



Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Maestría y Doctorado en Psicología
Residencia en Medicina Conductual,
Sede Ciudad Universitaria

**Viabilidad de un taller basado en
Terapia de Aceptación y Compromiso
para identificar y tratar complicaciones
psicológicas del final de la vida**

Tesis que presenta

Yosemit Valencia Flores

para optar al grado de

Maestro en Psicología

Tutor Principal y Director: Dr. Juan José Sánchez Sosa, *Facultad de Psicología, UNAM.*

Tutor Adjunto: Dra. Sofía Sánchez Román, *Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán".*

Sinodales: Dra. Lizette Gálvez Hernández, *Instituto Nacional de Cancerología.*

Dr. Francisco Montesinos Marín, *Universidad Europea de Madrid.*

Dra. Nancy Rangel Domínguez, *Hospital General "Manuel Gea González".*

Ciudad de México, Agosto, 2020.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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

Este libro es el fruto del esfuerzo y espíritu de muchas personas que me han ayudado a SER y CRECER. Personas que en diferentes momentos y formas colaboraron a su culminación y que merecen las primeras líneas del mismo.

GRACIAS a mi mamá **América Flores Gómez**, por darme un abrazo y palabras de aliento cuando sentí que esto era interminable. Eres el cáliz de mi espíritu y de mi valentía. Te amo amika.

GRACIAS a mi padre **Víctor Manuel Valencia** por procurarme e impulsarme a no desistir. Tu frase: “¡Te quiero activo, chavo!” la tengo presente cada mañana y me dio la fuerza para crear este proyecto.

GRACIAS a mi segundo padre **Martín Trejo** por recordarme con palabras que los logros son personales, pero que no va a ser nada sencillo alcanzarlos.

GRACIAS a mis maestros, en especial a la **Dra. Sofía Sánchez Román** y al **Dr. Juan José Sánchez Sosa**, quienes durante toda la maestría me escucharon, orientaron, apoyaron y reconocieron mis proyectos personales y profesionales. Aprendí con su trabajo que mi labor como psicólogo no solo es profesional, sino pasional.

GRACIAS a mis hermanos **Kenji Valencia** y **Naomi Trejo**, a los que admiro por su constancia y madurez que han desarrollado, he aprendido mucho de eso, los amo.

GRACIAS a los **participantes del proyecto**. Por confiar en mi y compartir conmigo, sus lágrimas, su esfuerzo, su trabajo y demostración que al final de la vida podemos retomar sueños, esperanza y felicidad. NO LOS OLVIDARÉ, pues sé que nos encontraremos en algún momento.

Finalmente, pero no menos importante, GRACIAS a mi familia elegida **Karla, Axel, Paola** y **Tona** por estar siempre atrás de mi e inspirarme a continuar y concluir esta obra.

¡Agradece lo que tienes y lucha por más!

Con todo mi ser,

Yosemit

ÍNDICE

Resumen.....	5
Abstract.....	6
Presentación.....	7
Introducción.....	8
¿Qué son los cuidados paliativos?.....	8
Antecedentes.....	11
Contexto histórico de los cuidados paliativos.....	11
México y los cuidados paliativos.....	13
Objetivos de los cuidados paliativos.....	16
Intervención psicológica y social en los cuidados paliativos.....	17
Intervenciones psicológicas actuales en cuidados paliativos.....	19
Planteamiento del problema.....	27
Pregunta de investigación.....	28
Objetivos.....	28
Método.....	29
Tipo de estudio.....	29
Diseño.....	29
Participantes.....	29
Variables.....	31
Cambio clínico a partir del taller.....	32
Medición (Instrumentos).....	33
Escenario de investigación.....	35
Procedimiento.....	35
Sesiones de intervención.....	37
Sesión 1.....	39
Sesión 2.....	40
Sesión 3.....	42
Resultados.....	44
Análisis de datos.....	44
Resultados individuales.....	45

Participante 1: IL.....	46
Participante 2: BO.....	48
Participante 3: CH.....	50
Participante 4: PD.....	52
Participante 5: JN.....	54
Participante 6: TA.....	56
Participante 7: MP.....	58
Participante 8: SR.....	60
Participante 9: CS.....	60
Participante 10: EM.....	61
Participante 11: SB.....	63
Resultados de grupo: Aceptación, Distrés y Depresión.....	65
Descripción de las variables cambio clínico.....	67
Resultados de viabilidad.....	69
Discusión.....	72
Sugerencias para estudios futuros.....	78
Conclusión.....	80
Referencias.....	81
Anexos.....	90
Anexo 1. Manual del terapeuta.....	90
Anexo 2. Formatos de evaluación.....	94
Anexo 3. Formato de integridad del tratamiento.....	100
Anexo 4. Cuestionario de satisfacción.....	101
Anexo 5. Ejercicio. Hojas en el Arroyo.....	102

Resumen.

Enfrentarse al diagnóstico y pronóstico de una enfermedad terminal conlleva repercusiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales que dificultan la obtención de resultados positivos si alguna de ellas no se aborda adecuadamente. No sólo el malestar por sí mismo implica un reto, sino también el ambiente en el que se encuentra el paciente (avance de la enfermedad y tiempo estimado de vida), su familia (apoyo) y el servicio de salud (recursos humanos y espacio-temporales). Para contribuir a dar solución a dichas dificultades, el propósito de este estudio fue evaluar la viabilidad de un taller para pacientes referidos a la clínica de cuidados paliativos, que le permita identificar y tratar complicaciones psicológicas del final de la vida. Participaron once pacientes entre abril y julio de 2019, mayores de 18 años, con enfermedad avanzada, progresiva, incurable, oncológica o no oncológica. El taller consistió en tres sesiones basadas en los principios de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, en inglés), donde se evaluó aceptación (AAQ-II), distrés emocional (termómetro de distrés), depresión (ENA) y ansiedad (ENA). Durante el estudio, dos pacientes fallecieron, por lo que se analizaron los datos de los nueve restantes. Se obtuvo una disminución clínicamente significativa en distrés emocional, sintomatología depresiva y ansiosa (más del 20% de acuerdo al cambio clínico objetivo de Cardiel). Aunque hubo un aumento de la aceptación por casi todos los pacientes, dos de ellos disminuyeron su aceptación. De acuerdo a los parámetros de viabilidad propuestos, el taller cumplió con practicidad, adaptación, implementación y aceptabilidad por lo que se concluye que es una opción viable.

Palabras clave: paliativo, fin-de-la-vida, bienestar, terminal, TAC

Abstract.

Facing the diagnosis and prognosis of a terminal illness has physical, psychological, social and spiritual repercussions that make it difficult to obtain positive results if any of them is not adequately addressed. Not only pain and discomfort themselves imply serious challenges, but also the environment surrounding the patient (disease progression and estimated survival span), his/her family (support) and the health services themselves (human resources and surrounding conditions). In order to contribute to the solution of these difficulties, the purpose of the present study was to evaluate the feasibility of a workshop for patients referred to the palliative care clinic. The study sought to identify and treat psychological complications at the end of life. Eleven patients participated between April and July 2019, they all were adults, with an advanced, progressive, incurable, oncological or non-oncological disease. The workshop consisted of three sessions based on the principles of Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Dependent measures included the acceptance (AAQ-II), emotional distress (distress thermometer), depressive and anxious symptomatology (ENA). During the study, two patients died, so data from the remaining nine were analyzed. Clinically significant decreases in emotional distress, depression and anxiety symptoms were obtained (more than 20% according to Cardiel's clinical target change). Although acceptance of the intervention increased in almost all patients, two patients decreased theirs. According to the proposed parameters of viability, the workshop fulfilled practicality, adaptation, implementation and acceptability so it is concluded that it constitutes a viable option.

Key words: palliative, end-of-life, wellbeing, terminal, ACT.

Presentación

El presente trabajo tiene como objetivo mostrar el informe de trabajo realizado por el Residente en Medicina Conductual durante su estancia clínica supervisada en el Departamento de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "*Salvador Zubirán*" (INCMNSZ, a partir de ahora "el Instituto").

Para facilitar su lectura y a manera de organización de la información, en la primera sección se encuentra el estado del arte de los cuidados paliativos con información internacional y nacional. A continuación, se enlistan y describen las intervenciones psicosociales más relevantes en el tema y su impacto, así como limitaciones que han presentado. Argumentos que dan sustento al segundo apartado.

La segunda sección contiene la propuesta instrumentada en el presente trabajo, supervisada por el comité investigación y ética hospitalaria, así como por el tutor y revisores del autor. El trabajo incluye la descripción del protocolo de estudio llevado a cabo con pacientes referidos por primera vez al servicio de cuidados paliativos y la propuesta de intervención basada en Terapia de Aceptación y Compromiso. Esa sección concluye con la presentación de los resultados, análisis y comparación de los mismos con la literatura de investigación relevante.

La penúltima sección contiene la discusión y conclusiones provisionales de los resultados, así como las propuestas para las limitaciones encontradas, a fin de realizar propuestas de investigación sistemáticas con mayor rigor en estudios futuros.

El trabajo concluye con una sección de anexos con los formatos de aceptación del protocolo, así como los materiales usados en la medición y la intervención.

Introducción

¿Qué son los cuidados paliativos?

En estricta definición “paliativo” es el tratamiento o remedio que suaviza o mitiga el dolor de un enfermo; sin embargo, la definición va más allá de eso, entendiéndose como la atención que una persona con enfermedad terminal puede recibir para el control y manejo de los síntomas físicos, psicológicos y sociales que acompañan al proceso previo a la muerte (Pessini y Bertachini, 2006; SECPAL, 2014). De hecho, la Organización Nacional de Hospicios y Cuidados Paliativos, los define como:

La acción de abordar las necesidades físicas, intelectuales, emocionales, sociales y espirituales centrados en el paciente con enfermedad terminal y su familia, facilitando la autonomía, el acceso a la información, la elección y la calidad de vida al anticipar, prevenir y tratar el sufrimiento vivido. (“NHPCO”; por sus siglas en inglés, 2019).

Estos cuidados surgen por el aumento en la expectativa de vida poblacional, el avance en los tratamientos disponibles para diversas enfermedades terminales (en especial para el cáncer) y las interacciones entre las enfermedades y la misma longevidad de las personas.

Para comprender el término de enfermedad terminal, se han propuesto criterios, los cuales son (Ruiz y Ríos, 2005; SECPAL, 2014):

1. Sea avanzada, progresiva e incurable por los métodos actuales de tratamiento.
2. No tenga posibilidad de respuesta a tratamientos específicos

3. Cuenta con múltiples síntomas variables en intensidad y origen y que puedan condicionar la inestabilidad de la evolución del paciente.
 4. Impacta de forma emocional al paciente, su familia o allegados y el equipo de salud, por la información explícita o implícita de la inminente muerte.
 5. Que cuente con un pronóstico de vida igual o menor a 6 meses.
- Aunado a éstos, que requiera y demande atención y apoyo al paciente, su familia y al equipo de salud. Por lo tanto, se ha propuesto que para cumplir los objetivos de los cuidados paliativos (NHPCO, 2019):
1. La atención requiere ser multidisciplinaria.
 2. Requiere existir un acuerdo en las necesidades de cuidado entre el paciente, sus redes sociales importantes y el equipo de trabajo involucrado en los cuidados paliativos.
 3. Requieren operar simultanea o independientemente de los cuidados destinados a la prolongación de la vida, pero no de forma excluyente.

De igual manera, la esperanza y la dignidad del paciente y su familia se requieren apoyar y trabajar durante el proceso de la enfermedad y aún después de la muerte.

Se nos recuerda (Saunders, 2004) que en los cuidados paliativos se busca deliberadamente no etiquetar al paciente, por lo que se suele preferir el término “paciente con enfermedad terminal” que el de “paciente terminal”, pues la enfermedad es sólo una condición, y la persona es un ser único, con historia propia, relaciones y cultura que merece respeto y que es, por mucho, más que su enfermedad (como se citó en Del Río y Palma, 2007).

Aunque los cuidados paliativos se dan al final de la vida, existen propuestas de atención que proponen la intervención paliativa desde el

tratamiento curativo, con los objetivos de control y soporte sintomático (véase la Figura 1). Esto permite una transición que va desde una intervención breve y limitada, hasta un cuidado total por parte de los especialistas paliativos.

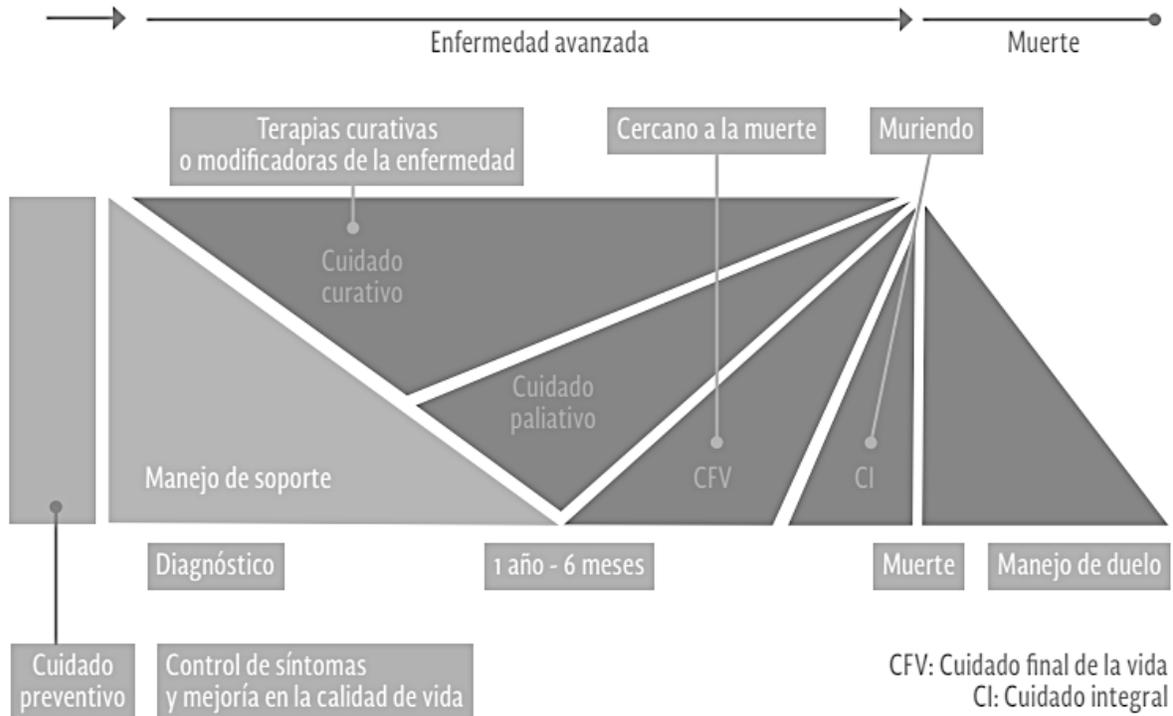


Figura 1. Cronograma de intervención en enfermedad crónica. Modificado por Lara A: Swetz KM, Mansel J.K. Ethical Issues and Palliative Care in the Cardiovascular Intensive Care Unit. *Cadiol Clin* 21 (2013) 657-668. Recuperado de http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Guia_cuidados_paliativos_completo.pdf

Hoy en día los cuidados paliativos no sólo están disponibles para la población adulta, sino también para los niños y sus familias, como ha establecido la Organización Mundial de la Salud ("OMS", 1998).

Conocer y comprender la importancia y alcance de los cuidados paliativos definirá las posibilidades de tratamiento que una persona pueda tener en un momento determinado de su enfermedad, pues con

ellos existe la posibilidad de dar confort en momentos donde parece no haberlo. Se ha propuesto (Martín, 2017) que *“es hacer algo cuando ya nada se puede hacer”* y concluye también que se requiere tratar al acompañamiento y la esperanza como sinónimo de cuidados paliativos, donde la ciencia y la humanización se dan con la calidad y destreza que las personas merecen.

Antecedentes

Contexto histórico de los cuidados paliativos

El surgimiento de los cuidados paliativos tiene algunos orígenes en la preocupación y atención que se daba a personas en un estado crítico o delicado de salud. Durante la edad media, esta atención se destinaba a los peregrinos o viajeros que llegaban no sólo en busca de alimento o medicina, sino a establecerse en los últimos momentos de su vida (Astudillo, Mendinueta, y Orbegozo, 2002).

Este movimiento continuó hasta el siglo XIX y comenzó a expandirse por Europa en la década de 1840 en Francia, Alemania, Inglaterra e Irlanda, en diferentes localidades y con la participación voluntaria de personal religioso. El control sintomático era la única y limitada opción. No fue hasta 1967 que Cicely Saunders inauguró el *St Christopher's Hospice* en Londres, reconocido como el inicio oficial de la historia de los cuidados paliativos (Del Río y Palma, 2007). En el *Hospice* se buscó la mejoría de la calidad de vida de los pacientes en cuanto a síntomas físicos, la comunicación con otras personas y la atención que se brindaba a los aspectos de tipo emocional y espiritual (Astudillo, Mendinueta, y Orbegozo, 2002).

Entrado el siglo XX la medicina cambió sus objetivos y métodos al comenzar a investigar y encontrar la etiología de las enfermedades,

pasando del control sintomático y observación del desarrollo natural de una enfermedad, a la curación y prevención de las mismas, lo cual aumentó la esperanza de vida de la población. Lo anterior tuvo dos consecuencias: primero, el cambio de la visión del ser humano, de ser sólo un ser necesitado de la ayuda en la mejora de la calidad de vida, a un ente capaz de sobrevivir gracias a los avances de la medicina moderna. Y segundo, se comenzaron a relegar y minimizar los beneficios de la atención del enfermo al final de la vida (Del Río y Palma, 2007).

Aunque el paradigma de intervención médica comenzó a cambiar, los tratamientos enfocados en el cuidado de los pacientes al final de la vida continuaron ampliando sus horizontes clínicos, educativos y de investigación. Esto surgió principalmente del desenvolvimiento profesional de Cicely Saunders quien se dedicó al estudio y significado de la terminalidad del paciente, el seguimiento activo y continuo de la aparición y control de síntomas y al impacto de la muerte sobre los allegados del enfermo (Pessini y Bertachini, 2006).

El empeño y resultados del trabajo de Saunders, comenzaron a sembrar inspiración en otras partes del mundo, por ejemplo, en Europa, a finales de los sesenta se lograron descubrimientos para el tratamiento del dolor por cáncer, así como propuestas en la creación de políticas públicas y unidades de cuidados paliativos en países como Alemania, Francia, Bélgica y Noruega, entre otros. De igual manera se consolidó la *European Association for Palliative Care* (EAPC).

En América del norte, Canadá en los años 70 creó Unidades de Cuidados Paliativos con una visión integral de cuidado, mientras que en Estados Unidos tuvo avances en la investigación del duelo tras la pérdida y se expandió la atención paliativa a otras enfermedades y modalidades con la atención a domicilio. En América del Sur, también

hubo propuestas de generación de políticas públicas para mejorar los cuidados al final de la vida, pero diversas limitaciones (acceso a medicamentos, presupuestos económicos limitados, entre otros) han mermado este crecimiento (SECPAL, 2019).

A pesar de que los avances a nivel mundial han logrado que la promoción para el conocimiento general de los cuidados paliativos sea uno de los objetivos alcanzados con mayor efectividad, un 42% de las naciones carece aún de estos servicios. Por lo que el reto actual consiste en centrar la atención en esfuerzos y recursos económicos destinados a este servicio y buscar el aumento en el número de personal, instituciones y/o clínicas que los brinden. También se requiere ampliar las sedes ya existentes debido a que aun son insuficientes para el número de usuarios o pacientes que lo necesitan (Consejo de Salubridad General, 2018).

México y los cuidados paliativos

En México, las enfermedades no transmisibles son la primer causa de muerte, con las enfermedades cardiovasculares (infartos al miocardio, accidentes cerebrovasculares, etc.) en primer lugar, seguidos por el cáncer, enfermedades respiratorias crónicas (enfisema, asma, etc.) y las enfermedades metabólicas (diabetes, insuficiencia renal crónica...) en cuarto lugar. Aunque estos datos han cambiado con el tiempo, fueron un motivo medular para comenzar a hablar más sistemáticamente de cuidados paliativos en cuanto al beneficio del control de síntomas en las etapas terminales de la enfermedad (véase la Figura 2).

PADECIMIENTOS QUE REQUIEREN CUIDADOS PALIATIVOS

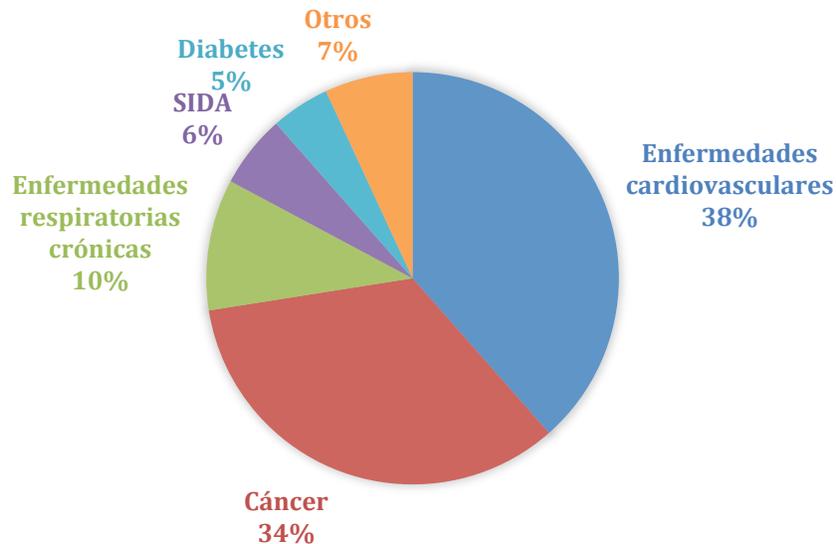


Figura 2. Padecimientos que requieren cuidados paliativos. Modificado por el presente autor a partir del Consejo de Salubridad General (2018). Guía de manejo integral de cuidados paliativos. Recuperado de http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Guia_cuidados_paliativos_completo.pdf

Para brindar atención a los pacientes al final de la vida se inauguró la primer Unidad de Medicina de Dolor (1972), en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, *Salvador Zubirán* (INSTITUTO), donde en la actualidad y junto con otras instituciones pioneras, buscan la mejoría de la calidad de vida de los pacientes terminales.

Nuestro país cuenta hoy en día con:

- Clínicas. incluyendo instituciones como el Hospital General de México *Dr. Eduardo Liceaga*, la Asociación Nacional para el Estudio y Tratamiento del Dolor en Guadalajara, la clínica de dolor y clínica de cuidados paliativos en el Instituto Nacional de

Cancerología (INCAN), entre muchas otras (González et al., 2012).

- Propuestas legislativas. Como la recién aprobada (julio de 2019) modificación al artículo 4 de la constitución que garantiza el acceso a los cuidados paliativos integrales en condiciones de dignidad para las personas que lo requieran (Forbes México, 2019).
- Recursos humanos. Por los diversos programas de especialización básica, media y avanzada del manejo del paciente que cuente con enfermedad terminal (González et al., 2012; Pastrana et al., 2012).

Aunque los avances son notorios y las oportunidades crecientes, nuestro país aun presenta limitaciones importantes en cuanto al tema de los cuidados paliativos. Pastrana y colaboradores (2012) identificaron, entre otras, las siguientes seis:

1. Dificultad para integrar programas formales de tratamiento.
2. Falta de personal de salud capacitado para formar equipos de cuidados paliativos.
3. Concentración de esfuerzos en pacientes oncológicos, dejando de lado pacientes con otras enfermedades.
4. Falta de personas con la pericia para gestionar programas y servicios asistenciales, educativos y de investigación en cuidados paliativos.
5. Poco interés por ejercer los cuidados paliativos en México.
6. Crear alternativas de tratamiento al hospital, con equipos a domicilio.

