si era incluido o no el paciente al estudio. Su utilidad radica incluso en predecir el tiempo de vida de los pacientes (Lau et al., 2009). La escala evalúa cinco áreas (deambulaci3n, actividad y evidencia de enfermedad, autocuidado, ingesta y nivel de conciencia). Se califica identificando en cada una de las cinco áreas qué porcentaje (0-100%) de actividad puede realizar el paciente, es así, que de las cinco áreas habrá cinco puntajes (e.g., deambulaci3n 40%, actividad y evidencia de enfermedad 50%, autocuidado 50%, ingesta 30% y nivel de conciencia 40%), el área que puntuó más bajo es el porcentaje que se toma en cuenta para determinar el nivel de funcionalidad en ese momento (Bruera, Kuehn, Miller, Selmsler, & Macmillan, 1991) (véase Anexo 9).

Cuestionario para evaluar la satisfacción de la intervención basada en terapia de aceptación y compromiso (ex profeso). Evaluó la satisfacción del participante en su experiencia durante el tratamiento. El cuestionario de satisfacción se basó en la escala de valoración de la terapia cognitiva de Young y Beck (1980). Se preguntó a dos de los cuatro participantes una vez culminado la tercera y última sesión del tratamiento, por ejemplo, qué tan satisfactoria fue su experiencia durante el tratamiento en una escala ordinal que incluyó las siguientes opciones: nada satisfactorio, poco satisfactorio, satisfactorio, muy satisfactorio, totalmente satisfactorio (véase Anexo 8)

Procedimiento

Pre evaluación

La primera estrategia efectuada para reclutar a los participantes del presente estudio, fue esperar a que acabara su consulta médica en el departamento de cuidados paliativos, ya que en la evaluación de rutina los médicos residentes obtuvieron datos de la ESAS, la PPS y el test MINIMENTAL, retomados en el presente estudio para ser analizados y de esta manera saber si en ellos se cubrían los criterios de inclusión. Si se cumplían los criterios de inclusión se invitaba a los participantes a efectuar una evaluación psicológica con la finalidad de saber si eran o no candidatos a una intervención basada en TAC. En caso de que los pacientes aceptaran la evaluación ese mismo día de su valoración médica, se les pidió respondieran la HADS y la CAM siempre que su test MINIMENTAL oscilara en un rango de 24 a 29 puntos.

Si algún paciente cubría los anteriores criterios de inclusión, se le invitaba a participar en el estudio con un consentimiento informado (véase anexo 10) en el que a grandes rasgos se expresó al paciente que su participación era voluntaria, confidencial, gratuita y que en dado caso de no aceptar formar parte del estudio no se les privaría de la atención psicológica convencional que se da en el departamento de cuidados paliativos en caso de que el paciente gustara recibir dicha atención. Además, se le explicó su derecho a no participar o retirarse del estudio sin importar el momento o la fase de la evaluación o intervención. Cabe destacar que la se pidió la firma tanto del participante como la firma de un acompañante que preferentemente fuese su cuidador primario.

Después de la firma de consentimiento informado se aplicó el cuestionario de detección de componentes de TAC, para evaluar en cuáles componentes había que trabajar más y en cuáles habría que trabajar menos. Después de evaluar el cuestionario de detección de componentes de TAC, se le otorgó al participante una cita para efectuar la primera sesión de la intervención con un plazo aproximado de 15 días, y se le pidió su número telefónico para completar una segunda evaluación del test Minimental, de la HADS y la ESAS en el séptimo día, para finalmente completar una tercera evaluación de línea base, el mismo día de la primera intervención previo a ella.

A continuación, se presenta la manera en que se trabajó con cada paciente durante cada sesión y posteriormente se describirá la Tabla 2 en la que se muestran los componentes vistos en cada sesión.

Tratamiento

La intervención fue ofrecida por el titular de la presente investigación. La intervención estuvo compuesta por tres sesiones considerando que la población atendida en el INCMNSZ, logra tener de 3 a 4 consultas médicas de 1 o 2 horas en el departamento de Cuidados Paliativos, dadas en un rango de 3 semanas a 3 meses, como se refirió en el estudio de Sánchez, et al. (2013). Se emplearon evaluaciones de HADS, ESAS, Minimental y el diario de eventos placenteros y displacenteros al inicio de cada sesión y se adaptó el tiempo destinado para cada componente de TAC a trabajar, acorde a las evaluaciones del cuestionario *ex profeso* de componentes de la TAC.

Sesión 1.- Aceptación contra evitación/ fusión contra defusión cognitiva

Objetivo. Disminuir los esfuerzos que resultan poco útiles para alterar la frecuencia o forma de eventos privados no deseados, incluyendo pensamientos, recuerdos, emociones y sensaciones corporales. Generar disonancia cognitiva respecto a estrategias de control o evitación experiencial. Comprender que los pensamientos no son acciones (i.e., defusión).

La duración de esta sesión fue aproximadamente de 2 horas. En ella se pidió la entrega del diario de actividades placenteras y displacenteras que pudieron afectar los resultados del tratamiento. Se describió brevemente en una diapositiva con Power Point 2010 el concepto

de aceptación, el concepto de evitación experiencial y en esta misma diapositiva se efectuaron preguntas de momentos en que los participantes tuvieron pensamientos, sentimientos o comportamientos de aceptación y de evitación. Se buscó intencionalmente que los participantes comprendieran que las estrategias de evitación no eran funcionales en comparación con la aceptación activa y basada en los valores de los participantes para confrontar situaciones como la manifestación de síntomas por enfermedad avanzada o el desenlace final de la propia enfermedad.

La TAC recurre a metáforas y al uso de ejercicios experienciales para el adecuado entendimiento de cada uno de sus componentes centrales, por lo que en esta primera sesión para culminar la comprensión de aceptación vs evitación se compartió con los participantes la metáfora denominada arenas movedizas “... *imagine que su estado actual de salud se asemeja a arenas movedizas que mientras más usted intenta escapar más rápido y profundo se hunde. No es muy lógico al principio, pero puede ser que lo que usted deba hacer, es parar de batallar y en lugar de ello, entrar en contacto total con lo que ha estado tratando de evitar*” y se efectuó con imaginación guiada la metáfora de las nubes grises “...*su lucha con el sufrimiento que le producen los pensamientos sobre situaciones dolorosas puede ser similar a la lucha para que no surjan nubes oscuras en el cielo que le atrapen... ¿su experiencia con la depresión es como un cielo que se cubre de nubes grises?, ¿en vez de mirar y dejar que las nubes sigan su curso usted se queda pegado a la nube como pegado o atrapado en ella?, ¿y si dejamos que las nubes sigan su curso en el cielo de su vida mientras usted sigue su rumbo vital?*” (Wilson & Luciano, 2014)

Cuando la evitación experiencial de los participantes era muy frecuente acorde al cuestionario de los componentes de TAC, se empleó la metáfora del invitado incómodo “... *imagine que está en una fiesta con sus mejores amigos, con su música y comida favorita, pero con un invitado indeseado que se muestra hostil ¿qué haría usted ante esta situación? ¿preferiría pasar su fiesta ideando cómo sacar al invitado indeseado o preferiría centrarse en disfrutar de su gente aun estando presente su invitado incómodo? Si se va por la segunda alternativa estará más cerca de la aceptación y se centrará en lo que realmente importa, lo mismo pasa con su estado de salud actual, si la vida gira alrededor de controlar el sufrimiento, estará dedicando menos tiempo a las cosas que realmente interesan ¿qué*

pasaría si simplemente deja estar su malestar?” (Hayes et al., 1999). Después de terminados los ejercicios de las metáforas se invitó a los participantes a identificar aspectos positivos a raíz de sus enfermedades y plasmarlo con la frase incompleta *“acepto _____, agradezco _____”*, para facilitar aún más la aceptación de la enfermedad.

Fusión contra defusión, se trabajó explicando que la fusión es comportarse con base a pensamientos, y defusión es separar lo que uno hace (i.e., conducta) de lo que uno piensa o siente. Se pidió a los participantes que pusieran ejemplos de ambos componentes y se intentó favorecer la defusión pues resultó común escuchar frases como *“yo soy una inútil”* o *“no soy la de antes”*. En caso de que el participante en la evaluación del cuestionario de componentes de TAC, refiriera estar de acuerdo o totalmente de acuerdo en que es lo que piensa, se le pidieron al menos 3 ejemplos de defusión y uno de estos ejemplos debía de relacionarse con su enfermedad. La Sesión 1 cerró con la metáfora del mueble *“...si consideráramos a los muebles como buenos o como malos, esto diría nada respecto al valor de la casa, porque una cosa son los muebles y otra la casa. De la misma forma que los muebles no son la casa, usted no es lo que piensa”*. En caso de que el participante en la evaluación del cuestionario de componentes de TAC, refiriera estar de acuerdo o totalmente de acuerdo en que él/ella es lo que piensa, se le pidieron al menos 3 ejemplos de defusión que incluyera al menos un ejemplo de defusión relacionado con su enfermedad.

Sesión 2.- Estar en el presente contra rigidez atencional en el pasado y el futuro

Objetivo. Modificar la atención centrada en el pasado y el futuro y centrarla en el presente. Dicha estrategia intentó ayudar a los participantes a centrarse en lo que se puede hacer en el presente con su enfermedad y el sufrimiento que implica, en vez de centrarse en el pasado como sucede al emitir frases como *“ya no soy la de antes”* o en el futuro al emitir oraciones como *“siento miedo porque me voy a morir”*.

Para comenzar se le pidió al paciente una nueva evaluación de HADS y ESAS, de posibles limitaciones cognitivas y el diario de eventos placenteros y displacenteros. Después se efectuó el ejercicio “estar en el aquí y en el ahora” con los ejercicios *“atención plena hacia la respiración por un minuto”* en la que a los participantes se les invitó a centrarse exclusivamente en su respiración que se pedía fuera diafragmática. También se hizo el

ejercicio “*contar hasta 10*” y en este caso se pidió a los participantes cerrar los ojos y enfocar la atención en contar lentamente hasta diez. Si en algún caso los participantes perdían la concentración, debían volver a empezar a contar desde el número uno.

Se trabajó indicando a los participantes que en esta sesión se debía de escribir sobre varios temas. En primer lugar, se debió escribir durante 20 minutos sobre su pasado, sobre todo de aquellas experiencias que fueron significativas y que tal vez el participante decidió no hablarlo con alguien, de esta manera se intentó que dejara salir y explorara sus emociones y pensamientos más íntimos. Se le indicó al participante que nadie más vería lo que escribió. Si no podía escribir mucho sobre su pasado, se le indicaba que volviera a escribir lo poco que escribió una y otra vez hasta concluir los 20 minutos. Mientras escribía se le reiteraba la idea de permitirse experimentar sus pensamientos y sentimientos tanto como fuese posible, que es el momento para experimentarlos, ya que la evidencia dice que apartar a la fuerza esos pensamientos perturbadores puede en realidad hacerlos más fuertes. Se hizo el mismo procedimiento con sus pensamientos hacia el futuro y el participante pudo decidir deshacerse ahí mismo de lo escrito, llevarlo a casa o compartirlo con el terapeuta.

Si el cuestionario de componentes de TAC mostraba que el participante requería trabajar el centrarse en el presente, se hacía un ejercicio extra denominado “*escáner del cuerpo*” “... *intente tomar conciencia de su cuerpo como un todo, puede hacerlo desde la cabeza hasta los dedos de los pies o al revés... y si en alguna parte de su cuerpo hay dolor permítaselo vivir bondadosamente, recuerde que el dolor es como las arenas movedizas que mientras más esfuerzo hacemos para evitarlo más lo tenemos, o es la nube gris que puede oscurecer el panorama pero que se puede contemplar en vez de seguirla incesantemente hasta quedarse atrapado en ella...*” (Bartley, 2011).

Sesión 3.- El sentido del yo contra la auto-conceptualización/ Valores compatibles contra motivos/ Acción cometida contra la inacción, impulsividad o persistencia evitativa

Objetivo. Generar una percepción de sí mismo llena de sentido, trascendencia y propósito. Identificar valores que guían o pueden guiar la conducta de la persona. Motivar a la acción guiada por valores.

Para comenzar se le pidió al paciente una nueva evaluación de depresión, de posibles limitaciones cognitivas y el diario de eventos placenteros y displacenteros. Posteriormente se trabajó el componente sentido del yo contra la auto-conceptualización preguntando al participante “¿quién es usted?”, para invitarlo a reflexionar sobre si todas esas cosas que respondió cambiaran él seguiría siendo el mismo, motivándolo a generar más palabras que lo definan hasta que responda que pese al cambio de las condiciones externas, seguiría siendo él mismo. Esta reflexión ayudó a los participantes a quitarse el estigma de que ya no eran ellos mismos después de su enfermedad, recordándoles que al fin y al cabo “*los muebles, no hablan del valor de la casa*”. Para los participantes que requerían trabajar más el notar el sentido del yo acorde al cuestionario de componentes de TAC, se efectuó el ejercicio del observador “... *considérese a usted en el trabajo, visualice la imagen de usted mismo en su trabajo, haga lo mismo en su faceta como pareja, como padre de familia, como niño... note que, aunque ha desempeñado varios papeles, hay un “yo”, un “usted”, un sí mismo que permanecía siempre idéntico. Permítase a sí mismo notar este hecho central: aunque tengo diversos papeles, yo no soy mis papeles... esa persona que ha jugado el rol de padre de familia, de trabajador, de esposo, es el mismo que está aquí y ahora, esa persona que tiene emociones pero no es sus emociones, que tiene pensamientos pero no es pensamientos, que tiene una enfermedad pero no es enfermedad está aquí y ahora*” (Wilson & Luciano, 2002). Se efectuaron pequeñas variantes en las frases del ejercicio del observador acorde al rol familiar, a la escolaridad y al tipo de actividades realizadas por cada participante.

El último componente que se trabajó fue el de acción cometida contra inacción o persistencia evitativa. Se realizó el ejercicio “compromiso con valores” en el que el paciente llenó cada uno de los pasos del ejercicio (véase Anexo 7), hasta llegar a la firma de compromiso por parte del paciente y a la firma de testigo por parte del terapeuta. Este ejercicio pudo servir como un contrato en el que el paciente se diera cuenta de las cosas que podía y deseaba hacer aún en diferentes contextos de su vida.

Finalmente se administró el cuestionario para evaluar la satisfacción de la intervención basada en terapia de aceptación y compromiso.

A continuación, se muestra en la Tabla 2 una descripción resumida de las sesiones, sus duraciones aproximadas, los objetivos, la manera en que se trabajó y el material empleado para cada sesión

Tabla 2. Descripción de las sesiones de la intervención

SESIÓN	COMPONENTE	DURACIÓN	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN	MATERIAL
1	<i>Aceptación contra evitación/ Fusión contra defusión cognitiva:</i>	2 horas	Disminuir los esfuerzos inútiles por alterar la frecuencia o la forma de eventos privados no deseados, incluyendo pensamientos, recuerdos, emociones y sensaciones corporales. Generar disonancia cognitiva.	Entrega y retroalimentación del diario de actividades placenteras y displacenteras. Diario que se facilitó al paciente una vez que se firmó el consentimiento informado para participar en él estudio. Descripción y discusión de los conceptos de aceptación y evitación. Metáfora de “Arenas movedizas” para explicar evitación experiencial. Metáfora de nubes grises con imaginación guiada. Cuando la evitación experiencial del paciente fue muy frecuente se empleó la metáfora del “invitado incómodo”. Ejercicio: El paciente identifica aspectos positivos que ha tenido a raíz de su enfermedad. El paciente escribe una frase con los siguientes elementos: “Acepto _____, agradezco por _____” Descripción del fenómeno de fusión y defusión cognitiva. Metáfora de los muebles.	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas blancas • Lápices • Plumas • Metáforas impresas • Presentaciones en power point con los conceptos • Sofá cómodo

2	<i>Estar en el presente contra Rigidez Atencional en el pasado y el futuro.</i>	1 hora y 45 minutos	Modificar la atención centrada en el pasado y el futuro y centrarla en el presente.	<p>Retroalimentación de la primera sesión. Durante 10 minutos</p> <p>Ejercicio de atención plena: “atención plena hacia la respiración por un minuto”, “contar hasta diez”.</p> <p>Ejercicio: Se trabajó indicando a los participantes que en esta sesión se debía de escribir sobre varios temas. En primer lugar, se debió escribir durante 20 minutos sobre su pasado, sobre todo de aquellas experiencias que fueron significativas y que tal vez el participante decidió no hablarlo con alguien, de esta manera se intentó que dejara salir y explorara sus emociones y pensamientos más íntimos. Se le indicó al participante que nadie más vería lo que escribió. Si no podía escribir mucho sobre su pasado, se le indicaba que volviera a escribir lo poco que escribió una y otra vez hasta concluir los 20 minutos. Mientras escribía se le reiteraba la idea de permitirse experimentar sus pensamientos y sentimientos tanto como fuese posible, que es el momento para experimentarlos, ya que la evidencia dice que apartar a la fuerza esos pensamientos perturbadores puede en realidad hacerlos más fuertes. Se hizo el mismo procedimiento con sus pensamientos hacia el futuro y el participante pudo decidir deshacerse ahí mismo de lo escrito, llevarlo a casa o compartirlo con el terapeuta.</p> <p>Si se había que trabajar este componente acorde al cuestionario de componente de TAC se hacía el ejercicio “escáner del cuerpo”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • PC para reproducir música relajante y sonidos de la naturaleza • Hojas blancas • Lápices • Plumas • Sofá cómodo
---	---	---------------------	---	--	---

3	<p><i>El sentido del yo contra la auto- conceptualización/ Valores compatibles contra motivos/ Acción cometida contra la inacción, impulsividad o persistencia evitativa.</i></p>	2 horas	<p>Generar una percepción de sí mismo llena de sentido y propósito.</p> <p>Identificar valores que guían o pueden guiar la conducta de la persona.</p> <p>Motivar a la acción guiada por valores.</p>	<p>Retroalimentación de la segunda sesión durante 10 minutos.</p> <p>Se le preguntó al paciente: ¿Quién es usted? Invitándolo a reflexionar sobre si todas esas cosas que respondió cambiaran él seguiría siendo el mismo, motivándolo a generar más palabras que lo definan hasta que responda que pese al cambio de las condiciones externas, seguiría siendo él mismo o misma.</p> <p>Para los participantes que requerían trabajar más el notar el sentido del yo acorde al cuestionario de componentes de TAC, se efectuó el ejercicio del observador.</p> <p>Ejercicio “Compromiso con valores”. Con ayuda del terapeuta el paciente irá llenando cada uno de los pasos del ejercicio (Anexo 7), hasta llegar a la firma de compromiso por parte de ambos.</p> <p>Administración del cuestionario para evaluar la satisfacción de la intervención basada en terapia de aceptación y compromiso.</p>	<p>• Formato impreso “compromiso con valores”.</p>
---	---	---------	---	---	--

Seguimiento

Se continuaron haciendo evaluaciones de HADS y ESAS para valorar qué tan efectiva fue la intervención una vez culminada durante los días subsecuentes, se hizo una valoración semanal durante 3 semanas. Asimismo, se aplicó Minimental para tener una prueba de tamizaje del estado cognitivo del participante. Solo una participante de los cuatro reportados pudo efectuar esta fase, debido al fallecimiento o las limitaciones cognitivas de los demás participantes.

