



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

**“Terapia cognitivo conductual vía telefónica para manejo de ansiedad y  
depresión en pacientes oncológicos en cuidados paliativos”**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:  
OFELIA CITLALLI LÓPEZ JIMÉNEZ

TUTOR PRINCIPAL  
Dr. Javier Nieto Gutiérrez  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

REVISOR: Dr. Edgar Landa Ramírez  
EXTERNO: Dra. Sofía Sánchez Román  
SUPLENTE: Dr. Juan José Sánchez Sosa  
Dr. Andrés Hernández Ortiz

CIUDAD DE MÉXICO, Diciembre 2016



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.

*A mi familia*

*Cuando ya no somos capaces  
de cambiar una situación,  
nos encontramos ante el desafío  
de cambiarnos a nosotros mismos*

*Viktor Frankl*

## Agradecimientos

*El término de esta maestría ha sido un gran reto, pero sin duda una de las mejores experiencias de mi vida, que me ha ayudado a crecer no solo de manera profesional, sino también personalmente. Este proyecto es resultado de un gran esfuerzo que no hubiera sido posible terminarlo sin el apoyo de varias personas e instituciones, a las cuales deseo expresar mi gratitud.*

*A la Universidad Nacional Autónoma de México, por permitirme pertenecer a la máxima casa de estudios del país y darme la oportunidad de desarrollar habilidades para mi formación profesional.*

*A la clínica de Dolor y Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubiran, y a quienes la conforman; Dra. Argelia Lara, Dr. Antonio Tamayo, Dr. Alfredo Covarrubias, gracias por sus enseñanzas durante el tiempo de residencia en el hospital, por transmitir sus conocimientos con tanta pasión, y recibirme como parte del equipo. De manera muy especial al Dr. Andrés Hernández, quien también formó parte de mi jurado, deseo externar mi respeto y admiración, por la entrega a su trabajo y a sus pacientes, además de su disposición y tiempo dedicado hacia mi trabajo. Quiero agradecer a cada uno de los médicos residentes que permitieron el trabajo en equipo y por mostrar interés en el ámbito de la psicología para el beneficio de los pacientes, su calidez y sobretodo su amistad. Agradecer al equipo de enfermería, y a mis compañeras de psicología.*

*Al Dr. Javier Nieto Gutiérrez, Dr. Edgar Landa Ramírez, Dra. Sofía Sánchez Román y Dr. Juan José Sánchez Sosa, a quienes expreso mi gratitud por sus valiosas observaciones, por el tiempo y espacio dedicado, su disponibilidad y atención, así como expresar mi admiración hacia ustedes.*

*Quiero agradecer a mis pacientes y sus familias por aceptar participar en este proyecto, por depositar su confianza en mí y por todos los aprendizajes que me transmitieron, son un gran ejemplo de lucha. Ellas me destinaron lo más valioso que tenían: su tiempo.*

*A mis padres, José Luis y Ofelia, porque gracias a ustedes soy quien soy, por su apoyo incondicional, por ser mi inspiración en todo lo que hago, su cariño y palabras de aliento, a ustedes les dedico mi esfuerzo y mi trabajo. A mis hermanas Cynthia, Karina y Lupita, por todos esos momentos a su lado, por su alegría que siempre me transmiten, y por supuesto a mi hermano Juan Carlos, ustedes son mi fortaleza, los quiero.*

*De manera muy especial quiero agradecer a mis sobrinos Demian, Ximena y Romina, esas personitas que con tan solo escucharlas son capaces de alegrar mi día, ustedes son mi motivación.*

*Y por último, agradecerte a ti Roberto por tu compañía desde hace ya varios años, tu apoyo incondicional y amor, por ser parte importante de mi vida y compañero en todo momento, he aprendido a ser paciente gracias a ti, a saber compartir y ser agradecida con lo que tengo. Contigo he descubierto lo más hermoso de la vida: el amor. Este trabajo te lo dedico a ti, ¡Te amo!*

## Índice

Resumen .....	6
Introducción .....	7
Terapia cognitivo conductual vía telefónica para manejo de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos en cuidados paliativos .....	10
Método .....	25
Participantes .....	25
Variables .....	27
Instrumentos .....	29
Formulación clínica de los casos.....	32
Procedimiento .....	37
Evaluación.....	37
Intervención.....	38
Evaluación de seguimiento.....	42
Diseño del estudio .....	43
Análisis de datos .....	44
Resultados .....	44
Discusión.....	51
Conclusiones .....	58
Referencias.....	60
Anexos.....	79

## Resumen

Los pacientes con cáncer avanzado presentan múltiples síntomas, tanto físicos como emocionales. La ansiedad y la depresión son los síntomas psicológicos más comunes en estos pacientes y la terapia cognitivo conductual es la intervención que ha dado resultados en la mejoría de dichos síntomas, sin embargo es necesario adaptar intervenciones a las características y necesidades que los pacientes con esta enfermedad presentan al final de la vida. Por lo tanto, en el presente trabajo se evaluó la viabilidad y el efecto que tiene la terapia cognitivo conductual breve vía telefónica sobre la sintomatología depresiva y ansiosa en los pacientes con cáncer avanzado, que asisten a la consulta de cuidados paliativos de la clínica del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. El tratamiento consistió en cuatro módulos: psicoeducación, relajación, identificación y cambio de pensamientos negativos, y planificación de actividades agradables. En total fueron seis sesiones y cada sesión se llevó a cabo dos veces por semana. Se realizó un informe de casos clínicos con un diseño AB, para lo cual se utilizó un análisis visual, la descripción cualitativa de los datos y la satisfacción de la paciente con respecto a los efectos del tratamiento. Participaron cuatro pacientes femeninas con diagnóstico de cáncer avanzado. Los resultados no muestran efectos cuantitativos importantes, sin embargo, la intervención ayudó a que las pacientes hicieran más actividades agradables, y a modificar pensamientos negativos. Estos resultados se ven reflejados en la satisfacción mencionada por las pacientes.