De igual manera Haun y sus colaboradores (2017) mencionan en los resultados de un meta-análisis a nivel mundial, que las personas que requieren cuidados paliativos son referidas tardíamente al servicio,

limitando el tratamiento de control de síntomas (como se citó en Valencia, 2018).

Es necesario continuar trabajando con los cuidados paliativos en México pues han mostrado ser una opción factible para los pacientes que cursan con una enfermedad terminal, de hecho, en 2015 se reportó un alivio de síntomas físicos, psicológicos y sociales hasta en un 90% de las solicitudes hechas a cuidados paliativos por pacientes oncológicos (Consejo de Salubridad General, 2018).

Objetivos de los cuidados paliativos

Los objetivos se han enmarcado con claridad en las guías clínicas disponibles para los prestadores de servicios de salud. Una de las guías más usadas y respetadas mundialmente es la establecida por la Sociedad Castellana de Cuidados Paliativos (SECPAL) en 2014, la cual establece:

1. El paciente tiene derecho a una atención integral, individualizada y continua. Entendiéndose como integral a la participación médica, de enfermería, auxiliares de la clínica, psicología, trabajo social, algún representante religioso o espiritual (si el paciente así lo considera), así como la posible participación de otras personas (terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, psiquiatras...). Sin embargo, se requiere obligatoriamente que todos tengan una base de conocimiento sobre: cuidados paliativos; el paciente, su diagnóstico y red de apoyo; objetivos a cubrir en conjunto y; la necesidad de una comunicación efectiva, organizada y rápida entre los profesionales (Ruiz y Ríos, 2005).
2. El paciente y su familia son una unidad y ambos requieren atenciones específicas en el proceso del final de la vida. El trabajo

del profesional es orientarlos para saber el nivel de cumplimiento de los objetivos, requerimientos o necesidades que tengan.

3. Se requiere promocionar la autonomía y dignidad del paciente en todo momento, siempre y cuando se hayan realizado acuerdos con él.
4. Tratar de evitar una conceptualización negativa de los cuidados paliativos mediante una terapéutica activa y rehabilitadora.
5. Ofrecer siempre una atmósfera de respeto, confort, soporte y comunicación, debido a que esto ha demostrado mejorar el control sintomático.
6. Los cuidados paliativos entienden la muerte como un proceso natural, y no buscan acortar la vida ni prolongar la muerte.

Para lograr dichos objetivos se requiere abandonar el la creencia de que brindar comodidad física con fármacos o tecnología mantendrá “en paz” al paciente; pues aún con eso, él o ella puede sentir miedo, baja autoestima o distrés emocional. De hecho, se han encontrado correlaciones más fuertes entre estas ultimas variables con la solicitud de eutanasia y suicidio asistido, que las encontradas con variables físicas. Esto convierte a las variables de tipo psicosocial en uno de los conflictos éticos y clínicos más grandes de los cuidados paliativos (Pessini y Bertachini, 2006).

Intervención psicológica y social en los cuidados paliativos

La importancia de las variables psicosociales radica en la influencia que puede tener tomar una decisión en un momento del avance de una enfermedad terminal, es decir, cualquier decisión que el paciente, o sus allegados, tomen (o soliciten), se ve permeada por variables que escapan del rubro biológico. Y aunque esto es bien conocido, normalmente no se toman en cuenta los factores psicosociales,

independientemente de los beneficios que pueda tener su tratamiento y paliación (Pasacrete & Pickett, 1998; Werth, Gordon y Johnson, 2002).

Al hablar de los aspectos psicosociales del final de la vida, se han podido establecer algunas líneas de investigación que indican las variables que se presentan con mayor frecuencia en los pacientes con enfermedad terminal y aunque la lista puede ser bastante extensa, algunas de las más importantes son: detección y diagnóstico de trastornos mentales (depresión, ansiedad, trastornos de personalidad, delirium, etc.), problemas personales (sensación de falta de autonomía, toma de decisiones, dignidad, problemas existenciales, miedo, desesperanza...), problemas interpersonales o contextuales (sentirse una carga, factores culturales, variables financieras, presencia o ausencia de seres queridos, conspiración del silencio...).

Es indispensable que el profesional de la salud mental se mantenga al pendiente del desarrollo de las condiciones circundantes del paciente con enfermedad terminal, pues se ha documentado que pueden predecir una mala adaptación a la terminalidad de la enfermedad, malas estrategias de afrontamiento, poca estabilidad emocional, poco apoyo social y distrés emocional y sintomático (Pasacrete & Pickett, 1998).

Debido a la posibilidad de estar en contacto directo, activo y cercano con el paciente y su familia, el proveedor de salud mental requiere trabajar para mejorar la comunicación paciente-familia-equipo de salud, y fungir como consejero, educador, evaluador e investigador (Ruiz y Ríos, 2005; Singer, 2016; Werth, Gordon y Johnson, 2002). Se tienen registros de intervenciones exitosas en los pacientes al final de la vida, pero estos siguen reportando una limitación en cuanto al tiempo (duración y frecuencia), características del ambiente (escenarios

adecuados) o las propias características de los pacientes (comorbilidades médicas).

Algunos autores mencionan que la forma de lidiar con esta limitación es la creación de programas de intervención sistemáticos, que se puedan replicar y utilicen medidas confiables, pues aunque se ha demostrado la eficacia de las intervenciones psicosociales, muchas siguen siendo poco rigurosas en su metodología, o les falta claridad en las recomendaciones que brindan (Pasacreta & Pickett, 1998).

Intervenciones psicológicas actuales en cuidados paliativos

Las intervenciones en psicología paliativa siguen las mismas reglas de bioética que cualquier otra intervención en esta fase de las enfermedades terminales mediante cuatro principios, reglas o valores que atañen a la convicción de la responsabilidad (Astudillo, Bilbao, Díaz-Albo y Orbegozo, 2007):

1. No maleficencia. No dañar y implementar buenas prácticas clínicas, incluyendo la de informar.
2. Justicia. No discriminar en la atención a la salud, buscando eficacia y la equidad.
3. Autonomía. Respetar los criterios del paciente en la gestión de su vida.
4. Beneficencia. Hacer el bien, ayudar al paciente según su criterio y amparar al que no puede hacerse cargo de si mismo.

Estos cuatro principios buscan una orientación clínica basada en el paciente y sus principios con la oportunidad de re-significar el periodo de la vida en el que él/ella se encuentre.

La mayoría de los protocolos que siguen estas directrices buscan atender las necesidades más evidentes e intensas de la etapa terminal de una enfermedad, es decir, las variables que rodean a la forma en que una persona reacciona ante la noticia de muerte (véase la Figura 3). Algunos de los aspectos psicológicos que influyen en esta respuesta son: estrategias de afrontamiento previas, estabilidad emocional, apoyo social y síntomas de distrés (Pasacreta y Pickett, 1998).



Figura 3. Necesidades de los pacientes en cuidados paliativos. Modificado por el presente autor: Von Blanckenburg, P., & Leppin, N. (2018). Psychological interventions in palliative care. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(5), 389–395. doi:10.1097/ycp.0000000000000441

Se ha señalado (Fernandes, Melo, Andrade y Sousa, 2014; Kasl-Godley, King, y Quill, 2014; Jünger, Payne, Costantini, Kalus y Werth, 2010) que aunque prácticamente no hay psicólogos especializados en cuidados paliativos y programas de intervención psicológica sistemática, se han realizado esfuerzos para crear programas de formación, encuentros profesionales de actualización u otros medios

para la creación de literatura de investigación y evidencia del papel de la psicología en los cuidados paliativos.

A partir de estos esfuerzos se ha propuesto (Haro, 2017) que los tratamientos psicológicos al final de la vida requieren primero identificar los factores de riesgo o amenazas latentes al inicio del tratamiento paliativo. Esto implica, primero, adoptar una postura de intervención para la prevención del agravamiento de los síntomas cuando estos son "preocupantes". Segundo, que los abordajes de emergencia optimicen de manera creativa, flexible y en poco tiempo la eficacia del tratamiento, con una actitud activa del terapeuta en el tratamiento.

Los esfuerzos para la creación de programas con estas características han sido exitosos cuando se habla de pacientes con cáncer y la atención de variables psicológicas (Breitbart et al., 2018; Bruneau y Ellison, 2004; Gagnon et al., 2014; Gaudio et al., 2012; Hoon, Chi y Hong-Gu, 2013; Lemay y Wilson, 2008; Lepore y Coyne, 2006; McPherson, y Addington-Hall, 2004; Pasacrete y Pickett, 1998; Rangel, Ascencio, Ornelas, Allende, Landa y Sánchez Sosa, 2013; Tan, Zimmermann & Rodin, 2005; Yan y Kin-Fong, 2006).

Se han encontrado factores en común que requieren incluirse al momento de diseñar paliación psicológica (Fawzy, 1999):

- 1) educación;
- 2) afrontamiento;
- 3) apoyo emocional y;
- 4) psicoterapia.

Al atender las recomendaciones sobre factores en común, se puede apreciar que existen diferentes formas eficaces de abordar estos

problemas en poblaciones tanto paliativas como no-paliativas. Sin embargo, el modelo con más apego a la evaluación, control y modificación de esas variables continúa siendo el modelo cognitivo conductual, el cual también cuenta con la mejor evidencia, hasta el momento, para el tratamiento psicológico de las personas en distintos tipos de población (von Blanckenburg, y Leppin, 2018).

La terapia cognitivo conductual (TCC), la cual se basa en la modificación de pensamientos irracionales de la realidad y establecimiento de destrezas adaptativas (Polo y Díaz, 2011), es la opción que ha tenido efectos moderados de mejora para los síntomas psicosociales del paciente con cáncer u otras enfermedades terminales (Breitbart et al., 2018).

Este tipo de terapia tiene sus orígenes en los principios básicos de la conducta, principalmente el aprendizaje, donde el papel de las acciones y las cogniciones asociadas a eventos y emociones, son las pautas del comportamiento de los seres humanos; sin embargo, aunque este concepto está unificado para la TCC, se han agregado gradualmente otras vertientes conocidas como "olas" o generaciones. En la primera, del Conductismo se vincula la conducta del ser humano a las relaciones entre estímulos ante los cuales ocurre una conducta que conduce a consecuencias en alguna situación determinada.

En el segundo agregado o "segunda ola", se hace énfasis en la cognición, se resalta la importancia de creencias, pensamientos, etc. (cogniciones) en la conducta, y que el resultado (patológico o no) no está mediado únicamente por las consecuencias de una conducta, sino por lo que el individuo interpreta de la situación, las consecuencias, etc. (Fernández, García y Crespo, 2012).

El tercer agregado se conoce como “Terapias Contextuales” y hacen un esfuerzo por comprender al ser humano desde la perspectiva contextual y holística. Se piensan y analizan las relaciones que las personas tienen de una cierta manera con su medio y donde tienen la capacidad de hacer cambios permanentes y reales en su vida mediante la atención a procesos y conductas basados en sus valores de vida y compromisos (Mañas, 2007).

La evidencia actual de la TCC, incluyendo técnicas de tercera generación recientemente ha estado creciendo, dando la oportunidad a la creación de diversos tipos de estrategias terapéutica (Kahl, Winter y Schweiger, 2012).

Estas adiciones incluyen la terapia de aceptación y compromiso (Hayes, 2012); activación conductual (Dobson et al., 2008); psicoterapia basada en análisis cognitivo conductual (McCullough, 2000); terapia dialéctico conductual (Linehan, 1993); terapia meta cognitiva (Wells, Fisher y Myers, 2012); terapia cognitiva basada en la atención plena (Ludwig y Kabat-Zinn, 2008) y; la terapia de esquemas (Arntz y van Genderen, 2009).

Dentro de las intervenciones de tercera generación, la terapia de aceptación y compromiso (ACT, por sus siglas en inglés) está basada en el marco del contextualismo funcional y la teoría del marco relacional. Esta teoría (Kahl, Winter y Schweiger, 2012) propone que los trastornos mentales pueden relacionarse con seis procesos básicos (véase la Figura 4):

- 1) fusión cognitiva;
- 2) evitación experiencial;
- 3) apego a un yo verbalmente conceptualizado y un pasado verbalmente conceptualizado;

- 4) falta de valores o confusión de objetivos con valores y;
- 5) ausencia de comportamiento comprometido que se mueve en la dirección de los valores elegidos.

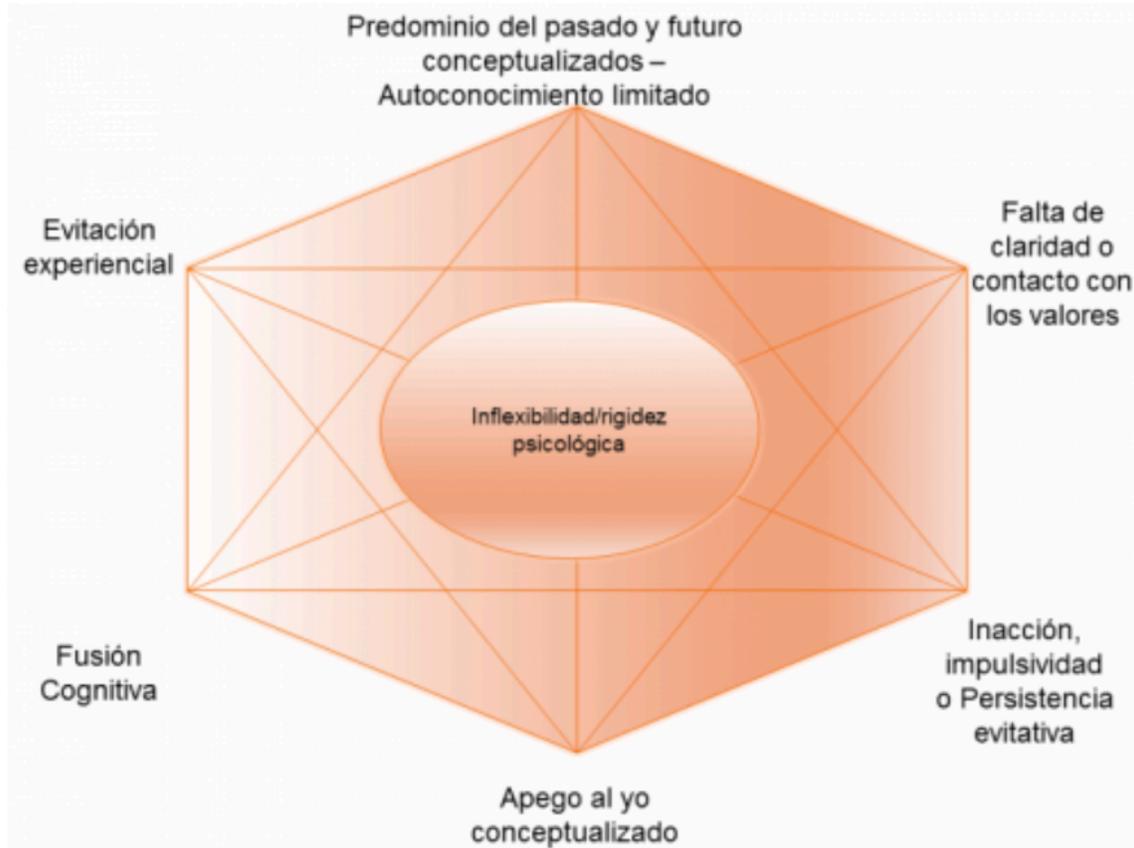


Figura 4. Mecanismos de la inflexibilidad psicológica en ACT. Recuperado de https://contextualscience.org/una_introducci_n_a_terapia_de_aceptaci_n_y_com_prom

Por otro lado, ACT (Russo & Forsyth, s.f.) refiere mecanismos que facilitan el bienestar emocional (véase la Figura 5):

Aceptación. Significa "tomar lo que se ofrece" e implica recibir plenamente la experiencia propia tal como es. Es una habilidad de permanecer en contacto con experiencias privadas dolorosas sin tratar de alterar su forma o frecuencia, y continuar actuando de acuerdo con los valores personales de cada uno.

Defusión cognitiva. Capacidad para detectar que los pensamientos son solo pensamientos y no formas para identificarnos o llamarnos a nosotros mismos; sin embargo, este proceso no es bueno ni malo, simplemente “es”.

Contacto con el momento presente. Esta variable implica prestar atención intencionada, al momento donde se encuentre, sin juzgarlo, contrarresta la tendencia a evitar o retirarse, tanto de los pensamientos y sentimientos dolorosos como de las circunstancias vitales y contextos.

“Yo” como contexto. Significa crear una perspectiva del yo como si fuera un observador. Se busca que la persona aprenda que los pensamientos son textos narrados por la mente, pero no necesariamente tienen que ser reales o tomar nuestra atención.

Acciones comprometidas. Son las conductas que realizamos y se encuentran mediadas y dirigidas por nuestros valores.

Valores como directrices de vida. Son las direcciones que dan significado y propósito a nuestra vida, son individuales, escapan de la moralidad, las creencias religiosas y se acercan a la construcción de una buena calidad de vida.

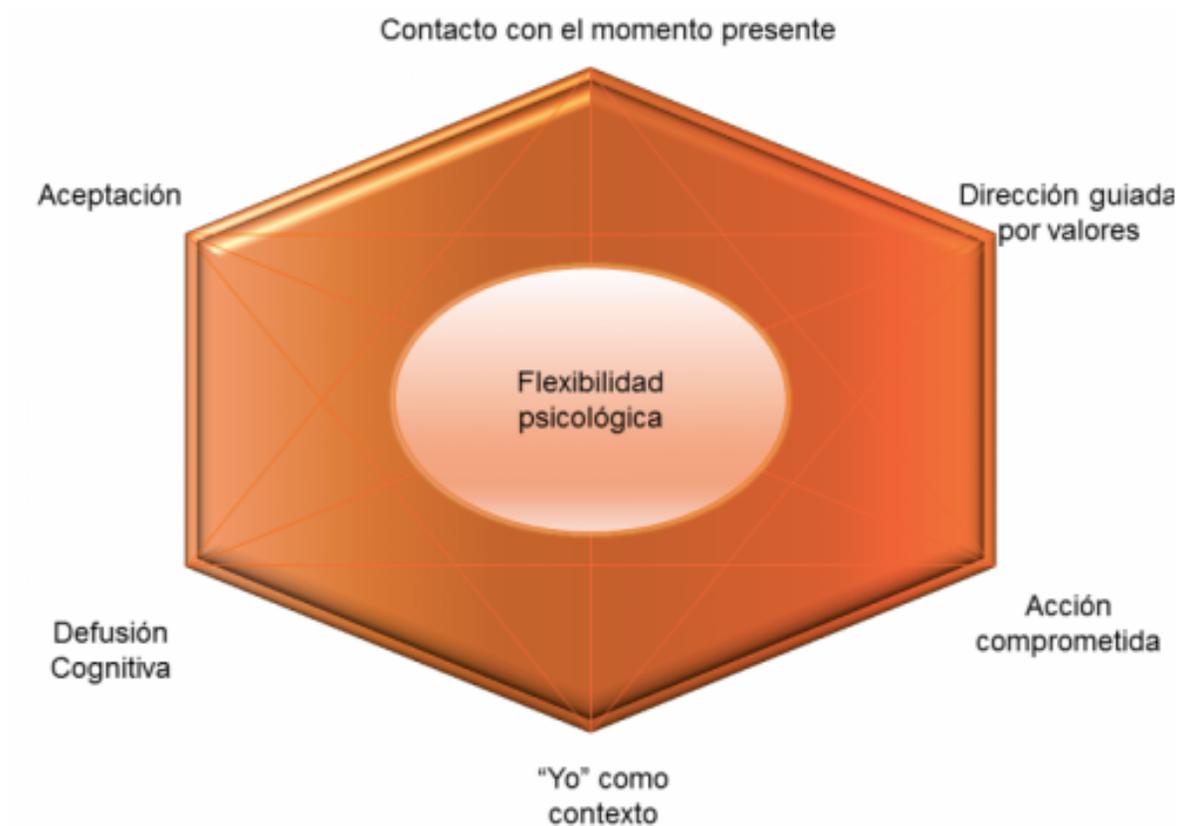


Figura 4. Mecanismos de la flexibilidad psicológica en ACT. Recuperado de https://contextualscience.org/una_introducci_n_a_terapia_de_aceptaci_n_y_com_prom

Autores como Fashler y colaboradores (2017) y Davis y colaboradores (2017) proponen que ACT tiene el potencial de ser más útil que otras técnicas debido a sus componentes:

Acciones basadas en directrices de vida,
 Trabajo de la aceptación de la enfermedad y pronóstico y
 Reconocer lo que es importante en cada etapa de la enfermedad

Así, se trata de una de las primeras terapias, basadas en evidencia, que ofrecería resultados positivos al final de la vida (Davis, E., Deane, F., Lyons, G., y Barclay, G., 2017; como se citó en Valencia, 2018).

Planteamiento del problema

Como hemos revisado, los pacientes con enfermedad crónica terminal tienen que vivir diversos contextos y circunstancias físicas, sociales y psicológicas, que pueden atenderse desde los cuidados paliativos como un programa de salud que busca disminuir el impacto de los síntomas que causan dolor, incomodidad y sufrimiento al final de la vida.

Aunque el éxito del control sintomático en esta población ha sido notorio, el desconocimiento de las causas, formas de expresión y tratamiento de las variables psicológicas es el reto actual de los profesionales de la salud mental, en específico de los psicólogos y practicantes de la medicina conductual. Estos especialistas han construido diversas maneras de abordar aspectos como los síntomas de depresión, ansiedad y distrés emocional cuando se cursa por una enfermedad terminal.

En general, se puede concluir que, aunque los resultados de las intervenciones psicológicas han sido satisfactorios (Bruneau y Ellison, 2004; Fawzy, 1999; Hoon, Chi y Hong-Gu, 2013; Lepore y Coyne, 2006; McPherson, y Addington-Hall, 2004; Pasacrete y Pickett, 1998), pocos cuentan con una estructura sistemática o análisis claro de sus componentes y su efecto sobre diversas variables psicológicas.

Algunos autores resaltan la importancia de primero realizar estudios de prueba piloto en pacientes con características particulares (como los pacientes con cáncer), ya que permiten orientar a los investigadores en la toma de decisiones con respecto al tratamiento, relevancia y sustentabilidad (Bowen, 2009).

También se ha propuesto realizar pruebas de viabilidad, que lleven a hallazgos que aumenten la probabilidad de que un tratamiento sea

eficaz,. En este contexto *eficacia* del tratamiento consiste en la probabilidad de cumplir los resultados conductuales en circunstancias adversas (Bowen, 2009).

Por tanto, el presente estudio, busca mostrar la viabilidad de un taller de intervención breve basada en el modelo de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) como una prueba piloto para la atención de distrés psicológico, ansiedad y depresión en pacientes referidos por primera vez a una clínica de cuidados paliativos en la Ciudad de México.

Pregunta de investigación

¿Será viable y cuál será el impacto de un taller psico-educativo breve, basado en terapia de aceptación y compromiso para los pacientes de primera vez en cuidados paliativos sobre las variables de ansiedad, depresión, distrés emocional y aceptación?

Objetivos

Determinar la viabilidad de las técnicas basadas en Terapia de Aceptación y Compromiso en pacientes de primera vez en cuidados paliativos.