Análisis de datos

Considerando el diseño empleado en el presente estudio, se analizaron los datos de la siguiente manera.

Análisis visual de los datos entre fases: en la inspección visual se juzgó la consistencia y confiabilidad de los efectos de la intervención tomando como referencia el análisis gráfico de los datos (Kazdin, 2011). La manera en que se efectuó el análisis fue inspeccionando el incremento o la reducción de los puntajes de depresión tanto de HADS como de ESAS, durante la intervención y el seguimiento en comparación con los datos durante la línea base, los datos fueron graficados por Excel 2010.

Para evitar posibles sesgos u otros errores, se empleó “el índice de la no superposición de los pares (por sus siglas en inglés, NAP) debido a que es un análisis eficiente para obtener el tamaño del efecto al comparar todos los puntajes por pares de la fase A con respecto a los puntajes de la fase B y de seguimiento, a diferencia de otros análisis que no hacen dichas comparaciones como lo son la línea de expedición extendida (ECL); el porcentaje de datos no superpuestos (por sus siglas en inglés, PND); el porcentaje de todos los datos no superpuestos (PAND) excediendo la mediana de la Fase A; diferencia de la tasa de mejora (por sus siglas en inglés, IRD) y muestra una adecuada precisión cuando se desea calcular cambios entre fases. Así mismo se eligió el índice NAP sobre el análisis de no solapamiento con control de tendencia de línea base o TAU-U, porque la TAU-U está sujeta a tener una longitud más amplia de evaluaciones en la fase de línea base en comparación con el índice NAP debido a que la TAU incluye un análisis que implica el corregir la tendencia de cambio de los puntajes de la línea base simplemente por el paso del tiempo (i.e., tendencia

monotónica). El índice NAP, se hizo de manera manual y se interpretó con base en el artículo de Parker y Vannest (2009) quienes requirieron del apoyo de tres jueces expertos en diseños de casos únicos los cuáles analizaron 200 bases de datos de fases A-B y determinaron, como efecto débil de 0 a .65; efecto medio de .66 a .92 y efecto fuerte de .93 a 10. Se consideraron los datos de los participantes como estadísticamente significativos con un nivel de significancia de $p \leq 0.05$. Se utilizó un calculador en Línea de índices NAP <http://www.singlecaseresearch.org/calculators/nap> elaborado por Vannest, Parker y Gonen (2011), para corroborar los índices NAP manuales y el análisis del nivel de significancia de los datos.

Significancia Clínica: es funcional para detectar el cambio en el funcionamiento del participante y que es significativo para el individuo que está asistiendo a una intervención psicológica o médica (Bauer, Lambert & Nielson, 2004). Dicho análisis ha sido previamente empleado en estudios de pacientes con cáncer empleando TCC domiciliaria para manejo de la ansiedad y la depresión (Landa, 2015), TCC para el manejo del insomnio (Savard, Simard, Ivers & Morin, 2005) y la fatiga (Gielissen, Verhagen, Witjes & Bleijenbergh, 2006).

Se consideraron dos criterios para evaluar la significancia clínica del tratamiento para intervenir sobre la depresión de los participantes.

1. Satisfacción del participante en su experiencia durante el tratamiento: A través del cuestionario para evaluar la satisfacción de la intervención basada en terapia de aceptación y compromiso. Se preguntó a dos de los cuatro participantes una vez culminado la tercera y última sesión del tratamiento, por ejemplo, qué tan satisfactoria fue su experiencia durante el tratamiento en una escala ordinal que incluyó las siguientes opciones: nada satisfactorio, poco satisfactorio, satisfactorio, muy satisfactorio, totalmente satisfactorio

2. Puntajes de depresión dentro de los rangos normativos: la evaluación se realizó utilizando los puntajes de la HADS y se consideró como un cambio con significancia clínica, si el puntaje obtenido durante el tratamiento y el seguimiento se dio por debajo del punto corte de depresión que es menos de 7 puntos.

Resultados

Las figuras uno y dos muestran los datos de los puntajes de la HADS de depresión (HADS-D) y ansiedad (HADS-A) de los cuatro participantes del presente estudio. Los datos fueron graficados con el propósito de efectuar su inspección visual durante la línea base, tratamiento y seguimiento. Las figuras uno y dos solo muestran solo los datos de seguimiento de la participante 1, las participantes tres y cuatro presentaron síntomas de delirium y el participante dos dejó de acudir a la clínica de cuidados paliativos por más de 3 meses para ser atendido en una clínica de Estados Unidos.

En la inspección visual de la Figura 1, se observa que en la línea base de los cuatro participantes los puntajes se encontraron fuera del rango de normalidad, es decir arriba de la línea degradada localizada en el número 7 en el eje de las ordenadas. La participante uno muestra una línea base con una tendencia al incremento de los puntajes de depresión y, en las tres evaluaciones de la fase de tratamiento se muestra una tendencia de puntajes de depresión a la baja respecto a la última evaluación de línea base, sin embargo, los puntajes de depresión aumentaron en la fase de seguimiento siendo el puntaje en la segunda evaluación de seguimiento, el más alto puntaje de todas las fases. Para los participantes dos y tres se muestra una línea base con puntajes de depresión estables y durante el tratamiento se observó que los puntajes bajaron llegando al rango de normalidad para el participante dos en la segunda sesión y para la participante tres en la primera y tercera sesión. Finalmente, los datos del participante cuatro, muestran una tendencia al incremento en los puntajes de depresión en la línea base, y el primer dato del tratamiento indica que se logró disminuir el puntaje de depresión respecto al último puntaje de la línea base pero aumentó en la segunda evaluación de tratamiento siendo este el puntaje más alto considerando ambas fases.

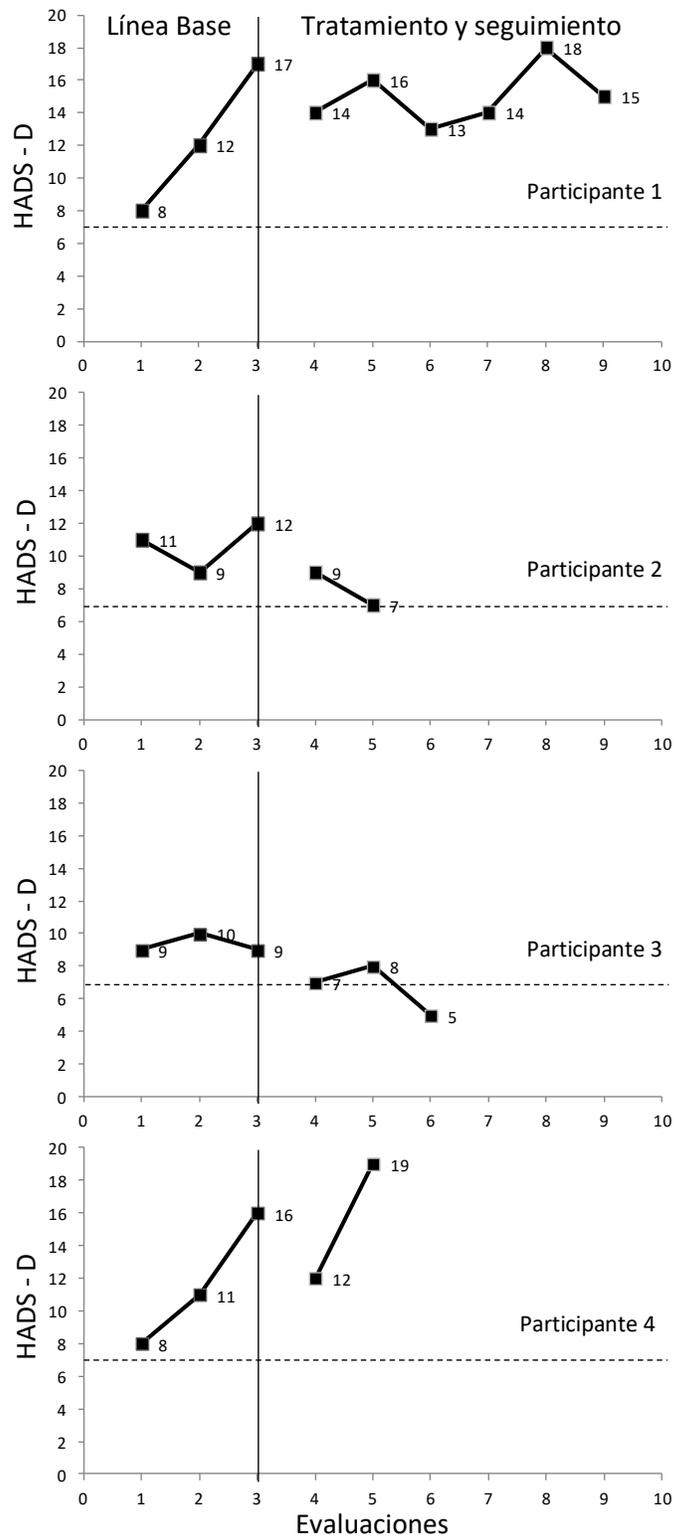


Figura 1.- Puntajes de depresión evaluada con HADS, para cada uno de los cuatro participantes en la fase de línea base y la fase de tratamiento y seguimiento.

La Figura 2 muestra los datos de la ansiedad de los participantes acorde a la HADS, siendo esta una variable secundaria. El rango de normalidad fue diferente al de depresión, considerando puntajes iguales o menores a ocho. En la inspección visual de la Figura 2 para la participante 1 se muestra en la línea base una tendencia creciente en los puntajes de ansiedad los cuales disminuyeron sobre todo en la fase de seguimiento alcanzando un puntaje en el rango de normalidad en la primera y tercera sesión de seguimiento. En cuanto a los participantes 2 y 3, también se observó una tendencia creciente en los puntajes de ansiedad en la línea base pero se mantuvieron en el rango de normalidad o muy cercanos a este rango; mientras que en la fase de tratamiento siempre se mantuvieron en el rango de normalidad. Para la participante 4, se encontraron puntajes de ansiedad que aumentaron de manera lineal durante las tres evaluaciones de línea base y, en la fase de tratamiento se muestra que la ansiedad disminuyó en la primera sesión, pero incrementó en la segunda evaluación siendo este puntaje el más alto de ambas fases.

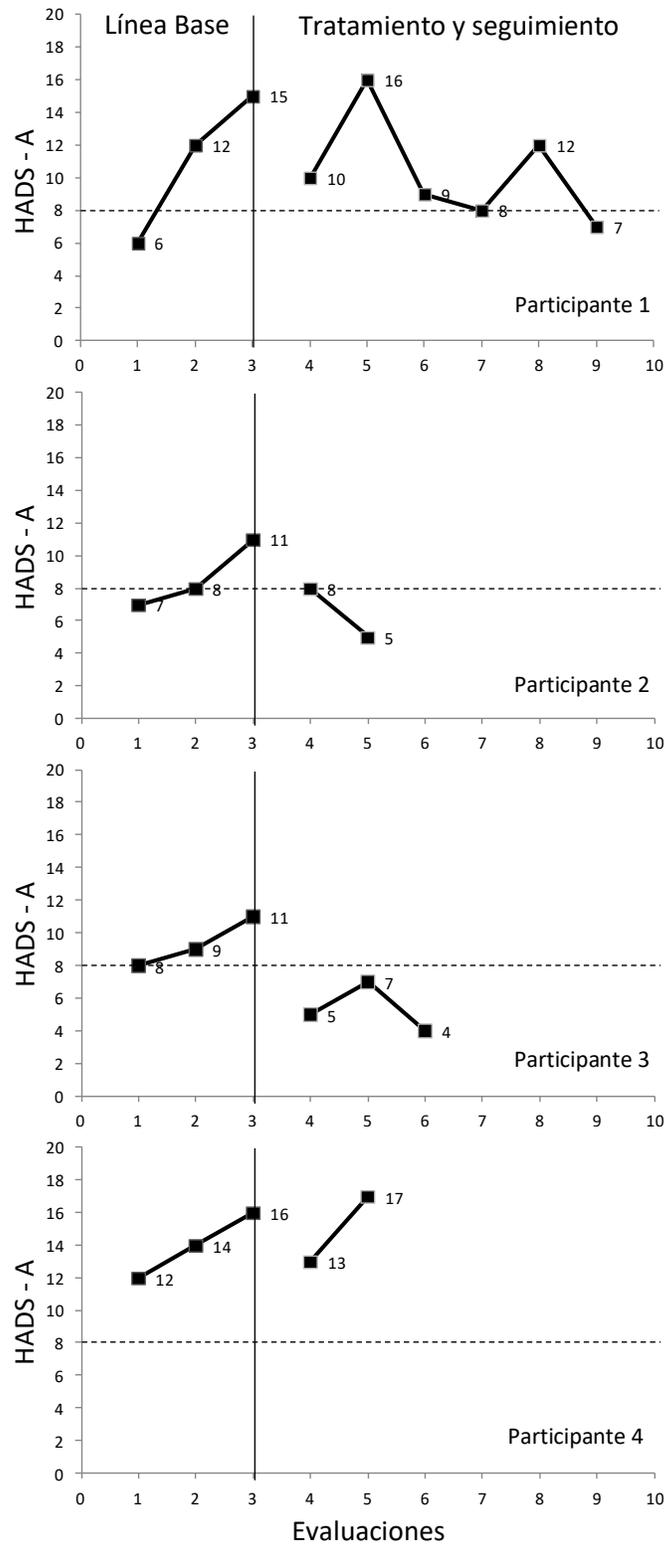


Figura 2.- Puntajes de ansiedad evaluada con HADS, para cada uno de los cuatro participantes en la fase de línea base y la fase de tratamiento y seguimiento.

Tamaño del efecto calculado por la NAP

Como se mencionó en el apartado de *análisis visual de datos entre fases* del presente trabajo, el índice de la no superposición de todos los pares (Non Overlap Of All Pairs [NAP]), es una fórmula estadística para determinar el tamaño del efecto de una intervención en estudios con diseños de casos únicos. Se interpreta como el porcentaje de mejora clínica al pasar de la fase A (línea base) a la fase B (tratamiento y seguimiento). El efecto es débil de 0 a .65; el efecto es medio de .66 a .92 y el efecto es fuerte de .93 a 1.0. Se consideraron los datos de los participantes como estadísticamente significativos con un nivel de significancia de $p \leq 0.05$.

Para calcular NAP es necesario comparar todos los valores de la fase A (línea base) y la fase B (tratamiento y seguimiento) asignando valores de 1, .5 y 0, a la superposición de los pares (Parker & Vannest, 2009). Debido a que como resultado del tratamiento se esperaba la disminución de la depresión, se asignaron los valores de la siguiente manera: sin superposición en la fase B (1); mismo valor (.5) y con superposición (0).

La Tabla 3 muestra los valores de los puntajes de depresión de línea base y tratamiento para cada uno de los participantes, y como con ellos se obtuvieron los índices NAP. Los índices NAP muestran para dos participantes tamaños de efecto fuertes y para los otros dos participantes tamaños de efecto débiles. Es importante mencionar que tomando como referencia un nivel de significancia $p=0.05$, el único dato estadísticamente significativo es el de la participante 3 (NAP=1; $p=0.04$).

Los índices NAP para los datos de ansiedad de HADS se muestran en la Tabla 4. Los índices NAP muestran para el participante 3 un tamaño del efecto de la intervención fuerte y estadísticamente significativo (NAP= 1; $p=0.04$), para el participante 2 el tamaño del efecto fue moderado y para los participantes 1 y 4 el tamaño del efecto fue leve, sin embargo, los datos de estos tres participantes no fueron estadísticamente significativos.