Palabras clave: terapia cognitivo conductual; cáncer avanzado; ansiedad; depresión

## **Introducción**

El modelo biopsicosocial descrito por Engel (1977), además de mostrar ser beneficioso para el paciente, ha permitido que áreas académicas e institucionales como la educación para la salud, medicina preventiva y psicología de la salud tomen gran importancia (Alonso, 2004), así como también la medicina conductual, que surge en la búsqueda de soluciones a los problemas de salud y enfermedad (Schwartz & Weiss, 1978).

En una conferencia sobre medicina conductual, Schwartz y Weiss (1978) definen a esta disciplina como:

El campo concerniente al desarrollo de la ciencia del comportamiento, su conocimiento y las técnicas relevantes para la comprensión de la salud y enfermedad física, así como la aplicación de estos conocimientos y técnicas para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (como se citó en Schwartz & Weiss, 1978, p. 249).

Por lo tanto, el psicólogo especialista en medicina conductual, puede intervenir en cualquier punto del continuo salud-enfermedad, ya sea en enfermedades agudas o crónicas, sin embargo, una persona que padece una enfermedad crónica puede presentar repercusiones que afecten su adaptación no solo física, sino también social, laboral y psicológica, por lo que el campo de acción es más amplio en este contexto (Bravo, 2014).

Especialmente, los pacientes enfermos de cáncer, requieren un cuidado estrecho y apoyo psicosocial, debido a que la evolución es más variada e impredecible comparado con otras enfermedades degenerativas no malignas (Ahmedzai et al., 2004).



A pesar de los avances dirigidos a curar dicho padecimiento, la mayoría de los pacientes mueren debido a la enfermedad, a los efectos secundarios o a las complicaciones relacionadas al tratamiento (Ahmedzai et al., 2004). Los pacientes que se están muriendo generalmente requieren más cuidados que aquellos con enfermedades curables (Twycross, 2002a).

Ante esta necesidad surgen los cuidados paliativos, que se describen como aquellos cuidados dirigidos a pacientes con una enfermedad que ya no es curable y que tienen una esperanza de vida limitada de semanas o meses, y donde el objetivo es lograr la comodidad del paciente (Twycross, 2002a). Estos pacientes sufren al estar ante una enfermedad irreversible, que implica disminución de su estado físico y que indudablemente conducirá a la muerte (Van Mechelen et al., 2012). Parte de este sufrimiento podría aliviarse mediante adecuados cuidados paliativos (Torre et al., 2015).

Los cuidados paliativos ofrecen un enfoque integral para atender no solo los problemas físicos, sino también los psicológicos, sociales y espirituales, tanto de los pacientes como de sus familias (Ahmedzai et al., 2004; Swetz & Mansel, 2013). En este caso, el trabajo del psicólogo consiste en ayudar a hacer frente a la enfermedad, a sus tratamientos, el ajuste a la progresión del cáncer y a la muerte (Ahmedzai et al., 2004), para ayudar a que el paciente viva tan activamente como sea posible hasta que muera (Twycross, 2002a).

Un paciente terminal presenta múltiples síntomas, multifactoriales y cambiantes (Sociedad Española de Cuidados Paliativos [SECPAL], 2014), siendo la ansiedad y depresión los síntomas emocionales más frecuentes en estos pacientes (Delgado-Guay,

Parsons, Li, Palmer, & Bruera, 2009; Teunissen et al., 2007; Van Lancker et al., 2014). La importancia de trabajar sobre estos dos síntomas radica también en que su presencia exacerba los síntomas físicos (Delgado-Guay et al., 2009; Landa-Ramírez, Pérez-Sánchez, Sánchez-Román, & Covarrubias-Gómez, 2014), por lo que es conveniente encontrar tratamientos diseñados para manejar dichos síntomas.

En el presente trabajo, se describe una intervención psicológica con base en el enfoque cognitivo conductual aplicada a pacientes en población mexicana que presentan cáncer avanzado, quienes experimentan múltiples problemas físicos y emocionales debido al deterioro físico y la muerte inminente. En el trabajo se redacta la epidemiología, los principales problemas físicos, sociales y psicológicos a los que se enfrentan los pacientes con cáncer avanzado y sus familias, los diversos tratamientos con los que se han abordado síntomas de ansiedad y depresión, y las limitaciones de dichos tratamientos. Por último, se presenta una propuesta empírica de intervención ajustada a las necesidades de los pacientes con cáncer avanzado en México.

## **Terapia cognitivo conductual vía telefónica para manejo de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos en cuidados paliativos**

El cáncer es una enfermedad caracterizada por un proceso de crecimiento incontrolado de células y dispersión de las mismas, que puede aparecer en cualquier parte del cuerpo, generalmente el tumor invade el tejido próximo y puede provocar metástasis en lugares distantes del organismo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016). Este padecimiento es un espectro de trastornos, cuya progresión es más variable que otras enfermedades degenerativas no malignas (Ahmedzai et al., 2004; Twycross, 2002a).