Determinar el grado de ajuste de las estrategias planteadas en el taller mediante el análisis de impacto, cambio y limitaciones.

Determinar la practicidad del taller propuesto en términos de recursos y tiempo.

Dar atención psicológica oportuna a los pacientes que son referidos por primera vez a la clínica de cuidados paliativos.

Método

Tipo de estudio

El presente estudio se plantea como una investigación pre experimental descriptiva (Sampieri, 2006; Bowen, 2009).

Diseño

El presente trabajo buscó la verificación de viabilidad y aplicación de un taller (psicoeducación individual) pre experimental de series de tiempo repetidas (comprobación del tratamiento en diferentes participantes con padecimientos similares). Se utilizó un diseño intrasujetos pre-post (Kazdin, 2011). Para este tipo de diseños se tiene un punto de referencia inicial para evaluar el nivel inicial que tiene el grupo (en este caso, la variable fue aceptación, distrés y sintomatología ansiosa y depresiva y se compara con el puntaje después de la intervención).

Participantes.

En este estudio se invitó a participar a 14 adultos (7 hombres y 7 mujeres) con expediente e historia clínica médica en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INSTITUTO), que acudían por primera vez al servicio de cuidados paliativos del instituto. Sólo se incluyeron 11 participantes, debido a que los otros tres, no cumplían con criterios de inclusión.

La edad media de los participantes fue de 69.6 años (Mínimo= 60 años; Máximo= 80 años). La información de los participantes puede observarse en la tabla 1, los datos muestran sexo, edad, diagnóstico y tres escalas utilizadas comúnmente en los cuidados paliativos (aplicadas por los médicos paliativistas):

Tabla 1.

Participantes

Pa- cien- te	ID	Se- xo	Eda d	Diagnóstico Terminal	PP S	PaP score	PP I
P1	I L	H	80	Adenocarcinoma de ampulla de vater, estadiaje clínico (EC) IV (enfermedad hepática)	90	A	<4
P2	B O	M	66	Hepatocarcinoma EC IV, cirrosis hepática por virus de Hepatitis C	60	B	<4
P3	C H	M	60	Cirrosis hepática Child B, hipertensión portal	90	A	<4
P4	P D	H	72	Mesotelioma EC IV (irreseccable)	80	A	<4
P5	J N	H	77	Adenocarcinoma de recto moderadamente diferenciado EC IV	90	B	>6
P6	T A	M	79	Cáncer papilar de tiroides IV (metástasis a pulmón)	90	A	<4
P7	M P	M	66	Hepatocarcinoma Barcelona D por cirrosis Child C (esteatohepatitis no alcohólica)	100	A	<4
P8	S R	H	72	Cáncer de páncreas irreseccable, Gota	80	A	<4
P9	C S	H	68	Cáncer de páncreas EC IV (Adenopatías no regionales)	40	A	<4
P10	E M	M	72	Colangiocarcinoma intrahepático EC IV (enfermedad pulmonar no medible y hepática)	100	A	<4
P11	S B	M	63	Colangiocarcinoma intrahepático EC IV (enfermedad pulmonar)	100	A	<4

Nota: ID= Letras de identificación de cada paciente; PPS= Palliative Performance Scale; PaP score= Palliative Prognostic Score;PPI= Palliative Performance Index

Los criterios de inclusión para participar en esta investigación fueron:

- a) Pacientes mayores de 18 años.
- b) Padecer una enfermedad terminal (enfermedad avanzada, progresiva, incurable, de tipo oncológica o no oncológica, con falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida inferior a 6 meses) según los criterios de la SECPAL y el cual habrá sido dictado y registrado en el expediente clínico del paciente por su médico tratante dentro del INSTITUTO.

- c) Contar con conciencia de enfermedad y pronóstico.
- d) Referido a la consulta de primera vez en cuidados paliativos entre el mes de Mayo de 2019 y el mes de Agosto de 2019. Esto debido a las sugerencias de Haro (2017), quien menciona que el primer paso es identificar síntomas al inicio del tratamiento paliativo.
- e) Que acepten participar en el estudio y
- f) Que firmen el consentimiento informado del Instituto.

Por tratarse de condiciones que obstaculizarían la recolección de datos o crearían sesgos indetectables, e tuvieron como parte de los criterios de **exclusión**:

- a) Pacientes que con la presencia de delirium, demencia, encefalopatía o cualquier deficiencia en el estado cognitivo;
- b) Que el paciente tuviera alguna dificultad para no poderse comunicar con el residente de medicina conductual;
- c) No radicar en la Ciudad de México y;
- d) Encontrarse en periodo de agonía (periodo de horas o días que precede a la muerte donde el paciente muestra un deterioro intenso) según la Asociación Castellana Contra el Cáncer (AECC).

Variables.

Variable independiente: taller psico-educativo cognitivo conductual basado en el modelo de Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

Variable dependiente: viabilidad del taller y cambio clínico antes y después del taller.

Viabilidad del taller.

Para determinar la viabilidad se utilizaron los criterios propuestos por Bowen y sus colaboradores (2009): aceptabilidad, implementación, practicidad y adaptación.

1. **Aceptabilidad.** Forma en que los destinatarios individuales previstos, tanto los individuos seleccionados como los involucrados en la implementación de los programas, reaccionan a la intervención.
2. **Implementación.** El alcance, la probabilidad y la manera en que una intervención puede llevarse a cabo completamente según lo planificado y propuesto.
3. **Practicidad.** La medida en que se puede realizar una intervención cuando los recursos, el tiempo, el compromiso o alguna combinación de los mismos están restringidos de alguna manera.
4. **Adaptación.** La forma de cambiar los contenidos o procedimientos del programa para que sean apropiados en una nueva situación.

Cambio clínico a partir del taller.

Durante la aplicación del taller se evaluaron las siguientes variables en cada paciente:

1. **Distrés.** Cambio en el número reportado por el paciente en el termómetro de distrés.
2. Síntoma reportado en el ESAS. Cambio en el número reportado por el paciente en las categorías: **sintomatología ansiosa y depresiva** del Edmonton Symptom Assessment System (ESAS).
3. **Falta de Aceptación.** Puntuación en el instrumento Acceptance and Action Questionnaire II.

Medición (Instrumentos)

Escala de Desempeño Paliativo (*Palliative Performance Scale; PPS*).

Es una escala de funcionalidad desarrollada en 1996 por la Sociedad de Hospicios de Victoria. Evalúa cambios en el estado físico de los pacientes que reciben cuidados paliativos o que se encuentran al resguardo y cuidado de un hospicio. Se divide en 10 segmentos de 10% cada uno, donde 100% equivale a una excelente funcionalidad y 0% hace referencia a la muerte del paciente. Muestra adecuados índices de confiabilidad y validez de constructo y contenido (Morita, Tsunoda, Inoue, & Chihara, 1999). Hay un acuerdo sobre si las puntuaciones de PPS representan supervivencia distinta o si se dividen en tres bandas (PPS 10-20%, PPS 30-50%, PPS 60-70%). Por lo general, los pacientes de cuidados paliativos en estas bandas tienen una supervivencia media de una semana, un mes y tres meses, respectivamente (Glare et. al., 2008).

Puntaje de Pronóstico Paliativo (*Palliative Prognostic Score; PaP score*).

Es una herramienta que combina el puntaje de otra prueba de funcionalidad (Karnofsky) sobre síntomas, conteo de glóbulos blancos y porcentaje de linfocitos. Divide la muestra de pacientes en tres categorías pronósticas:

- 1) Grupo A (con una probabilidad de supervivencia a 1 mes mayor del 70%)
- 2) Grupo B (con una probabilidad del 30 al 70%) y
- 3) Grupo C (con una probabilidad menor del 30%) (Glare et. al., 2008).

Índice de Rendimiento Paliativo (Palliative Performance Index; PPI).

Combina el puntaje PPS, ingesta oral, edema, disnea y la presencia de delirium. Al igual que el *PaP score*, se calculan tres grupos de supervivencia estimada, en este caso con medianas de >6 semanas (PPI <2.0), 3–6 semanas (PPI 2.0–4.) y <3 semanas (PPI > 4.0).

No está tan ampliamente validado como el puntaje PaP (Glare et. al., 2008)

Mini Cog. Prueba breve sobre cognición (2-3 minutos) que incluye la evaluación de la capacidad de una persona para recordar tres palabras y dibujar un reloj. Este instrumento cuenta con una sensibilidad del 76% y una especificidad del 89% y cuenta con su validación al castellano (Borson, Scanlan, Chen, & Ganguli, 2003).

Edmonton Symptom Assessment System (ESAS). Escala de informe verbal de intensidad de 10 síntomas en Cuidados Paliativos con opciones de respuesta de 0-10, donde 0 es nada del síntoma y 10 el síntoma en su peor expresión imaginable. Para esta variable se consideraron los síntomas de ansiedad y depresión. Este instrumento cuenta con una confiabilidad de .75 según el estadístico alfa de Cronbach. Cuenta con su validación al castellano (Carvajal, Centeno, Watson, & Bruera, 2011).

Termómetro de distrés. Instrumento de tamizaje para el reporte verbal de distrés (malestar emocional general) del paciente en escala del 0 (nada de distrés) al 10 (el mayor distrés imaginable). Contiene también un listado estandarizado de problemas para identificar las causas del distrés (Almanza-Muñoz, Juárez y Pérez, 2008).

Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II). Instrumento con siete preguntas a los que se responde utilizando una escala Likert de 7 puntos: 1-nunca; 2-muy raramente; 3- raramente; 4-a veces; 5-frecuentemente; 6-casi siempre; 7-siempre). La puntuación refleja falta de voluntad para experimentar emociones y pensamientos no deseados, la incapacidad de estar en el momento presente y comportamiento dirigido por valores. Se considera clínicamente significativa cuando es mayor a 29 puntos. El AAQ-II cuenta con una alta consistencia interna de .88 y validación al idioma castellano (Ruiz, Luciano, Cangas y Beltrán, 2013).

Preguntas de evaluación de la intervención. Preguntas abiertas creadas por el investigador basado en los criterios de Bowen y sus colaboradores (2009) que se le realizan al paciente sobre su experiencia en el taller psico-educativo.

Escenario de investigación

El trabajo con los pacientes se realizó en el consultorio de psicología de la Unidad de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Procedimiento

Previo al inicio del presente estudio, se tramitó la aceptación del protocolo por los comités de ética hospitalaria e investigación en humanos del Instituto. La solicitud, revisión y aprobación del proyecto quedó con el número de registro: NER-2973-19-19-1.

Con cada paciente se realizó una sesión de pre-evaluación y un total de tres sesiones para la aplicación del taller. Todos los participantes

fueron referidos por el médico residente en turno de la Unidad de Cuidados Paliativos del Instituto al residente de Medicina Conductual.

Una vez con el residente, éste aplicaba la hoja de pre-evaluación inicial (véase el Anexo 2), donde, dependiendo de la puntuación obtenida del paciente, se decidía si cumplía con los criterios de ingreso al protocolo.

La pre-evaluación cuenta con dos categorías, cada una con dos preguntas (1 punto por pregunta; 4 puntos en total), éstas se tomaron del *Manual de Intervención Psicosocial para el Paciente con Enfermedad Avanzada y su Cuidador* (2018), como sigue:

Conciencia de enfermedad (“¿Qué enfermedad tiene?” y “¿Ha tenido dificultad para obtener la información que quisiera conocer?”)

Conciencia de pronóstico (“¿Le han dicho los doctores si su condición puede cambiar?” y “¿Qué le han dicho los doctores acerca de su enfermedad?”).

Si el paciente obtenía 1 o 2 puntos, no cumplía con criterios de ingreso y se le canalizaba a entrevista de primera vez en psicología; sin embargo, si el paciente obtenía 3 o 4 puntos, cumplía con el criterio de inclusión para participar en el protocolo y se continuaba con la invitación y firma de consentimiento informado del taller.

La sección de pre-evaluación se realizó siempre en la compañía del familiar responsable del paciente, de tal forma que se pudieron contestar todas las preguntas que pudieran tener los presentes.

Posterior a la firma de ambos en el consentimiento informado se le daba una cita al paciente a la semana siguiente para dar inicio a la sesión uno del taller.

Para guiar la aplicación del taller, se creó el Manual para el Terapeuta (véase el Anexo 1), el cual contenía una descripción detallada de las actividades y preguntas de cada sección específica de las sesiones. Posteriormente, al término del taller, se le indicaba al paciente que podría solicitar una nueva cita en psicología en caso de considerarlo necesario; sin embargo, ningún paciente solicitó cita nuevamente.

Sesiones de intervención

Se determinó el taller como la estrategia ideal para el presente proyecto debido a que permite la interacción entre los conocimientos teóricos con la vida cotidiana del participante, en un espacio que promueve habilidades para la vida. Todo ello por medio de la experimentación (en el momento con el terapeuta), la creación (ideas propuestas por los pacientes) y la expresión (motivación de realizar las propuestas fuera del consultorio psicológico; Rodríguez Luna, 2012).

Las sesiones fueron individuales con una duración de 60 minutos máximo y se les llamaba a los pacientes un día antes de su cita para confirmar su asistencia a la sesión. Durante la misma, siempre se encontró presente un prestador de servicio social del área de psicología, quien llenaba el formato de Integridad del Tratamiento (ver anexo 3) asegurando así una correcta sistematización de la aplicación del taller.

Para el contenido de las sesiones se tomaron en cuenta las recomendaciones de Páez, Luciano y Gutiérrez (2005) que sugieren iniciar explicando el papel de la desesperanza creativa en la vida cotidiana, seguido de la formulación y refuerzo de valores y acciones comprometidas con los mismos.

A continuación, en la tabla 2 se presenta un esquema general del taller y posteriormente se describirá el procedimiento de cada sesión.

Tabla 2. Esquema general del taller en cuidados paliativos.

# de sesión	Actividad
Pre- evaluación	Presentación. Evaluación de criterios de inclusión para el taller. Invitación y firma de consentimiento informado del taller. Asignación de cita para la sesión 1.
1	Evaluación pre-test de Aceptación. Evaluación pre-sesión de las variables dependientes. Creación de análisis funcional basado en ACT. Identificación de la funcionalidad y consecuencias de la evitación experiencial. Evaluación post-sesión de las variables dependientes.
2	Evaluación pre-sesión de las variables dependientes. Identificación de valores personales. Propuesta de actividades comprometidas basadas en valores. Evaluación post-sesión de las variables dependientes.
3	Evaluación pre-sesión de las variables dependientes. Identificación de limitantes mediante atención plena. Identificación de las consecuencias limitantes de la fusión cognitiva. Evaluación post-sesión de las variables dependientes. Evaluación post-test de Aceptación. Evaluación de viabilidad del taller. Despedida y cierre.

Nota: Variables dependientes= Termómetro de distrés y Edmonton Symptom Assessment System. ACT= Terapia de Aceptación y compromiso.

Sesión 1

- Nombre de la sesión: ¿Qué estoy haciendo?

El objetivo principal de esta sesión fue: Indagar problemáticas asociadas a la enfermedad terminal o síntomas psicológicos que requieran paliación. Las tareas del terapeuta para esta sesión fueron:

- 1) Generar rapport con el paciente;
- 2) medir las variables dependientes del estudio;
- 3) recopilar y clasificar (en funcionales o no funcionales) las formas actuales de afrontar dichas problemáticas y;
- 4) hacer notar la evitación experiencial como una forma no funcional de afrontar las problemáticas actuales.

Las actividades se encuentran enlistadas en la tabla 3 y en el manual del terapeuta (véase el Anexo 1):

Tabla 3. Actividades generales de la Sesión 1.

Área de la sesión	Actividad
Presentación.	Mencionar el nombre del psicólogo y el paciente. Resumir el protocolo y solicitar, así como resolver, dudas del mismo.
Evaluación.	Iniciar evaluación pre-sesión de la Hoja de Evaluación Sesión 1 (Ver Anexo2): <ul style="list-style-type: none"> - Estado cognitivo (mini-cog) - Estado sintomático (ESAS) - Distrés (Termómetro de distrés)
Análisis funcional.	Evaluar pre-test falta de aceptación Indagar por conductas (públicas y privadas) relacionadas al distrés. Clasificar las conductas como funcionales o no funcionales.
Prioridad del tratamiento.	Enlistar las áreas que causen mayor distrés y pedirle al paciente que las ordene de mayor prioridad a menor prioridad.
Retroalimentación	Identificar los aspectos funcionales o conductas basadas en valores. Identificar consecuencias positivas y negativas de las estrategias de afrontamiento actual basada en evitación experiencial. Evidenciar las implicaciones de la evitación experiencial. Orientar al paciente hacia sus valores.
Cierre	Realizar un resumen de la sesión: <ul style="list-style-type: none"> - Prioridades - Soluciones actuales (basadas en evitación experiencial) - Disfuncionalidad de las soluciones actuales
Evaluación final	Concluir evaluación post-sesión de la Hoja de Evaluación Sesión 1 (Ver Anexo 2): <ul style="list-style-type: none"> - Estado sintomático (ESAS) - Distrés (Termómetro de distrés)

Sesión 2

- Nombre de la sesión: ¿Cómo quiero ser?. El objetivo principal de esta sesión fue: Proponer estrategias psicoeducativas orientadas al cambio conductual guiado por valores.

Las tareas del terapeuta para esta sesión fueron:

- 1) Identificar mediante una metáfora los valores de cada área importante de la vida del paciente;
- 2) contrastar las consecuencias de las conductas de evitación experiencial con las posibles consecuencias de las conductas guiadas por valores y:
- 3) elegir una conducta guiada por valores a practicar durante la semana. Las actividades se encuentran enlistadas en la tabla 4 y en el manual del terapeuta (véase el Anexo 1):

Tabla 4. Actividades generales de la Sesión 2.

Área de la sesión	Actividad
Evaluación.	Iniciar evaluación pre-sesión de la Hoja de Evaluación Sesión 2 (Ver Anexo 2): <ul style="list-style-type: none"> - Estado cognitivo (mini-cog) - Estado sintomático (ESAS) - Distrés (Termómetro de distrés)
Recapitulación.	Resumir lo hablado durante la sesión 1 haciendo énfasis en las problemáticas y las soluciones no funcionales. Dar un espacio de expresión sobre la sesión 1.
Acción comprometida.	Resaltar las conductas no funcionales. Hacer metáfora "Camino a la brújula" Anotar los valores encontrados en la metáfora. Mencionar el impacto que estos podrían tener en la vida del paciente. Elegir junto con el paciente una o dos actividades que pueda realizar y que se encuentre basada en valores.
Cierre.	Dar un resumen de la sesión, enfatizando en la importancia de los valores.
Evaluación final.	Concluir evaluación post-sesión de la Hoja de Evaluación Sesión 2 (Ver Anexo 2): <ul style="list-style-type: none"> - Estado sintomático (ESAS) - Distrés (Termómetro de distrés)

Sesión 3

- Nombre de la sesión: Mi mente, ni amiga ni enemiga.

El objetivo principal de esta sesión fue: Proporcionar técnicas psicoeducativas para mantener las conductas guiadas por valores, así como para hacer frente a síntomas, pensamientos o conductas aversivas.

Las tareas del terapeuta para esta sesión fueron:

- 1) Identificar las consecuencias de realizar la actividad guiada por valores;
- 2) identificar las posibles limitaciones (conductuales o cognitivas) de realizar las actividades guiadas por valores;
- 3) practicar una estrategia que promueva el proceso de defusión cognitiva que ayude a reducir el impacto de las limitaciones en el actuar del paciente;
- 4) medir las variables dependientes del estudio y;
- 5) agradecer al paciente por su participación.

Las actividades se encuentran enlistadas en la tabla 5 y en el manual del terapeuta (véase el Anexo 1):

Tabla 5. Actividades generales de la Sesión 3.

Área de la sesión	Actividad
Evaluación.	<p>Iniciar evaluación pre-sesión de la Hoja de Evaluación Sesión 3 (Ver Anexo 2):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estado cognitivo (mini-cog) - Estado sintomático (ESAS) <p>Distrés (Termómetro de distrés)</p>
Recapitulación.	<p>Resumir lo hablado durante la sesión 2 haciendo énfasis en el impacto emocional de las conductas guiadas por valores. Dar un espacio de expresión sobre la sesión 2.</p>
Apertura a eventos difíciles	<p>Hacer metáfora “Las piedras del camino” Identificar y anotar las limitaciones conductuales y cognitivas de la realización de conductas guiadas por valores. Utilizar esas limitaciones en la metáfora “Hojas en el arroyo” Evidenciar la capacidad del paciente de poder de-fusionarse con sus pensamientos y orientar su conducta hacia los valores.</p>
Cierre.	<p>Dar un resumen del proceso completo. Mencionar la capacidad que tiene el paciente de cambiar su conducta en el presente. Hacer énfasis en los logros que tuvo el paciente durante el proceso. Mencionar los aspectos que aún requiere trabajar el paciente. Hacer referencia a los efectos a corto plazo que la conducta del paciente puede tener. Agradecer la participación del paciente en el taller.</p>
Evaluación final.	<p>Concluir evaluación pre-sesión de la Hoja de Evaluación Sesión 3 (Ver Anexo 2):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estado sintomático (ESAS) - Distrés (Termómetro de distrés) <p>Evaluar post-test falta de aceptación Realizar cuestionario cualitativo de viabilidad del taller.</p>

Resultados

Análisis de datos

A partir de las características de los instrumentos, de los participantes y del diseño utilizado se optó por realizar los siguientes análisis:

1. Para el análisis cualitativo de viabilidad, se aplicaron los cuatro criterios de Bowen y colaboradores (2009): a) aceptabilidad, b) implementación, c) practicidad y d) adaptación, ya descritos.
2. Para el análisis de los datos obtenidos en cada participante se utilizó el estadístico de Cambio Clínico Objetivo de Cardiel (1994). Esta herramienta considera un cambio significativo cuando las variables pre tratamiento y post tratamiento difieren en al menos un 20%, y permite identificar mejoramientos o empeoramientos significativos y ausencia de cambio relevante (Flores y Sosa, 2013).

Para presentar los resultados, se utilizaron los parámetros de la guía de informe para intervenciones comportamentales con diseños de caso únicos (SCRIBE, por sus siglas en inglés), escrita por Tate y colaboradores (2016):

Secuencia. Requiere informar el número de consultas o ensayos para cada paciente del proyecto de investigación. Para los pacientes que no completaron las sesiones de tratamiento, se requiere indicar el momento y los motivos de la suspensión.

Resultados Clínicos

Para cada participante se incluyen los datos sin procesar y otros resultados que sean considerados necesarios.

Acontecimientos adversos o limitantes. Para el análisis de los datos de cada paciente, se describe si existió algún evento adverso durante la intervención y en qué fase ocurrió.

En el caso del análisis visual se muestra el incremento o reducción de las variables: falta de aceptación, distrés y sintomatología depresiva durante las tres sesiones de la intervención, los datos se graficaron mediante el programa *SigmaPlot* versión 12.3.

En el presente trabajo se hace énfasis en el cambio del funcionamiento conductual de cada paciente, por lo que se incluye, de forma anecdótica, una descripción del paciente, así como los temas causantes de distrés para cada uno, su avance individual en las variables de estudio y se anexa una tabla con la evaluación subjetiva sobre los ejercicios, duración y frecuencia de las sesiones, así como el beneficio individual percibido al finalizar la intervención.

Resultados individuales

Nueve de los participantes concluyeron el taller en tres semanas mientras que los dos restantes, lo concluyeron en cuatro semanas (a solicitud de ellos por cuestiones personales, no relacionadas con su padecimiento).