Tabla 3.- Tamaño del efecto de depresión

Participante	Valores A	Valores B	(N - Σvalores no superpuestos)	Valor NAP	Interpretación
	Línea base	Tratamiento y seguimiento			
1	8	14 (1), 16 (1), 13 (1), 14 (1), 18 (1), 15 (1)= 6	N=(NA X NB)		
	12	14 (1), 16 (1), 13 (1), 14 (1), 18 (1), 15 (1)= 6	N=(N3 X N6)	NAP= 5/18= 27%	Efecto débil
	17	14 (0), 16 (0), 13 (0), 14 (0), 18 (1), 15 (0)= 1	N=18 18-13=5	p = 0.30	
2	11	9 (0), 7 (0) = 0	N=(NA X NB)		
	9	9 (.5), 7 (0) = .5	N=(N3 X N2)	NAP=5.5/6= 91. 6%	Efecto fuerte
	12	9 (0), 7 (0) = 0	N=6 6-0.5= 5.5	p = 0.14	
3	9	7 (0), 8 (0), 5 (0) = 0	N=(NA X NB)		
	10	7 (0), 8 (0), 5 (0) = 0	N=(N3 X N3)	NAP= 9/9= 100%	Efecto fuerte.
	9	7 (0), 8 (0), 5 (0) = 0	N=9 9-0=9	p = 0.04	
4	8	12 (1), 19 (1) = 2	N=(NA X NB)		
	11	12 (1), 19 (1) = 2	N=(N3 X N2)	NAP= 1/6 = 16.6%	Efecto débil
	16	12 (0), 19 (1) = 1	N=6 6-5= 1	p = 0.24	

Tabla 4.- Tamaño del efecto de ansiedad

Participante	Valores A Línea base	Valores B Tratamiento y seguimiento	(N – Σvalores no superpuestos)	Valor NAP	Interpretación
1	6	10 (1), 10 (1), 16 (1), 9 (1), 8 (1), 12 (1) = 6	$N=(NA \times NB)$		
	12	10 (0), 10 (0), 16 (1), 9 (0), 8 (0), 12 (.5) = 1.5	$N=(N3 \times N6)$	$NAP= 9.5/18= 52.7 \%$	Efecto débil
	15	10 (0), 10 (0), 16 (1), 9 (0), 8 (0), 12 (0) = 1	$N=18$	$p = 0.89$	
			$18-8.5= 9.5$		
2	7	8(1), 5 (0) = 1	$N=(NA \times NB)$		
	8	8(.5), 5 (0) = .5	$N=(N3 \times N2)$	$NAP=4.5/6= 75\%$	Efecto moderado
	11	8(0), 5 (0) = 0	$N=6$	$p = 0.38$	
			$6-1.5= 4.5$		
3	8	5 (0), 7 (0), 4 (0) = 0	$N=(NA \times NB)$.	
	9	5 (0), 7 (0), 4 (0) = 0	$N=(N3 \times N3)$	$NAP= 9/9= 100\%$	Efecto fuerte.
	11	5 (0), 7 (0), 4 (0) = 0	$N=9$	$p = 0.04$	
			$9-0=9$		
4	12	13 (1), 17 (1) = 2	$N=(NA \times NB)$		
	14	13 (0), 17 (1) = 1	$N=(N3 \times N2)$	$NAP= 2/6 = 33.3\%$	Efecto débil
	16	13 (0), 17 (1) = 1	$N=6$	$p = 0.56$	
			$6-4= 2$		

Cambios conductuales y en pensamientos

En el presente estudio se consideró importante mostrar evidencia de cómo los distintos ejercicios programados en la fase de tratamiento influyeron en las conductas y la manera de pensar de los participantes ya que la Terapia de Aceptación y Compromiso más que enfocarse en la modificación de la intensidad del síntoma emocional, se centra en la función que tiene ese síntoma en la vida del paciente.

La Tabla 5 muestra una comparación entre las conductas disfuncionales que los participantes refirieron tener en la línea base y las conductas funcionales y disfuncionales que los participantes tuvieron en la fase de tratamiento. Describe en el texto ejemplos de los resultados más significativos y después manda al lector a ver los resultados complementarios en el texto.

La Tabla 6 muestra en la columna de en medio, los pensamientos de evitación, centrados en el pasado y/o futuro y pensamientos de autoconceptualización; mientras que en la última columna se muestran los pensamientos de aceptación, centrados en el presente, pensamientos centrados en el presente y, pensamientos dirigidos a valores. Los pensamientos de la última columna dieron evidencia de cómo los participantes con la intervención realizaron el proceso de defusión entre los pensamientos y las emociones, es decir, los pensamientos podían seguir estando pero las conductas ser diferentes ya que los pensamientos no son los hechos (e.g., *“Acepto que pronto moriré, sigo pensando en mi miedo que es cada vez más intenso pues resiento mucho los síntomas que tengo, pero pienso que aceptar ayuda a centrarme y valorar lo que realmente me importa que es convivir con mi familia con más frecuencia y alegría”*). En algunos casos los pensamientos si se modificaron sin ser necesariamente (e.g., *“Distinguí que no soy una piltrafa, me siento una piltrafa, pero eso no me hace serlo y mucho menos lo soy con los ojos de mis hermanas, quienes pienso valoran mucho mi persona por todas las atenciones que recibo de ellas”*).

Tabla 5.- Cambios conductuales reportados por los participantes

Paciente	Nivel de funcionalidad	Conductas en la fase de línea base	Conductas en las fases de tratamiento y seguimiento.
1.- Mujer 53 años. Ca de mama con metástasis a pulmón	<p>PPS de 70 al inicio de la línea base: Incapacidad para trabajar en el hogar, evidencia significativa de la enfermedad.</p> <p>PPS de 30 en tratamiento: Sin movilidad en piernas y cuidado completo de familiares.</p> <p>PPS de 10 en seguimiento: Falta de movilidad en hombro derecho, sin vía oral.</p>	<p>- Reportó empezar a tener falta de comunicación con hermanas que fungían como cuidadoras, por sentirse incómoda de tener que pedirles algo de ayuda en actividades que antes podía hacer como cargar objetos pesados.</p> <p>- No disfrutaba igual actividades cotidianas como leer un libro, ver una serie o escuchar música.</p>	<p>-Reportó recuperar sentido del humor con hermanas. Mostrándose más “comunicativa y cómica”, pues esa era la manera en que quería aceptar su enfermedad, con sentido del humor.</p> <p>- Comentó no seguir disfrutando de libros o series, pero sí de música e incluso comentó que un buen ejercicio que encontró para centrarse en el presente fue retomar la actividad de tocar guitarra que dejó de hacer por carga de trabajo.</p> <p>-Reportó hacer cosas diferentes “para pasársela de bien a pesar de que el miedo a morir y el hartazgo de las limitaciones físicas eran permanentes.</p>
2.- Hombre 77 años. Cáncer de próstata con metástasis en vejiga y pelvis	<p>PPS de 70 durante toda la fase de línea base y la fase de tratamiento.</p>	<p>-Trataba de evitar hablar de su enfermedad con sus conocidos.</p> <p>-Disimulaba los síntomas propios de su enfermedad, como dolor o náusea para no preocupar a su hija e incluso confesó disminuir los</p>	<p>-El paciente contestó en un ejercicio que aceptaba su enfermedad como aprendizaje y que agradecía que era una oportunidad de acercarse a su hijo con quien no tenía buena relación. Cuando acabó la sesión, el paciente buscó a su hijo por teléfono quien reside en Estados Unidos. En la segunda sesión del tratamiento el</p>

puntajes de sus síntomas en ESAS, las primeras dos consultas en cuidados paliativos pues quería “evitar tomar tanto medicamento”. paciente estuvo acompañado por su hijo, quien le ofreció llevarlo un par de meses a Estados Unidos. El participante ya no volvió para concluir su tercera sesión, pero reportó mejoría en su estado de ánimo cuando regresó a la clínica de cuidados paliativos.

-Mejóro su apego al tratamiento.

3. Mujer 73 años, PPS de 50 en línea base y colangio tratamiento: Incapacidad para cualquier trabajo, enfermedad hepato carcinoma BCLC con invasión extensa, la mayoría de tiempo se linfovascular está en sofá y cama.

PPS de 10 en seguimiento: No se pudo evaluar por que la participante presento delirium hipoactivo e Incapacidad para cualquier actividad, enfermedad extensa.

-No deseaba salir de su casa por miedo a que le pasara algo, debido a que tuvo una convulsión en la calle y presento pérdida de memoria que duró aproximadamente 40 minutos por un evento de encefalopatía y que condujo a que la paciente en aquella ocasión se alejara de casa.

-La paciente refirió lo siguiente: “Entendí y no sé si me equivoque, que saber estar en él aquí y en él ahora es hacer lo que uno quiere o debe hacer sin distraerse en otras cosas y a mí algo que me permite concentrarme demasiado es bordar y puedo pasar horas haciéndolo así que lo volví a hacer después de unos meses o hasta el año que no lo hacía, me relaja hacer esta actividad... en cuanto a mi miedo de salir a la calle lo sigo teniendo pero al menos ya salgo a la tienda a la que voy y en la que atiende una amiga mía”. La paciente pudo efectuar ambas actividades poco antes de presentar delirium hipoactivo.

<p>4. Mujer 60 años, cáncer de colón poco diferenciado EC IV por carcinomatosis peritoneal</p>	<p>PPS de 70 al inicio de la línea base: Incapacidad para trabajar en el hogar, evidencia significativa de la enfermedad.</p> <p>PPS de 50 en primera sesión de tratamiento y de 20 en segunda sesión, presentó oclusión intestinal y delirium hiperactivo cuando se iba a efectuar la tercera sesión</p>	<p>-Refería no hablar de la enfermedad con sus dos hijos que eran sus cuidadores.</p> <p>-Caminaba dando vueltas para evitar sentir un dolor que se caracterizaba por ser un dolor irruptivo, de Inicio rápido en forma de picos de 3 a 5 minutos y que la paciente asociaba a estar mucho tiempo sentada</p>	<p>-La paciente con base en el ejercicio “compromiso con valores”, habló de la enfermedad con sus hijos y así dar solución a asuntos pendientes, como la repartición de bienes materiales y deseos relacionados con una muerte digna (e.g., lugar donde deseaba pasar sus días al final de la vida, no ser incinerada).</p> <p>-La paciente persistió en moverse constantemente para evitar sentir dolor y refirió no sentir útil el ejercicio “escaneo del cuerpo” para aceptar su dolor al preferir tener herramientas para su control.</p>
--	---	---	---

Tabla 6.- Cambios en pensamientos reportados por los participantes

Paciente	Pensamientos de evitación experiencial, centrados en el pasado o el futuro y de autoconceptualización	Pensamientos de aceptación, centrados en el presente, notar el ser y dirigidos a valores
	Evitación experiencial	Aceptación
1.- Mujer 53 años. Ca de mama con metástasis a pulmón	<p>“Debo quitarme el miedo, controlar mis emociones para hacer que este proceso que acaba en la muerte sea llevadero”</p> <p>“... no me dan ganas de responder las llamadas, solo es para que la gente me recuerde que estoy enferma, cómo me molesta cuando dicen la frase “échale ganas”, dan ganas de preguntarles cómo se logra eso pero sé que no obtendría respuesta de ello.”</p> <p>“No quiero ser una carga para mis hermanas, yo era quien las ayudaba en su momento, no al revés”.</p> <p>Autoconceptualización</p> <p>“Soy una piltrafa”</p> <p>“Soy un bulto”</p> <p>“Estoy en calidad de moribunda. Doctor. Yo siempre pequé de arrogante al sentirme más que los demás, sobre todo más inteligente”</p>	<p>“Acepto que pronto moriré, sigo pensando en mi miedo que es cada vez más intenso pues resiento mucho los síntomas que tengo, pero pienso que aceptar ayuda a centrarme y valorar lo que realmente me importa que es convivir con mi familia con más frecuencia y alegría”</p> <p>“aun sintiendo tristeza y angustia, estoy agradecida con la vida pues siempre hice lo que quise hacer”</p> <p>Notar el ser</p> <p>“Distinguí que no soy una piltrafa, me siento una piltrafa, pero eso no me hace serlo y mucho menos lo soy con los ojos de mis hermanas, quienes pienso valoran mucho mi persona por todas las atenciones que recibo de ellas”</p> <p>Pensamientos dirigidos a valores</p> <p>“Lo que importa es convivir con mi familia”</p>

2.- Hombre 77 años. Cáncer de próstata con metástasis en vejiga y pelvis

Evitación experiencial

“La vida es muy corta como para estar angustiado por los males de uno, por eso ya ni le digo nada a mi hija, para que preocuparla y preocuparme yo”

“Los medicamentos envenenan mucho el cuerpo, no le diga a sus compañeros (lo médicos de la clínica de cuidados paliativos) pero tengo mucho dolor y temo a que me pongan a dormir con morfina (en aquella ocasión tomaba tramadol como rescate, cada 10 gotas en caso de dolor intenso)”.

Aceptación

“Acepto mi enfermedad como aprendizaje, agradezco que es una oportunidad de acercarme a mi hijo, no me la llevo muy bien con él, somos tan iguales que chocamos, somos tercios. Pienso hablarle y dejar el orgullo a un lado”

“Aprendí que no se trata de descuidar lo indicado por los médicos para sentirse sano, se trata de cumplir indicaciones y ver la enfermedad como un aprendizaje, como una oportunidad”.

3. Mujer 73 años, colangio-hepatocarcinoma BCLC con invasión linfovascular

Evitación Experiencial

“Temo perder la consciencia de quién soy y más si estoy yo sola en la calle ¡imagínese estar en la calle y sentirse tan confundida que ya no puede usted recordar ni quién es o cómo llegar a casa y se aleja mucho de ella! Eso es algo preocupante ¿no cree?”

Pensamientos centrados en el pasado y el futuro

“lo que más me preocupa es saber qué hacer si pierdo mi consciencia de quien soy. Pienso mucho en qué pasaría”

Aceptación

“...en cuanto a mi miedo de salir a la calle lo sigo teniendo pero al menos ya salgo a la tienda a la que iba y en la que atiende una amiga mía con quien me gusta mucho platicar de mis cosas”.

Pensamientos centrados en el presente

“Entendí y no sé si me equivoque, que saber estar en el aquí y en él ahora es hacer lo que uno quiere o debe

“La vida que llevaba antes era buena y me pregunto: ¿esto es vida?”

hacer sin distraerse en otras cosas y a mí algo que me permite concentrarme demasiado es bordar y puedo pasar horas haciéndolo así que lo volví a hacer después de unos meses o hasta el año que no lo hacía, me relaja hacer esta actividad”

Autoconceptualización

“no quiero ser una carga para mi hija pero ya lo soy, ella me cuida con amor pero tiene su marido y sus hijos y no los puede atender por mi culpa

Notar el ser

“Sigo sintiendo que interrumpo mucho a mi hija, pero tal vez sea una muy buena mamá o un buena persona, porque me cuida mucho y la gente de mi pueblo me ayuda también”

4. Mujer 60 años, cáncer de colón poco diferenciado EC IV por carcinomatosis peritoneal

Evitación Experiencial

“No quiero preocupar a mis hijos, están estudiando y echándole muchas ganas”

“Si usted me ayuda a quitarme este dolor tan intenso, influirá mucho en mi estabilidad emocional”

Pensamientos centrados en el pasado y el futuro

“Encuentro mucho sentido a que para vivir el presente, no debemos batallar por lo vivido en el pasado y lo que nos depara, quiero compartir lo que escribí pues viví muchos traumas que no he contado ni a mis hijos...”

Pensamientos centrados en el pasado y el futuro

“Viví cosas horribles de pequeña y ya de grande algo en lo que siempre me centró es en el fallecimiento de mi esposo, su pérdida me costó demasiado superarla”-

Pensamientos dirigidos a valores

“hablaré con mis hijos sobre mi muerte y lo que quiero, me importa que no tengan que andar adivinando mis deseos de dónde quiero morir de si me incineran o no...”

Significancia Clínica

La significancia clínica se consideró si los participantes lograron disminuir sus puntuaciones de depresión en el HADS en el punto de la norma (7 puntos) o por debajo de la norma. También se consideró si en el cuestionario para evaluar la satisfacción de la intervención basada en aceptación y compromiso (véase anexo 8), en la pregunta 1 y 2 los participantes contestaron con las opciones 3 o 4 y si los participantes respondieron afirmativamente a si el terapeuta fomentó la participación activa, si mostró el programa de actividades y si cubrió con las actividades acordadas en el programa. Solo se pudieron obtener los datos de este cuestionario en tres de los participantes ya que la participante 3 presentó delirium a los pocos días de culminada la Sesión 2. Cabe mencionar que el participante 2 respondió el cuestionario 5 meses después de su tratamiento y que solo alcanzó a culminar las dos primeras sesiones, debido a que la intervención lo llevó a no evitar el contacto con su hijo que reside en Estados Unidos y con quien no mantenía una adecuada comunicación; lo que conllevó a la reconciliación con su hijo quien lo invitó a conocer lugares de Estados Unidos que el paciente no conocía y a seguir sus cuidados médicos en dicho país.

Se encontró que para los participantes 2 y 3 se alcanzó a obtener puntajes normativos o por debajo de la norma durante el tratamiento, pero los otros dos participantes no por lo que se considera que la significancia clínica fue de un 50%.

Respecto al nivel de satisfacción de los participantes, el participante 2 evaluó el tratamiento como totalmente satisfactorio (opción 4), la participante 1 como satisfactorio (opción 2) y la participante 4 como muy satisfactorio (opción3), por lo que en este ítem se consiguió el objetivo clínico en dos de los tres participantes evaluados (66.6 %). En cuanto a la claridad de las instrucciones, conceptos y actividades los participantes 1 y 2 refirieron que el terapeuta fue muy claro (opción 3) y la participante 4 refirió que el terapeuta fue claro (opción 2), se obtuvo una significancia clínica en dos de los tres participantes (66.6%). Los tres participantes afirmaron que el terapeuta fomentó la participación activa, mostró un programa de actividades y cubrió las actividades acordadas para cada sesión por lo que en estos ítems se obtuvo 100% de significancia clínica.

Resultados cualitativos

Los resultados cualitativos en este estudio se consideran importantes por arrojar información que no fue medida cuantitativamente en los participantes y porque enriquece los datos obtenidos en el presente estudio.

La participante 1 con base en el cuestionario de componentes de TAC, tuvo que trabajar en mayor medida el componente fusión contra defusión y notar el sentido del yo contra la autoconceptualización. El componente fusión contra defusión se consideró importante porque en el cuestionario consideró estar totalmente de acuerdo con la afirmación “soy lo que pienso”, por lo que se le pidieron ejemplos de defusión en comparación a los participantes que no debían de trabajar mucho este componente. Notar el sentido del yo contra autoconceptualización se consideró trabajar más a fondo debido a que la paciente mencionó “ser una piltrafa”, “un bulto” y ser una “arrogante” por no querer recibir ayuda de sus hermanas y por tanto se incluyó el ejercicio del observador. Fue la única participante que completó el cuestionario de satisfacción, reportó que el terapeuta mostró el programa, que se sintió muy satisfecha con la experiencia, refirió que le ayudó a “no caer en las trampas de los pensamientos y a dar prioridad a lo que hacía con su familia”. En el cuestionario de satisfacción lo que señaló como posible mejora fue que las instrucciones, actividades y conceptos podían ser aún más claros, indicando en la pregunta 2 que el terapeuta fue claro con lo que dijo, en vez de muy claro o totalmente claro. La paciente refirió seguir con miedo a morir, pero que centrarse en tocar guitarra y en permanecer con su familia ayudó a sentirse mejor.