Esta enfermedad va en incremento en todo el mundo, a causa tanto del crecimiento y envejecimiento de la población, como del aumento de los factores de riesgo: el tabaquismo, el consumo de alcohol, la inactividad física, la mala alimentación, el sobrepeso, la contaminación del aire y el cambio en los patrones reproductivos relacionados con la urbanización y el desarrollo económico (retraso en la edad del primer parto) (Goss et al., 2013; Siegel et al., 2015; Torre et al., 2015).

De acuerdo con datos de GLOBOCAN (Ferlay et al., 2013), se calculó que en el año 2015 hubo 15.2 millones de nuevos casos de cáncer en todo el mundo, y 8.8 millones de personas murieron por esta causa ese mismo año, siendo el cáncer de pulmón y el de mama la principal causa de muerte por cáncer en hombres y mujeres respectivamente. Se calcula que para el 2030 habrá aproximadamente una incidencia de 21.6 millones de nuevos casos y 13 millones de muertes a causa del cáncer, mientras que en México, se calcula 255 mil y 147 mil casos nuevos y muertes respectivamente para ese mismo año (Ferlay et al., 2013).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015b) reporta las principales causas de mortalidad general en México, siendo las enfermedades del corazón (121 mil), la diabetes mellitus (94 mil) y el cáncer (77 mil) las principales causas de muerte en el 2014.

Las estadísticas apuntan a que el cáncer es la principal causa de muerte en países desarrollados, y se encuentra dentro de las principales causas en el resto de los países (Bray, Jemal, Grey, Ferlay, & Forman, 2012). Una proporción considerable podría prevenirse con la aplicación de ciertas medidas como el control del tabaco, la vacunación, la promoción de actividad física, patrones de dieta saludable, y sobre todo una detección temprana (Torre et al., 2015).

La incidencia, mortalidad y supervivencia del cáncer en cada país, se relaciona con sus indicadores macroeconómicos y muestra que los cánceres relacionados con infecciones van a la baja, mientras que aquellos relacionados con un estilo de vida occidental están aumentando (Bray et al., 2012). En los países desarrollados, el cáncer de mama, pulmón, próstata y colorrectal son los más comunes, mientras que en países en vías de desarrollo, están aumentando los cánceres de mama, pulmón y colorrectal (cánceres característicos de países ricos), además del cáncer de estómago, hígado, cuello uterino y esófago que siguen teniendo mayor incidencia (Bray et al., 2012; Ferlay et al., 2015; Jemal, Center, DeSantis, & Ward, 2010; Torre et al., 2015).

A pesar de que la incidencia de todos los cánceres son el doble en los países desarrollados, las tasas de mortalidad son solo de un 8 a un 15% mayor, comparado con los países menos desarrollados, lo que refleja que en países pobres la etapa en la cual se detecta

es más avanzada y hay poca disposición de tratamiento (Goss et al., 2013; Torre et al., 2015). Sin embargo, a pesar de los avances en los tratamientos contra el cáncer, la mayoría de los pacientes terminan muriendo por causas relacionadas a la enfermedad (Ahmedzai et al., 2004).

El cuidado hacia estas personas que están en etapa terminal, es igual de importante que otros problemas de salud pública (Gwyther, Brennan, & Harding, 2009). En este sentido, el tratamiento solo está enfocado al control de síntomas, es decir, a cuidados paliativos (Twycross, 2002b), que actualmente son reconocidos como derecho humano y responsabilidad ética (Gwyther et al., 2009; Vitillo & Puchalski, 2014). Sin embargo, pese a la necesidad, muchos países tienen poca o ninguna prestación de dicha atención (Twycross, 2002b), como es el caso de América Latina, que a pesar del avance en los últimos años, sigue existiendo acceso limitado de esta atención (Goss et al., 2013).

Los cuidados paliativos son la atención activa y compasiva (Salomón-Salazar et al., 2008) que busca mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que sufren una enfermedad que amenaza su vida, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento, a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento del dolor y otros problemas, ya sean físicos, psicosociales y espirituales (OMS, 2015; Sepúlveda, Marlin, Yoshida, & Ullrich, 2002). Dichos cuidados, son proporcionados por un equipo interdisciplinario para manejar la gran carga de síntomas que estos pacientes presentan (Swetz & Mansel, 2013), donde el principal objetivo es lograr la comodidad del paciente, y que viva tan activamente como le sea posible hasta la muerte (Twycross, 2002a, 2002b), sin intención de adelantar ni posponer la muerte (Sepúlveda et al., 2002).

Se ha utilizado el término de cuidados paliativos como sinónimo de atención al final de la vida o cuidado terminal, pero a la vez provoca confusión con respecto al significado exacto de estos y otros términos relacionados con cuidados paliativos (Van Mechelen et al., 2012). Esta confusión puede deberse a que se reconoce a los cuidados al final de la vida como un componente importante de los cuidados paliativos (Vitulo & Puchalski, 2014). Sin embargo, conocer la diferencia entre dichos términos tiene importancia debido a que los objetivos del tratamiento son diferentes, ayuda a tomar mejores decisiones (brindar quimioterapia, enviar a cuidados paliativos, planificar el alta, y administrar los recursos económicos) y a conocer el pronóstico de la esperanza de vida, (Hui et al., 2014; Kim et al., 2016).