A continuación se muestran los resultados por participante. Se muestran los datos demográficos, los datos pre intervención para las distrés, ansiedad y sintomatología depresiva, seguidos por los datos

pre y post intervención de la variable aceptación y finalmente una lista de las temáticas abordadas durante todas las sesiones del taller, las cuales fueron seleccionadas por los participantes en la sesión 1: “Prioridad del tratamiento” (véase la Tabla 3).

Participante 1: IL

Paciente hombre de 80 años de edad, con residencia en la Ciudad de México. Diagnóstico de adenocarcinoma de ámpula de váter, estadio clínico (EC) IV (enfermedad hepática) para el cual no desea recibir tratamiento por síntomas secundarios al mismo (dolor principalmente); Hipertensión arterial sistémica; diabetes mellitus II; y recién diagnosticado con Trastorno Adaptativo con sintomatología depresiva. Es referido al servicio de medicina conductual en el departamento de cuidados paliativos del Instituto por sintomatología ansiosa asociada al pronóstico de la enfermedad. Menciona tener dificultad para comunicarse con sus redes sociales de apoyo y estado de ánimo bajo acompañados de periodos de miedo por la presencia de dolor. Puntuación de: 1) PPS de 90%; 2) PaP score A y; 3) PPI <4.

Durante la evaluación inicial obtuvo un puntaje en Termómetro de distrés: 1/10; ESAS Depresión (ESAS-D): 5/10; ESAS Ansiedad (ESAS-A): 0/10. Mientras que en la evaluación después del taller, obtuvo los puntajes en Termómetro de distrés: 1/10; ESAS Depresión (ESAS-D): 0/10; ESAS Ansiedad (ESAS-A): 0/10. La Figura 5 muestra el cambio de las variables de estudio en el paciente 1 durante la intervención.

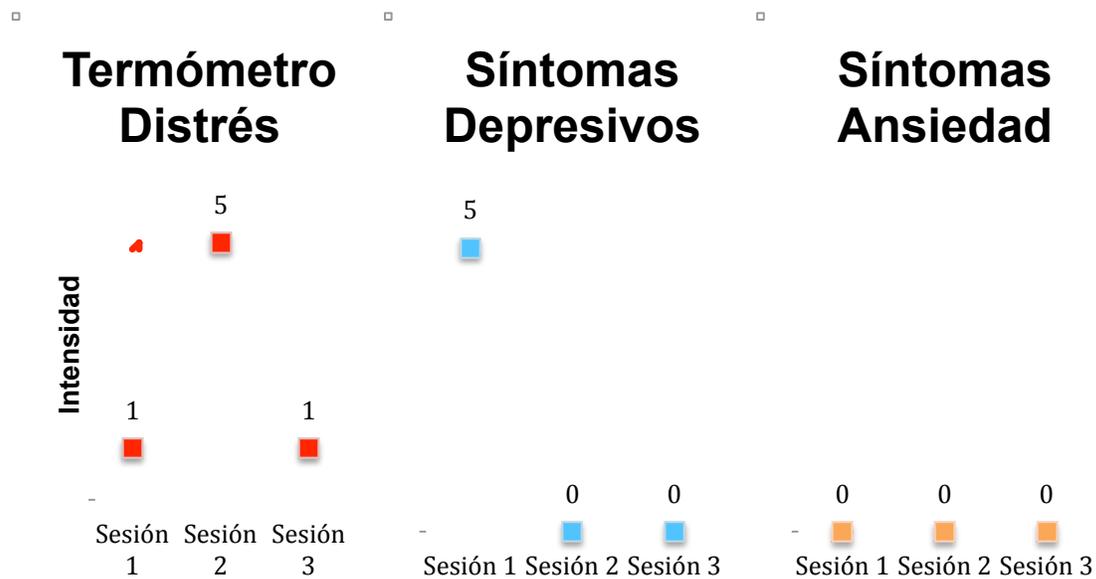


Figura 5. Puntajes del P1 durante el taller para las variables de distrés, sintomatología depresiva y ansiedad

Los principales temas abordados con el paciente hacían referencia a la pérdida de interés en las actividades de la vida diaria por la muerte de su pareja; dolor secundario a la enfermedad de base, el cual impedía la movilidad normal, y sentimientos de culpa por pensar que sus hijos “tenían que lidiar con toda esta situación” [sic.] y que *le gustaría volver a sonreír*.

Al final de la intervención el paciente declaró: “*Al entrar me sentía muy triste y sin ilusiones, pero después de ver al doctor, me siento muy bien, las sesiones me gustaron y me ayudaron mucho.*” [sic.]. Mencionó también que las actividades y ejercicios fueron fáciles en su totalidad, siendo “Camino a la Brújula” el ejercicio que percibe que más le benefició. Afirmó que ninguna sesión le causó algún malestar grave en su persona. Percibiéndose “*muchísimo*” mejor en su estado de ánimo y en su calidad de vida.

Como evaluación general del taller, el paciente 1 refirió estar satisfecho con el mismo y que lo recomendaría a otras personas, debido a que *“todos tenemos momentos difíciles”* [sic.].

Participante 2: BO

Paciente mujer de 66 años de edad, con residencia en la Ciudad de México. Diagnóstico de cirrosis hepática por virus de hepatitis C y hepato-carcinoma EC IV. Es referida al servicio de medicina conductual en el departamento de cuidados paliativos del Instituto por sintomatología depresiva asociada al pronóstico de la enfermedad. Menciona tener dificultades para comunicarse con sus hijas, quienes fungen como red primaria de apoyo y tenía un estado de ánimo bajo. Para esta paciente no fue posible contestar el Mini-cog, por lo que se cambió al Mini mental, debido a que contaba con pocos recursos cognitivos y desconocimiento de la lectura de un reloj análogo (criterio necesario para la aplicación del mini-cog). La paciente no presentó alteración en cognición, por lo que se procedió a exponerla al taller. Su puntuación fue: 1) PPS de 60%; 2) PaP score B y; 3) PPI <4.

Durante la evaluación inicial obtuvo un puntaje en Termómetro de distrés: 5/10; ESAS Depresión (ESAS-D): 3/10; ESAS Ansiedad (ESAS-A): 4/10. Mientras que en la evaluación después del taller, obtuvo los puntajes en Termómetro de distrés: 3/10; ESAS Depresión (ESAS-D): 0/10; ESAS Ansiedad (ESAS-A): 0/10. La Figura 6 muestra el cambio de las variables de estudio en la paciente 2 durante la intervención.

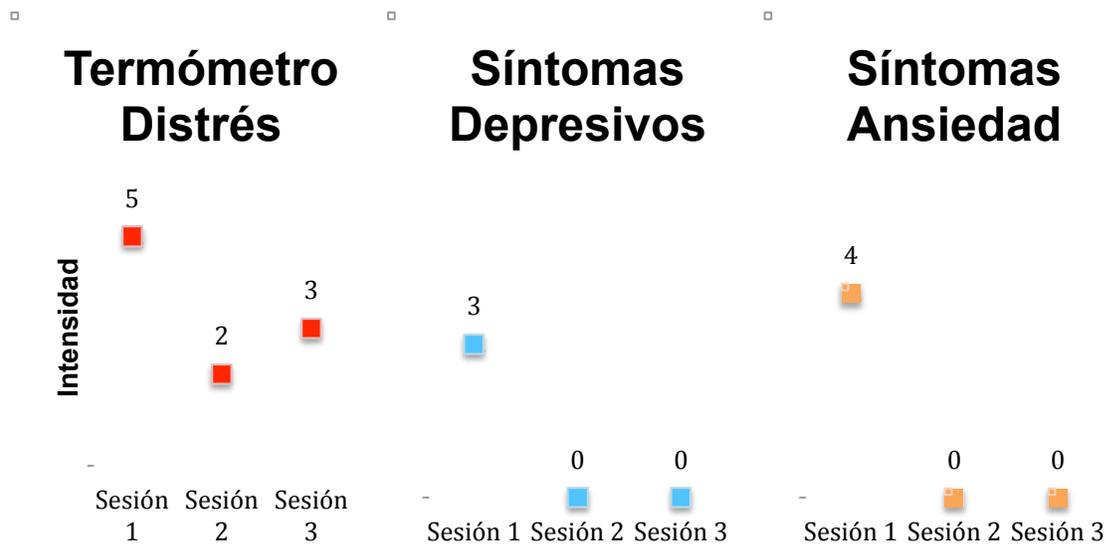


Fig. 6. Puntajes del P2 durante el taller para las variables de distrés, depresión y ansiedad

Los principales temas abordados con la paciente hacían referencia a la tristeza que sentía por la muerte de su madre, un año atrás; las discusiones que solían tener sus hijas cuando están en casa; sentimientos de culpa por dejarlas solas (tras su muerte); sentimientos de enojo aumentaban al estar en casa, pues *“no me dejan hacer nada”* [sic.]; pensamientos de ser una carga para su familia.

Al final de la intervención la paciente mencionó: *“el taller me ayudó a sentirme mejor y a poder comenzar a enfrentarme a mi realidad. Considero que las sesiones son adecuadas en cuanto a lo que duran.”* [sic.].

Mencionó también que, aunque las actividades y ejercicios fueron fáciles, los cuestionarios se le complicaron *“un poco”* por no poder comprender algunas preguntas. *“Hojas en el Arroyo”* fue el ejercicio percibido como el más benéfico. Refirió que ninguna sesión le causó algún malestar grave en su persona. Percibiéndose *“mucho”* mejor en su estado de ánimo y en su calidad de vida.

Como evaluación general del taller, la paciente 2 refirió estar satisfecha con el mismo y que quisiera se le continuara atendiendo de la misma manera. La paciente recomendaría el taller a otras personas, pues *“ayuda a cambiar la vida”* [sic.].

Participante 3: CH

Paciente mujer de 60 años de edad, con residencia en la Ciudad de México. Diagnóstico de cirrosis hepática VHC, CHILD B e hipertensión portal. Es referida al servicio de medicina conductual en el departamento de cuidados paliativos del Instituto por sintomatología ansiosa asociada al pronóstico de la enfermedad y a las limitadas oportunidades de tratamiento disponibles. Menciona tener una buena red social de apoyo, aunque estado de ánimo bajo, secundario al cansancio por la enfermedad terminal. Para esta paciente no fue posible contestar el Mini-cog, por lo que se cambió al Mini mental, esto debido a que la paciente contaba con baja escolaridad y desconocimiento de la lectura y escritura de un reloj análogo (criterio necesario para la aplicación del mini-cog). No se encontró alteración en la cognición, por lo que se procedió en la aplicación del taller. Su puntuación fue: 1) PPS de 90%; 2) PaP score A y; 3) PPI <4.

Durante la evaluación inicial obtuvo un puntaje en Termómetro de distrés: 10/10; ESAS Depresión (ESAS-D): 10/10; ESAS Ansiedad (ESAS-A): 8/10. Mientras que en la evaluación después del taller, obtuvo los puntajes en Termómetro de distrés: 0/10; ESAS Depresión (ESAS-D): 1/10; ESAS Ansiedad (ESAS-A): 0/10. La Figura 7 muestra el cambio de las variables de estudio en la paciente 3 durante la intervención.

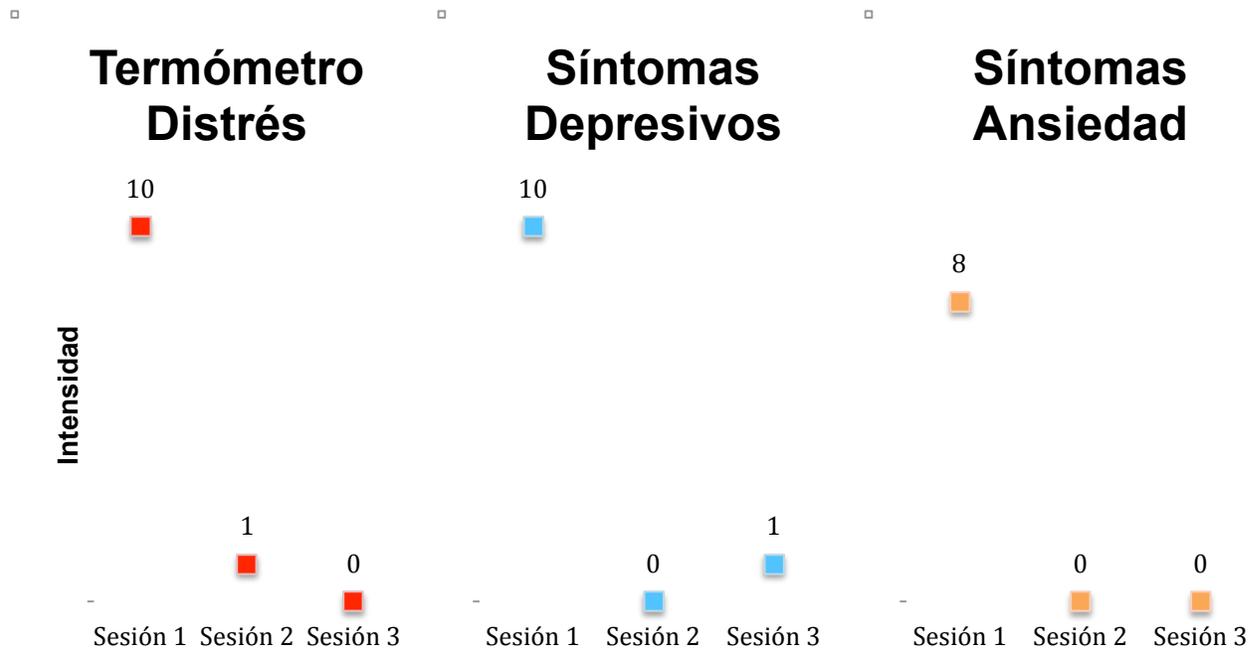


Figura 7. Puntajes del P3 durante el taller para las variables de distrés, depresión y ansiedad

Los principales temas abordados hacían referencia a la preocupación que tenía por las actividades que harían sus hijas después de que ella falleciera; sobre la incapacidad para sonreír, para decir lo que piensa y para expresar cariño a sus seres queridos.

Al final de la intervención la paciente mencionó: *“Me gustó, creo que ahora puedo estar más tranquila con mis hijas y mi familia”* [sic.]. Mencionó también que las actividades y ejercicios fueron fáciles en su totalidad, siendo *“Camino a la Brújula”* el ejercicio que percibe que más le benefició. Informó que ninguna sesión le causó algún malestar grave en su persona, sino que todas le beneficiaron; sin embargo, que son pocas sesiones y le gustaría que fuera más extenso. Percibiéndose *“mucho”* mejor en su estado de ánimo y en su calidad de vida.

Como evaluación general del taller, la paciente 3 refirió estar satisfecha con el mismo y que recomendaría a otras personas que participaran en él.

Participante 4: PD

Paciente hombre de 72 años de edad, con residencia en la Ciudad de México. Diagnóstico de mesotelioma maligno EC IV (irreseccable). Es referido al servicio de medicina conductual en el departamento de cuidados paliativos del Instituto por presencia de síntomas depresivos, pero contando con reporte de buen apoyo familiar. Puntuación de: 1) PPS de 80%; 2) PaP score A, y 3) PPI <4.

Durante la evaluación inicial obtuvo un puntaje en Termómetro de distrés: 8/10; ESAS Depresión (ESAS-D): 8/10; ESAS Ansiedad (ESAS-A): 0/10. Mientras que en la evaluación después del taller obtuvo los puntajes en Termómetro de distrés: 0/10; ESAS Depresión (ESAS-D): 0/10; ESAS Ansiedad (ESAS-A): 0/10. La Figura 8 muestra el cambio de las variables de estudio en el paciente 4 durante la intervención.

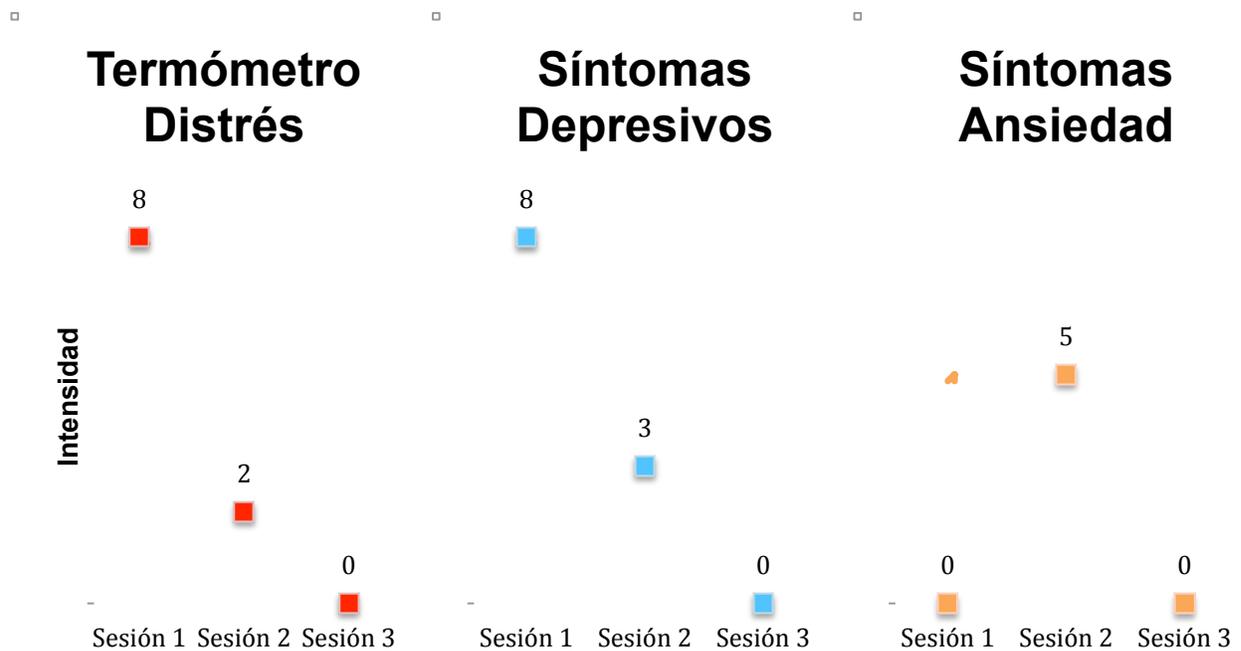


Figura 8. Puntajes del P4 durante el taller para las variables de distrés, depresión y ansiedad

Los principales temas abordados con el paciente hicieron referencia a la necesidad de encontrar una *luz y fuente de ánimo que encontraba normalmente en sus nietos*; sentirse mejor a pesar de su diagnóstico; establecer una relación de amistad y posiblemente de pareja con su ex pareja, quien lo ha apoyado durante el desarrollo de la enfermedad y recobrar relaciones con sus amistades (solía evitarlas), finalmente menciona una incapacidad percibida para poder pedir ayuda cuando lo necesitaba.

Al final de la intervención el paciente mencionó que el taller le ayudó “*a reencontrarme conmigo mismo*” [sic.]. Mencionó también que las actividades y ejercicios fueron fáciles en su totalidad, siendo “*Hojas en el Arroyo*” el ejercicio que percibe que más le benefició. Reportó que ninguna sesión le causó malestar grave en su persona. Percibiéndose

“mucho” mejor en su estado de ánimo y en su calidad de vida, pero también mencionó que hubiera preferido que el taller durara más sesiones.

Como evaluación general del taller, el paciente 4 refirió estar satisfecho con él mismo y que “sí la recomendaría. Me ayudó a perder miedos a poder conectarme conmigo mismo” [sic.].

Participante 5: JN

Paciente hombre de 77 años de edad, con residencia en la Ciudad de México. Diagnóstico de adenocarcinoma de recto moderadamente diferenciado EC IV y diabetes mellitus II. Es referido al servicio de medicina conductual en el departamento de cuidados paliativos del Instituto sin presentar sintomatología ansiosa o depresiva, pero cumpliendo los criterios de aceptación para ser participante del presente taller. El paciente menciona que cuenta con excelentes redes sociales de apoyo y estado de ánimo adecuado “a pesar de la enfermedad” [sic.]. Puntuación de: 1) PPS de 90%; 2) PaP score B y; 3) PPI >6.

Durante la evaluación inicial obtuvo un puntaje en Termómetro de distrés: 2/10; ESAS Depresión (ESAS-D): 0/10; ESAS Ansiedad (ESAS-A): 0/10. Mientras que en la evaluación después del taller obtuvo los puntajes en Termómetro de distrés: 1/10; ESAS Depresión (ESAS-D): 0/10; ESAS Ansiedad (ESAS-A): 0/10. La Figura 9 muestra el cambio de las variables de estudio en el paciente 5 durante la intervención.

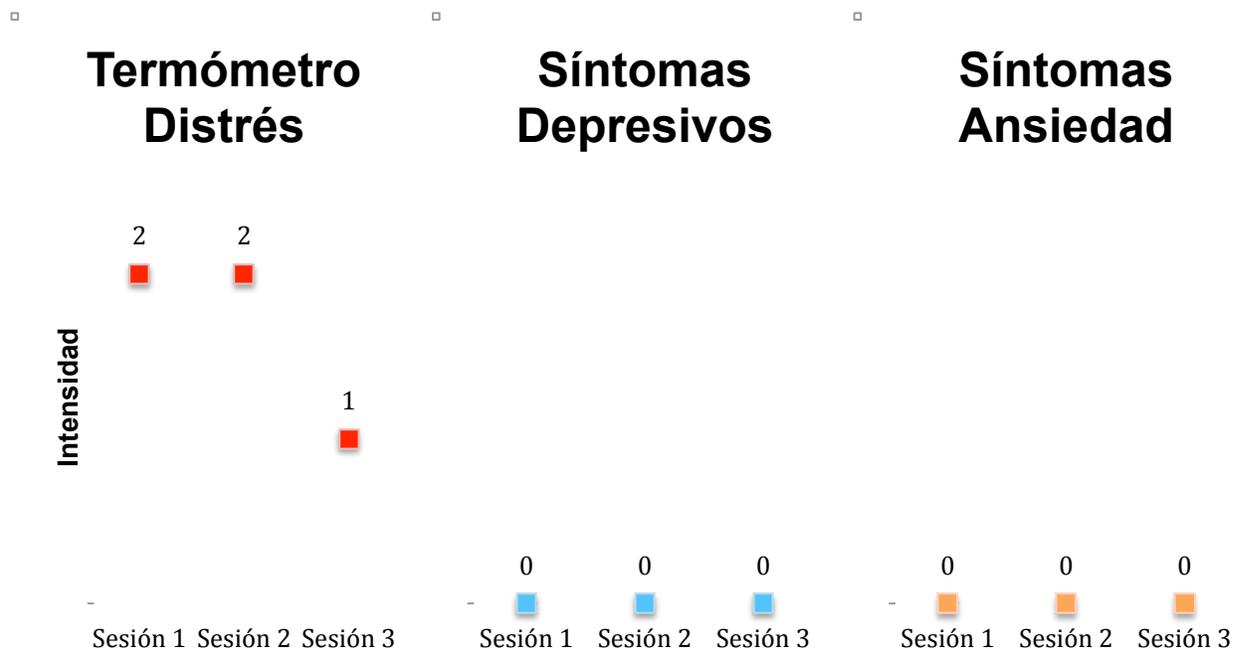


Fig. 9. Puntajes del P5 durante el taller para las variables de distrés, depresión y ansiedad

Los principales temas abordados con el paciente hacían referencia a los esfuerzos que estaba haciendo para eliminar las deudas que tiene y que no fueran una carga para su esposa, así como disfrutar tiempo con ella; al miedo que sentía por poder dejar a una de sus hijas sola y que ella se deprimiera por su fallecimiento y al sufrimiento antes de la muerte.