El participante 2, mostró que tenía que trabajar aceptación en vez de evitación al emitir frases de evitación y negación de la enfermedad (e.g., los medicamentos solo me van a hacer más daño además de que mentalizarme y actuar como alguien sano me ayudará) y defusión en vez de fusión al considerar que él es lo que piensa (“¡Claro que soy lo que pienso! Por eso le comentaba que mentalizarme a llevar una vida como si no tuviese enfermedad y medicamentos me ayudará). Durante la primera sesión el paciente refirió que algo más que evitaba además de su enfermedad, era hablar con su hijo que reside en Estados Unidos por mala interacción con él. Al salir de la sesión el participante refirió tomar su teléfono y hablar con su hijo para comentarle de su enfermedad. La siguiente sesión fue

acompañado de su hijo, el paciente refirió sentirse bien de aceptar su enfermedad, reportando mejoría en el control de su dolor al decidir tomar tramadol (medicamento recetado por el algólogo para control de su dolor) y refirió que agradecía que su enfermedad representara una oportunidad para reconciliarse con su hijo. Como se mencionó anteriormente, el participante no se presentó a la sesión 3 debido a que su hijo lo llevó a Estados Unidos por 3 meses y el paciente obtuvo su consulta médica en el INCMNSZ 5 meses después respecto de la sesión 2 manteniéndose asintomático, razones por las que se decidió ya no aplicar la Sesión 3 y que contestara el cuestionario de satisfacción solamente.

La participante 3 trabajó predominantemente aceptación, centrarse en el presente y notar su ser. Logró trabajar aceptación en vez de evitación, su evitación fue modulada por dos eventos de encefalitis que le generaron confusión y en uno de estos eventos la confusión conllevó a la paciente a alejarse de su domicilio por un día entero. La paciente no salía de su casa y logró hacerlo acompañada de una vecina o de su hija. Vivir en el presente ayudó a la participante a retomar actividades de costura por 4 días, sin embargo, por el avance de su enfermedad y pérdida de la funcionalidad no pudo continuar con dicha actividad. No hay evidencia de que la paciente haya trabajado adecuadamente notar su ser, pero se centró en no solo temer “ser carga” para su hija, al considerar que no solo es eso si no que también “puede que sea una muy buena mamá o una buena persona” por notar el aprecio de su hija y de la gente de su pueblo. Aunque no se le dio entrega del cuestionario de satisfacción, la participante refirió tener algunos problemas para entender conceptos, pero no instrucciones. En un promedio de 4 veces por sesión se le pidió retroalimentación de lo que entendía y si tenía alguna duda.

La participante 4 acorde al cuestionario de TAC, trabajó evitación, centrarse en el presente e incluso se efectuó por adelantado el ejercicio compromiso con valores. La paciente expresó en la sesión 2 que le ayudó hablar de su pasado que evaluó como “traumático”, en el ejercicio de compromiso con valores la paciente consideró importante tener la apertura para hablar de su muerte con sus hijos. A pesar de que presentó los anteriores cambios positivos, para la participante no fue de su agrado el ejercicio del escáner del cuerpo al preferir abiertamente una técnica para controlar su dolor y no para aceptarlo. Fue entonces que la

participante aceptó ser parte del estudio, se le siguió brindando atención psicológica pero no se siguió con las estrategias basadas en terapia de aceptación y compromiso.

Discusión

El objetivo primario del presente estudio fue evaluar el efecto de una intervención breve basada en terapia de aceptación y compromiso sobre la depresión en pacientes con cáncer avanzado. A continuación, se discute la implicación del presente estudio contemplando los siguientes rubros: implicación en la depresión, implicación en la ansiedad como variable secundaria, implicación en las conductas, en los pensamientos y en los síntomas físicos de los participantes, limitaciones y virtudes del estudio, así como su implicación y sugerencias para futuras investigaciones.

De acuerdo con la información obtenida, no se encontraron resultados concluyentes de los efectos de la intervención sobre la depresión en PCA, al ser estadísticamente significativo y mostrar un tamaño del efecto fuerte solo los datos de un participante. En lo que concierne a los otros tres participantes se reportaron tamaños de efectos débiles para dos de ellos y un tamaño del efecto fuerte no significativo para un participante.

El presente estudio es el primero en explorar los efectos de la terapia de aceptación y compromiso en pacientes con cáncer avanzado que requirieron cuidados paliativos y presentaron síntomas depresión. Anteriormente, Rost et al. (2012), trabajaron con pacientes con cáncer avanzado, pero específicamente eran pacientes con cáncer de ovario y que de hecho fueron retiradas del estudio si requerían cuidados de *hospice* (i.e., escenarios en los que se hospedan pacientes para recibir cuidados paliativos). Si bien, los datos del presente estudio no pueden ser comparados con los reportados por Rost et al., tanto por el diseño empleado, como por la población, resulta importante referir que en el estudio de Rost et al., se reportaron efectos de la intervención con TAC fuertes y consistentes en la fase de seguimiento e incluso estadísticamente significativos en comparación con los resultados del grupo con TCC que emplearon como grupo control; mientras que en el presente estudio los datos no fueron consistentes entre los participantes pues se encontraron efectos de la intervención fuertes y débiles.

En el caso de otros estudios que analizaron el efecto de la TAC sobre depresión en pacientes oncológicos, solo se trabajó en pacientes mujeres con cáncer de mama y con buen pronóstico (Najvani et al., 2015; Paez et al., 2007); no se trabajó exclusivamente en PCA (Feros et al., 2013) y; la propuesta de investigación con rigor metodológico para evaluar la TAC en PCA (Low et al., 2016), emplearán a participantes con un tiempo estimado de vida mucho mayor que el de los PCA en México. En conclusión, los hallazgos de los efectos de la TAC en pacientes oncológicos que presentan síntomas depresivos, no arrojan información suficiente en PCA. El presente estudio representa un primer acercamiento de la TAC en PCA.

El presente estudio encontró que los datos obtenidos de la intervención fueron inconsistentes para demostrar el efecto de la TAC sobre la depresión en PCA, como se suscitó en otras terapias cognitivo conductuales. Los meta-análisis muestran que la TCC tiene efectos moderados sobre la depresión en PCA (Cuijpers, Van Stratenm, Van Schaik, & Anderson, 2009, Linde, 2015). Una revisión sistemática de Cochrane muestra también efectos moderados, pero se incluyeron otras modalidades de terapia además de TCC (Akechi et al., 2008). De las revisiones anteriores, se reportaron tres ensayos controlados aleatorizados, que no mostraron diferencias estadísticamente significativas sobre la depresión (Greer, 2012; Landa; Moorey, 2009; Savard et al., 2006). Por lo anterior es difícil comprender el efecto de la TCC en PCA, como sucede en el presente estudio en el que se encontraron dos tamaños del efecto leves, uno moderado y el único estadísticamente significativo fue un tamaño del efecto fuerte.

Otro dato ambiguo de la TCC, es que existe evidencia a favor (Edelman et al., 1999; Sloman, 2002) y en contra (Anderson, Watson, & Davison, 2008; Greer et al., 2012; Landa, 2015; Moorey et al., 2009) respecto a que la depresión tiende a disminuir durante el tratamiento cognitivo conductual de segunda generación, pero aumenta durante el seguimiento. En el presente estudio, la única participante que completó la fase de seguimiento reportó un aumento en los puntajes de depresión en comparación con la fase de tratamiento, sin embargo, la paciente reportó como satisfactoria la intervención, Lo que sucedió, es que tuvo un acercamiento más sólido con su familia al paso del tiempo ya que no se siguió percibiendo como una “piltrafa”, mostró conductas más funcionales como retomar el tocar la guitarra en sustitución a darle vueltas a pensamientos y mostró mayor aceptación a los

eventos displacenteros que se le presentaron excepto cuando presentó una gran cantidad de flemas. Por lo anterior, es que Hayes et al. (1999), refieren que la TAC no se centra en el control sintomatológico, sino en la función que tiene el síntoma en las conductas emitidas por las personas que trabajan con TAC.

Existe una última observación en los datos de depresión en el presente estudio: la TAC tuvo el efecto de la intervención más débil en la participante 4 (16.6%) quien tuvo el menor tiempo de vida respecto al inicio del estudio (42 días); mientras que el efecto de la intervención más fuerte y con el único nivel de significancia adecuado se presentó en el participante 2 (100%) quien tuvo el mayor tiempo de vida respecto al inicio del estudio (363 días). Estos datos pueden indicar dos aspectos relevantes al estudio de la TAC en PCA: 1) Ningún estudio de TAC ha reportado datos de su eficacia sobre depresión en pacientes con un muy corto tiempo de vida y los datos de la participante 4 parecen indicar que la TAC no es eficaz cuando se tiene un pronóstico corto de sobrevida. 2) Los datos del participante 2 son congruentes con los estudios de TAC, en el sentido de que los PCA de dichos estudios que han demostrado un tiempo de sobrevida largo, han visto beneficiados sus síntomas emocionales a través de esta intervención (e.g., Paez et al., 2007, Rost et al. 2012).

La ansiedad fue una variable secundaria en el presente estudio. En promedio dos participantes estuvieron por debajo del punto corte de ansiedad (i.e., 8 puntos) considerando los datos de la fase de tratamiento y seguimiento; mientras que una paciente en la última evaluación de seguimiento logró estar por debajo del punto corte. Los datos concernientes al tamaño del efecto de la intervención, muestran que hubo dos efectos débiles no significativos, un efecto moderado no significativo y un efecto fuerte significativo.

Los datos de ansiedad obtenidos en el presente estudio, son difíciles de comparar con la literatura de TAC en PCA, dado que el único antecedente reportado se sitúa en el estudio de Rost et al. (2013) quienes encontraron que la TAC fue significativamente mejor que la TCC para manejo de la ansiedad acorde al Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, por sus siglas en inglés), pero fueron pacientes con cáncer de ovario que no tenían cuidados paliativos o de Hospice. Otro estudio de TAC para resaltar pero que fue efectuado en pacientes con cáncer de mama no avanzado, muestra que esta terapia tuvo efectos clínicos y estadísticamente significativos sobre la disminución de ansiedad, sobre todo en la fase de

seguimiento, datos que pueden concordar parcialmente con el presente estudio en el que la inspección visual muestra una disminución de la ansiedad en la fase de seguimiento de una participante y en dos participantes durante sus fases de tratamiento.

Estudios sobre manejo de ansiedad en PCA empleando terapias cognitivo conductuales de segunda generación y que muestran datos estadísticamente significativos, han obtenido tamaños del efecto fuertes (Greer et al., 2012) y débiles (Landa, 2015). Los pacientes que participaron en el presente estudio comparten características sociodemográficas mucho más similares con los participantes en el estudio de Landa, por lo que no sorprende el hecho de que en dos de los cuatro participantes del presente estudio hayan tenido tamaños del efecto débiles. Landa explica que los efectos débiles pueden deberse al descontrol sintomatológico, lo que explica que la participante 1 en el presente estudio no se haya mantenido en el punto corte o por debajo en la fase de seguimiento en una de las tres sesiones de seguimiento al reportar mucha dificultad en el control de flemas; también refiere que se puede deber a las expectativas de vida cortas, lo que explica que la participante 4 que presentó el tiempo más corto de vida de entre los cuatro participantes, haya obtenido un tamaño del efecto débil en sus puntajes de ansiedad.

Respecto a las implicaciones conductuales, los cuatro participantes del presente estudio mostraron conductas congruentes con sus valores. La participante 1 retomó el tocar su guitarra y se centró en disfrutar la compañía de su familia en vez de centrarse en sus pensamientos de que pronto fallecería; el participante 2 se puso en contacto con su hijo para buscar reconciliarse y mostró mejor apego al tratamiento farmacológico a través del proceso de aceptación de su pronóstico de enfermedad; la participante 3 retomó una actividad muy de su agrado como lo fue el bordado; La participante 4 aun cuando presentó los efectos de intervención más débiles tanto en depresión como en ansiedad, pudo hablar de manera abierta con sus hijos sobre su pronto fallecimiento y sobre sus decisiones que quería tomar al final de su vida con el ejercicio comprometido con valores efectuado la última sesión de la intervención. Los datos conductuales de los participantes enriquecen la discusión, pues la TAC se caracteriza por tener una orientación hacia la función que pueden tener los eventos que provocan malestar, más que en su control (Hayes et al., 1999; Hayes, 2014), lo que puede explicar los efectos débiles en ansiedad y depresión en dos de las participantes.

El componente de acción en TAC es la parte conductual en este tipo de intervenciones (Hayes, 1999) y comparte características con la terapia de activación conductual (Hayes, 2004; Paez & Gutierrez, 2012). En el presente estudio, se mostró que solo a dos participantes se les impartió el componente de acción, entonces ¿Qué componente modularon las conductas orientadas en valores a los otros dos participantes? En el caso del participante 2 lo consiguió desde el primer componente de aceptación vs evitación, en el que se dio cuenta que evitaba el contacto con su hijo y evitaba el verse así mismo como una persona enferma y esto mediaba a un mal apego a su tratamiento; en el caso de la participante 3 la acción se dio en el componente de fusión contra defusión, al permitir estar pensamientos automáticos relacionados con su mal pronóstico (e.g., “puede que pierda la conciencia de nuevo o peor aún, puede que ya me muera pronto”) sin que estos se fusionaran con conductas más funcionales como lo representó la actividad de bordar que reportó haber disfrutado mucho.

Las conductas dirigidas por valores, da un sentido de autonomía que sin duda es una de las necesidades más prevalentes en PCA (Lorenzl, 2013) y que explica en gran medida los resultados obtenidos por Rost (2012) que mostraron que los participantes del grupo TAC suprimieron en mayor medida pensamientos disfuncionales en comparación con el grupo TCC, y esto conllevó a los participantes a centrarse en sus conductas más que en sus pensamientos. Al respecto, el participante 2 reportó “sentirse más autónomo” al “dejar de darle vueltas a tantas cosas” (i.e., pensar demasiado) y “hacer lo que debía hacer” (i.e., conductas).

Cabe hacer mención que terapias cognitivo conductuales de segunda generación en PCA, han incrementado la frecuencia de actividades lúdicas acorde a las capacidades propias de la enfermedad del paciente (e.g., Landa, 2015). Mientras que para la TCC las actividades lúdicas son vistas como coadyuvantes (Greer, Prigerson & Safren, 2012); en TAC son el resultado principal ya que conduce a que el paciente tome perspectiva de que sus actividades tienen sentido al centrarse en sus valores, disminuyendo así las preocupaciones relacionadas con el sentido de trascendencia y espirituales que son muy importantes de atender al final de la vida (García-Alandete & Hernández-Jiménez, 2018; Karekla & Constantinou, 2010).

La mayoría de los estudios de TAC, parten del supuesto de que a los pacientes con enfermedades oncológicas no les es funcional que controlen sus pensamientos (Low et al.,

2016; Najvani et al., 2015; Rost et al., 2012). En pacientes oncológicos es frecuente encontrar pensamientos asociados con problemas reales como lo son: pensamientos relacionados con muerte, con malestares físicos y emocionales, con problemas económicos por tener que pagar una radioterapia o una quimioterapia, entre otros pensamientos. Por lo dicho anteriormente, no es recomendable hacer, por ejemplo, ejercicios de debate de pensamientos pues muchos de estos pensamientos se sustentan en evidencia y si se presentan podrían generar demasiado malestar. En el presente estudio, sin embargo, existieron pensamientos que fácilmente pudieron ser debatibles pero que se abordaron a través de la clarificación de valores. Un ejemplo claro de lo anterior es el pensamiento de la participante 1 al describirse a sí misma como “una piltrafa”, en el momento que lo dijo no se debatió sí lo era o no, solamente se trabajó si ese pensamiento debía tener una función en lo que realmente le importaba de la vida y cuando observó que no tendría por qué cubrir una función en lo que ella deseaba hacer (i.e., convivir plenamente el tiempo que le quedaba de vida con hermanas y sobrinos, tocar la guitarra y prestar atención plena a la música de su gusto), ella se centró más en las conductas guiadas por valores en vez de centrarse en el contenido de sus pensamientos.

Respecto a los síntomas físicos, en el presente estudio la intervención con TAC, ayudó al participante 2 a disminuir dolor anal acorde al ESAS y al pasar de valorarlo como moderado en la línea base a valorarlo como leve en la fase de tratamiento. El participante refirió “haber podido aceptar que estuviera él invitado incómodo en su fiesta pues en la misma se reencontró con su hijo”, refiriendo también que vio al cáncer y sus complicaciones como una oportunidad para atender asuntos pendientes y liberar tensiones del pasado. Cabe recordar que los datos del participante 2 fueron los únicos significativos y con tamaño del efecto fuerte en la disminución de depresión y ansiedad. Por otro lado, la participante 4 que mostró el tamaño del efecto más débil en depresión, no tuvo un adecuado manejo de un dolor abdominal que se caracterizó por ser irruptivo (i.e., presentado de manera espontánea, sin ningún estímulo claro que le anteceda y muy intenso). Los datos de ambos participantes son acordes a lo reportado por Lloyd-Williams et al. (2004) respecto a que bajos índices de depresión correlacionan positivamente con bajas valoraciones de dolor en PCA.

En lo que concierne al diseño del presente estudio, el diseño fue un diseño A-B con seguimiento. Este diseño permitió tener tres evaluaciones en línea base y al menos dos

evaluaciones durante la intervención para observar qué tan estables eran los puntajes de depresión. Los diseños N=1 tienen sus propios criterios para ser reportados denominados CONSORT (Vohra et al., 2015), dichos criterios proponen que los diseños N=1 deben ser reconocidos como nivel de evidencia 1 por las siguientes razones: con base en las múltiples medidas de cada fase y la información individual detallada sobre los pacientes pueden controlarse posibles variables extrañas para asegurar la validez externa del estudio; puede dar datos tanto cuantitativos como cualitativos y es perfectamente medible el tamaño del efecto de la intervención, logra los mismos desenlaces que otros tipos de diseños con menos nivel de evidencia (e.g., series de casos clínicos), pero con una mejor validez externa. Como se suscita en los diseños N=1, el tamaño de la muestra puede ser de lo menos importante, por ejemplo, en el presente estudio hubo una muestra muy pequeña y pocos datos cuantitativos, pero su riqueza de información se centró primordialmente en los datos cualitativos que permitieron una adecuada descripción individualizada de cada uno de los participantes en el estudio.