A continuación se definen los principales conceptos relacionados con cuidados paliativos:

- **Cáncer avanzado:** es aquel cáncer que no responde a tratamiento curativo, ya sea por su etapa o localización (Torres-Vigil, Aday, De Lima, & Cleeland, 2007).
- **Cuidados terminales/enfermedad terminal/final de la vida:** estos tres términos tienen un significado similar, y se relacionan con la enfermedad que limita la vida, donde se presenta un deterioro irreversible y la esperanza de vida es de meses o menos. Lo que difiere entre estos términos es la aplicación: final de la vida se refiere a un tiempo determinado, enfermedad terminal hace referencia a la condición del paciente y cuidado terminal a la atención prestada a estos pacientes (Hui et al., 2014).
- **Agonía (moribundo):** es aquel paciente que presenta horas o días de sobrevida (Hui et al., 2014).

Un punto importante, es que la definición anterior de cuidados paliativos se enfoca en pacientes con enfermedades incurables, lo que podría interpretarse es, que los cuidados paliativos se encargan de la última etapa de la enfermedad (Sepúlveda et al., 2002). Pero si se limita la atención a estos pacientes, se les niega la atención integral a pacientes que necesitan apoyo para enfrentar el diagnóstico de una enfermedad que amenaza la vida (Gwyther et al., 2009). Debido a esto, la definición ha sido actualizada por la OMS y ha ampliado la población con respecto a la definición anterior, considerando ahora a todo aquel paciente con una enfermedad que amenace su vida, permitiendo aplicar cuidados paliativos tan pronto como sea posible, incluyendo no solo al paciente, sino también las necesidades de la familia y los cuidadores del paciente (Sepúlveda et al., 2002; Vitillo & Puchalski, 2014).

De acuerdo con la SECPAL (2014) una enfermedad terminal implica la presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes, que provoca impacto emocional en el paciente, la familia y en el equipo terapéutico, debido a la presencia explícita o no de la muerte (menos de 6 meses), y que demanda gran atención y soporte. Aunque el alivio del dolor es un componente importante, no es la única necesidad (Sepúlveda et al., 2002). Los pacientes con cáncer avanzado presentan una variedad de síntomas, generalmente no controlados y angustiantes, se enfrentan a la ausencia de cuidadores calificados y centros especializados, incapacidad para resolver los problemas relacionados con el padecimiento y la falta de servicios médicos a domicilio (Goss et al., 2013).

El distrés emocional puede provenir del pronóstico sombrío, la finitud y propósito de la vida o de la extrema incertidumbre que los pacientes sufren, además, esto se ve

afectado por los diferentes cambios que experimentan en diversas áreas de la vida: modificaciones en la dinámica familiar, incapacidad para trabajar, problemas económicos, la apariencia física, las habilidades y la independencia, lo que provoca pensamientos y emociones negativas que pueden llevarlos a la depresión (Becerra, 2014; Pan American Health Organization [PAHO], 1997; Scheffold et al., 2014; Smith, 2015).

También se ha observado, que el sufrimiento en las personas que padecen cáncer incurable está relacionado con la presencia e intensidad de los síntomas de la enfermedad. Los síntomas físicos más comunes que se presentan son: la fatiga, el dolor, la falta de energía, la debilidad y la pérdida de apetito (Teunissen et al., 2007), mientras que la ansiedad y la depresión son los síntomas emocionales más frecuentes presentados en el 44% y 37% de los pacientes con cáncer avanzado respectivamente (Delgado-Guay et al., 2009).

Lo anterior coincide con los síntomas mencionados en una revisión sistemática, donde se incluyeron 17 estudios, identificando que de los 32 síntomas encontrados, la fatiga, debilidad, dolor, estreñimiento y ansiedad, eran los más graves (Van Lancker et al., 2014). Asimismo, el cáncer también se relaciona con dificultad para dormir, irritabilidad, preocupación (Krok, Baker, & McMillan, 2013) y baja calidad de vida (Götze, Brähler, Gansera, Polze, & Köhler, 2014).

La importancia de evaluar y tratar estos síntomas se debe a que logrando la mayor comodidad física posible, mejora la calidad de vida del paciente (Twycross, 2008), esto requiere de una atención frecuente, debido a que al ser una enfermedad progresiva, se producen nuevos síntomas (Twycross, 2002b).



Por otro lado, esta situación también afecta a la familia. El apoyo que brindan a sus pacientes puede ser extremadamente estresante, causando problemas tanto mentales como físicos, y causando que se pueda requerir atención para sí mismos (Fegg et al., 2013). La dependencia funcional de los pacientes, implica una gran carga de trabajo para los cuidadores y familiares, quienes a su vez experimentan síntomas depresivos, proporcionalmente relacionados a la intensidad de las cargas del cuidado (Tang et al., 2013) y síntomas ansiosos (Götze et al., 2014), además de cargas económicas (mayores gastos en la fase final de la enfermedad comparada con la fase inicial) (Van Houtven, Ramsey, Hornbrook, Atienza, & van Ryn, 2010).