Al final de la intervención el paciente mencionó que el taller lo ayudó a *“ver un aspecto distinto de la vida, analizar cosas que nunca piensas; fue una guía muy buena”* [sic.]. Mencionó también que las actividades y ejercicios fueron fáciles en su totalidad, siendo *“Hojas en el Arroyo”* el ejercicio que percibe que más le benefició. Reportó que ninguna sesión le causó algún malestar grave en su persona. Percibiéndose *“mucho”* mejor en su estado de ánimo y en su calidad de vida.

Como evaluación general del taller, el paciente 5 refirió estar satisfecho con el mismo y que lo recomendaría a otras personas, pues *“no te puede hacer daño, es un espacio ligero, ayuda a enfrentar los problemas de la vida.”*

Me gustó mucho el enfrentamiento conmigo y el entorno. Sugerencia: ser más directo en cuanto la cuestión de salud” [sic].

Participante 6: TA

Paciente mujer de 79 años de edad, con residencia en la Ciudad de México. Diagnóstico de cáncer papilar de tiroides IV con metástasis a pulmón, diabetes mellitus II e hipertensión arterial sistémica. Es referida al servicio de medicina conductual en el departamento de cuidados paliativos del Instituto por reportar estrés, sin sintomatología depresiva clínicamente significativa. Puntuación en 1) PPS de 90%; 2) PaP score A y; 3) PPI <4.

Durante la evaluación inicial obtuvo un puntaje de: Termómetro de distrés: 7/10; ESAS Depresión (ESAS-D): 0/10; ESAS Ansiedad (ESAS-A): 0/10. Mientras que en la evaluación después del taller obtuvo los puntajes en Termómetro de distrés: 2/10; ESAS Depresión (ESAS-D): 0/10; ESAS Ansiedad (ESAS-A): 0/10. La Figura 10 muestra el cambio de las variables de estudio en la paciente 6 durante la intervención.

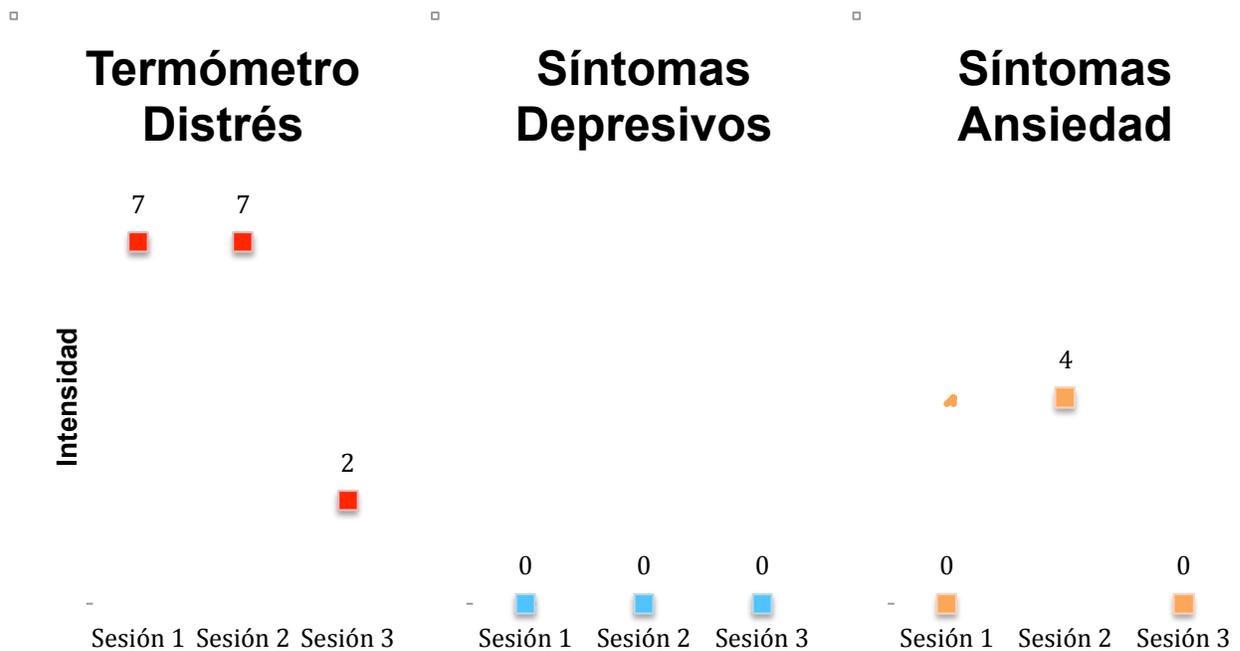


Figura 10. Puntajes del P6 durante el taller para las variables de distrés, depresión y ansiedad

Los principales temas abordados con la paciente hacían referencia a algunas preocupaciones de su enfermedad y al momento previo a su fallecimiento, a poder trascender de alguna manera en sus hijos, a saber, que ellos aprendieron algo de ella, recobrar las visitas que tenía en su iglesia y poder saber que su hija podría superar este momento.

Al final de la intervención la paciente mencionó que el taller le ayudó a “descubrir formas para salir de un problema y ver las cosas desde otra perspectiva” [sic.]. Mencionó también que las actividades y ejercicios fueron fáciles en su totalidad, siendo “Hojas en el Arroyo” el ejercicio que percibe que más le benefició, pues le permitió soltar pensamientos a los que se ataba. Reportó que ninguna sesión le causó algún malestar grave en su persona y que se sintió muy cómoda en las sesiones. Percibiéndose “muchísimo” mejor en su estado de ánimo y en su calidad de vida.

Como evaluación general del taller, la paciente 6 refirió estar satisfecha con el mismo y cuando se le preguntó si recomendaría el taller, ella mencionó que “sí. *Aprende uno cosas que no toma en cuenta del día a día*” [sic.]. También mencionó que le gustaría que fueran más sesiones, *mínimo 5*.

Participante 7: MP

Paciente mujer de 66 años de edad, con residencia en la Ciudad de México. Diagnóstico de hepatocarcinoma Barcelona D por cirrosis Child C (esteatohepatitis no alcohólica con hipertensión portal hemorrágica) y diabetes mellitus tipo II. Es referida al servicio de medicina conductual en el departamento de cuidados paliativos del Instituto por tener problemas de comunicación con sus familiares, que siempre se le han complicado. El médico de referencia menciona que tiene algunos problemas de adaptación, que la limitan para entender su enfermedad y ser más funcional. Puntuación en 1) PPS de 100%; 2) PaP score A y; 3) PPI <4.

Durante la evaluación inicial obtuvo un puntaje en Termómetro de distrés: 3/10; ESAS Depresión (ESAS-D): 0/10; ESAS Ansiedad (ESAS-A): 0/10. Después del taller obtuvo los puntajes de: Termómetro de distrés: 0/10; ESAS Depresión (ESAS-D): 0/10; ESAS Ansiedad (ESAS-A): 0/10. La Figura 11 muestra el cambio de las variables de estudio en la paciente 7 durante la intervención.

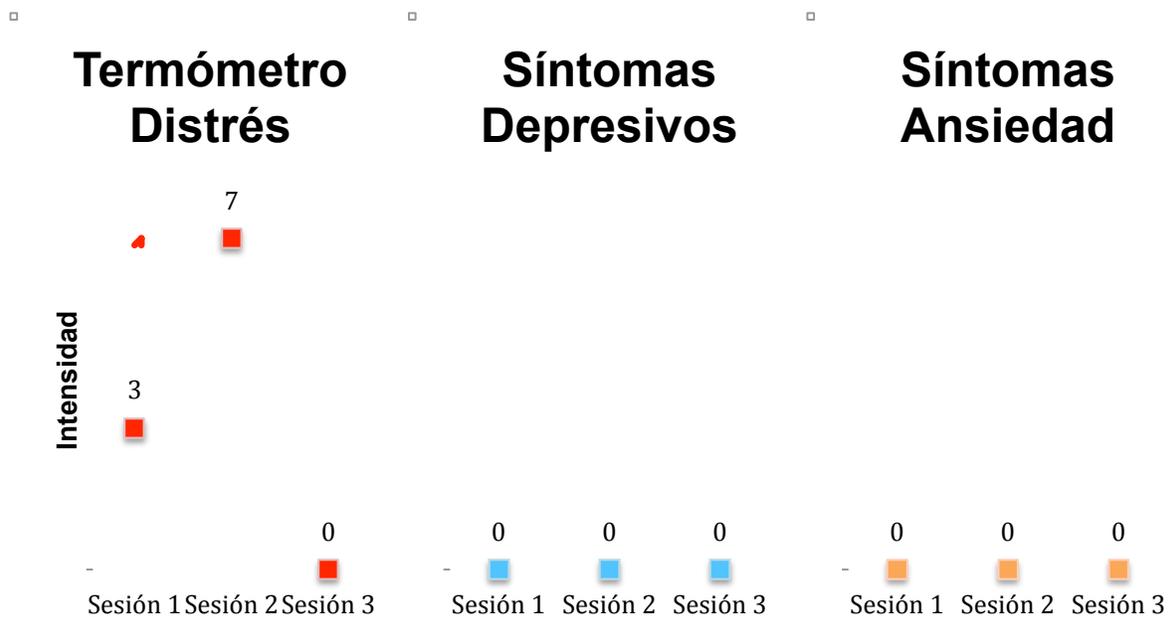


Figura 11. Puntajes del P7 durante el taller para las variables de distrés, depresión y ansiedad

Los principales temas abordados con la paciente hacían referencia a que ella mencionaba contar con un carácter explosivo de poco control, que la hacía ser firme con su familia; a pensar de forma rumiante algunos recuerdos de sus hermanos, quienes fallecieron antes que ella, la ponía triste y esperaba tener acceso a una muerte digna, lo cual incluía disminuir el daño psicológico del proceso de la muerte, así como “no actuar como una víctima” [sic.].

Al final de la intervención la paciente mencionó que el taller le ayudó “mucho, a encontrarme conmigo misma, aliviar frustraciones y a sentirme libre” [sic.]. Mencionó también que las actividades y ejercicios fueron fáciles en su totalidad, siendo “Hojas en el Arroyo” el ejercicio que percibe que más le benefició. Reportó que ninguna sesión le causó algún malestar grave en su persona. Percibiéndose “muchísimo” mejor en su estado de ánimo y en su calidad de vida.

Como evaluación general del taller, la paciente 6 refirió estar satisfecha con el mismo y cuando se le preguntó si recomendaría el taller, ella mencionó que *“sí, al 100%, en cualquier condición, no sólo en enfermedad, estas sesiones me parecen excelentes, quisiera poder seguir con más de ellas”* [sic.]. Finalizó agradeciendo y felicitando la ayuda, tiempo y atención.

Participante 8: SR

Paciente hombre de 72 años de edad, con residencia en la Ciudad de México. Diagnóstico de cáncer de páncreas irresecable, gota, hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo II, e hiperplasia prostática benigna. Es referido al servicio de medicina conductual en el departamento de cuidados paliativos del Instituto por sentimientos de inutilidad y desesperanza, siendo la enfermedad la principal causa de su cansancio. El médico que lo refiere menciona también que el paciente tiene síntomas depresivos que el propio paciente no puede reconocer; sin embargo, que conserva la funcionalidad en sus propias limitaciones. Puntuación de: 1) PPS de 80%; 2) PaP score A y; 3) PPI <4.

Durante la evaluación inicial obtuvo un puntaje en Termómetro de distrés: 6/10; ESAS Depresión (ESAS-D): 6/10; ESAS Ansiedad (ESAS-A): 5/10. Los datos de la evaluación final no se pudieron obtener debido a que el paciente falleció en el intermedio de la sesión 1 y la 2.

Los principales temas abordados con el paciente hacían referencia a su incapacidad para moverse; su falta de apetito, así como la tristeza que eso le causaba y sentir que sufre porque depende de su familia cuando antes él era el proveedor económico principal.

Participante 9: CS

Paciente hombre de 68 años de edad, con residencia en la Ciudad de México. Diagnóstico de cáncer de páncreas EC IV (adenopatías no regionales), estenosis pilórica, oclusión intestinal maligna y colangitis

asociada a cuidados de la salud. Es referido al servicio de medicina conductual en el departamento de cuidados paliativos del Instituto por sintomatología depresiva asociada al pronóstico de la enfermedad; sin embargo, conserva buen estado de ánimo con respecto a satisfacción con su vida y sus relaciones con otras personas. Puntuación de: 1) PPS de 40%; 2) PaP score A y; 3) PPI <4.

Durante la evaluación inicial obtuvo un puntaje en Termómetro de distrés: 0/10; ESAS Depresión (ESAS-D): 0/10; ESAS Ansiedad (ESAS-A): 0/10. Los datos de la evaluación final no se pudieron obtener debido a que el paciente falleció en el intermedio de la sesión 1 y la 2.

El paciente mencionó estar completamente satisfecho con su vida, su familia y relaciones, mencionando que únicamente tiene dudas que corresponden a la evolución de su enfermedad y pronóstico.

Participante 10: EM

Paciente mujer de 72 años de edad, con residencia en la Ciudad de México. Diagnóstico de colangio-carcinoma intra-hepático EC IV (pulmonar no medible y hepática). Es referida al servicio de medicina conductual en el departamento de cuidados paliativos del Instituto por cumplir con los criterios de inclusión y aceptar participar en el estudio. Puntuación de: 1) PPS de 100%; 2) PaP score A y; 3) PPI <4.

Durante la evaluación inicial obtuvo un puntaje en Termómetro de distrés: 1/10; ESAS Depresión (ESAS-D): 0/10; ESAS Ansiedad (ESAS-A): 3/10. En la evaluación después del taller obtuvo los puntajes en Termómetro de distrés: 0/10; ESAS Depresión (ESAS-D): 0/10; ESAS Ansiedad (ESAS-A): 0/10. En la Figura 12 podemos observar el cambio de las variables de estudio en la paciente 10 durante la intervención.

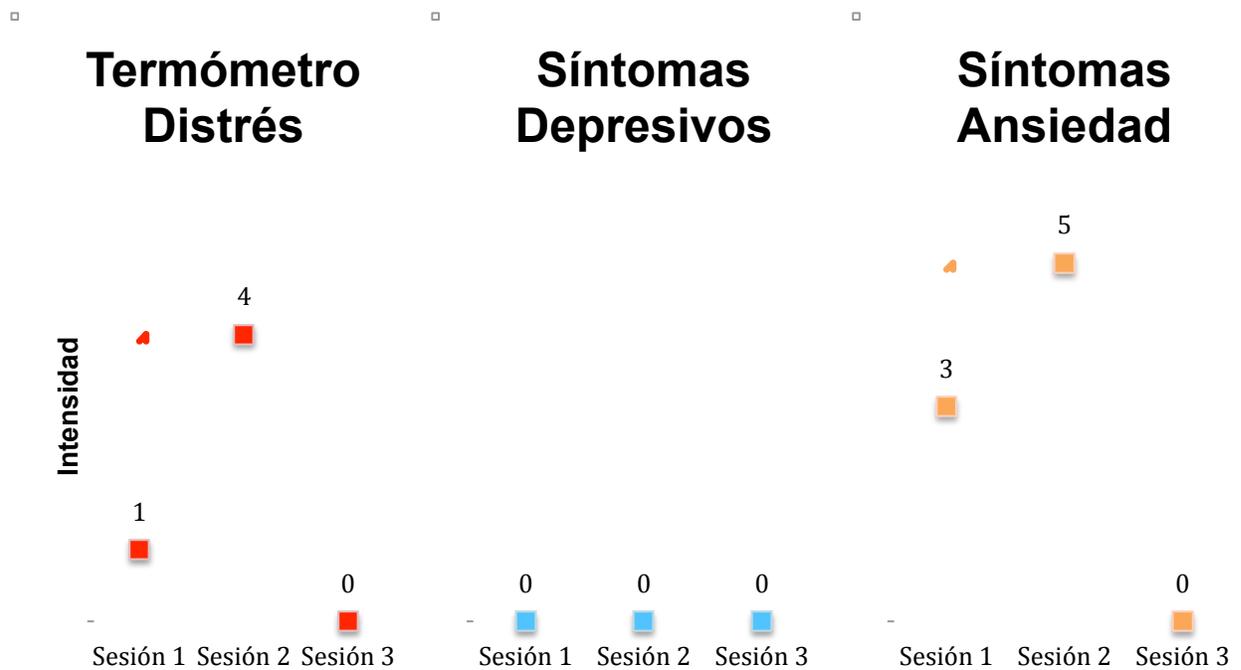


Figura 12. Puntajes del P10 durante el taller para las variables de distrés, depresión y ansiedad

Los principales temas abordados con la paciente hacían referencia a una preocupación por la relación de su hija en su matrimonio, poder continuar realizando actividades relacionadas con sus creencias religiosas y la exigencia que ejerce sobre su hijo, pues menciona que le pide cosas que él no necesariamente requiere cumplir.

Al final de la intervención la paciente mencionó que se sentía “*con mucha paz y tranquilidad*” [sic.]. Mencionó también que las actividades y ejercicios fueron fáciles en su totalidad y que ninguna de ellas le dio más beneficio que otra, sino que todas fueron excelentes. Reportó que ninguna sesión le causó algún malestar grave en su persona. Percibiéndose “*muchísimo*” mejor en su estado de ánimo y en su calidad de vida.

Como evaluación general del taller, la paciente 10 refirió estar satisfecha con el mismo y que lo recomendaría a otras personas, pues

“ayuda a liberar cuestiones personales y familiares, sentí que me brindó mucha confianza, espero que más personas tengan acceso a este tipo de terapia” [sic.]. La paciente sugirió que las sesiones estuvieron *“muy bien”*, pero que le gustaría que aumentaran en número, pues en frecuencia y duración le parecieron adecuadas.

Participante 11: SB

Paciente mujer de 63 años de edad, con residencia en la Ciudad de México. Diagnóstico de colangio-carcinoma intra-hepático EC IV y enfermedad pulmonar. Ella solicita el servicio de medicina conductual en el departamento de cuidados paliativos del Instituto por haberse enterado del taller de nuestro protocolo. Tenía una puntuación de: 1) PPS de 100%; 2) PaP score A y; 3) PPI <4.

Durante la evaluación inicial obtuvo un puntaje en Termómetro de distrés: 0/10; ESAS Depresión (ESAS-D): 0/10; ESAS Ansiedad (ESAS-A): 0/10. Después del taller obtuvo los puntajes de: Termómetro de distrés: 0/10; ESAS Depresión (ESAS-D): 0/10; ESAS Ansiedad (ESAS-A): 0/10. En la Figura 13 podemos observar los datos de las variables de estudio en el paciente 11 durante la intervención.

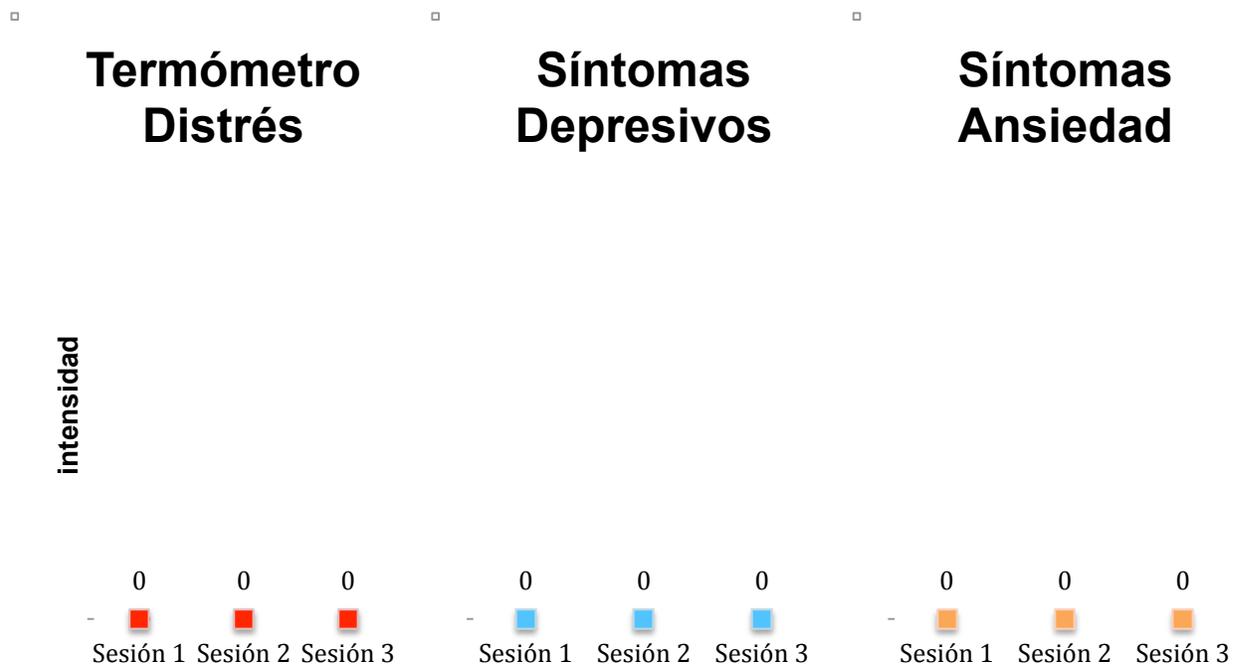


Figura 13. Puntajes del P11 durante el taller para las variables de distrés, depresión y ansiedad

Los principales temas abordados con la paciente hacían referencia a la preocupación de que sus hijos hablen con ella, se desahoguen y confíen que todo estará bien, así como, la atención a la preocupación de quien se hará cargo del cuidado de su nieto.

Al final de la intervención la paciente mencionó que el taller la ayudó *“en mi vida familiar, personal. Todo bien, me ayudó mucho.”* [sic.].

Mencionó también que las actividades y ejercicios fueron fáciles en su totalidad, sin tener preferencia por alguna de las actividades. Reportó que ninguna sesión le causó algún malestar grave en su persona.

Percibiéndose *“muchísimo”* mejor en su estado de ánimo y *“mucho”* mejor en su calidad de vida.

Como evaluación general del taller, la paciente 11 refirió estar satisfecha con el mismo y que lo recomendaría a otras personas, por *“si tienen algún problema, puede ayudar”* [sic.].

Resultados de grupo: Aceptación, Distrés y Depresión

A continuación, se muestran los datos agrupados para la variable aceptación (Figura 14) en el pre y post tratamiento para cada paciente.

En la variable aceptación 7 de los 11 pacientes obtuvieron un puntaje menor en el AAQ-II en el post tratamiento, lo cual indicaría un mejor nivel de aceptación. El participante 11 (P11) no mostró cambio entre el pre y post, el participante 7 (P7) incrementó su puntaje en el post tratamiento, lo que indica un nivel de aceptación peor que en el inicio y dos de los pacientes (P8 y P9) fallecieron entre la sesión uno y dos del taller. Todos los pacientes excepto el P7 finalizaron el taller con puntajes menores a 28 puntos en el AAQ-II (adecuada aceptación).