Hasta antes del presente estudio, no existía evidencia de la TAC específicamente en PCA con cuidados paliativos. La propuesta de Low et al. (2016) de analizar el efecto de un protocolo de TAC en PCA a través de un ensayo controlado aleatorizado resultará en un estudio con mayor rigor metodológico y con una muestra mucho mayor al presente estudio pero descontextualizado acorde a las características de la población mexicana por la siguiente razón: el estudio de Low et al. estima que de 54 participantes que seleccionarán, 45 a finalizaran dicho ensayo a los 5 meses respecto a la primera medida de línea base, esta estimación no se podría prever en México por lo encontrado por Sánchez (2013) respecto a que los pacientes en México reciben tardíamente los cuidados paliativos (i.e., aproximadamente un mes y medio antes de su muerte) haciendo poco viable la replicación de este estudio en nuestro país o la aplicación de dicho protocolo de TAC en el que la intervención por si sola fue de 3 meses en PCA que residieron en Londres.

Entre las limitaciones del presente estudio uno de los posibles cuestionamientos fue la muestra corta de participantes que se obtuvieron, sin embargo, esto se debió a las características de los participantes que tendieron a entrar tardíamente a cuidados paliativos, mostrando poca funcionalidad y no acabando las fases del estudio. Como se mencionó

anteriormente, este mismo problema se presentó en el estudio de Landa (2015), aun cuando el investigador tuvo mayor control sobre la frecuencia de sus citas al hacer visitas domiciliarias y no depender de si el paciente iba o no al Hospital.

En este mismo sentido, se considera que el estudio pudo tener una menor duración con el objetivo de aumentar el tamaño de la muestra para tener un mayor control sobre la muerte experimental, siendo el tiempo sugerido de mes y medio.

Una limitación más, pero que se contrapone a la propuesta de disminuir la duración del estudio, es referente al uso del NAP para medir el tamaño del efecto. La NAP puede facilitar el análisis de la información obtenida, pero para su uso se sugiere obtener cinco evaluaciones de una misma medida en línea base, intervención y seguimiento (Borckardt & Nash, 2014; Borckardt et al., 2008) y en el presente estudio por las características de tiempo de sobrevivencia de los participantes dicho requisito no se pudo cumplir. En esta investigación solo una participante cumplió las 3 evaluaciones de cada una de las fases, otra participante culminó toda la fase B pero no la de seguimiento, mientras que 2 de las participantes solo pudieron culminar 2 evaluaciones de la fase B. En el participante 2 quien obtuvo el único tamaño del efecto de la intervención fuerte y significativo, solo se compararon tres datos de línea base con dos datos de intervención, lo que pudo no haber ayudado a los criterios NAP para realizar un análisis más confiable, completo y exhaustivo de la información recabada, por lo que se sugiere tomar con reserva lo reportado por el participante 2.

Una propuesta que parecería viable para aumentar el tamaño de la muestra, que permitiría respetar el número de sesiones recomendadas por Borckardt y Nash (2014) y que por lo tanto se ajustarían a las necesidades metodológicas del presente estudio, es cambiar los criterios de inclusión en los que se permita participar en estudio a pacientes con cáncer Estadio III y a pacientes en estadio IV pero con una funcionalidad mínima de 70% acorde al ESAS. Estos criterios, sin embargo, podrían atentar en contra de la justicia que es uno de los cuatro principios de la bioética con la que se rige la práctica en el INCM y NSZ y que de hecho puede ser el más violado acorde a Azulay (2001). El principio de justicia obliga a tratar a cada paciente sin más ni menos atributos que los que su condición amerita, es decir, las acciones en materia de salud deben ser accesibles para toda la población de manera equitativa

y por lo tanto no sería opción descartar a pacientes con una funcionalidad por debajo de 70% acorde al ESAS con fines metodológicos.

Existe entonces un dilema entre incluir a participantes con mejor funcionalidad para aumentar el tamaño de la muestra y el número de sesiones empleando y, el disminuir las sesiones respetando el principio de justicia que abogaría por la inclusión de los participantes con la funcionalidad requerida en el presente estudio. Dado este dilema, parecería que lo más viable es que en un futuro estudio, todos los pacientes del departamento de Cuidados Paliativos del INCMyNSZ tengan la misma probabilidad de participar sin tomar como criterios de inclusión su funcionalidad y el tiempo de sobrevivencia, pero que estas mismas variables sí sean consideradas para adaptar el número de evaluaciones por fases, permitiendo mejorar el tamaño de la muestra, precisando el número de sesiones para aumentar la validez del NAP, controlar la muerte experimental y respetar el principio de justicia.

Si bien, se mencionó como fortaleza del presente estudio el emplear un diseño $n=1$ reconocido como un diseño con un adecuado nivel de evidencia según los criterios CONSORT (Vohra et al., 2015), y que cubre los criterios de múltiples evaluaciones continuas, evaluación descriptiva, predictiva y estable de línea base que son criterios importantes documentados por Kazdin (2001); resulta importante mencionar que lo recomendable en estudios como el presente es el empleo de diseños de línea base múltiple debido a que cubre el criterio de aleatorización haciendo de un diseño $n=1$ plenamente experimental como justamente se indica en los criterios CONSORT y que ya se ha efectuado en intervenciones anteriores en PCA con depresión y ansiedad (Landa, 2015).

El que dos participantes hayan expresado cierta dificultad en entender conceptos de Terapia de Aceptación y Compromiso, obliga a futuras investigaciones a generar material más didáctico, claro y breve para explicar los principios básicos de esta modalidad terapéutica. Ambos participantes refirieron entender los componentes de la TAC una vez que se pusieron los ejemplos pertinentes para cada componente y, se corroboró que entendieron cuando se les pidió retroalimentación de lo aprendido al cierre de la sesión. ¿Describe por qué pasó esto?

Entre las sugerencias para futuras investigaciones y con base en lo discutido anteriormente se pueden encontrar posibles mejoras para el estudio de la TAC en el PCA y su contexto. A continuación, se enlistarán algunas propuestas con sus respectivas justificaciones:

1. Por las características de los PCA en México, que al llegar a cuidados paliativos llegan con una funcionalidad baja y un pronóstico de sobrevida corto, es importante diseñar intervenciones más breves que la efectuada en el presente estudio. Otra posibilidad es replicar lo efectuado por Landa (2015), ya que en su estudio efectuó visitas domiciliarias que permitían al paciente y sus familiares no preocuparse por trasladarse a un hospital y favoreció el apego a seguir las citas en los tiempos establecidos. Otra posibilidad para aumentar el número de datos requeridos para validar la NAP y probar la eficacia de intervención propuesta en el presente estudio, implica incluir a pacientes con mejor pronóstico de sobrevida, ya que se ha demostrado que los cuidados paliativos tempranos mejoran la calidad de vida (Zurita, 2017), por lo que es importante trabajar con PCA con mejor funcionalidad e incluso en estadio III, como lo han hecho otros estudios para probar protocolos de TAC de manera exitosa (Paez et al., 2007, Rost et al., 2012). Las medidas propuestas permitirían aumentar el tamaño de la muestra y obtener conclusiones más precisas al recolectar más datos cuantitativos.

2. La necesidad de terapias breves ha conllevado a investigadores a diseñar intervenciones con estas características, al respecto hay dos terapias breves que se destacan: La terapia de dignidad (Chochinov et al., 2005), que aborda muchos de los desafíos psicológicos, existenciales y espirituales que los pacientes y sus familias experimentan, por medio por ejemplo, de videos en los que los pacientes dan un mensaje que favorezca el sentido de vida o trascendencia del paciente y conlleve a los cuidadores a tener duelos no prolongados e incluso patológicos (McClement et al., 2007). La terapia Grupal centrada en el Sentido (Brettbait., 2002) que ayuda a los pacientes con cáncer a favorecer el sentido de vida, a pesar de las incertidumbres y limitaciones de la enfermedad; a reordenar o evaluar antiguos momentos con sentido; a buscar incluso nuevos sentidos a la vida; a buscar formas de superar limitaciones prácticas; a trabajar el sentido de trascendencia; a distinguir entre las limitaciones que se pueden cambiar, aceptar o que no se pueden cambiar; a integrar

el diagnóstico de cáncer en la historia de vida del paciente; a expresar sentimientos y emociones; a mejorar sobre todo la adaptación psicológica a través de darle sentido a la vida. El efecto de alguna o ambas terapias sobre la depresión de los PCA, podría compararse con los efectos de la TAC, ya que las tres terapias podrían adaptarse a las características de la población mexicana que demanda terapias muy breves.

3. La TAC, podría ampliar su estudio si considera a una parte fundamental de los PCA, como lo representan sus cuidadores primarios. En TCC existe incluso una revisión sistemática que incluyó estudios de los efectos de la intervención con TCC sobre variables de cuidadores primarios tales como, habilidades de afrontamiento, sobrecarga, síntomas emocionales y autoeficacia (Northouse, Katapodi, Song, Zhang, & Mood, 2010). En cuanto a la TAC existe un estudio publicado recientemente, en el que se analiza la viabilidad de efectuar un ensayo controlado aleatorizado a partir de un protocolo empleando dicha terapia para intervenir en las habilidades de afrontamiento, distrés y flexibilidad psicológica para duelo en cuidadores de PCA (Davis, Deane & Lyons, 2016).

4. Si se contempla que la funcionalidad de los PCA es baja al ser referidos a cuidados paliativos en población mexicana, es de esperarse que los pacientes tengan dificultades para concentrarse por problemas tales como fatiga, insomnio, dolor o disnea. Si se consideran además variables sociodemográficas como lo es a escolaridad de los participantes que puede ser baja (i.e., primaria, secundaria), resulta importante que los protocolos de TAC futuros sean claros al hablar de conceptos complejos propios de la terapia (e.g., defusión cognitiva, el yo como contexto) empleando materiales didácticos muy básicos o ejemplos concretos.

5. Si bien la HADS tiene como ventaja sobre otros instrumentos que evalúan ansiedad y depresión el hecho de que no incluye síntomas somáticos que pueden explicarse por el cáncer y su tratamiento (Galindo et al., 2015), el efecto de la TAC sobre la depresión podría ser evaluada de forma complementaria por marcadores biológicos en un futuro. Se sabe por ejemplo que se puede medir la depresión por medio de biomarcadores salivales de citoquinas ya que en pacientes con cáncer hay evidencia de que la depresión está mediada por citoquinas proinflamatorias (e.g. factor de necrosis tumoral-alfa (TNF alfa) e Interleucinas (IL1, IL-2 y el IL-6)) (Pousa, Miguelez, Hernández, González & Gaviria, 2015). Las citoquinas proinflamatorias son liberadas por las células neoplásicas, por reacciones agresivas inflamatorias

y por lesiones tisulares debido a tratamiento oncológicos (cirugías, radioterapia, quimioterapia). La TNF-alfa, el IL-1 y el IL-6 inducen una serie de signos y síntomas que comparten muchas características con la depresión mayor (i.e., anhedonia, disfunción cognitiva, ansiedad, irritabilidad, enlentecimiento psicomotor, fatiga, anorexia, alteraciones del sueño e incremento de la sensibilidad al dolor) (Berard, Boermeester & Viljoen, 1998; Kwekkeboom et al., 2018).

6. En la misma línea de marcadores biológicos de citoquinas proinflamatorias en PCA, hay un estudio con diseño pre – post tratamiento, en el que se emplean dichos biomarcadores como medidas de depresión en PCA expuestos a electroterapia de estimulación craneal. Los investigadores encontraron que después del tratamiento hubo una disminución de la depresión al disminuir la respuesta inflamatoria de las citoquinas y con base en la HADS y el ESAS (Yennurajalingam et al., 2018). El anterior estudio, extiende la posibilidad de futuras investigaciones en las que se puede comparar no solamente el efecto de la TAC con otras intervenciones de índole psicoterapéutica, al abrir el repertorio a la comparación de su eficacia para manejar depresión en PCA con intervenciones neurológicas.

Con base en todo lo analizado a lo largo del presente estudio, resulta importante llegar a una reflexión final. Las investigaciones muestran que los pacientes oncológicos reevalúan continuamente y adaptan sus metas y valores a través de la fase de ajuste post-diagnóstico tanto en fase de tratamiento como en fase de cuidados paliativos (Brennan, 2001). Muchos estudios se centran en forzar al paciente a que el reajuste sea lo más positivo posible (Schroevers & Teo, 2008). Históricamente, el modelo dominante dentro de esta literatura ha sido el modelo de espíritu combativo propuesto por Watson et al. (1988) visto como una estrategia de afrontamiento muy útil en cualquier fase de la enfermedad oncológica. Esto puede explicar una tendencia histórica por parte de los estudios que intervienen con TCC para fomentar una actitud de espíritu combativo (e.g., Edelman et al., 1999; Sloman, 2002). Hulbert-Williams et al. (2015) identifican que las terapias que fomentan el espíritu combativo pueden conllevar a un PCA que continúa declinando físicamente su funcionamiento, a interpretar esto como un fracaso personal al no haber luchado lo suficiente, y esto conlleva a sentimientos de culpa y vergüenza. El espíritu de lucha entonces, parece guiarse por una necesidad de control como sucede en los estudios de TCC de segunda generación (Hayes,

2004), lo que será inútil en fases avanzadas de la enfermedad. Una alternativa al espíritu combativo o a las terapias centradas en el control para abordar síntomas emocionales en pacientes oncológicos, es la aceptación. Al respecto, el presente estudio mostró que con mejoras metodológicas adaptadas a las necesidades de la población, la Terapia de Aceptación y compromiso puede ayudar al manejo de la depresión que presentan pacientes en situación de cáncer avanzado.

Referencias

- Agras, W. S. (1982). Behavioral medicine in the 1980s: nonrandom connections. *Journal of consulting and clinical psychology, 50*(6), 797. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.50.6.797>
- Akechi, T., Okuyama, T., Onishi, J., Morita, T., & Furukawa, T. A. (2008). Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 16*(2). Doi: 10.1002/14651858.CD005537
- Akechi, T., Okuyama, T., Sugawara, Y., Shima, Y., Furukawa, T. A., & Uchitomi, Y. (2006). Screening for depression in terminally ill cancer patients in Japan. *Journal of pain and symptom management, 31*(1), 5-12.
- Alarcón, L. E. F. (1991). La psicología de la salud y sus relaciones con la medicina conductual. *Revista Colombiana de Psicología, 26*(1), 13-30. doi:10.1016/j.jpainsymman.2005.05.016
- Álvarez, A. S., Pagani, M., & Meucci, P. (2012). The clinical application of the biopsychosocial model in mental health: a research critique. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 91*(13), 173-180. doi: 10.1097/PHM.0b013e31823d54be
- Anderson, T., Watson, M., & Davidson, R. (2008). The use of cognitive behavioural therapy techniques for anxiety and depression in hospice patients: a feasibility study. *Palliative Medicine, 22*(7), 814-821. doi:10.1177/0269216308095157
- Angiola, J. E., & Bowen, A. M. (2013). Quality of life in advanced cancer an acceptance and commitment therapy view. *The Counseling Psychologist, 41*(2), 313-335. doi: 10.1177/0011000012461955
- Arch, J. J., Wolitzky-Taylor, K. B., Eifert, G. H., & Craske, M. G. (2012). Longitudinal treatment mediation of traditional cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy, 50* (7), 469-478. doi: 10.1016/j.brat.2012.04.007

- Armelagos, G. J., Brown, P. J., & Turner, B. (2005). Evolutionary, historical and political economic perspectives on health and disease. *Social Science & Medicine*, *61*(4), 755-765. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.08.066
- Azevedo, C., Pessalacia, J. D. R., Mata, L. R. F. D., Zoboli, E. L. C. P., & Pereira, M. D. G. (2017). Interface between social support, quality of life and depression in users eligible for palliative care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *51*, 1-8. doi: 10.1590/s1980-220x2016038003245.
- Azulay, A. T. (2001). Los principios bioéticos: ¿ se aplican en la situación de enfermedad terminal?. *Anales de Medicina Interna*, *18*(12), 650-654.
- Bach, P., & Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, *70*(5), 1129-1139. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.70.5>.
- Barlow, D. H., & Hersen, M. (1973). Single-case experimental designs: Uses in applied clinical research. *Archives of General Psychiatry*, *29*(3), 319-325.
- Bartley, T. (2011). *Mindfulness-based cognitive therapy for cancer*. Gwynedd: John Wiley & Sons.
- Bartz, R. (1999). Beyond the Biopsychosocial Model New Approaches to Doctor-Patient Interactions. *Journal of Family Practice*, *48*(8), 601-601.
- Bauer, S., Lambert, M. J., & Nielsen, S. L. (2004). Clinical significance methods: A comparison of statistical techniques. *Journal of Personality Assessment*, *82*(1), 60-70.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30 year retrospective. *American Psychologist*, *46*(4), 368-375.