También, en la búsqueda de proteger al paciente, frecuentemente los familiares le ocultan información, sin embargo, esto aísla e imposibilita que el paciente exprese sus miedos y preocupaciones (Twycross, 2002a). Esta conspiración del silencio causa sufrimiento (Twycross, 2008), pues “aunque la verdad duele, el engaño puede doler más” (Fallowfield, Jenkins, & Beveridge, 2002, p.297). La conciencia clara del estado de la enfermedad es esencial para la toma de decisiones (Kim et al., 2016), por lo que, para brindar cuidados paliativos adecuados, es necesario la honestidad (Twycross, 2002a).

Estos problemas tanto de los pacientes como de los familiares podrían manejarse con la ayuda psicológica, social y espiritual que brindan los cuidados paliativos (Ahmedzai et al., 2004), lamentablemente estos cuidados llegan a ser ignorados en algunas ocasiones, y en muchas otras se ponen a disposición del paciente demasiado tarde (PAHO, 1997). Existe la creencia de que enviar a cuidados paliativos implica fracaso o renunciar (Twycross, 2008), cuando en realidad, idealmente estos cuidados se deberían ofrecer como parte de la atención total en el momento del diagnóstico, a la par de la terapia dirigida a la enfermedad,

e intensificarlos conforme el tratamiento es menos efectivo, y no utilizarse como alternativa al tratamiento o una medida de último recurso (Stjernswärd, Colleau, & Ventafridda, 1996; Swetz & Mansel, 2013). La consecuencia de esto, es que los síntomas que no son tratados al inicio son más difíciles de tratar en los últimos días de vida (Sepúlveda et al., 2002).

Además de la alta incidencia de los síntomas de ansiedad y depresión, la importancia de tratar estos síntomas emocionales se debe a que se relacionan negativamente con otros factores: menos calidad de vida del paciente (Götze et al., 2014), inadecuadas estrategias de afrontamiento, menor funcionalidad (Wilson et al., 2007), aumenta los deseos de acelerar la muerte (Villavicencio-Chávez et al., 2014; Wilson et al., 2007), pensamientos de autolesión (Lloyd-Williams, Payne, Reeve, & Dona, 2014) y la mortalidad (Onitilo, Nietert, & Egede, 2006). Asimismo, estos trastornos también influyen en los síntomas físicos. Por ejemplo, varios estudios (Delgado-Guay et al., 2009; Landa-Ramírez et al., 2014; Scheffold et al., 2014; Wilson et al., 2007) han demostrado que existe una relación entre la frecuencia y la intensidad de los síntomas físicos y la presencia de ansiedad y depresión en los pacientes con cáncer avanzado. Debido a esto, es necesaria una adecuada evaluación e intervención para los síntomas del estado de ánimo (Rayner et al., 2011).

Sin embargo, evaluar estos síntomas no es fácil. La ansiedad, es una respuesta emocional displacentera que incluye aspectos cognitivos, conductuales y fisiológicos, específicamente en los pacientes con cáncer, la ansiedad puede tener muchas causas, entre ellas, debido a complicación médica de la enfermedad o tratamiento, la carga económica y los cambios de rol de la familia (Becerra, 2014). En el caso de la depresión, se produce en un contexto de múltiples síntomas, lo que complica la detección y tratamiento (Rayner et

al., 2011). Los síntomas deben ser evaluados cuidadosamente, ya que señales como problemas del sueño (Lloyd-Williams, Friedman, & Rudd, 1999) y pérdida de apetito pueden ser a causa de la quimioterapia, el cáncer o el tratamiento, por lo tanto, los médicos deben ser muy cautelosos en diagnosticar y tratar la depresión en pacientes paliativos, y diferenciar si los síntomas somáticos son debido a la depresión o a otras causas médicas (Becerra, 2014; Rayner et al., 2011).

Este traslape de síntomas físicos entre la enfermedad avanzada y la depresión, así como la ausencia de criterios claros para diagnosticarla, hace que los médicos infra diagnostiquen la depresión (Porche, Reymond, Callaghan, & Charles, 2014). Por lo tanto, un adecuado diagnóstico de depresión, se debe centrar en los componentes cognitivos y conductuales, tales como la anhedonia, desesperanza, auto-imagen negativa, pérdida de motivación, retraimiento social, sentimientos de impotencia, inutilidad y culpa inapropiada (Hallford, McCabe, Mellor, Davison, & Goldhammer, 2012; Lloyd-Williams et al., 1999).

Una vez que un diagnóstico de depresión se realiza en pacientes que tienen una enfermedad avanzada, es importante que se les trate de manera adecuada (Lloyd-Williams et al., 1999). Dentro de las líneas de tratamiento, las guías clínicas Europeas recomiendan para el manejo de la depresión en los pacientes paliativos, intervención psicológica breve, específicamente Terapia Cognitivo Conductual (TCC) en depresión leve y la combinación de TCC más antidepresivos en depresión moderada y severa (Rayner, Higginson, Price, & Hotopf, 2010). Sin embargo, la prestación de servicios tales como psiquiatría de enlace dentro de los cuidados paliativos es muy limitada, y la responsabilidad de diagnosticar y medicar la depresión y ansiedad en este contexto, recae en el médico de atención paliativa,

además es importante considerar la polifarmacia, el tiempo de respuesta y los efectos secundarios en los pacientes con cáncer avanzado (Lloyd-Williams et al., 1999).

Los fármacos utilizados para el manejo de depresión en cuidados paliativos son los antidepresivos tricíclicos, y los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, sin embargo, los múltiples síntomas y las interacciones con otros tratamientos complican el manejo de la depresión en esta población, sin olvidar que el tiempo que se dispone es generalmente corto, por lo tanto es recomendable que los médicos consideren el pronóstico del paciente y el tiempo necesario para que el tratamiento sea efectivo (Rayner et al., 2011).