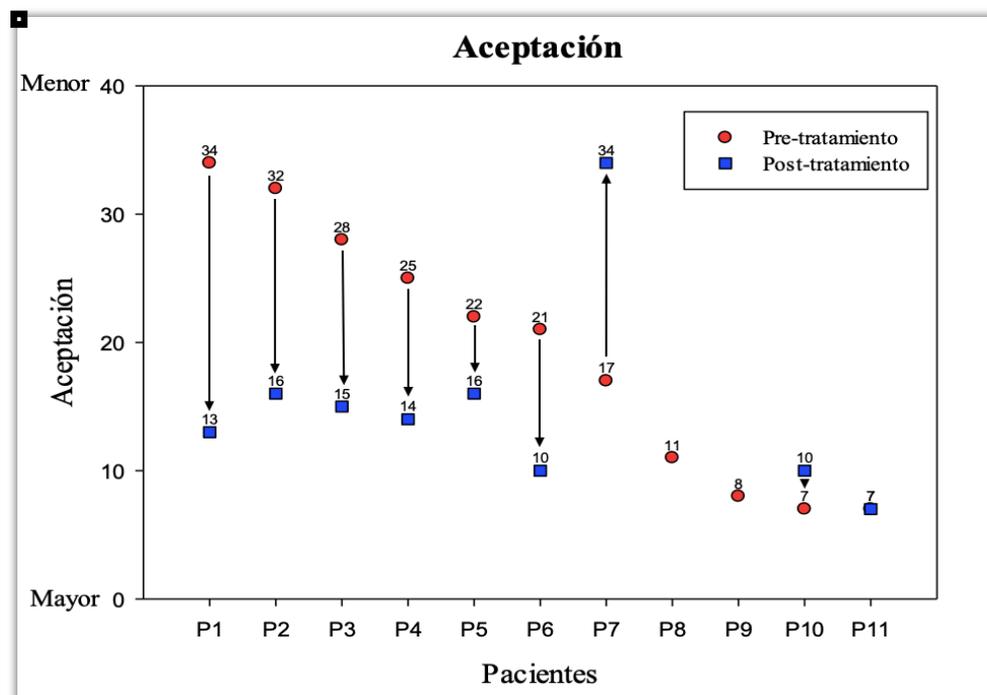


Figura 14. Aceptación pre y post tratamiento para cada paciente.

La Figura 15 muestra los puntajes de todos los participantes en la variable distrés. Seis pacientes disminuyeron el nivel percibido y reportado de distrés, dos pacientes no cambiaron (P1 y P11) y los

participantes 8 y 9 fallecieron entre la sesión uno y dos del taller. Todos los participantes al final del taller puntuaron igual o menor a 3/10 lo que indicaría un nivel no clínicamente significativo.

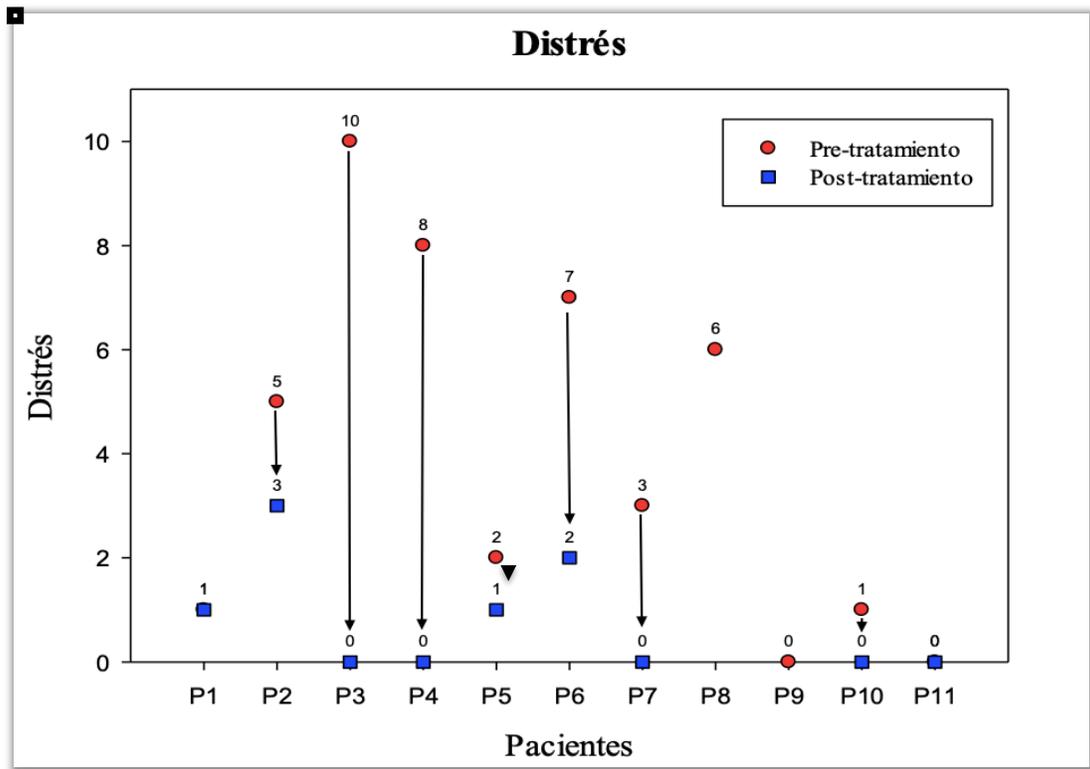


Figura 15. Distrés pre y post tratamiento para cada paciente.

La Figura 16 muestra los puntajes del grupo de participantes para la variable sintomatología depresiva. Cuatro de los pacientes reportaron un valor menor de síntomas depresivos con respecto al reportado en la primera sesión del taller. Y todos los pacientes al finalizar el taller reportaron un valor menor o igual a 1/10, donde 0 se puede considerar la ausencia clínica de esta variable.

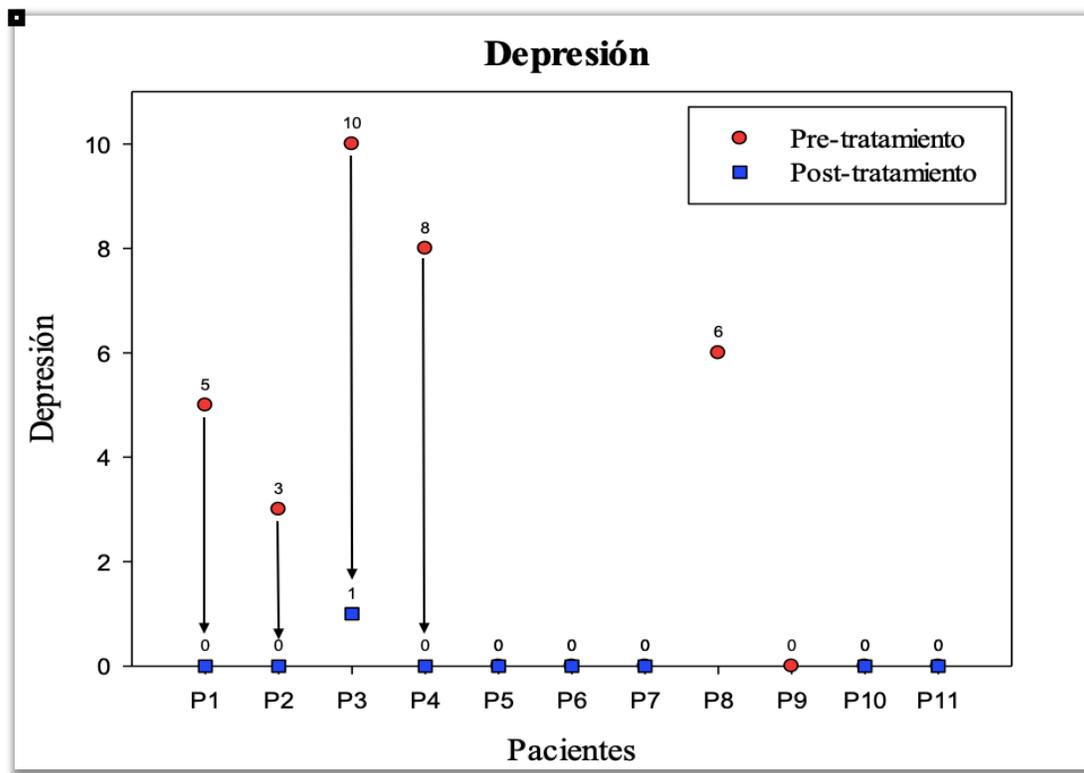


Figura 16. Sintomatología epresivia antes y después del tratamiento para cada paciente.

Descripción de las variables en términos de cambio clínico

Para identificar si el taller breve tuvo un efecto en las variables objetivo, se utilizó el criterio de Cardiel (1994). A continuación en la Tabla 6 se muestran los valores de cada paciente al inicio y al final del taller. Es importante mencionar que se busca una reducción en los puntajes obtenidos en todas las variables dependientes (aceptación, distrés, depresión y ansiedad).

Para esta tabla sólo se incluyen 9 de los 11 pacientes, debido a que 2 de los pacientes fallecieron por lo que no se pudo registrar su cambio clínico. En todas las variables hubo cambios positivos; aunque en la variable *aceptación* es donde hubo mayor variabilidad de los datos y algunos empeoramientos significativos (pacientes 7 y 10).

Tabla 6. Puntuaciones crudas por participante y porcentaje de cambio clínico

Paciente	Aceptación			Distrés			Depresión reportada			Ansiedad reportada		
	pre	post	CCO	pre	post	CCO	pre	post	CCO	pre	post	CCO
1	34	13	-62%*	1	1	0%	5	0	-100%*	0	0	0%
2	32	16	-50%*	5	3	-40%*	3	0	-100%*	4	0	-100%*
3	28	15	-46%*	10	0	-100%*	10	1	-90%*	8	0	-100%*
4	25	14	-44%*	8	0	-100%*	8	0	-100%*	0	0	0%
5	22	16	-27%*	2	1	-50%*	0	0	0%	0	0	0%
6	21	10	-52%*	7	2	-71%*	0	0	0%	0	0	0%
7	17	34	100%*	3	0	-100%*	0	0	0%	0	0	0%
10	7	10	43%*	1	0	-100%*	0	0	0%	3	0	-100%*
11	7	7	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%

Nota: Los datos con signo negativo indican mejoría. Sólo se incluyen los pacientes que cuentan con los datos de pre-post. CCO= Cambio Clínico Obejtivo de Cardiel / * = cambio clínico significativo > 20%

La tabla 7 muestra los resultados de forma grupal. La mayor parte de los participantes mejoraron más del 20% en las variables de aceptación y distrés con respecto a su punto inicial. No así para sintomatología depresiva y ansiosa, en que la mayoría de participantes permanecieron con poco o ningún cambio. Sin embargo, es de destacarse que en este último grupo, todos los participantes se encontraban en 0 como valor inicial.

En cuanto a empeoramiento, éste se presentó únicamente en la variable Aceptación, pero en uno de los participantes que empeoraron el puntaje no fue significativo, es decir, el puntaje representativo de no-aceptación es 28, uno de los pacientes que empeoró, tenía un puntaje de 7 y aumentó a 10.

Tabla 7. Frecuencia absoluta y porcentaje de cambio clínico del grupo piloto

Variable	Mejoró >20%		Permaneció igual <20%		Empeoró >20%	
	Fx. Abs	%	Fx. Abs	%	Fx. Abs	%
Aceptación	6	67	1	11	2	22
Distrés	7	78	2	22	0	0
Depresión reportada	4	44	5	56	0	0
Ansiedad reportada	3	33	6	67	0	0

Nota: N=9, debido a que dos de los pacientes fallecieron.

Resultados de viabilidad

Para la **aceptabilidad** (reacción o respuesta de todos los involucrados a la intervención) se tomaron en cuenta las preguntas 10 y 11 del cuestionario de satisfacción (véase el Anexo 4). El 100% de los pacientes respondieron que lo encuentran como una opción viable que los satisfizo y lo recomendarían (Tabla 8).

En cuanto a la **implementación** (llevar a cabo la intervención según la planificación y propuestas), se tomaron en cuenta los formatos de integridad del tratamiento (véase el Anexo 3), donde se obtuvo más del 95% de nivel de integridad por sesión, es decir, de todos los aspectos que debía cubrirse en la sesión 1, se cubrieron el 98%, en la sesión 2, el 99% y para la sesión 3, el 99% (Tabla 8).

Para **practicidad** (llevar a cabo la intervención cuando existe alguna dificultad o restricción) se tomaron en cuenta dos aspectos. En primer lugar las preguntas 2, 3, 6 y 8 del cuestionario de satisfacción (véase el Anexo 4). De forma general, se obtuvo un porcentaje de 98.41% de practicidad (véase la Tabla 8). De forma específica (por cada pregunta, véase la Tabla 9), se obtuvo para duración frecuencia y contenido un nivel de acuerdo del 100%, es decir, todos los pacientes respondieron

que fueron idóneas; para contenido y extensión de los cuestionarios un nivel de acuerdo de 100%, todos los pacientes mencionaron que fueron adecuados; para un nivel de malestar generado, el 100% de los pacientes mencionaron que no les causó malestar alguno y para el nivel de dificultad se dividieron las actividades en acudir a las citas, responder a los cuestionarios, realizar las estrategias de intervención y mantener la atención, donde todas fueron fáciles para el 100% de los pacientes, excepto para responder los cuestionarios, donde un paciente mencionó que le fue difícil (11.11%).

Para el segundo rubro de la variable practicidad, se consideró el número de pacientes que completaron el taller y las razones que los pacientes comentaron al respecto como que les ayudó a completarlo. Se consideraba práctico y viable si este número era igual o mayor al 80% de los participantes. Al final del taller fueron 9 (81.81%) pacientes quienes completaron el taller y 2 (18.19%) no. A pesar de que los pacientes que no completaron el taller, se cumplió con el criterio de viabilidad (Tabla 9).

Tabla 8. Variables de viabilidad del taller

Variable	Pacientes	Porcentaje
Aceptabilidad	9	100%
Practicidad	9	98.41%
	Porcentaje de cumplimiento	
	Sesión 1	Sesión 2
Implementación	98%	99%
	Sesión 3	99%

Nota: Para el criterio de implementación se muestran los porcentajes de las tablas de "Integridad del tratamiento" (véase el Anexo 3).

Finalmente, para la variable de **adaptación** (realizar cambios a la intervención para que fuesen apropiados para la situación), se realizó sólo un cambio al protocolo y únicamente para dos pacientes: la realización del Mini mental, en lugar del mini-cog para la evaluación

de las funciones cognitivas, debido a que no conocían algunos reactivos del mini-cog.

Tabla 9. Frecuencia de pacientes que contestaron los componentes de la variable de viabilidad: Practicidad

Componente	Adecuado (%)	No adecuado (%)	
Duración, frecuencia y contenido de las sesiones	9 (100%)	0 (0%)	
Contenido y extensión de los cuestionarios	9 (100%)	0 (0%)	
Malestar generado por las sesiones	Presente (%) 0 (0%)	Ausente (%) 9 (100%)	
	Nivel de dificultad		
	Fácil (%)	Difícil (%)	Imposible (%)
Acudir a las citas	9 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Responder cuestionarios	8 (88.89%)	1 (11.11%)	0 (0%)
Realizar estrategias	9 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Mantener la atención	9 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
	Completaron (%)	No completaron (%)	
Pacientes que completaron el taller	9 (81.81)	2 (18.19)	

Discusión

El objetivo del presente trabajo fue determinar la viabilidad de un taller piloto psico-educativo basado en ACT que identifique y atienda los factores psicológicos causantes de distrés en el paciente referido por primera vez a la clínica de cuidados paliativos.

Los resultados obtenidos muestran que la adaptación de las técnicas, los recursos y el tiempo son viables en el taller propuesto como prueba piloto y mostraron eficacia clínica. Por otro lado, las variables psicológicas sintomatología depresiva y ansiosa y distrés mejoraron con niveles post-prueba que, al final, no indican un “síntoma preocupante” (puntaje mayor a 4 en escala de 11 puntos). En cuanto a aceptación, la mayor parte de los pacientes manifestaron significativamente buen nivel de aceptación al finalizar el taller.

En las recomendaciones creadas para estudios de intervención psicológica, se sugiere realizar pruebas piloto (Sampieri, 2006; Bowen, 2009; Thabane, 2010), de tal forma que éstas contribuyan como un primer acercamiento a la variable de estudio y, muestren de cierta forma, como se comporta una variable dependiente ante una determinada combinación de variables independientes.

Para el presente estudio, se buscó crear un programa que respondiera a las necesidades de una población en específico (distrés, ansiedad, depresión y aceptación): personas referidas a una unidad de cuidados paliativos (Krikorian y Limonero, 2012; von Blanckenburg, y Leppin, 2018).

El presente trabajo mostró ser una primera aproximación útil a la búsqueda de la sistematización de un protocolo de intervención que

considere las principales limitaciones de la población en cuidados paliativos, desde la óptica de la ACT. Forma parte de la evidencia actual que apoya el efecto de las intervenciones psicosociales en pacientes con cáncer sobre la reducción del distrés emocional, ansiedad, sentimientos de pérdida de control (Pasacreta y Pickett, 1998; Wilson et al., 2004).

La estructura y contenido del manual de intervención del presente trabajo permitió conocer la perspectiva de la vida del paciente, ordenar las situaciones, emociones o conductas que causan distrés emocional, y evitar que la persona se acerque a actuar y comportarse con base en valores personales que sólo le hacen sufrir. Esta posibilidad ya se había mencionado en la literatura de investigación como algo altamente probable (Pasacreta y Pickett, 1998). En general y de manera consistente, a menor percepción de calidad de vida habrá mayor distrés emocional, al igual que en el presente estudio se observó también en pacientes con sintomatología depresiva alta.

Es de destacarse que cuando se trabajaba con los participantes la propuesta de acciones basadas en valores (sesión 2) en las personas con alta sintomatología depresiva ésta disminuía de forma drástica. Las personas con baja sintomatología depresiva mencionaban reducción del síntoma y en ninguna ocasión hubo un reporte de aumento.

Estos resultados apuntan a que la paliación de síntomas, como los depresivos, puede atenderse de forma rápida y, en ocasiones, urgente. No atenderlos puede deteriorar la calidad de vida y aumentar el sufrimiento de los pacientes (McPherson, y Addington-Hall, 2004; Polo y Díaz, 2011; Chambers et al., 2014; Davis, Deane & Lyons, 2014; Fashler, Weinrib, Azam & Katz, 2017).

Prácticamente todos los pacientes mejoraron en los síntomas como depresión mostrando mejorías clínicas significativas, que también se reflejaron de forma cualitativa en el cuestionario de satisfacción. La ansiedad no se redujo de una manera tan importante como la sintomatología depresiva. Si bien los resultados no se redujeron a un nivel de práctica “inexistencia” sus niveles frecuentemente mostraron alguna reducción. El contexto de los padecimientos de los pacientes y el hecho de haber mostrado niveles iniciales bajos y tratarse de etapas terminales la dificultad para reducir la ansiedad podría quizá ser comprensible.

En efecto, los pacientes con mayor grado de ansiedad redujeron sus niveles de manera clínicamente importante, reflejando que las estrategias utilizadas por el taller tienen un impacto también en la ansiedad.

La técnica de Hojas en el Arroyo (véase el Anexo 5), una técnica de afrontamiento en ACT resultó la más útil según todos los pacientes. Esto concuerda con el estudio de Nipp y sus colaboradores (2016), quienes evaluaron la relación entre el uso de estrategias de afrontamiento y estrategias de aceptación con el grado de calidad de vida en pacientes con cáncer terminal. Los pacientes que usaban las estrategias de aceptación reportaban mejor calidad de vida mientras que los que usaban otro tipo de estrategias tales como culparse a sí mismos o negar las situaciones, se asociaron con menor calidad de vida.

La variable distrés es una de las más importantes en cuidados paliativos, debido a que se ha llegado a reportar como síntoma grave hasta en 77% de pacientes diagnosticados con enfermedad terminal y que se ha asociado inversamente con la calidad de vida debido a la incertidumbre del pronóstico y la integración cognitiva de la

enfermedad terminal (Constantini et al., 2015; Gramling et al., 2017; Liao, Liao, Sun, Ko y Yu, 2017).

El presente estudio abordó el distrés como variable objetivo y el termómetro de distrés como instrumento de medición. Desde la primera sesión se identificaban problemáticas y la ineficacia de los intentos de solución actual (desesperanza creativa en ACT). Asimismo la técnica “camino a la brújula” ayudó a los pacientes a notar que sus problemas podían organizarse y comenzar a solucionarse, lo cual a su vez se asoció con menos distrés.

Otros tres tópicos muy frecuentes en el contexto de las personas con cáncer son las nociones de que: 1) el proceso es único; 2) las redes sociales y de apoyo son medulares y 3) también lo es la forma en que el sector salud interviene en su caso (García-Rueda y colaboradores, 2016). Los hallazgos en el presente estudio confirmaron la relevancia de ese señalamiento ya que siete de los nueve pacientes tuvieron una reducción en depresión mayor al 20% en comparación con sus niveles iniciales.

La reducción del distrés en los pacientes del presente estudio concordó con un aumento en la percepción de la calidad de vida como señalan otros estudios (Constantini et al., 2015; García-Rueda et al., 2016; Nipp et al., 2016; Gramling et al., 2017; Liao, Liao, Sun, Ko y Yu, 2017; Roberts, 2017). En efecto, tres pacientes afirmaron que el taller mejoró “muchísimo” su calidad de vida, y los otros 6, que la había mejorado “mucho”.

Con respecto al estado de ánimo cuatro participantes, mencionaron que el taller los ayudó “muchísimo” a mantener un estado de ánimo agradable, mientras que el resto mencionó que los ayudó “mucho”.

Tres de los pacientes mostraron niveles relativamente altos de aceptación, el resto tenía puntajes más bajos que el punto de corte. Según Davis y sus colaboradores (2017) el método usado por ACT, no se basa en la eliminación o disminución de los síntomas (depresivos, ansiosos, etc.), sino que busca el aumento de conductas basadas en valores y estados de atención que permitan la observación de mejores estados anímicos y faciliten estrategias reduzcan su impacto y puedan elegir conductas a realizar. Es decir, ACT no busca disminuir los pensamientos depresivos, sino que el paciente aprenda a observarlos y a determinar que estos no dirigen su conducta, sino que es capaz de atender a otros aspectos (valores) de su vida y que esto le da directrices de vida que lo hagan comprometerse con lo que le es importante.

Aunque el objetivo clínico no es disminuir los síntomas distresantes, esto ocurre muy a menudo, pues al hacer conductas gratificantes y basadas en valores, el paciente aprende a disminuir síntomas que antes de ACT le causaban sufrimiento.

Seis de los nueve pacientes mejoraron su aceptación después del tratamiento incluyendo los que mostraban notoriamente poca aceptación. La única paciente que no mejoró tenía una aceptación alta desde el principio y así se comportaba clínicamente (realizaba conductas saludables basadas en valores).

Dos pacientes empeoraron en la aceptación de los síntomas. En uno de esos casos, su experiencia y sus conductas no correspondían a esta falta de aceptación, todo lo contrario, mostraba conductas de apertura a cualquier experiencia, por lo que es muy probable que sus niveles se asocien a una falta de comprensión del instrumento, más que a una falta en la aceptación de las situaciones y contexto donde se desenvolvía, como han sugerido algunos autores (Montesinos, 2019).

En el otro caso el nivel de aceptación fue adecuado al observar otras variables (distrés y ansiedad disminuyeron) y la paciente afirmó estar satisfecha y calificó al taller como útil.

El presente estudio muestra una tendencia frecuente en la aplicación de ACT: un aumento en la aceptación, disminución de la depresión ansiedad y distrés emocional. En efecto, varios estudios respaldan la correlación positiva entre la aceptación, la calidad de vida y flexibilidad psicológica (vitalidad, sentido de vida y de control) en pacientes al final de la vida (Chambers et al., 2014; Mohabbat-Bahar, Maleki-Rizi, Akbari y Moradi-Joo, 2015) y una correlación negativa entre aceptación y síntomas depresivos, distrés emocional y ansiedad (Fashler, Weinrib, Azam y Katz, 2017).