- Berard, R. M. F., Boermeester, F., & Viljoen, G. (1998). Depressive disorders in an outpatient oncology setting: prevalence, assessment, and management. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 7(2), 112-120. doi: 10.1002/(SICI)1099-1611(199803/04)7:2<112::AID-PON300>3.0.CO
- Birk L. (1973) Biofeedback: behavioral medicine. New York: Grune & Stratton
- Borckardt, J. J., & Nash, M. R. (2014). Simulation modelling analysis for small sets of single-subject data collected over time. *Neuropsychological Rehabilitation*, 24(3–4), 492–506. <https://doi.org/10.1080/09602011.2014.895390>
- Borckardt, J. J., Nash, M. R., Murphy, M. D., Moore, M., Shaw, D., & O'neil, P. (2008). Clinical practice as natural laboratory for psychotherapy research: A guide to case-based time-series analysis. *American psychologist*, 63(2), 77-95. DOI: 10.1037/0003-066X.63.2.77
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *The Annals of Family Medicine*, 2(6), 576-582. doi: 10.1370/afm.245
- Bray, F., Jemal, A., Grey, N., Ferlay, J., & Forman, D. (2012). Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008–2030): a population-based study. *The lancet oncology*, 13(8), 790-801. doi: 10.1016/S1470-2045(12)70211-5.
- Breitbart, W. (2002). Spirituality and meaning in supportive care: spirituality-and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Supportive care in cancer*, 10(4), 272-280. doi: 10.1007/s005200100289
- Breitbart, W., Poppito, S., Rosenfeld, B., Vickers, A. J., Li, Y., Abbey, J., ... & Cassileth, B. R. (2012). Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(12), 1304-1309. doi:10.1200/JCO.2011.36.2517

- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer—coping or personal transition?. *Psycho-Oncology*, *10*(1), 1-18. doi; 10.1002/1099-1611(200101/02)10:1<1::AID-PON484>3.0.CO;2-T
- Bricker, J. B., Mann, S. L., Marek, P. M., Liu, J., & Peterson, A. V. (2010). Telephone-delivered acceptance and commitment therapy for adult smoking cessation: A feasibility study. *Nicotine & Tobacco Research*, *12*(4), 454-458. doi: 10.1093/ntr/ntq002
- Brown, L. F., & Kroenke, K. (2009). Cancer-related fatigue and its associations with depression and anxiety: a systematic review. *Psychosomatics*, *50*(5), 440-447. doi: 10.1016/S0033-3182(09)70835-7
- Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M. J., Selmsler, P., & Macmillan, K. (1991). The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *Journal of palliative care*. *7*(2), 6-9.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical psychology review*, *26*(1), 17-31. doi: 10.1016/j.cpr.2005.07.003
- Caldwell, J. C. (2001). Population health in transition. *Bulletin of the World Health Organization*, *79*(2), 159-160. <http://dx.doi.org/10.1590/S0042-96862001000200011>
- Capezzani, L., Ostacoli, L., Cavallo, M., Carletto, S., Fernandez, I., Solomon, R., ... & Cantelmi, T. (2013). EMDR and CBT for Cancer Patients: Comparative Study of Effects on PTSD, Anxiety, and Depression. *Journal of EMDR Practice and Research*, *7*(3), 134-143. doi:10.1891/1933-3196.7.3.134
- Centeno, C., Sanz, Á., & Bruera, E. (2004). Delirium in advanced cancer patients. *Palliative Medicine*, *18*(3), 184-194. doi: 10.1191/0269216304pm879oa

- Chochinov, H. M., Kristjanson, L. J., Breitbart, W., McClement, S., Hack, T. F., Hassard, T., & Harlos, M. (2011). Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *The lancet oncology*, *12*(8), 753-762. [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70153-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70153-X)
- Cuijpers, P., van Straten, A., van Schaik, A., & Andersson, G. (2009). Psychological treatment of depression in primary care: a meta-analysis. *The British Journal of General Practice*, *59*(559), 51-60. doi: 10.3399/bjgp09X395139
- Dahl, J., Wilson, K. G., & Nilsson, A. (2004). Acceptance and commitment therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: A preliminary randomized trial. *Behavior therapy*, *35*(4), 785-801. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80020-0
- Davidson, K. W., Goldstein, M., Kaplan, R. M., Kaufmann, P. G., Knatterud, G. L., Orleans, C. T., ... & Whitlock, E. P. (2003). Evidence-based behavioral medicine: what is it and how do we achieve it?. *Annals of Behavioral Medicine*, *26*(3), 161-171. doi.org/10.1207/S15324796ABM2603_01
- Davis, E. L., Deane, F. P., & Lyons, G. C. (2016). An acceptance and commitment therapy self-help intervention for carers of patients in palliative care: Protocol of a feasibility randomised controlled trial. *Journal of Health Psychology*, *20*(1), 1-20. doi: 10.1177/1359105316679724
- Defo, B. K. (2014). Beyond the 'transition' frameworks: the cross-continuum of health, disease and mortality framework. *Global health action*, *7*(1). 1654. doi: <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v7.24804>.
- Delgado-Guay, M., Parsons, H. A., Li, Z., Palmer, J. L., & Bruera, E. (2009). Symptom distress in advanced cancer patients with anxiety and depression in the palliative care setting. *Supportive Care in Cancer*, *17*(5), 573-579. doi 10.1007/s00520-008-0529-7
- Edelman, S., Bell, D. R., & Kidman, A. D. (1999). A group cognitive behaviour therapy programme with metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, *8*(4), 295-305. doi: 10.1002/(SICI)1099-1611

- Ely, E. W., Inouye, S. K., Bernard, G. R., Gordon, S., Francis, J., May, L., ... & Dittus, R. (2001). Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *Jama*, 286 (21), 2703-2710. doi:10.1001/jama.286.21.2703.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. doi: 10.1126/science.847460
- Escobar, J. I. (2012). Terapias cognoscitivo comportamentales de tercera generación (terapia de aceptación y compromiso, terapia cognoscitivo comportamental basada en Mindfulness, Psicoterapia Analítica Funcional) para el manejo de la fibromialgia.
- Ferlay, J., Shin, H. R., Bray, F., Forman, D., Mathers, C., & Parkin, D. M. (2010). Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *International journal of cancer*, 127(12), 2893-2917. doi: 10.1002/ijc.25516
- Feros, D. L., Lane, L., Ciarrochi, J., & Blackledge, J. T. (2013). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. *Psycho-Oncology*, 22(2), 459-464. doi: 10.1002/pon.2083
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. & McHugh, P. R. (1975) Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatry Research*, 12(3), 189-198.
- Forman, E. M., Shaw, J. A., Goetter, E. M., Herbert, J. D., Park, J. A., & Yuen, E. K. (2012). Long-term follow-up of a randomized controlled trial comparing acceptance and commitment therapy and standard cognitive behavior therapy for anxiety and depression. *Behavior therapy*, 43(4), 801-811. doi:10.1016/j.beth.2012.04.004
- Galindo V., O., Benjet, C., Juárez G., F., Rojas C., E., Riveros R., A., Aguilar P., J.L. y Alvarado A., S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental*, 38(4), 253-258. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2015.035.

- García-Alandete J., & Hernández-Jiménez M.J. (2018). El sufrimiento existencial en el paciente oncológico en estadio avanzado: dimensiones y ejes vertebradores para la intervención psicológica. *Persona y bioética*; 22(2): 319-330. doi: 10.5294/pebi.2018.22.2.9
- Gielissen, M. F., Verhagen, S., Witjes, F., & Bleijenberg, G. (2006). Effects of cognitive behavior therapy in severely fatigued disease-free cancer patients compared with patients waiting for cognitive behavior therapy: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 24(30), 4882-4887. doi: 10.1200/JCO.2006.06.8270
- Giese-Davis, J., Collie, K., Rancourt, K. M., Neri, E., Kraemer, H. C., & Spiegel, D. (2011). Decrease in depression symptoms is associated with longer survival in patients with metastatic breast cancer: a secondary analysis. *Journal of clinical oncology*, 29(4), 413-420.
- Gilbertson-White, S., Aouizerat, B. E., Jahan, T., & Miaskowski, C. (2011). A review of the literature on multiple symptoms, their predictors, and associated outcomes in patients with advanced cancer. *Palliative and Supportive Care*, 9(01), 81-102.
- GLOBOCAN: Estimated Cancer Incidence, Mortality, and Prevalence Worldwide in 2012*. IARC, 2014.
- Goss, P. E., Lee, B. L., Badovinac-Crnjevic, T., Strasser-Weippl, K., Chavarri-Guerra, Y., St Louis, J., et al. (2013). Planning cancer control in Latin America and the Caribbean. *The lancet oncology*, 14(5), 391-436. doi: 10.1016/S1470-2045(13)70048-2
- Greer, J. A., Park, E. R., Prigerson, H. G., & Safren, S. A. (2010). Tailoring cognitive-behavioral therapy to treat anxiety comorbid with advanced cancer. *Journal of cognitive psychotherapy*, 24(4), 294-313. doi: 10.1891/0889-8391.24.4.294
- Greer, J. A., Traeger, L., Bemis, H., Solis, J., Hendriksen, E. S., Park, E. R., Pirl, W.F., Temel, J.S., Prigerson, H.G., & Safren, S. A. (2012). A Pilot Randomized Controlled

- Trial of Brief Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety in Patients with Terminal Cancer. *The oncologist*, 17(10), 1337-1345. doi: 10.1634/theoncologist.2012-0041
- Grinker Sr, R. R. (1964). A struggle for eclecticism. *American Journal of Psychiatry*, 121(5), 451-457. doi.org/10.1176/ajp.121.5.451
- Gilbertson-White, S., Aouizerat, B. E., Jahan, T., & Miaskowski, C. (2011). A review of the literature on multiple symptoms, their predictors, and associated outcomes in patients with advanced cancer. *Palliative and Supportive Care*, 9(01), 81-102. doi:10.1017/S147895151000057X
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639-665. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80013-3
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25. doi:10.1016/j.brat.2005.06.006
- Hayes, S. C. (2013). *Sal de tu mente, entra en tu vida*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. New York: Guilford Press. } }
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., ... & Stewart, S. H. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The psychological record*, 54(4), 553-578.
- Hoerger, M., Epstein, R. M., Winters, P. C., Fiscella, K., Duberstein, P. R., Gramling, R., ... & Plumb, S. (2013). Values and options in cancer care (VOICE): study design and

- rationale for a patient-centered communication and decision-making intervention for physicians, patients with advanced cancer, and their caregivers. *BMC cancer*, 13(1), 188 doi: 10.1186/1471-2407-13-188.
- Holland, J. C. (2002). History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 206-221.
- Hulbert-Williams, N. J., Storey, L., & Wilson, K. G. (2015). Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy. *European journal of cancer care*, 24(1), 15-27. doi: 10.1111/ecc.12223
- Ibáñez, G. E., & Soriano, J. (2008). Intervención psicológica en enfermos de cáncer: planteamientos del presente, deseos de futuro.
- Irwin, M. R. (2013). Depression and insomnia in cancer: prevalence, risk factors, and effects on cancer outcomes. *Current psychiatry reports*, 15(11), 1-9. doi: 10.1007/s11920-013-0404-1
- Karekla, M., & Constantinou, M. (2010). Religious coping and cancer: Proposing an acceptance and commitment therapy approach. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(4), 371-381. doi: 10.1016/j.cbpra.2009.08.003
- Kazdin, A. E. (2011). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings*, 2nd Edition. New York: Oxford University Press.
- Kirk, D. (1996). Demographic transition theory. *Population Studies*, 50(3), 361-387. doi: 10.1080/0032472031000149536
- Knapp, S., & Vandecreek, L. (1981). Malpractice as a regulator psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 18(3), 354. <http://dx.doi.org/10.1037/h0088386>
- Kwekkeboom, K. L., Tostrud, L., Costanzo, E., Coe, C. L., Serlin, R. C., Ward, S. E., & Zhang, Y. (2018). The role of inflammation in the pain, fatigue, and sleep disturbance

- symptom cluster in advanced Cancer. *Journal of pain and symptom management*, 55(5), 1286-1295. doi:10.1016/j.jpainsymman.2018.01.008
- Laird, B. J., Scott, A. C., Colvin, L. A., McKeon, A. L., Murray, G. D., Fearon, K. C., & Fallon, M. T. (2011). Pain, depression, and fatigue as a symptom cluster in advanced cancer. *Journal of pain and symptom management*, 42(1), 1-11. doi:10.1016/j.jpainsymman.2010.10.261
- Landa, E. R. (2015) Terapia Cognitivo conductual breve domiciliaria para el manejo de la ansiedad y la depresión en pacientes con cáncer terminal (tesis de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Landa-Ramírez, E., Cárdenas-López, G., Greer, J. A., Sánchez-Román, S., & Riveros-Rosas, A. (2014). Evaluación de la depresión en pacientes con cáncer terminal y su aplicación en el contexto mexicano: Una revisión. *Salud mental*, 37(5), 415-422.
- Landa-Ramírez, E., Pérez-Sánchez, I. N., Sánchez-Román, S., & Covarrubias, A. G. (2014). Ansiedad y depresión relacionadas con presencia e intensidad de síntomas físicos en pacientes con cáncer terminal. *Psicología y Salud*, 24(1), 55-63.
- Lau, F., Downing, M., Lesperance, M., Karlson, N., Kuziemy, C., & Yang, J. (2009). Using the Palliative Performance Scale to provide meaningful survival estimates. *Journal of pain and symptom management*, 38(1), 134-144.
- Li, M., Fitzgerald, P., & Rodin, G. (2012). Evidence-based treatment of depression in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), 1187-1196.
- Linde, K., Sigterman, K., Kriston, L., Rücker, G., Jamil, S., Meissner, K., & Schneider, A. (2015). Effectiveness of psychological treatments for depressive disorders in primary care: systematic review and meta-analysis. *The Annals of Family Medicine*, 13(1), 56-68.
- Lloyd-Williams, M., Dennis, M., & Taylor, F. (2004). A prospective study to determine the association between physical symptoms and depression in patients with advanced cancer. *Palliative medicine*, 18(6), 558-563.

- Lloyd-Williams, M., Payne, S., Reeve, J., & Dona, R. K. (2014). Thoughts of self-harm and depression as prognostic factors in palliative care patients. *Journal of affective disorders*, 166, 324-329. doi: 10.1016/j.jad.2014.05.029
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Día, J. L., de la Cámara, C., Ventura, T., ... & Aznar, S. (2001). Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Medicina Clínica*, 112(20), 767-74.
- Lockefer, J. P. M., & De Vries, J. (2013). What is the relationship between trait anxiety and depressive symptoms, fatigue, and low sleep quality following breast cancer surgery?. *Psycho-Oncology*, 22(5), 1127-1133. doi: 10.1002/pon.3115
- López-Alvarenga, J. C., Vázquez-Velázquez, V., Arcila-Martínez, D., Sierra-Ovando, A. E., González-Barranco, J., & Salín-Pascual, R. (2002). Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) en una muestra de sujetos obesos mexicanos. *Revista de Investigación Clínica*, 54(5), 403-9.
- Lorenzl, S. (2013). End of one's life—Decision making between autonomy and uncertainty. *Geriatric Mental Health Care*, 1(3), 63-66. doi: 10.1016/j.gmh.2013.04.009
- Low, J., Serfaty, M., Davis, S., Vickerstaff, V., Gola, A., Omar, R. Z., ... & Jones, L. (2016). Acceptance and commitment therapy for adults with advanced cancer (CanACT): study protocol for a feasibility randomised controlled trial. *Trials*, 17(1), 77. doi: 10.1186/s13063-016-1169-8
- Lozano, R., Gómez-Dantés, H., Garrido-Latorre, F., Jiménez-Corona, A., Campuzano-Rincón, J. C., Franco-Marina, F., ... & Murray, C. J. (2013). La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. *salud pública de México*, 55(6), 580-594.
- Manolov, R., Losada, J. L., Chacón-Moscoso, S., & Sanduvete-Chaves, S. (2016). Analyzing Two-Phase Single-Case Data with Non-overlap and Mean Difference Indices: Illustration, Software Tools, and Alternatives. *Frontiers in Psychology*, 7, 32. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00032>

- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American psychologist*, 35(9), 807-817. doi: 10.1037/0003-066X.35.9.807.
- Mayer, K. (1962). Developments in the Study of Population. *Social Research*, 29(3), 293–320.
- McClement, S., Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., & Harlos, M. (2007). Dignity therapy: family member perspectives. *Journal of palliative medicine*, 10 (5), 1076-1082. doi: 10.1089/jpm.2007.0002
- McKeown, R. E. (2009). The Epidemiologic Transition: Changing Patterns of Mortality and Population Dynamics. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 3(1), 19S–26S. doi: 10.1177/1559827609335350
- Mitchell, A. J. (2008). Are one or two simple questions sufficient to detect depression in cancer and palliative care? A Bayesian meta-analysis. *British Journal of Cancer*, 98(12), 1934-1943. doi: 10.1038/sj.bjc.660439
- Mitchell, A. J., Meader, N., & Symonds, P. (2010). Diagnostic validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in cancer and palliative settings: a meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 126(3), 335-348. doi: 10.1016/j.jad.2010.01.067
- Miovic, M., & Block, S. (2007). Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer*, 110(8), 1665-1676. doi: 10.1002/cncr.22980
- Moorey, S., Cort, E., Kapari, M., Monroe, B., Hansford, P., Mannix, K., Henderson M., Fisher, L. & Hotopf, M. (2009). A cluster randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for common mental disorders in patients with advanced cancer. *Psychological medicine*, 39(05), 713-723. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291708>
- Montero, I., & León, O. G. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 503-508.