En un estudio donde se registraron los pacientes paliativos que recibían antidepresivos, se encontró que el 76% de los pacientes que recibían algún fármaco para la depresión, habían recibido algún antidepresivo durante las últimas 2 semanas de vida, sin embargo morían antes de que el medicamento tuviera efecto (Lloyd-Williams et al., 1999).

Además del tiempo de efecto, los médicos están en un dilema; por una parte, el distrés emocional no es siempre un síntoma de trastorno mental y medicar la tristeza normal puede estigmatizar a los pacientes, enmascarar la verdadera fuente de sufrimiento, y obstaculizar el apoyo y el control apropiado de los síntomas, y por otro lado, ignorar el diagnóstico de trastorno depresivo puede reducir la posibilidad de recibir un tratamiento eficaz (Rayner et al., 2011).

Especialmente, la población con cáncer es una de las que puede beneficiarse de la terapia psicológica breve, centrada en el distrés emocional que a menudo resulta del diagnóstico inicial de cáncer, especialmente cuando el diagnóstico es de cáncer avanzado (Cluver, Schuyler, Frueh, Brescia, & Arana, 2005). Aunque la terapia cognitivo-conductual

(TCC) es un tratamiento basado en la evidencia para los trastornos de ansiedad, el enfoque debe adaptarse para abordar las preocupaciones realistas relacionadas con la enfermedad del cáncer, como las preocupaciones sobre la progresión de la enfermedad, discapacidad y muerte (Greer et al., 2012).

En una intervención psicológica orientada a disminuir la ansiedad, se recomienda identificar las creencias que promueven temores exagerados, orientando al paciente a encontrar posibles soluciones, entrenarlo en ejercicios sencillos enfocados en la respiración, meditación y relajación muscular progresiva, y para el tratamiento de la depresión se busca fomentar conductas que ayuden a sentir control aun cuando se encuentre en etapa avanzada, explorar las creencias sobre su enfermedad con el fin de que identifique los pensamientos irracionales o anticipados que lo conducen a sentimientos de desesperanza (Becerra, 2014).

La ansiedad es adaptativa y activa los recursos para evitar el peligro, sin embargo, cuando ésta es desadaptativa provoca pensamientos o actividades inapropiadas, debido a lo anterior, la intervención enfocada en disminuir la ansiedad se basa en psicoeducación o "normalización" de los síntomas (Fischer & Wedel, 2012).

En una revisión sistemática donde se evalúa el efecto de la psicoterapia en la depresión, se encontró un efecto moderado sobre este síntoma, sin embargo, los estudios incluidos utilizaban técnicas psicoterapéuticas variables (relajación, hipnosis, terapia cognitivo conductual y solución de problemas) (Akechi, Okuyama, Onishi, Morita, & Furukawa, 2008), técnicas que presentan bases teóricas diferentes.

En un estudio (Greer et al., 2012) realizado con 40 pacientes con cáncer avanzado (20 sometidos a terapia cognitivo conductual y 20 en grupo control en lista de espera) se

diseñaron 4 módulos de intervención orientados para disminuir la ansiedad distribuidos en 6 sesiones. Se utilizó la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A) y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). La intervención consistió en: (a) una sesión de fijación de metas y la educación acerca de la ansiedad; (B) una sesión de entrenamiento de relajación; (C) tres sesiones para hacer frente a los temores de cáncer; y (d) una o dos sesiones sobre la planificación actividades. Los participantes se sometieron a una evaluación post-tratamiento después de completar la intervención o en aproximadamente 8 semanas, dependiendo de la asignación a los grupos de estudio. Los resultados mostraron que los pacientes asignados a la TCC tuvieron mayores mejorías en las puntuaciones de HAM-A en comparación con el grupo control, lo que sugiere que TCC breve adaptada a las preocupaciones de los pacientes con cáncer avanzado no sólo era posible sino que también condujo a mejoras significativas en la ansiedad.

Ante las necesidades de esta población, se han buscado otros medios para brindar psicoterapia. En un estudio realizado por Moorey et al., (2009), se intervino a pacientes con cáncer avanzado mediante atención psicológica domiciliaria para el manejo de síntomas de ansiedad y depresión. Los resultados demostraron que la terapia cognitivo conductual en domicilio ayudó a disminuir síntomas de ansiedad, pero sin efecto sobre depresión.

La vía telefónica es otro de los medios utilizados para la intervención psicosocial (ansiedad, depresión, calidad de vida, apoyo social y afrontamiento) en pacientes oncológicos, tanto en pacientes sobrevivientes de cáncer (Badger et al., 2011; Lyons et al., 2015), como en los diagnosticados en etapas tempranas (Badger et al., 2013; Crane-Okada et al., 2012; Hoyer, Toft, Debess, & Ramlau-Hansen, 2011; Livingston et al., 2010; Marcus et al., 2010; Sherman et al., 2012). Sin embargo, aunque han mostrado efectividad en

aspectos psicosociales, es importante recordar que son realizados en pacientes con cáncer en etapas tempranas, y los pacientes que se encuentran en fase avanzada, presentan condiciones diferentes, por lo que es necesario adecuarse a estas condiciones. Los pocos estudios dirigidos a pacientes con cáncer avanzado están orientados a evaluar la efectividad percibida por el paciente del medio (video llamada), o monitoreo del distrés psicológico.