Por un lado, todas las variables trabajadas en el taller tuvieron una mejoría significativa. Por otro lado, los pacientes que no reportaron alguno de los síntomas psicológicos del taller, no se ven afectados negativamente por el taller, es decir, al final del taller no reportaron niveles de intensidad más alto de depresión, distrés o ansiedad. Por lo que el taller no implica un riesgo para ellos.

El taller de intervención breve para el paciente de primera vez en cuidados paliativos es una opción para pacientes que se enfrentan a situaciones psicológicas y sociales urgentes y percibidas como graves; justo como lo mencionan las guías de atención para los pacientes en cuidados paliativos (Twycross, 2003; American Society of Clinical Oncology, 2017; Consejo de Salubridad General, 2018).

El taller resultó viable y aceptable en implementación, practicidad y adaptación. Se calificó como recomendable y de buena calidad en cuanto a atención, contenido y densidad de las sesiones por todos los pacientes. Además, se llevó a cabo según los puntos planteados en el

manual (Ver Anexo 1). Casi el 100% de lo registrado por un observador externo nos asegura la integridad del tratamiento. En cuanto a practicidad, ningún paciente, observador o terapeuta mencionó alguna complicación. Únicamente en cuanto a la adaptación, algunos pacientes no pudieron realizar el mini-cog, instrumento propuesto para la medición del estado cognitivo, por lo que se cambió (para ellos) al mini mental que, aunque requiere un poco más de tiempo para su aplicación, permitió evaluar el estado cognitivo y determinar si el paciente podía beneficiarse de la sesión. Cambiar el instrumento no alteró los tiempos de los procedimientos, por lo que puede ser una opción factible para integrar a un protocolo más amplio.

Lo anterior nos muestra que se cumplieron con los criterios propuestos por Bowen y sus colaboradores (2009) y el taller psico-educativo para el paciente de primera vez en cuidados paliativos es viable para su aplicación a una población representativa.

Sugerencias para estudios futuros

Aunque el diseño pre experimental tiene algunas limitaciones para el establecimiento de relaciones entre variables, el presente trabajo muestra fortalezas, en el sentido de que se trata de la prueba inicial de la aplicación sistemática del tratamiento a probar, las mediciones propuestas y la viabilidad del mismo. Sería conveniente que estudios similares en el futuro logaran usar diseños experimentales más robustos.

Como en muchas otras investigaciones, instrumentar intervenciones psicológicas en pacientes con comorbilidades físicas y emocionales es complicado, especialmente en fases terminales. Los pacientes del presente estudio no se parecían en nivel educativo, económico, familiar

etc. Realizar una intervención adecuada para la mayor parte de los pacientes se vuelve una limitante. Se recomienda que más que diseñar actividades estrictamente basadas en técnicas específicas, se basen en conceptos y variables a abordar, en función de las condiciones individuales, familiares y médicas del paciente, de tal manera que se trabaje sobre conceptos aplicables a otros pacientes.

En el presente estudio no fue posible medir estrategias específicas de afrontamiento de los pacientes aunque otros estudios sugieren que podría ser una variable interesante en pacientes al final de la vida. El tiempo destinado a la evaluación por sesión, así como la aplicación de instrumentos era limitada y no se tenía la posibilidad de expandirla más. Se sugiere para posteriores intervenciones, de juzgarse relevante, determinar el estilo de afrontamiento para establecer relaciones con la mejoría o el empeoramiento.

Hubiera sido deseable trabajar con los familiares o personas allegadas al paciente, pues se ha propuesto que el distrés también se ve influenciado por el ambiente familiar (Leroy, Fournier, Penel y Christophe, 2015).

Cuando sea posible, se sugiere implementar:

- 1) Informar y capacitar a la familia sobre de lo trabajado
- 2) Una sesión conjunta familia-paciente para establecer metas a partir de necesidades.

Se recomienda hacer réplicas del presente estudio con un número mayor de participantes en otras instituciones y tipo de poblaciones, a fin de valorar la generalidad de los resultados y proponer métodos comparativos y estadísticamente más viables para establecer niveles de eficacia.

Conclusión

Los cuidados paliativos forman parte del derecho a la atención de salud de todas las personas. Aunque el modelo médico actual menciona que existen muchos tratamientos nuevos para prolongar la vida de los pacientes, el trabajo de los prestadores de servicios en salud requieren orientar al paciente a la búsqueda de nuevos objetivos, tales como el aumento de la calidad de vida, disminución de síntomas físicos, psicológicos y sociales, que limitan la comunicación, autonomía y dignidad de las personas.

El presente trabajo mostró un protocolo sistemático, viable para su aplicación breve, rápida y adaptada para pacientes al final de la vida. Se lograron objetivos clínicamente significativos en aceptación disminución de distrés emocional, síntomas depresivos y ansiosos que requieren ser corroborados con una población más representativa de pacientes en cuidados paliativos.

El taller diseñado es una oportunidad de tratamiento psicológico al final de la vida, buscando sólo un objetivo: aumentar la calidad de vida de los pacientes con una enfermedad terminal.

Referencias

- Almanza-Muñoz, J. D. J., Juárez, I. R., & Pérez, S. (2008). Traducción, adaptación y validación del Termómetro de Distrés en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer. *Revista de Sanidad Militar*, 62(5), 209-217.
- American Society of Clinical Oncology. (2017). Cuidados paliativos: cómo mejorar la calidad de vida de las personas con cáncer y la de sus familias. *Asco Answers*.
- Arntz A, van Genderen H. (2009) *Schema therapy for borderline personality disorder*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Astudillo, W., Bilbao, Z., Díaz-Albo, E., & Orbegozo, A. (2007). *Los cuidados paliativos, una labor de todos*.
- Astudillo, W., Mendinueta, C., & Orbegozo, A. (2002). Presente y futuro de los Cuidados Paliativos. En W. Astudillo, A. Morales, E. Clavé, A. Cabarcos y E. Urdaneta. *Avances recientes en Cuidados Paliativos*. San Sebastián: Ed. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos [documento en Internet].
- Borson, S., Scanlan, J. M., Chen, P., & Ganguli, M. (2003). The Mini-Cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(10), 1451-1454.
- Breitbart, W., Pessin, H., Rosenfeld, B., Applebaum, A., Lichtenthal, W., & Li, Y. et al. (2018). Individual meaning-centered psychotherapy for the treatment of psychological and existential distress: A randomized controlled trial in patients with advanced cancer. *Cancer*, 124(15), 3231-3239. doi: 10.1002/cncr.31539
- Bruneau, B. M., & Ellison, G. T. (2004). Palliative care stress in a UK community hospital: evaluation of a stress-reduction programme. *International Journal of Palliative Nursing*, 10(6), 296-304. doi:10.12968/ijpn.2004.10.6.13272

- Cardiel, R. M. (1994). La medición de la Calidad de Vida. En L. Moreno, F. Cano-Valle y H. García-Romero (Eds.), *Epidemiología Clínica* (pp. 189-199). México: Interamericana-McGraw Hill.
- Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., & Bruera, E. (2011). A comprehensive study of psychometric properties of the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) in Spanish advanced cancer patients. *European Journal of Cancer*, 47(12), 1863-1872.
- Chambers, S., Morris, B., Clutton, S., Foley, E., Giles, L., & Schofield, P. et al. (2014). Psychological wellness and health-related stigma: a pilot study of an acceptance-focused cognitive behavioural intervention for people with lung cancer. *European Journal Of Cancer Care*, 24(1), 60-70. doi: 10.1111/ecc.12221
- Consejo de Salubridad General (2018). *Guía de manejo integral de cuidados paliativos*. Recuperado el 3 November 2019, de http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Guia_cuidados_paliativos_completo.pdf
- Costantini, A., Grassi, L., Picardi, A., Brunetti, S., Caruso, R., & Nanni, M. et al. (2015). Awareness of cancer, satisfaction with care, emotional distress, and adjustment to illness: an Italian multicenter study. *Psycho-Oncology*, 24(9), 1088-1096. doi: 10.1002/pon.3768
- Davis, E., Deane, F., Lyons, G., & Barclay, G. (2017). Is Higher Acceptance Associated With Less Anticipatory Grief Among Patients in Palliative Care?. *Journal Of Pain And Symptom Management*, 54(1), 120-125. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.03.012
- De Cuidados Paliativos, S. E. (2014). *Guía de cuidados paliativos*.
- Del Río, M. I., & Palma, A. (2007). Cuidados paliativos: historia y desarrollo. *Boletín escuela de medicina uc, Pontificia universidad católica de Chile*, 32(1), 16-22.
- Dobson K.S., Hollon S.D., Dimidjian S., et al. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant

- medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 468 – 477.
- Explanation of Palliative Care - NHPCO. (2019). Recuperado el 3 Diciembre 2019, de <https://www.nhpco.org/palliative-care-overview/explanation-of-palliative-care/>
- Fashler, S., Weinrib, A., Azam, M., & Katz, J. (2017). The Use of Acceptance and Commitment Therapy in Oncology Settings: A Narrative Review. *Psychological Reports*, 121(2), 229-252. doi: 10.1177/0033294117726061
- Fawzy, F. I. (1999). Psychosocial interventions for patients with cancer. *European Journal of Cancer*, 35(11), 1559–1564. doi:10.1016/s0959-8049(99)00191-4
- Fernández, M. Á. R., García, M. I. D., & Crespo, A. V. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Flores, R. G., & Sosa, J. J. S. (2013). Efectos de la entrevista motivacional en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Psicología y Salud*, 23(2), 183-193.
- Forbes México. (2019). Senadores aprueban muerte digna para enfermos terminales. Recuperado de <https://www.forbes.com.mx/senadores-aprueban-muerte-digna-para-enfermos-terminales/>
- Gagnon, P., Fillion, L., Robitaille, M., Girard, M., Tardif, F., & Cochrane, J. et al. (2014). A cognitive–existential intervention to improve existential and global quality of life in cancer patients: A pilot study. *Palliative And Supportive Care*, 13(4), 981-990. doi: 10.1017/s147895151400073x
- García-Rueda, N., Carvajal Valcárcel, A., Saracíbar-Razquin, M., & Arantzamendi Solabarrieta, M. (2016). The experience of living with advanced-stage cancer: a thematic synthesis of the literature.

- European Journal Of Cancer Care*, 25(4), 551-569. doi: 10.1111/ecc.12523
- Gaudio, F., Hichenberg, S., Eisenberg, M., Kerr, E., Zaider, T., & Kissane, D. (2012). Latino Values in the Context of Palliative Care. *American Journal Of Hospice And Palliative Medicine®*, 30(3), 271-278. doi: 10.1177/1049909112448926
- Glare, P., Sinclair, C., Downing, M., Stone, P., Maltoni, M., & Vigano, A. (2008). Predicting survival in patients with advanced disease. *European Journal of Cancer*, 44(8), 1146-1156.
- González, C., Méndez, J., Romero, J. I., Bustamante, J., Castro, R., & Jiménez, M. (2012). Cuidados paliativos en México. *Revista Médica del Hospital General de México*, 75(3), 173-179.
- Gramling, R., Stanek, S., Han, P., Duberstein, P., Quill, T., & Temel, J. et al. (2017). Distress Due to Prognostic Uncertainty in Palliative Care: Frequency, Distribution, and Outcomes among Hospitalized Patients with Advanced Cancer. *Journal Of Palliative Medicine*, 21(3), 315-321. doi: 10.1089/jpm.2017.0285
- Haro Buero, G. (2017). Intervenciones psicológicas en cuidados paliativos pediátricos.
- Hayes S.C. *Acceptance and commitment therapy*. Washington: American Psychological Association; 2012.
- Hoon, L. S., Chi Sally, C. W., & Hong-Gu, H. (2013). Effect of psychosocial interventions on outcomes of patients with colorectal cancer: A review of the literature. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(6), 883-891. doi:10.1016/j.ejon.2013.05.001
- Kahl, K. G., Winter, L., & Schweiger, U. (2012). The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective?. *Current opinion in psychiatry*, 25(6), 522-528.
- Kazdin, A.E. (2011). *Single-case Research Designs: Methods for Clinical and Applied Settings*, 2nd Edition. New York: Oxford University press.
- Krikorian A. & Limonero, J.T. (2012). An integrated view of suffering in palliative care. *Journal of Palliative Care*, 28(1):41-49.

- Lemay, K., & Wilson, K. (2008). Treatment of existential distress in life threatening illness: A review of manualized interventions. *Clinical Psychology Review, 28*(3), 472-493. doi: 10.1016/j.cpr.2007.07.013
- Lepore, S. J., & Coyne, J. C. (2006). Psychological interventions for distress in cancer patients: a review of reviews. *Annals of Behavioral Medicine, 32*(2), 85-92. doi:10.1207/s15324796abm3202_2
- Leroy, T., Fournier, E., Penel, N., & Christophe, V. (2015). Crossed views of burden and emotional distress of cancer patients and family caregivers during palliative care. *Psycho-Oncology, 25*(11), 1278-1285. doi: 10.1002/pon.4056
- Liao, Y., Liao, W., Sun, J., Ko, J., & Yu, C. (2017). Psychological distress and coping strategies among women with incurable lung cancer: a qualitative study. *Supportive Care In Cancer, 26*(3), 989-996. doi: 10.1007/s00520-017-3919-x
- Linehan M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Ludwig D.S., Kabat-Zinn J. (2008). Mindfulness in medicine. *Journal of the American Medical Association, 300*, 1350-1352.
- Manual de Intervención Psicosocial para el Paciente con Enfermedad Avanzada y su Cuidador. (2018). Retrieved from http://www.innsz.mx/opencms/contenido/ClinicasAtencion/dolor/manual_intervencion.html
- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de psicología, 40*; 26-34. Universidad de Almería.
- Martín Pérez, I. (2017). InfoPaliativos. Recuperado el 3 Diciembre 2019, de <http://infocuidadospaliativos.com/wp-content/uploads/2017/03/texto-12-cuidarte-paliativos-visibles.pdf>
- McCullough, J.P. (2000). *Treatment for chronic depression. Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP)*. New York: Guilford.

- McPherson, C. J., & Addington-Hall, J. M. (2004). Evaluating palliative care: bereaved family members' evaluations of patients' pain, anxiety and depression. *Journal of pain and symptom management*, 28(2), 104-114.
- Mohabbat-Bahar S, Maleki-Rizi F, Akbari ME, Moradi-Joo M (2015). Effectiveness of Group Training Based on Acceptance and Commitment Therapy on Anxiety and Depression of Women with Breast Cancer. *Iran Journal of Cancer Preview*, 8(2), 71-6
- Montesinos, F. (2019). *Retroalimentación académica*, (Discurso).
- Morita, T., Tsunoda, J., Inoue, S., & Chihara, S. (1999). Validity of the palliative performance scale from a survival perspective.
- Nipp, R., El-Jawahri, A., Fishbein, J., Eusebio, J., Stagl, J., & Gallagher, E. et al. (2016). The relationship between coping strategies, quality of life, and mood in patients with incurable cancer. *Cancer*, 122(13), 2110-2116. doi: 10.1002/cncr.30025
- Organización Mundial de la Salud (1998). *Cancer pain relief and palliative care in children*. Recuperado en diciembre 2019 de <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/print.html>
- Páez, M., Luciano, C., & Gutierrez, O. (2005). La aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el tratamiento de problemas psicológicos asociados al cáncer. *Psicooncología*, 2(1), 49-70.
- Pasacrete, J. V., & Pickett, M. (1998). Psychosocial aspects of palliative care. *Seminars in Oncology Nursing*, 14(2), 110-120. doi:10.1016/s0749-2081(98)80016-8
- Pasacrete, J., & Pickett, M. (1998). Psychosocial aspects of palliative care. *Seminars In Oncology Nursing*, 14(2), 110-120. doi: 10.1016/s0749-2081(98)80016-8
- Pastrana, T., Lima, L., Centeno-Cortes, C., Wenk, R., Eisenclas, J., Monti, C., & Rocafort, J. (2012). Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica.

- Pessini, Leo, & Bertachini, Luciana. (2006). Nuevas Perspectivas en Cuidados Paliativos. *Acta bioethica*, 12(2), 231-242.
<https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2006000200012>
- Polo, J. V. P., & Díaz, D. E. P. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257.
- Rangel, N., Ascencio, L. Ornelas, R., Allende, S., Landa, E. y Sánchez Sosa, J.J. (2013). Efectos de la solución de problemas sobre los comportamientos de autocuidado de cuidadores de pacientes oncológicos en fase paliativa: Estudio piloto. *Psicooncología*, 10(2-3), 365-376.
- Roberts, D., Calman, L., Large, P., Appleton, L., Grande, G., Lloyd-Williams, M., & Walshe, C. (2017). A revised model for coping with advanced cancer. Mapping concepts from a longitudinal qualitative study of patients and carers coping with advanced cancer onto Folkman and Greer's theoretical model of appraisal and coping. *Psycho-Oncology*, 27(1), 229-235. doi: 10.1002/pon.4497
- Rodríguez Luna, M. (2012). Taller: una estrategia para aprender, enseñar e investigar. En M. Rodríguez Luna, A. Cárdenas, D. Calderón, O. León, C. Plantín & G. Muñoz et al., *Lenguaje y educación: Perspectivas metodológicas y teóricas para su estudio*. (1st ed., p. 13). Bogotá: Andrea Molina Andrade. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Sandra_Soler/publication/299408146_Lenguaje_y_Educacion_Perspectivas_metodologicas_y_teoricas_para_su_estudio/links/5b4cf48845851507a7a5ae2a/Lenguaje-y-Educacion-Perspectivas-metodologicas-y-teoricas-para-su-estudio.pdf#page=14
- Ruiz-Benítez, Ma. A. (2007). *La conspiración del silencio en los familiares de pacientes terminales* (Tesis de Doctorado). Universidad de la Laguna, Tenerife, España.
- Ruiz, C. O., & Ríos, F. L. (2005). Intervención psicológica en cuidados paliativos: revisión y perspectivas. *Clínica y salud*, 16(2), 143-160.

- Ruiz, F. J., Luciano, C., Cangas, A. J., & Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: the Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema*, 25(1), 123-129.
- Russo, A., & Forsyth, J. *Una introducción a Terapia de Aceptación y Compromiso*. Retrieved 4 November 2019, from https://contextualscience.org/una_introducci_n_a_terapia_de_ac_eptaci_n_y_comprom
- SECPAL. (2019). Retrieved 3 December 2019, from https://www.secpal.com/secpal_historia-de-los-cuidados-paliativos_5-la-internacionalizacion-de-una-nueva-filosofia-de-cp
- Shaffer, K., Jacobs, J., Coleman, J., Temel, J., Rosand, J., Greer, J., & Vranceanu, A. (2016). Anxiety and Depressive Symptoms Among Two Seriously Medically Ill Populations and Their Family Caregivers: A Comparison and Clinical Implications. *Neurocritical Care*, 27(2), 180-186. doi: 10.1007/s12028-016-0358-3
- Singer, A. E., Goebel, J. R., Kim, Y. S., Dy, S. M., Ahluwalia, S. C., Clifford, M., ... & Goldberg, J. (2016). Populations and interventions for palliative and end-of-life care: a systematic review. *Journal of palliative medicine*, 19(9), 995-1008.
- Tan, A., Zimmermann, C., & Rodin, G. (2005). Interpersonal processes in palliative care: an attachment perspective on the patient-clinician relationship. *Palliative Medicine*, 19(2), 143-150. doi: 10.1191/0269216305pm994oa
- Tate, R., Perdices, M., Rosenkoetter, U., Shadish, W., Vohra, S., Barlow, D., H. ... Wilson, B. (2016). The Single-Case Reporting Guideline in Behavioral Interventions (SCRIBE) 2016 Statement. *Neuropsychological rehabilitation*, 27 (1), 1-15. DOI: 10.1080/09602011.2016.1190533
- Thabane, L., Ma, J., Chu, R., Cheng, J., Ismaila, A., Rios, L. P., ... & Goldsmith, C. H. (2010). A tutorial on pilot studies: the what, why and how. *BMC Medical Research Methodology*, 10(1),

- Twycross, R. G. (2003). *Introducing palliative care*. Radcliffe Publishing.
- Valencia, Y. (2018). Distrés, ajuste y afrontamiento en enfermedad avanzada. Retrieved 01 December 2019, from <http://www.dolorypaliativos.org/art487.asp>
- Valencia, Y. (2018). La importancia de abordar de manera temprana las discusiones al final de la vida. Recuperado 10 Octubre 2019, de <http://www.dolorypaliativos.org/art464.asp>
- Valencia, Y. (2018). Terapia de aceptación y compromiso en cuidados paliativos. Retrieved 12 November 2020, from <http://www.dolorypaliativos.org/art516.asp>
- Von Blanckenburg, P., & Leppin, N. (2018). Psychological interventions in palliative care. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(5), 389–395. doi:10.1097/yco.0000000000000441
- Wells A, Fisher P, Myers S, et al. (2012). Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: a platform trial. *Behavior Research & Therapy*, 50, 367–373.
- Werth, J., Gordon, J., & Johnson, R. (2002). Psychosocial issues near the end of life. *Aging & Mental Health*, 6(4), 402-412. doi: 10.1080/1360786021000007027
- Wilson, K., Graham, I., Viola, R., Chater, S., de Faye, B., Weaver, L., & Lachance, J. (2004). Structured Interview Assessment of Symptoms and Concerns in Palliative Care. *The Canadian Journal Of Psychiatry*, 49(6), 350-358. doi: 10.1177/070674370404900603
- Yan, S., & Kin-Fong, C. (2006). Quality of Life of Patients with Terminal Cancer Receiving Palliative Home Care. *Journal Of Palliative Care*, 22(4), 261-266. doi: 10.1177/082585970602200402

Anexos

Anexo 1. Manual del terapeuta

Taller para el Paciente de primera vez en Cuidados

Nombre del Paciente: _____

Fecha y Expediente: _____

Se imparte en tres sesiones:

Identificación de problemáticas.



Identificación de directrices de vida.



La aceptación de la enfermedad.



Sesión 1: ¿Qué estoy haciendo? Identificación de problemáticas relacionadas a la enfermedad terminal y las actuales formas de enfrentarlas.