- Montesinos, M. F., Hernández, M. B., & Luciano, S. C. (2001). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en pacientes enfermos de cáncer. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(113), 503-523.
- Montesinos, M. F., & Luciano, S. C. (2005). Treatment of relapse fear in breast cancer patients through an ACT-based protocol. In *9th European Congress of Psychology, Granada, España*.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Pathiaki, M., Patiraki, E., Galanos, A., & Vlahos, L. (2007). Exploring the relationships between depression, hopelessness, cognitive status, pain, and spirituality in patients with advanced cancer. *Archives of psychiatric nursing*, 21(3), 150-161. doi: 10.1016/j.apnu.2007.02.002
- Najvani, B. D., Neshatdoost, H. T., Abedi, M. R., & Mokarian, F. (2015). The effect of acceptance and commitment therapy on depression and psychological flexibility in women with breast cancer. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 17(4), 2383-2394.
- Nipp, R. D., Fuchs, G., El-Jawahri, A., Mario, J., Troschel, F. M., Greer, J. A., ... & Temel, J. S. (2018). Sarcopenia is associated with quality of life and depression in patients with advanced cancer. *The oncologist*, 23(1), 97-104. doi:10.1634/theoncologist.2017-0255
- Northouse, L. L., Katapodi, M. C., Song, L., Zhang, L., & Mood, D. W. (2010). Interventions with family caregivers of cancer patients: meta-analysis of randomized trials. *CA: a cancer journal for clinicians*, 60(5), 317-339. doi: 10.3322/caac.20081
- Omran, A. R.. (1971). The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49(4), 509–538. <http://doi.org/10.2307/3349375>
- Omran, A. R. (2005). The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *Milbank Quarterly*, 83(4), 731-757. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x

- Organización Mundial de la Salud (2007). Palliative care: cancer control knowledge into action. En: WHO guide for effective programs. Recuperado de internet el 15 de junio de 2015 de <http://www.who.int/cancer/media/FINAL-PalliativeCareModule.pdf>
- Organización Mundial d Salud (1978). Declaración d Alma-Ata. Recuperado de internet el 15 de junio de 2015 de <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2013). Cáncer en las Américas: Perfiles de país 2013. Recuperado de internet el 3 de julio de 2014 de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2013/sal136e.pdf>
- Ossman, W. A. (2006). A preliminary investigation of the use of acceptance and commitment therapy in group treatment for social phobia. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 6(3), 397-416.
- Ostfeld, A. M. (1973). What's the Payoff in Hypertension Research?. *Psychosomatic medicine*, 35(1), 1-3.
- Páez, M., & Gutiérrez, O. (2012). *Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso*. Madrid: Pirámide.
- Páez, M. B., Luciano, C., & Gutiérrez, O. (2007). Tratamiento psicológico para el afrontamiento del cáncer de mama. Estudio comparativo entre estrategias de aceptación y de control cognitivo. *Psicooncología*, 4(1), 75-95.
- Parada, A. L. L. (2013). Evaluación de Estrategias de Afrontamiento y Bienestar en Pacientes con Cáncer de la Ciudad de Oaxaca. *Revista en Ciencias Sociales y Humanidades Apoyadas por Tecnologías*, 2(1), 7-32.
- Parker, R. I., & Vannest, K. (2009). An improved effect size for single-case research: Nonoverlap of all pairs. *Behavior Therapy*, 40(4), 357-367. doi: 10.1016/j.beth.2008.10.006
- Parker, R. I., Vannest, K. J., & Davis, J. L. (2011). Effect size in single-case research: A review of nine nonoverlap techniques. *Behavior Modification*, 35(4), 303-322. doi: 10.1177/0145445511399147

- Patrón Espinosa, F. (2010). La Evitación Experiencial y su medición por medio del AAQ-II. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(1), 5-19.
- Pomerleau, O. F., & Brady, J. P. (1979). *Behavioral medicine, theory and practice*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Pomerleau, O. F. (1982). A discourse on behavioral medicine: Current status and future trends. *Journal of consulting and clinical psychology*, 50(6), 1030-1039.
- Pousa, R. V., Miguelez, A. A., Hernández, B. M., González, T. M. Á., & Gaviria, M. (2015). Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica. *Revista Colombiana de Cancerología*, 19(3), 166–172. <https://doi.org/10.1016/j.rccan.2015.04.005>
- Prokop, C. K., & Bradley, L. A. (Eds.). (2013). *Medical psychology: Contributions to behavioral medicine*. New York: Academic press.
- Reuter, K. (2009). Psychooncology-Principles and treatment methods. *Peer Reviewed Journal*, 28(5), 310-314.
- Robert, V., Álvarez, C. y Valdivieso, F. (2013). Psicooncología: un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Condes*, 24(4), 677-684. doi:10.1016/S0716-8640(13)70207-4
- Rost, A. D., Wilson, K., Buchanan, E., Hildebrandt, M. J., & Mutch, D. (2012). Improving psychological adjustment among late-stage ovarian cancer patients: Examining the role of avoidance in treatment. *Cognitive and Behavioral Practices*, 19(4), 508-517. doi: 10.1016/j.cbpra.2012.01.003
- Salvo, N., Zeng, L., Zhang, M., Leung, L., Khan, R., Presutti, J., Nguyen, L., Holden, L., Culleton, E., & Chow, E. (2012). Frequency of reporting and predictive factors for anxiety and depression in patients with advanced cancer. *Clinical Oncology*, 24(2), 139-148. doi: 10.1016/j.clon.2011.05.003
- Sánchez, S. R., et al., (2013). *Guía DENEPSI para el paciente con cuidados paliativos y su cuidador*. [En proceso de publicación].

- Savard, J., Simard, S., Ivers, H., & Morin, C. M. (2005). Randomized study on the efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia secondary to breast cancer, part I: Sleep and psychological effects. *Journal of Clinical Oncology*, *23*(25), 6083-6096. doi: 10.1200/JCO.2005.09.548
- Savard, J., & Savard, M. H. (2013). Insomnia and cancer: prevalence, nature, and nonpharmacologic treatment. *Sleep Medicine Clinics*, *8*(3), 373-387.
- Schroevers, M. J., & Teo, I. (2008). The report of posttraumatic growth in Malaysian cancer patients: relationships with psychological distress and coping strategies. *Psycho-Oncology*, *17*(12), 1239-1246. doi: 10.1002/pon.1366
- Sloman, R. (2002). Relaxation and imagery for anxiety and depression control in community patients with advanced cancer. *Cancer nursing*, *25*(6), 432-435.
- Smith, J. D. (2012). Single-case experimental designs: A systematic review of published research and current standards. *Psychological Methods*, *17*(4), 510.
- Smith, J. D., Erard, R. E., & Handler, L. (2013). An updated statement for the clinical case applications section: Suggestions for clinical and empirical case reports. *Journal of personality assessment*, *95*(5), 437-443.
- Strosahl, K., Robinson, P., & Gustavsson, T. (2012). Strategies and tools for increasing motivation (pp. 85-104). En K. Strosahl, P. Robinson, & Gustavsson, T. *Brief Intervention for Radical Change: Principles & Practice of Focused Acceptance & Commitment Therapy*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Schwartz, G. E., & Weiss, S. M. (1977). What is Behavioral Medicine? *Psychosomatic Medicine*, *39*(6), 377-381.
- Schwartz, G. E., & Weiss, S. M. (1978). Yale conference on behavioral medicine: A proposed definition and statement of goals. *Journal of Behavioral Medicine*, *1*(1), 3-12.

- Tizón, J. L. (2007). El modelo biopsicosocial: la práctica de la teoría es imposible sin una política para la práctica. Respuesta del autor. *Atención Primaria*, 39(8), 451- 453. doi: 10.1157/13108625
- Tull, M. T., Gratz, K. L., Salters, K., & Roemer, L. (2004). The role of experiential avoidance in posttraumatic stress symptoms and symptoms of depression, anxiety, and somatization. *The Journal of nervous and mental disease*, 192(11), 754-761. <http://dx.doi.org/10.1097/01.nmd.0000144694.30121.89>
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 37(1), 3-13.
- Twohig, M. P., & Woods, D. W. (2004). A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy and habit reversal as a treatment for trichotillomania. *Behavior Therapy*, 35(4), 803-820.
- Van Lancker, A., Velghe, A., Van Hecke, A., Verbrugghe, M., Van Den Noortgate, N., Grypdonck, M., Vernhaeghe, S., Bekkering, G., & Beeckman, D. (2014). Prevalence of Symptoms in Older Cancer Patients Receiving Palliative Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of pain and symptom management*, 47(1), 90-104. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2013.02.016.
- Vannest, K. J., Parker, R. I., and Gonen, O. (2011). *Single Case Research: Web Based Calculators for SCR Analysis. (Version1.0) [Web-Based Application]*. College Station, TX: Texas A&M University.
- Vehling, S., Lehmann, C., Oechsle, K., Bokemeyer, C., Krüll, A., Koch, U., & Mehnert, A. (2012). Is advanced cancer associated with demoralization and lower global meaning? The role of tumor stage and physical problems in explaining existential distress in cancer patients. *Psychooncology*, 21(1), 54-63. doi: 10.1002/pon.1866.
- Vohra, S., Shamseer, L., Sampson, M., Bukutu, C., Schmid, C. H., Tate, R., ... & Altman, D. G. (2015). CONSORT extension for reporting N-of-1 trials (CENT) 2015 Statement. *Journal of clinical epidemiology*.

- Wallston, K. ed., (1997). A history of Division 38 (Health Psychology): Healthy, wealthy, and Weiss. En: *Unification Through Division: Histories of the Divisions of the American Psychological Association, Volume V*, 1st ed. Washington, DC: American Psychological Association, pp.239-267. doi.org/10.1037/10234-009
- Wasteson, E., Brenne, E., Higginson, I.J., Hotopf, M., Lloyd-Williams, M., Kaasa, S., Loge, J.H. & European Palliative Care Research Collaborative. (2009). Depression assessment and classification in palliative cancer patients: A systematic literature review. *Palliative Medicine*, 23(8), 739-753. doi: 10.1177/0269216309106978
- Watson, P. J., & Workman, E. A. (1981). The non-concurrent multiple baseline across-individuals design: An extension of the traditional multiple baseline design. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 12(3), 257-259. doi: 10.1016/0005-7916(81)90055-0
- Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C. & Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: The MAC scale. *Psychological Medicine*, 18(1), 203-209.
- Wasteson, E., Brenne, E., Higginson, I. J., Hotopf, M., Lloyd-Williams, M., Kaasa, S., ... & European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC). (2009). Depression assessment and classification in palliative cancer patients: a systematic literature review. *Palliative Medicine*, 23(8), 739-753. doi: 10.1177/0269216309106978.
- Wickramasekera, I. E. (2013). *Clinical behavioral medicine: Some concepts and procedures*. New York: Springer Science & Business Media.
- Wilson, K. G., & Luciano, M. C. S. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. Madrid: Pirámide.
- Yadavaia, J. E., & Hayes, S. C. (2012). Acceptance and commitment therapy for self-stigma around sexual orientation: A multiple baseline evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 545-559.

- Yennurajalingam, S., Kang, D. H., Hwu, W. J., Padhye, N. S., Masino, C., Dibaj, S. S., ... & Bruera, E. (2018). Cranial electrotherapy stimulation for the management of depression, anxiety, sleep disturbance, and pain in patients with advanced cancer: a preliminary study. *Journal of pain and symptom management*, 55(2), 198-206. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.08.027
- Young, J., & Beck, A. T. (1980). Cognitive therapy rating scale manual. *Unpublished manuscript, Philadelphia, PA: University of Pennsylvania.*
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.
- Zuckerman, M. K., Harper, K. N., Barrett, R., & Armelagos, G. J. (2013). The evolution of disease: anthropological perspectives on epidemiologic transitions. *Global health action*, 7(1), 23303-23303. doi: 10.3402/gha.v7.23303
- Zurita, J. C. (2018). Cuidados paliativos tempranos para adultos con cáncer avanzado. *Revista CONAMED*, 22(4), 195-196. doi: 10.1002/14651858.CD011129.pub2

Anexos

Anexo 1

Escala H.A.D. S. (2002)

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____

Fecha _____ No. Registro _____

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de las enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente, puede prestarle entonces mejor ayuda.

Este cuestionario se ha diseñado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente.

Lea cada pregunta y marque con una "X" la respuesta que usted considera que coincide con su propio estado emocional en la **última semana**

No es necesario que piense mucho tiempo 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 con las mismas cosas de siempre:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en lo absoluto

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

Si 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 divertido de las cosas:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en lo 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 lo absoluto

7. Soy capaz de permanecer sentado(a), tranquilo(a) y relajadamente:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en lo absoluto
8. Me siento lento(a) y torpe:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en lo absoluto
9. Experimento una desagradable sensación de nervios y vacío en el estomago:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en lo absoluto
10. He perdido el interés por mi aspecto personal:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en lo absoluto
11. Me siento inquieto(a) como si no pudiera dejar de moverme:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en lo absoluto
12. Espero las cosas con ilusión:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en lo absoluto
13. Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en lo absoluto
14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro, programa de radio o televisión:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en lo absoluto

López-Alvarenga JC, et al. *Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) en sujetos obesos mexicanos*. Rev Invest Clin 2002,54 (5): 403-409

Anexo 2

Ficha de identificación

Nombre: _____
Fecha: _____ Expediente: _____ Sexo: _____
Edad: _____ Estado civil: _____ Creencia: _____
Religiosa: _____ Nivel máximo de estudios: _____
Teléfono: _____
Domicilio _____
Correo electrónico: _____

ESAS

ESAS Edmonton Symptom Assess System

	(mejor.....peor)										
Dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Debilidad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Anorexia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Depresión	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ansiedad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Somnolencia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Disnea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nausea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
P. Bucales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Insomnio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

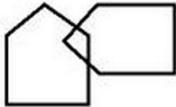
LISTA DE MEDICAMENTOS:

CO-MORBILIDADES

(1) DM (2) HAS (3) AR (4) EPOC (5) OAD (6) Otra, especificar _____

Anexo 3

MINIMENTAL

MEC Mini-examen cognoscitivo (mini-mental)					
Dígame el <u>día, fecha, mes, estación, año</u> .	<input type="radio"/>				
Dígame el <u>lugar, piso, ciudad, estado, país</u> .	<input type="radio"/>				
Repita estas tres palabras: <u>peso, caballo, manzana</u> . (repetirla hasta que las aprenda)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Si tiene 30 pesos y me va dando de 3 en 3, ¿cuántos le van quedando?	<input type="radio"/>				
Repita estos números 5-9-2 (hasta que los aprenda)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ahora hacia atrás		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
¿Qué es esto? (Muestre un bolígrafo) Repetirlo con el reloj			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Repita esta frase: <u>En un trigal había cinco perros</u> .			<input type="radio"/>		
Una manzana y una pera son frutas ¿verdad?, <u>¿qué son el rojo y el verde?</u> , <u>¿qué son un perro y un gato?</u>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
(Mostrar una hoja de papel) <u>Tome este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa</u> .		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
(Muestree la instrucción escrita CIERRE LOS OJOS) Lea esto y haga lo que dice.			<input type="radio"/>		
Escriba una frase			<input type="radio"/>		
Copie este dibujo			<input type="radio"/>		
					
Total MEC (MMS) =					

Anexo 4

Algoritmo diagnóstico del Método de evaluación de la confusión (CAM)

Ítem 1: Inicio agudo y curso fluctuante

Este ítem se obtiene habitualmente de un miembro de la familia (retomar FAM-CAM) o de una enfermera y se demuestra por respuestas positivas a las preguntas:

¿Existe evidencia de un cambio agudo en el estado mental del paciente con respecto a su estado habitual?

Sí

No

¿El comportamiento anormal fluctúa durante el día, esto es, tiende a ir y venir o a incrementar y disminuir en severidad?

Sí

No

Ítem 2: Alteración en la atención

Este ítem se demuestra por una respuesta positiva a la pregunta:

¿El paciente tiene dificultad para enfocar la atención, por ejemplo se distrae fácilmente o tiene dificultad para seguir una conversación? (se contesta con base en la entrevista).

Sí

No

Ítem 3: Pensamiento desorganizado

Este ítem se demuestra por una respuesta positiva a la pregunta:

¿El paciente tiene pensamiento desorganizado o incoherente demostrado, por ejemplo, al divagar o tener conversación irrelevante, flujo de ideas poco claro o ilógico, o cambios de tema impredecibles? (se contesta con base en la entrevista).

Sí

No

Ítem 4: Alteración en el estado de conciencia

¿En general, cuál es el nivel de conciencia del paciente?

Alerta

Hiperalerta

Letárgico

Estuporoso

Comatoso

Este ítem se demuestra por cualquier respuesta distinta a ALERTA (se contesta con base en la entrevista).

El diagnóstico de delirium por el CAM requiere de la presencia de los ítems 1 y 2 de forma necesaria y además el ítem 3 o 4.

Delirium según CAM: Si No

CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DE COMPONENTES DE TAC

Cuestionario expreso

1. Me esfuerzo por evitar la situación que estoy viviendo.

- a) Totalmente en desacuerdo b) En desacuerdo c) De acuerdo d) Totalmente de acuerdo

2. Considero que soy lo que pienso.

- a) Totalmente en desacuerdo b) En desacuerdo c) De acuerdo d) Totalmente de acuerdo

3. Frecuentemente pienso en lo que he vivido en el pasado y lo que me espera en el futuro.

- a) Totalmente en desacuerdo b) En desacuerdo c) De acuerdo d) Totalmente de acuerdo

4. Escriba tres cosas que lo identifican y que lo distinguen de las demás personas:

5. Lo que guía mi vida es:

6a. Los valores que guían su vida son:

6b. Las acciones que ha realizado para alcanzar sus valores son:

Se considerará el componente *Aceptación contra Evitación* si en la pregunta 1 respondió inciso c o d.

Se considerará el componente *Fusión contra Defusión Cognitiva* si en la pregunta 2 respondió inciso c o d.

Se considerará el componente *Estar en el Presente contra Rigidez Atencional en el Pasado y el Futuro* si en la pregunta 3 respondió inciso c o d.

Se considerará el componente *Notar el Sentido del yo contra la Auto-conceptualización* si las respuestas a la pregunta 4 se refieren solamente a aspectos físicos, ocupacionales, gustos y/o aficiones, características de personalidad, posicionamiento político, religión, papel en la familia, y no a aspectos de trascendencia de lo literal.

Se considerará el componente *Valores Compatibles contra Motivos* si las respuestas a la pregunta 5 se refieren a acciones específicas relacionadas con obligaciones, culpas, peticiones de terceros (por ejemplo *ganar dinero para mi familia vs el amor a mi familia*).

Se considerará el componente *Acción Cometida contra la Inacción, Impulsividad o Persistencia Evitativa* si en la pregunta 6 describe de manera específica acciones que tomó para alcanzar sus valores.

Anexo 6

DIARIO DE ACTIVIDADES PLACENTERAS Y/O DISPLACENTERAS SEÑALE EN LOS RECUADROS LOS EVENTOS MÁS SIGNIFICATIVOS PLACENTEROS Y/O DISPLACENTEROS QUE TUVO A LO LARGO DE LA SEMANA. INDICANDO UNA BREVE DESCRIPCIÓN DEL EVENTO, LA FECHA, LA HORA, EL LUGAR, SI ESTABA SOLO O ACOMPAÑADO
LUNES
MARTES
MIÉRCOLES
JUEVES
VIERNES
SÁBADADO
DOMINGO

Anexo 7

EJERCICIO: COMPROMISO CON VALORES

Instrucciones: 1) Mencione qué valores lo guían en las siguientes áreas de su vida y en otras que pudiera identificar como importantes para usted, así como cuáles serían las acciones para lograr esos valores, qué dificultades se puede encontrar en el camino y un plan para realizarlas.

	FAMILIA	AMISTAD	CRECIMIENTO PERSONAL	RELACIÓN DE PAREJA	ESPIRITUALIDAD	OTRAS ÁREAS:_____ _____
VALORES QUE ME GUÍAN						
ACCIONES QUE PUEDO REALIZAR PARA ALCANZAR CADA UNO DE ESOS VALORES						
¿QUÉ BARRERAS PUEDO ENCONTRAR AL TRATAR DE CUMPLIR CON MIS VALORES?						