En un estudio (Cluver et al., 2005) donde se evaluaron a 9 pacientes con cáncer avanzado (media de edad 50 años) con trastorno ansioso y/o depresivo (DSM I-V) recibieron psicoterapia cognitiva además del tratamiento médico habitual. Se realizaron seis sesiones de terapia cognitiva de 1h cada una (las sesiones de tratamiento se alternaron entre cara a cara y video llamada). Los pacientes completaron un cuestionario al final de las sesiones, tanto cara a cara, como video llamadas. Se les pidió que respondieran: (1) la utilidad de los contenidos de la sesión de terapia; (2) si se sentían "en la misma onda" con el terapeuta; (3) si ellos creían que estaban teniendo progresos en el tratamiento de su enfermedad psiquiátrica. Los pacientes estuvieron muy satisfechos con las dos modalidades de tratamiento.

Por otro lado, un estudio realizado por Kornblith et al. (2006) evaluó a 192 adultos mayores con cáncer avanzado, los participantes fueron divididos en dos grupos, el primero de ellos recibió material educativo con información sobre el cáncer y una llamada telefónica al mes durante 6 meses en la cual se monitoreaba el distrés psicológico y físico, y el apoyo social de los adultos mayores, utilizando la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), el Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (European Organization for Research and Treatment of Cancer quality-of-life questionnaire, EORTC-

QLQ-C30), y la encuesta de Apoyo Social del Estudio de Resultados Médicos (Social Support Survey Medical Outcomes Study, MOS). Por otro lado, el segundo grupo solo recibió el material educativo. Los resultados mostraron que el primer grupo (material educativo más monitoreo telefónico) presentó significativamente menos ansiedad y depresión, comparado con los pacientes paliativos que solo recibieron el material.

Debido a lo anterior, se reconoce la necesidad y el beneficio del apoyo psicológico en pacientes con enfermedad avanzada (Lloyd-Williams et al., 1999). Sin embargo, este apoyo debe basarse en intervenciones psicológicas que sean breves y fáciles de aprender (Galfin, Watkins, & Harlow, 2011) y que las estrategias de afrontamiento sean útiles para él y su familia (Becerra, 2014). Además hay varias limitaciones que se deben considerar. En nuestro país, los pacientes paliativos tienen una baja expectativa de vida, en promedio se presentan a 4 consultas médicas después de declararse paliativo (Covarrubias-Gómez, Hernández-Martínez, Ruiz-Ramírez, & López Collada-Estrada, 2014). Por otro lado, la situación económica es un factor que limita el acceder a servicios de salud. De acuerdo con los datos más recientes del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2015) sobre la pobreza en México, menciona que: en el 2014, 55.3 millones de mexicanos (46.2% de la población total) se encontraba en situación de pobreza, lo que refleja que el 23.4% tenía carencias en el acceso a la alimentación y 18.2% en el acceso a los servicios de salud.

Por último, debido a los síntomas que presentan (fatiga, dolor, falta de energía, debilidad) (Teunissen et al., 2007), además de un bajo nivel de funcionalidad, hay poca posibilidad de movilidad y es necesario buscar estrategias que se adapten a sus condiciones. Por lo tanto, los pacientes físicamente enfermos e inmóviles son candidatos ideales para la



terapia a domicilio (Moorey et al., 2009), video llamada (Cluver et al., 2005) o por teléfono.

En el caso de la intervención mediante video llamada, se requieren ciertas condiciones tecnológicas (como computadora e internet), que no todos los pacientes pueden acceder. Por ejemplo, de acuerdo con datos del INEGI (2015a), en México el 55.1% de las personas no cuenta con una computadora en el hogar, y principalmente se debe a falta de recursos económicos (65.8%) o por no saber usarla (17.3%). Mientras que solo el 39.2% tiene acceso a internet. Por otro lado, datos de esta misma fuente muestran que 89.3% de mexicanos cuenta con servicio de telefonía, por lo tanto se considera, que la vía telefónica, es una opción viable, que permite brindar intervención a pacientes que se encuentran inmóviles o que no puedan asistir a una sesión debido a su condición física o ubicación lejana en relación con el hospital (Cluver et al., 2005). Además permite que la frecuencia de las sesiones sea mayor, lo cual es importante debido a la baja esperanza de vida que tienen los pacientes en México una vez que los declaran paliativos (Covarrubias-Gómez et al., 2014).

De acuerdo con la literatura, este medio de intervención ha resultado viable (Badger et al., 2011), ya que ha sido utilizado en pacientes con cáncer, como herramienta para monitoreo del distrés (Kornblith et al., 2006) e intervenciones en terapia cognitiva mediante video llamada, para pacientes en fase avanzada para ansiedad y depresión (Cluver et al., 2005), sin embargo, esta última investigación solo enfatizó la viabilidad de la herramienta y no el efecto de la terapia sobre los síntomas (ansiedad y depresión).

Son pocos los estudios que han utilizado la vía telefónica para brindar tratamiento, y no hay investigaciones que evalúen el efecto de este medio en pacientes con cáncer avanzado en nuestro país. La vía telefónica podría ser una herramienta útil y viable para ofrecer atención psicológica en beneficio de los pacientes que no pueden asistir al hospital de manera constante debido a limitaciones físicas, geográficas y/o económicas. Por lo cual surge la siguiente pregunta: ¿es la terapia cognitivo conductual vía telefónica es una opción viable para el manejo de síntomas de ansiedad y depresión, en los pacientes con cáncer avanzado? Es así que el objetivo de este estudio fue evaluar la viabilidad y el efecto clínico de la terapia cognitivo conductual vía telefónica sobre la ansiedad y depresión en los pacientes con cáncer avanzado que asisten a cuidados paliativos.