Área de la sesión	Actividad	Tiempo
Presentación	<input type="checkbox"/> Decir el nombre del psicólogo y paciente.	1 min
	<input type="checkbox"/> Dar un resumen del protocolo y preguntar: "¿Tiene usted alguna duda?".	1 min
Evaluación inicial	<input type="checkbox"/> Iniciar Hoja de Evaluación Sesión 1. (mini-cog/ESAS/distrés/Aceptación)	3 min
Análisis funcional	<input type="checkbox"/> Hacer preguntas sobre las áreas de conflicto y las soluciones actuales, colocarlas en grupo funcional / no funcional. Escribir:	10 min

		Estrategias	
		No funcionales	Funcionales
C o n d u c t a	Público		
	Privado		

Establecer prioridades	<input type="checkbox"/> Enlistar las áreas de problemas y preguntar: "Si tuviera que acomodarlas de la más importante para usted, a la menos importante, ¿Cómo las acomodaría?". Escribir:	2 min
------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------

Orden de prioridad	Evento de Conflicto
1	
2	
3	
4	
5	

Retroalimentación	Identificar valores en los eventos importantes:		5 min
	Si miras de lejos, ¿cómo has actuado a lo largo de tu historia en (<u>aspecto importante</u>)?		
	<input type="checkbox"/>	Ahora, con esta enfermedad ¿cómo te ves en (<u>aspecto importante</u>)?	
	¿Cómo dirías con que lo estás haciendo con (<u>aspecto importante</u>)?		
	Identificar consecuencias positivas y negativas de las estrategias actuales:		5 min
	<input type="checkbox"/>	¿Y cuándo (<u>conducta de evitación</u>) te sientes un poco mejor, más aliviado?	
	Evidenciar las implicaciones de la evitación experiencial:		5 min
	<input type="checkbox"/>	¿Y ese mejor que me dices, en sentido profundo, es mejor para aliviar los miedos, o en cuanto a lo que quieres en (<u>aspecto importante</u>)?	
Orientar al cambio:		5 min	
<input type="checkbox"/>	Si pudieras elegir cómo quieres que hablen de ti en este momento de tu vida ¿qué elegirías?		
<input type="checkbox"/>	¿Querrías que digan (<u>conducta de evitación</u>)? ¿o preferirías que lo hicieran como (<u>conducta guiada por valores</u>)?		
Cierre	<input type="checkbox"/>	Dar un resumen de lo hablado, enfatizando las prioridades, soluciones actuales y la disfuncionalidad de las mismas	5 min
Evaluación final	<input type="checkbox"/>	Completar Hoja de Evaluación Sesión 1. (ESAS/distrés)	3 min

Sesión 2: ¿Cómo quiero ser? Identificar los valores y ponerlos en acción.

Área de la sesión	Actividad	Tiempo
Evaluación inicial	<input type="checkbox"/> Saludar al paciente	5 min
	<input type="checkbox"/> Iniciar Hoja de Evaluación Sesión 2. (mini-cog/ESAS/distrés)	
Recapitulación	<input type="checkbox"/> Dar un resumen de la sesión (problemáticas y soluciones no eficaces) anterior y preguntar: "¿Algo se quedó atorado de esa sesión?"	5 min
Compromiso	<input type="checkbox"/> Identificar valores: ¿Te gusta la forma en que estás haciendo las cosas en <u>(aspecto relevante)</u> ?	20 min
	<input type="checkbox"/> ¿Es así como te miras actuando como <u>(rol del paciente)</u> ?	
	<input type="checkbox"/> Actividad "Camino a... la brújula".	20 min

“Camino a... La brújula”

Imagina que la vida es un camino, para pasar por ese camino es importante definir el norte, esto nos ayudará a saber si estamos caminando en la dirección correcta, o no. Ahora le diré los aspectos que me ha compartido y que son importantes para usted en este momento de su vida, por cada uno, le haré una serie de preguntas:

1. Para (área de la vida), ¿Qué clase persona quiere ser? ¿qué quiere hacer?
¿Qué habilidades quisiera tener o desarrollar? ¿Qué guía sus pasos?

Cierre	<input type="checkbox"/> Resumen de los valores encontrados	1 min
	<input type="checkbox"/> Mencionar al menos una actividad que se pueda realizar en esa semana que vayan acorde a los valores.	4 min
Evaluación final	<input type="checkbox"/> Completar Hoja de Evaluación Sesión 2. (ESAS/distrés)	3 min

Sesión 3: Mi mente, ni amiga, ni enemiga. Identificación y aceptación de eventos incómodos.

Área de la sesión	Actividad	Tiempo
Evaluación inicial	<input type="checkbox"/> Saludar al paciente	5 min
	<input type="checkbox"/> Iniciar Hoja de Evaluación Sesión 3. (mini-cog/ESAS/distrés)	
Recapitulación	<input type="checkbox"/> Dar un resumen de la sesión anterior y preguntar:	15 min
	<input type="checkbox"/> ¿Pudo realizar la (acción propuesta)?	
	<input type="checkbox"/> ¿Qué (eventos) le generó hacer (acciones)?	
Apertura	Identificación de obstáculos:	10 min
	<input type="checkbox"/> Plantilla ""Las piedras del camino"	

Las piedras del camino.

“La sesión pasada, imaginamos la vida como un camino, en todos los caminos, podemos encontrar piedras (o cualquier otro obstáculo), algunos son fáciles de superar, y algunos otros no.

Para poder realizar (actividad basada en valores), ¿Cuáles serían las piedras que podría encontrarse en su camino?”

(Repetir con cada actividad importante, mencionada en la plantilla “Camino a... la brújula”)

Conciencia	<input type="checkbox"/> Visualización: "Hojas en el arroyo"	10 min
Cierre	<input type="checkbox"/> Mencionar las limitantes del paciente.	10 min
	<input type="checkbox"/> Mencionar los logros del paciente.	
	<input type="checkbox"/> Capacidad existente de cambio	
	<input type="checkbox"/> Efectos a corto plazo	
	<input type="checkbox"/> Agradecimiento de la asistencia al taller	
Evaluación final	<input type="checkbox"/> Completar Hoja de Evaluación Sesión 3. (ESAS/distrés/Aceptación/satisfacción)	15 min
Despedida	Despedirse, dejar cita a un mes	1 min

Anexo 2. Formatos de evaluación

Pre-sesión. Consulta de primera vez en la Clínica de Cuidados Paliativos.

(Expediente) Nombre: _____ **Fecha:** _____

Realizar las preguntas durante la sesión con el médico.

Conciencia de		Respuesta	Puntaje (0/1)
Enfermedad	¿Qué enfermedad tiene?		
	¿Ha tenido dificultad para obtener la información que quisiera conocer?		
Pronóstico	¿Qué le han dicho los doctores acerca de su enfermedad?		
	¿Le han dicho los doctores si su condición puede cambiar?		
TOTAL			

Puntaje	
1 ó 2	El paciente no puede participar en el protocolo. Se sugiere explicación exhaustiva por parte del médico.
3 ó 4	El paciente puede participar en el protocolo. Continuar con speech.

Propuesta de invitación al protocolo.

Buenos días _____, me gustaría iniciar con recordarle mi nombre, soy Yosemite Valencia y soy psicólogo de la clínica de Cuidados Paliativos aquí en el Instituto, y me gustaría explicarle qué hacemos en el servicio:

Nuestra prioridad es que usted tenga la menor cantidad de síntomas o situaciones que le causen sufrimiento, por ello, durante su consulta con el doctor él/ella, le ha explicado cuáles serán los medicamentos que usted requerirá llevar hasta que vuelva a venir; sin embargo, hay otro aspecto que en ocasiones solemos olvidar, pero que es igual de importante que los dolores físicos. Esto es, la forma en que nos sentimos o las cosas que hacemos durante el proceso de la enfermedad. Pues, en ocasiones, podemos sentirnos tristes, sin ganas de hablar, de hacer algo, o incluso nerviosos o preocupados, haciendo que atravesar por todo esto, sea más duro.

Hoy en día los médicos, y otros especialistas, hemos aprendido que podemos ayudarle a adaptarse a los sentimientos que a veces, a nadie le contamos, pero que impiden la convivencia con otras personas. Por ejemplo, algunos pacientes nos han dicho que se han sentido tan tristes que aunque pueden hacer algunas actividades que le gustan, su mente les dice que ya no pueden hacerlo; se han percatado o alguien más le ha comentado, que su forma de ser ha cambiado desde que tienen la enfermedad o que han sentido que la enfermedad los ha hecho abandonar cosas importantes para ellos (familia, pasatiempos, o la propia alegría).

Es por eso, que junto a la atención del médico, queremos ofrecerle este espacio donde practicaremos técnicas que le ayuden a descubrir y acercarse a lo que es importante para usted.

Sin embargo, a pesar de que la decisión de estar aquí es suya, nosotros queremos ayudarle...

Y nos gustaría saber si le gustaría participar en esta experiencia.

Batería de evaluación. Sesión 1.

Paciente:		Fecha:	
Ocupación:		Expediente:	
Sexo:		Edad:	
Residencia:		Edo. Civil:	
Escolaridad:		Religión:	
# Contacto:		Aplicador:	

MINI-COG.

1) "Le voy a decir tres palabras que quiero que usted recuerde ahora y más tarde. Las palabras son: **manzana, amanecer, silla.** Por favor, dígamelas ahora."

	Manzana	Amanecer	Silla	TOTAL
Intento 1				Dele 3 intentos para repetir las palabras al participante. Si es incapaz de repetir las palabras después de 3 intentos, continúe con el siguiente ítem.)
Intento 2				
Intento 3				
RECUERDO				

2) Dele al participante la Página 2 de este formulario y un lápiz/lapicero. DIGA LAS SIGUIENTES FRASES EN EL ORDEN CORRESPONDIENTE: "**Por favor, dibuje un reloj en este espacio. Comience dibujando un círculo grande.**" (Cuando esto haya sido completado, diga) "**Coloque todos los números en el círculo.**" (Cuando esto haya sido completado, diga) "**Ahora coloque las manecillas del reloj para que marquen las 11 y 10.**" Si el participante no ha terminado de dibujar el reloj en 3 minutos, suspenda este ítem y pídale al participante que le diga las tres palabras que le pidió que recordara antes.

RELOJ	PUNTOS
Normal	2
Alterado	0

3) DIGA: "**¿Cuáles fueron las tres palabras que le pedí que recordara?**"

PUNTOS TOTALES	INTERPRETACIÓN	CONTINUACIÓN
	0, 1, o 2 posible trastorno cognitivo	NO
	3, 4, o 5 indica que no hay trastorno cognitivo	SÍ

ESAS

SÍNTOMA (0-10)	INICIO	FINAL
Dolor		
Somnolencia		
Insomnio		
Nausea		
Depresión		
Debilidad		
Ansiedad		
Anorexia		
Disnea		

Termómetro de Distrés

PROMEDIO SEMANAL PERCIBIDO		
Cuidado de los hijos	Tristeza	Fiebre
Casa	Preocupación	Movilidad
Seguridad Financiera	Falta de interés	Indigestión
Transporte	Apariencia	Memoria/Concentración
Escuela/Trabajo	Bañarse/Vestirse	Dolor en boca
Decisiones de tratamiento	Respirar	Nariz seca/Congestionada
Relación pareja	Orinar	P. Sexuales
Relación hijos	Estreñimiento	Piel seca/comezón
Salud familiar	Diarrea	A. Substancias
Miedo	Alimentación	Ormigueo manos/pies
Nerviosismo	Inchazón	Otro

EVALUACIÓN DE ACEPTACIÓN INICIO DE SESIÓN 1.

Acceptance and Action Questionnaire - II (AAQ-II)

PREGUNTA	Nunca	Muy raramente	Raramente	A veces	recuentement	Casi siempre	Siempre
Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría.	1	2	3	4	5	6	7
Tengo miedo de mis sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena.	1	2	3	4	5	6	7
Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo	1	2	3	4	5	6	7
Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir.	1	2	3	4	5	6	7
TOTAL		Evitación experiencial (≥29 puntos clínicamente significativo)					

EVALUACIÓN DE ACEPTACIÓN FINAL DE SESIÓN 3.

Acceptance and Action Questionnaire - II (AAQ-II)

PREGUNTA	Nunca	Muy raramente	Raramente	A veces	recuentement	Casi siempre	Siempre
Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría.	1	2	3	4	5	6	7
Tengo miedo de mis sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena.	1	2	3	4	5	6	7
Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo	1	2	3	4	5	6	7
Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir.	1	2	3	4	5	6	7
TOTAL		Evitación experiencial (≥29 puntos clínicamente significativo)					

RELOJ SESIÓN 1.

RELOJ SESIÓN 2.

RELOJ SESIÓN 3.

Batería de evaluación. Sesión 2.

MINI-COG.

1) "Le voy a decir tres palabras que quiero que usted recuerde ahora y más tarde. Las palabras son: **manzana, amanecer, silla**. Por favor, dígamelas ahora."

	Manzana	Amanecer	Silla	TOTAL
Intento 1				Dele 3 intentos para repetir las palabras al participante. Si es incapaz de repetir las palabras después de 3 intentos, continúe con el siguiente ítem.)
Intento 2				
Intento 3				
RECUERDO				

2) Dele al participante la Página 2 de este formulario y un lápiz/lapicero. DIGA LAS SIGUIENTES FRASES EN EL ORDEN CORRESPONDIENTE: "**Por favor, dibuje un reloj en este espacio. Comience dibujando un círculo grande.**" (Cuando esto haya sido completado, diga) "**Coloque todos los números en el círculo.**" (Cuando esto haya sido completado, diga) "**Ahora coloque las manecillas del reloj para que marquen las 11 y 10.**" Si el participante no ha terminado de dibujar el reloj en 3 minutos, suspenda este ítem y pídale al participante que le diga las tres palabras que le pidió que recordara antes.

RELOJ	PUNTOS
Normal	2
Alterado	0

3) DIGA: "**¿Cuáles fueron las tres palabras que le pedí que recordara?**"

PUNTOS TOTALES	INTERPRETACIÓN	CONTINUACIÓN
	0, 1, o 2 posible trastorno cognitivo	NO
	3, 4, o 5 indica que no hay trastorno cognitivo	SÍ

ESAS

SÍNTOMA (0-10)	INICIO	FINAL
Dolor		
Somnolencia		
Insomnio		
Nausea		
Depresión		
Debilidad		
Ansiedad		
Anorexia		
Disnea		

Termómetro de Distrés

PROMEDIO SEMANAL PERCIBIDO		
Cuidado de los hijos	Tristeza	Fiebre
Casa	Preocupación	Movilidad
Seguridad Financiera	Falta de interés	Indigestión
Transporte	Apariencia	Memoria/Concentración
Escuela/Trabajo	Bañarse/Vestirse	Dolor en boca
Decisiones de tratamiento	Respirar	Nariz seca/Congestionada
Relación pareja	Orinar	P. Sexuales
Relación hijos	Estreñimiento	Piel seca/comezón
Salud familiar	Diarrea	A. Substancias
Miedo	Alimentación	Ormigueo manos/pies
Nerviosismo	Inchazón	Otro

Batería de evaluación. Sesión 3.

MINI-COG.

1) "Le voy a decir tres palabras que quiero que usted recuerde ahora y más tarde. Las palabras son: **manzana, amanecer, silla**. Por favor, dígamelas ahora."

	Manzana	Amanecer	Silla	TOTAL
Intento 1				Dele 3 intentos para repetir las palabras al participante. Si es incapaz de repetir las palabras después de 3 intentos, continúe con el siguiente ítem.)
Intento 2				
Intento 3				
RECUERDO				

2) Dele al participante la Página 2 de este formulario y un lápiz/lapicero. DIGA LAS SIGUIENTES FRASES EN EL ORDEN CORRESPONDIENTE: "**Por favor, dibuje un reloj en este espacio. Comience dibujando un círculo grande.**" (Cuando esto haya sido completado, diga) "**Coloque todos los números en el círculo.**" (Cuando esto haya sido completado, diga) "**Ahora coloque las manecillas del reloj para que marquen las 11 y 10.**" Si el participante no ha terminado de dibujar el reloj en 3 minutos, suspenda este ítem y pídale al participante que le diga las tres palabras que le pidió que recordara antes.

RELOJ	PUNTOS
Normal	2
Alterado	0

3) DIGA: "**¿Cuáles fueron las tres palabras que le pedí que recordara?**"

PUNTOS TOTALES	INTERPRETACIÓN	CONTINUACIÓN
	0, 1, o 2 posible trastorno cognitivo	NO
	3, 4, o 5 indica que no hay trastorno cognitivo	SÍ

ESAS

SÍNTOMA (0-10)	INICIO	FINAL
Dolor		
Somnolencia		
Insomnio		
Nausea		
Depresión		
Debilidad		
Ansiedad		
Anorexia		
Disnea		

Termómetro de Distrés

PROMEDIO SEMANAL PERCIBIDO		
Cuidado de los hijos	Tristeza	Fiebre
Casa	Preocupación	Movilidad
Seguridad Financiera	Falta de interés	Indigestión
Transporte	Apariencia	Memoria/Concentración
Escuela/Trabajo	Bañarse/Vestirse	Dolor en boca
Decisiones de tratamiento	Respirar	Nariz seca/Congestionada
Relación pareja	Orinar	P. Sexuales
Relación hijos	Estreñimiento	Piel seca/comezón
Salud familiar	Diarrea	A. Substancias
Miedo	Alimentación	Ormigueo manos/pies
Nerviosismo	Inchazón	Otro

Anexo 3. Formato de integridad del tratamiento

Paciente: _____ Fecha: _____ Aplicó: _____

SESIÓN 1	
	Mencionar nombre del psicólogo y paciente
	Hacer un resumen de las actividades del protocolo
	Preguntar si existen dudas del protocolo.
	Aplicar Mini-Cog
	Aplicar ESAS
	Aplicar Termómetro de Distrés
	Aplicar Cuestionario de Aceptación
Indagar pensamientos intrusivos, emociones distresantes o conductas evitativas con alguna de estas preguntas o variantes (seleccione las necesarias):	
	Si miras de lejos, ¿cómo has actuado a lo largo de tu historia en (aspecto importante)?
	Ahora, con esta enfermedad ¿cómo te ves en (aspecto importante)
	¿Cómo dirías con que lo estás haciendo con (aspecto importante)?
	¿Y cuando (conducta de evitación) te sientes un poco mejor, mas aliviado?
	¿Y ese mejor que me dices, en sentido profundo, es mejor en cuanto a los miedos, o en cuanto a lo que quieres en (aspecto importante)?
	Si pudieras elegir cómo quieres que hablen de ti en este momento de tu vida ¿qué elegirías? ¿querías que digan (conducta de evitación)?
	¿preferirías que lo hicieran como (aspecto importante)?
	Mencionar en lista por prioridad los problemas encontrados
	Aplicar ESAS
	Aplicar Termómetro de Distrés
	Despedirse y agradecer
	Dar cita para sesión 2

SESIÓN 2.	
	Saludar al paciente
	Aplicar Mini-Cog
	Aplicar ESAS
	Aplicar Termómetro de Distrés
	Hacer un resumen de la sesión 1
	Preguntar: "¿Algo se quedó atorado de esa sesión?"
Identificar valores del paciente (seleccione las necesarias):	
	¿Te gusta lo que ves cuando te ves cuando miras cómo estás haciendo las cosas?
	¿Te identificas cuando ves cuando te ves cuando miras cómo estás haciendo las cosas?
	Es así como te miras actuando como (rol del paciente)
Ejercicio de la brújula	
	Explicación del camino y la dirección
	Preguntar: "¿Cuál sería tu norte en (situación de conflicto)?"
	¿qué tipo de (rol)_ te ha gustado ser en tu (situación)_?
	¿qué ha guiado tus pasos en (situación)_?
	¿qué acción puedes hacer hoy mismo que te situe en dirección al norte?
	Mencionar los valores encontrados en la sesión
	Mencionar las actividades que van acorde a los valores
	Aplicar ESAS
	Aplicar Termómetro de Distrés
	Despedirse y agradecer
	Dar cita para sesión 3

SESIÓN 3.	
	Saludar al paciente
	Aplicar ESAS
	Aplicar Termómetro de Distrés
	Hacer un resumen de la sesión 2
	Preguntar: "¿Pudo realizar (acción propuesta) ?"
	Preguntar: "¿Qué (eventos) le generó hacer estas acciones?"
Identificación de obstáculos	
	Utilizar metáfora de camino y las piedras (u otro obstáculo)
	Escribir los obstáculos encontrados en hojas de papel
	Poner la grabación "hojas en el arroyo"
	Mencionar: "Es posible dejar ir nuestros pensamientos"
Realizar resumen de la intervención mencionando:	
	Limitantes del paciente
	Logros del paciente
	Capacidad existente de cambio
	Efectos a corto plazo
	Agradecimiento por su asistencia al taller
	Aplicar ESAS
	Aplicar Termómetro de Distrés
	Aplicar Cuestionario de Aceptación

Folio: _____

Anexo 4. Cuestionario de satisfacción

EVALUACIÓN SUBJETIVA DEL TRATAMIENTO.

1. ¿De qué forma le ayudó haber participado en este estudio?

2. ¿Qué opina de las sesiones que recibió en cuanto a duración, frecuencia y contenido?

3. ¿Qué opina de los cuestionarios que respondió a lo largo de la intervención? En cuanto a extensión y contenido.

4. ¿Qué tanto haber participado en este estudio le ayudó a mantener un estado de ánimo agradable?
 - a. Nada Poco Algo Mucho Muchísimo
5. ¿Qué tanto haber participado en este estudio contribuyó a que su calidad de vida mejorará?
 - a. Nada Poco Algo Mucho Muchísimo
6. ¿Cree que alguna de las estrategias o información que recibió le ocasionó algún malestar grave en su persona? Conteste sí o no y en caso afirmativo mencione cuál o cuáles.

7. ¿Qué estrategia (camino a la brújula, las piedras del camino, visualización hojas en el arroyo) le pareció más sencilla de realizar?

8. Mencione si le fue FÁCIL, DIFÍCIL o IMPOSIBLE llevar a cabo lo siguiente:

Acudir a las citas	
Responder los cuestionarios que se me hicieron	
Hacer las estrategias de respiración y relajación	
Estar atento(a) durante las sesiones	

9. Sí contestó difícil o imposible en alguna de las preguntas anteriores explique su(s) respuesta(s):

10. ¿Recomendaría usted esta atención psicológica a otras personas? ¿Por qué?

11. ¿Está satisfecho (a) con el tratamiento que recibió?

12. Comentarios o sugerencias.

Anexo 5. Ejercicio. Hojas en el Arroyo

HOJAS EN EL ARROYO

Imagina que estás sentado solo en un hermoso paisaje bajo unos árboles encantadores en la orilla de un río o arroyo. Vea si puede imaginarse esto con el mayor detalle posible. Manteniendo los ojos cerrados, mire a su alrededor en su imaginación y vea dónde se encuentra. (Pausa.) Mire cómo el agua en la corriente fluye o se arremolina a su lado. (Pausa.) Cuando miras a un lado, notas una hoja que viene hacia ti. Recostado, observas la hoja a medida que pasa a tu lado y luego al otro lado, hasta que desaparece en el horizonte. Gira la cabeza de nuevo y observa otra hoja, y en esta hoja hay una catarina. (Inserte el elemento que desee.) Todavía recostado en el arroyo, observando la hoja y la mariquita desde la distancia, mientras fluye a través del río hacia el horizonte. Gira la cabeza una vez más y observa que hay muchas hojas que avanzan lentamente hacia usted. La siguiente hoja tiene un palo en ella. Solo deja que la hoja y el palo fluyan a tu lado y continúa por el arroyo hasta que no puedas verlo más. Puede notar, mientras hace esto, que pueden surgir pensamientos, como "Esto es raro" o "¿Estoy haciendo esto bien?" O tal vez tenga pensamientos sobre lo que está en la hoja. Ahora solo note estos pensamientos a medida que surgen, uno después del otro. A medida que surja cada pensamiento, vea si puede imaginar que lo toma en sus manos y lo coloca en una hoja en el arroyo. No trates de alejar el pensamiento y tampoco trates de aferrarte a él. Solo deja que el agua lo tome. Observa cómo cada pensamiento se aleja por el arroyo, desapareciendo en el horizonte a su propio tiempo y a su manera. Luego, a medida que surja su próximo pensamiento y el siguiente, simplemente coloque cada uno con cuidado en otra hoja y deje que flote a medida que la corriente la transporta. (Pausa larga.)

REFERENCIAS del ANEXO:

Turrell, S. L., & Bell, M. (2016). *ACT for Adolescents: Treating teens and adolescents in individual and group therapy*. New Harbinger Publications.

Strosahl, K. D., Robinson, P. J., & Gustavsson, T. (2012). *Brief interventions for radical change: Principles and practice of focused acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.