2) Elija una de las áreas, uno de los valores de esa área, y una acción para ese valor.
Escriba la definición operacional de esa acción.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

3) Realice un plan para llevar a cabo la acción:

Fecha: _____

Hora: _____

¿Qué necesito para llevarla a cabo? (recursos materiales, acciones previas, pedir apoyo a alguien): _____

¿Qué dificultades puedo encontrar al realizarla? _____

¿Cómo puedo resolverlos? _____

4) Compromiso: Complete lo siguiente con base en el paso anterior:

ME COMPROMETO A:

FIRMA Y NOMBRE DEL PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL TERAPEUTA

Anexo 8

CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE LA INTERVENCIÓN BASADA EN TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

1- ¿Qué tan satisfactoria fue su experiencia?

- 0. Nada satisfactoria
- 1. Poco satisfactoria
- 2. Satisfactoria
- 3. Muy satisfactoria
- 4. Totalmente satisfactoria

2- ¿El terapeuta fue claro con lo que dijo? (Conceptos, instrucciones, actividades para llevar a casa).

- 0. Nada claro
- 1. Poco claro
- 2. Claro
- 3. Muy claro
- 4. Totalmente claro

3- ¿El terapeuta fomentó la participación activa de usted durante las sesiones?

- 0. No fomentó mi participación
- 1. Si fomentó mi participación

4- ¿El terapeuta mostró un programa de actividades para cada sesión?

- 0. No mostró el programa
- 1. Si mostró el programa

5- ¿El terapeuta cubrió con las actividades acordadas en cada sesión?

- 0. No cubrió las actividades
- 1. Si cubrió las actividades

6- ¿Qué considera usted que fue lo más importante que aprendió durante la sesión 1?

7- ¿Qué considera usted que fue lo más importante que aprendió durante la sesión 2?

8- ¿Qué considera usted que fue lo más importante que aprendió durante la sesión 3?

9- ¿Tiene algún comentario o sugerencia?

Anexo 9

ESCALA PALIATIVA DE DESEMPEÑO (PPS)

Palliative Performance Scale (PPS)

PPS Palliative Performance Scale.						
PPS	Deambulaci3n	Actividad y evidencia de enfermedad	Autocuidado	Ingesta	Nivel de Conciencia	
100	Completa	Actividad y trabajo normal sin enfermedad	Completo	Normal	Completo	
90		Actividad y trabajo normal alguna evidencia de enfermedad				
80		Actividad y trabajo con esfuerzo evidencia de enfermedad				
70	Reducida	Incapacidad para trabajar	Ayuda ocasional	Normal o reducida	Completo o confusi3n	
60		Incapacidad para trabajo dom3stico				
50	Principalmente sill3n y cama	Incapacidad para cualquier trabajo enfermedad extensa	Asistencia considerable			
40	Totalmente en cama	Incapacidad para la mayor3a de actividades enfermedad extensa	Asistencia casi completa		M3nima exclusivamente sorbos	Completo, confusi3n y somnoliento.
30		Incapacidad para cualquier actividad, trabajo enfermedad extensa	Cuidado completo			
20						
10				Ninguna	Somnoliento o coma	
0	Muerte					

ANEXO 10

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO: “LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO PARA EL MANEJO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER AVANZADP”.

(CDO-1489-15/15-1)

Investigador principal: Dr. Andrés Hernández Ortiz.

Dirección del investigador: Vasco de Quiroga No. 15, Tlalpan 14000, D. F. México.

Teléfono de contacto del investigador (incluyendo uno para emergencias):
54870900 ext 5011

Investigadores participantes: Psic. Luis Arturo Cruz Martínez, Mtro. Edgar Landa Ramírez.

Nombre del patrocinador del estudio: No hay patrocinador

Dirección del patrocinador: No hay patrocinador

Versión del consentimiento informado y fecha de su preparación: Versión 2, fecha 5 de marzo de 2015.

INTRODUCCIÓN:

Por favor, tome todo el tiempo que sea necesario para leer este documento, pregunte al investigador sobre cualquier duda que tenga.

Este consentimiento informado cumple con los lineamientos establecidos en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, la Declaración de Helsinki y a las Buenas Prácticas Clínicas emitidas por la Comisión Nacional de Bioética.

Para decidir si participa o no en este estudio, usted debe tener el conocimiento suficiente acerca de los riesgos y beneficios con el fin tomar una decisión informada. Este formato de consentimiento informado le dará información detallada acerca del estudio de investigación que podrá comentar con su médico tratante o con algún miembro del equipo de investigadores. Al final se le pedirá que forme parte del proyecto y de ser así, bajo ninguna presión o intimidación, se le invitará a firmar este consentimiento informado.

INVITACION A PARTICIPAR Y DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición le invitan a participar en este estudio de investigación que tiene como objetivo: **Evaluar el efecto de una intervención basada en Terapia de Aceptación y Compromiso sobre depresión en pacientes con cáncer.**

La depresión es una variable psicológica frecuentemente reportada por personas que viven una enfermedad como lo es el cáncer. Algunas terapias han mostrado ser efectivas para disminuir los niveles de depresión, sin embargo, pocos estudios se han realizado en esta población. La Terapia de Aceptación y Compromiso recientemente ha mostrado eficacia al abordar aspectos difíciles de ser modificados (como es el caso de enfermedades crónicas y degenerativas), ya que genera procesos cognitivos y conductuales de aceptación de la situación para dar paso al compromiso con los valores de las personas para disminuir el malestar psicológico e incrementar el bienestar.

La duración del estudio es: 6 semanas, en las cuales tendrá que asistir a 3 sesiones semanales (que pueden ajustarse a sus citas en cuidados paliativos o a otras especialidades), con una duración máxima de dos horas, y posterior a esto se le hará una llamada semanal por 2 semanas, de no más de 15 minutos.

El número aproximado de participantes será: 5 pacientes.

Usted fue invitado al estudio debido a que tiene las siguientes características: Es un paciente de la consulta de cuidados paliativos con diagnóstico de cáncer.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

El tratamiento que será evaluado es la Terapia de Aceptación y Compromiso en un formato breve.

Solo habrá un grupo de intervención y los datos de los efectos serán comparados contra los datos de una evaluación inicial de los participantes, por lo que solo puede ser asignado a ese grupo.

Su participación en el estudio incluye:

- 1) Realizar una evaluación que se llevará a cabo en la consulta externa del servicio de cuidados paliativos del INCMNSZ, que consiste en el llenado de dos cuestionarios: la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), y el cuestionario de detección de componentes de Terapia Aceptación y Compromiso. Se dará una cita para su primera sesión de intervención.
- 2) Participar en la intervención psicológica. El paciente asistirá a 3 sesiones

semanales, la primera y la tercera sesión tienen una duración de dos horas, y la segunda durará una hora y media. En cada una de ellas se realizarán actividades diseñadas para fomentar la aceptación de la situación actual y el compromiso con los valores de los pacientes, como la lectura de metáforas, la escucha reflexiva y la realización de ejercicio ya establecidos. Durante las tres sesiones se evaluará la HADS, un cuestionario para evaluar síntomas como disnea, dolor, náusea o vómito (ESAS) y uno para evaluar su nivel de funcionalidad (PPS).

- 3) Realizar una evaluación posterior. Al final de la sesión 3 se le aplicará un cuestionario de satisfacción, la HADS, ESAS y PPS, y se le indicará que recibirá una llamada telefónica semanalmente en 3 ocasiones de acuerdo al día de la última cita. El objetivo de hacer estas llamadas será para seguir las evaluaciones pertinentes.

RIESGOS E INCONVENIENTES

Los riesgos que puede tener al participar en el estudio son la aparición de experiencias psicológicas desagradables al momento de participar en las sesiones debido a que se tocan experiencias sensibles dado el contexto de la enfermedad, teniendo como riesgo incluso llegar a ideas sobre desear morir. Sin embargo, el objetivo de la intervención es precisamente reducir el malestar psicológico, para lo cual las sesiones están diseñadas para tener un cierre en el que el paciente no solo disminuya su ansiedad y tristeza momentánea, sino también para generalizar esos resultados a la experiencia cotidiana. Para ello el psicólogo encargado de la intervención cuenta con la preparación, el conocimiento y la experiencia para atender y resolver cualquier inconveniente surgido de la terapia. En caso de que el diseño de las sesiones no tuviera el efecto de generar bienestar emocional, el Psicólogo puede brindar técnicas psicológicas respaldadas por la evidencia para disminuir dichas reacciones, como relajación, solución de problemas, contención emocional, escucha reflexiva, modificación de ideas disfuncionales, e intervención en crisis.

Los cuestionarios y la información surgida durante las sesiones sólo serán del conocimiento de los investigadores de este estudio, resguardados en los archivos de este Instituto, y por ningún motivo serán revelados sus resultados, salvo a usted si así lo desea.

BENEFICIOS POTENCIALES

El beneficio de participar en este estudio es la reducción del malestar psicológico generado por la situación física y psicosocial de la enfermedad, lo que puede impactar de manera significativa en la calidad de vida del paciente y de sus familiares, e incluso en la efectividad del tratamiento médico.

CONSIDERACIONES ECONÓMICAS

No se cobrará ninguna tarifa por participar en el estudio ni se le hará pago alguno.

COMPENSACION

atención adicional al Psicólogo, lo cual podrá realizarse al terminar las sesiones de intervención y el seguimiento. El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán no brinda ningún tipo adicional de compensación para cubrir el daño.

ALTERNATIVAS A SU PARTICIPACIÓN:

Su participación es voluntaria. Sin embargo, usted puede elegir no participar en el estudio.

POSIBLES PRODUCTOS COMERCIALES DERIVABLES DEL ESTUDIO:

Los cuestionarios serán propiedad del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán (INCMNSZ). Si un producto comercial es desarrollado como resultado del estudio, tal insumo será propiedad del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán (INCMNSZ) o quienes ellos designen. En tal caso, usted no recibirá un beneficio financiero.

ACCIONES A SEGUIR DESPUÉS DEL TÉRMINO DEL ESTUDIO:

Usted puede solicitar los resultados de sus cuestionarios y de las conclusiones del estudio al investigador principal de este proyecto: Dr. Andrés Hernández Ortiz, Médico Adscrito de la Unidad de Medicina del Dolor y Paliativa, Teléfono de 24 horas: 54 67 09 00 Ext.: 5011, y al investigador asociado, Psic. Luis Arturo Cruz Martínez al 0 44 55 21 74 99 60. La investigación es un proceso largo y complejo. El obtener los resultados finales del proyecto puede tomar varios meses.

PARTICIPACIÓN Y RETIRO DEL ESTUDIO:

Su participación es VOLUNTARIA. Si usted decide no participar, no se afectará su relación con el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán (INCMNSZ) o su derecho para recibir atención médica o cualquier servicio al que tenga derecho. Si decide participar, tiene la libertad para retirar su consentimiento e interrumpir su participación en cualquier momento sin perjudicar su atención en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas

y Nutrición, Salvador Zubirán (INCMNSZ). Se le informará a tiempo si nueva información es obtenida que pueda afectar su decisión para continuar en el estudio.

El investigador o el patrocinador del estudio puede excluirlo del estudio si se detectara deterioro cognitivo durante las sesiones.

CONFIDENCIALIDAD Y MANEJO DE SU INFORMACIÓN

Su nombre no será usado en ninguno de los estudios. Los cuestionarios se codificarán con un número de serie para evitar cualquier posibilidad de identificación. Es posible que su información pueda ser usada para otros proyectos de investigación análogos relacionados con la enfermedad en estudio. No podrán ser usados para estudios de investigación que no estén relacionados con condiciones distintas a las estudiadas en este proyecto. Sus cuestionarios podrán ser almacenados por los investigadores hasta por 1 año.

Los códigos que identifican su información estarán solo disponibles a los investigadores titulares, quienes están obligados por Ley a no divulgar su identidad. Estos códigos serán guardados en un archivero con llave. Solo los investigadores tendrán acceso. Existe la posibilidad de que su privacidad sea afectada como resultado de su participación en el estudio. Su confidencialidad será protegida como lo marca la ley. Será mantenida asignando códigos a su información. El código es un número de identificación que no incluye datos personales. Ninguna información sobre su persona será compartida con otros sin su autorización, excepto:

- Si es necesario para proteger sus derechos y bienestar (por ejemplo, si ha sufrido una lesión y requiere tratamiento de emergencia); o
- Es solicitado por la ley.

Monitores o auditores del estudio podrán tener acceso a la información de los participantes.

Si usted decide retirarse del estudio, podrá solicitar el retiro y destrucción de su información. Todas las hojas de recolección de datos serán guardadas con las mismas medidas de confidencialidad, y solo los investigadores titulares tendrán acceso a los datos que tienen su nombre.

La Comisión de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición aprobó la realización de éste estudio. Dicho comité es quien revisa, aprueban y supervisa los estudios de investigación en humanos en el Instituto. En el futuro, si identificamos información que consideremos importante para su salud, consultaremos con la Comisión de ética que supervisa este estudio para que decidamos la mejor forma de darle esta información a usted y a su médico. Además, le solicitamos que nos autorice volverlo a contactar, en caso de ser necesario, para solicitarle información que podría ser relevante

para el desarrollo de este proyecto.

Los datos científicos obtenidos como parte de este estudio podrían ser utilizados en publicaciones o presentaciones médicas. Su nombre y otra información personal serán eliminados antes de usar los datos.

Si usted lo solicita su médico de cabecera será informado sobre su participación en el estudio

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES:

En caso de que usted sufra un daño relacionado al estudio, o si usted tiene preguntas sobre el estudio por favor póngase en contacto con el investigador principal de este proyecto: Dr. Andrés Hernández Ortiz, médico adscrito a la unidad de dolor y cuidados paliativos, teléfono: 54 67 09 00 Ext.: 5011, y con el investigador asociado Psic. Luis Arturo Cruz Martínez al 044 55 21 74 99 60.

Si usted tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en el estudio, puede hablar con el coordinador del Comité de Éticas en Investigación del INCMNSZ (Dr. Arturo Galindo Fraga. Teléfono: 54870900 ext. 6101).

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído con cuidado este consentimiento informado, he hecho todas las preguntas que he tenido y todas han sido respondidas satisfactoriamente. Para poder participar en el estudio, estoy de acuerdo con todos los siguientes puntos:

Estoy de acuerdo en participar en el estudio descrito anteriormente. Los objetivos generales, particulares del reclutamiento y los posibles daños e inconvenientes me han sido explicados a mi entera satisfacción.

Estoy de acuerdo en proporcionar mi información psicológica para ser utilizadas en éste estudio.

Estoy de acuerdo, en caso de ser necesario, que se me contacte en el futuro si el proyecto requiere coleccionar información adicional o si encuentran información relevante para mi salud.

Mi firma también indica que he recibido un duplicado de este consentimiento informado.

Por favor responda las siguientes preguntas:

	SÍ (marque por favor)	NO (marque por favor)
a. ¿Ha leído y entendido la forma de consentimiento informado, en su lenguaje materno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y de discutir este estudio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Ha recibido usted respuestas satisfactorias a todas sus preguntas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Ha recibido suficiente información acerca del estudio y ha tenido el tiempo suficiente para tomar la decisión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Entiende usted que su participación es voluntaria y que es libre de suspender su participación en este estudio en cualquier momento sin tener que justificar su decisión y sin que esto afecte su atención médica o sin la pérdida de los beneficios a los que de otra forma tenga derecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Entiende los posibles riesgos, algunos de los cuales son aún desconocidos, de participar en este estudio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ¿Entiende que puede no recibir algún beneficio directo de participar en este estudio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ¿Entiende que no está renunciando a ninguno de sus derechos legales a los que es acreedor de otra forma como sujeto en un estudio de investigación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. ¿Entiende que el investigador del estudio puede retirarlo del mismo sin su consentimiento, ya sea debido a que Usted no siguió los requerimientos del estudio o si el investigador del estudio considera que médicamente su retiro es en su mejor interés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. ¿Entiende que usted recibirá un original firmado y fechado de esta Forma de Consentimiento, para sus registros personales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Declaración del paciente: Yo, _____
declaro que es mi decisión participar en el estudio. Mi participación es voluntaria. He sido informado que puedo negarme a participar o terminar mi participación en cualquier momento del estudio sin que sufra penalidad alguna o pérdida de beneficios. Si suspendo mi participación, recibiré el tratamiento médico habitual al que tengo derecho en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán (INCMNSZ) y no sufriré perjuicio en mi atención médica o en futuros estudios de investigación. Yo puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos o beneficios potenciales derivados de mi participación en el estudio. Puedo obtener los resultados de mis exámenes clínicos si los solicito. Si usted tiene preguntas sobre el estudio, puede ponerse en contacto con la Dr. Andrés Hernández Ortiz, Médico Adscrito de la Unidad de Medicina del dolor y Paliativa, Teléfono: 54 67 09 00 Ext.: 5011, o con el Psic. Luis Arturo Cruz Martínez al teléfono 0455 21 74 99 60. Si usted tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en el estudio, puede hablar con el coordinador del Comité de Ética en Investigación del INCMNSZ (Dr. Arturo Galindo Fraga. Teléfono: 54870900 ext. 6101). Debo informar a los investigadores de cualquier cambio en mi estado de salud (por ejemplo, uso de nuevos medicamentos, cambios en el consumo de tabaco) o en la ciudad donde resido, tan pronto como sea posible. He leído y entendido toda la información que me han dado sobre mi participación en el estudio. He tenido la oportunidad para discutirlo y hacer preguntas. Todas las preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. He entendido que recibiré una copia firmada de este consentimiento informado.

_____	_____	_____
Nombre del Participante	Firma del Participante	Fecha

Coloque su huella digital si no sabe o puede escribir

Nombre del representante legal
(si aplica) Firma del representante legal Fecha

Nombre del Investigador
que explicó el documento Firma del Investigador Fecha

Nombre del Testigo 1 Firma del Testigo 1 Fecha
Relación con el participante: _____
Dirección: _____

Nombre del Testigo 2 Firma del Testigo 2 Fecha
Dirección: _____
Relación que guarda con el participante: _____
Lugar y Fecha: _____