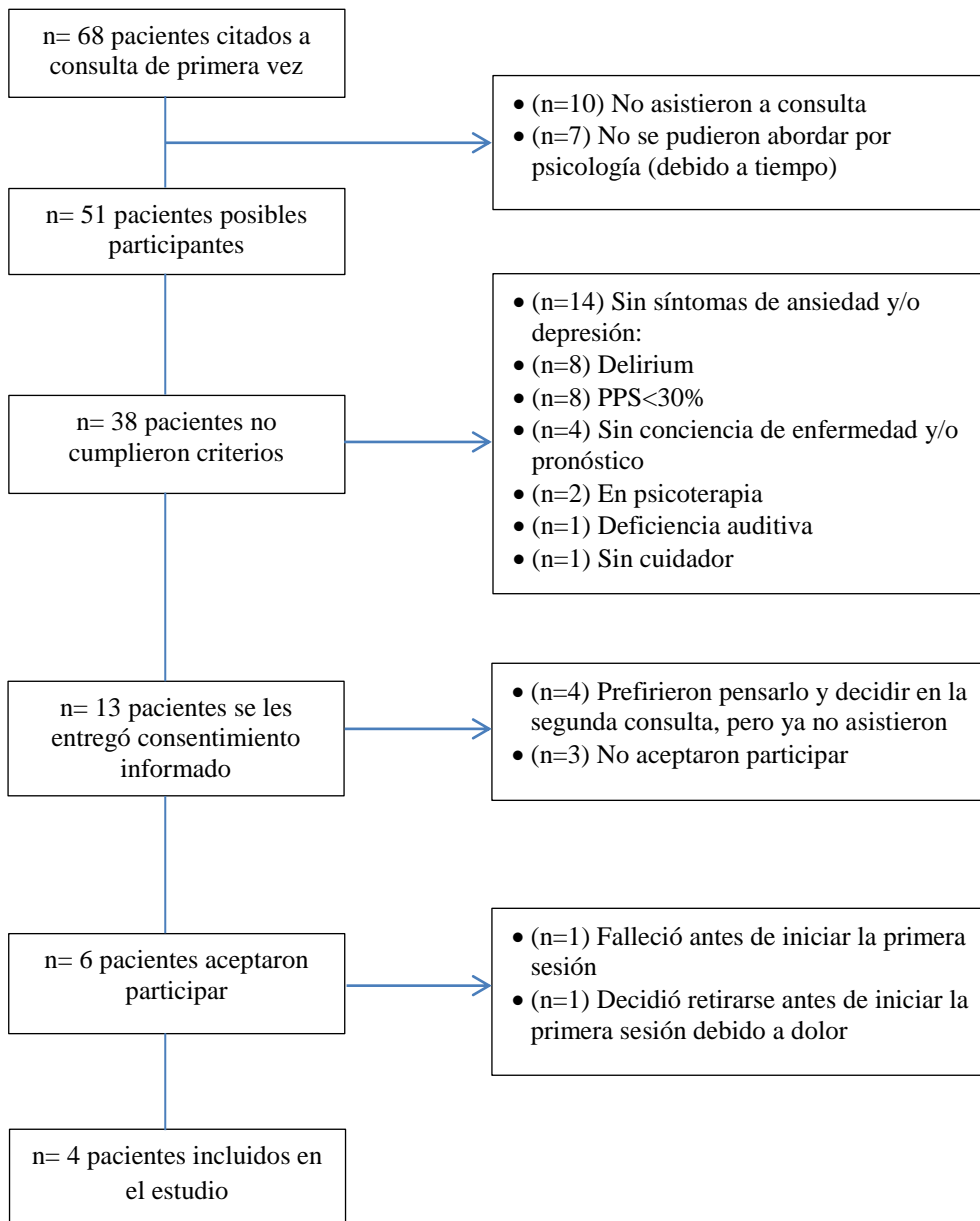
## **Método**

### Participantes

En la clínica de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, se registraron 68 pacientes con cáncer avanzado citados a la consulta externa por primera vez en el periodo de febrero a julio del 2016, pero solo 58 pacientes asistieron a su primera consulta (7 de ellos no se pudieron abordar) (ver figura 1). Se identificaron aquellos que cumplían con los criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de cáncer avanzado, con sintomatología de ansiedad y/o depresión medida con la escala HADS (puntuación de depresión 7 y ansiedad 8), funcionalidad >30% medida con la escala de PPS, con teléfono, que tengan cuidador y con conciencia de enfermedad y pronóstico mediante cuatro preguntas utilizadas en la “Entrevista para la

Detección de Necesidades Psicosociales en Enfermedad Avanzada” (DENEPSI), la cual ha sido usada en pacientes paliativos.

Figura 1. Flujo de los pacientes incluidos en el estudio



Se excluyeron aquellos pacientes que estuvieran bajo tratamiento psicológico, los que presentaban delirium medido con el cuestionario de FAM-CAM, o aquellos que presentaban alguna otra condición que limitará la intervención.

De los 51 pacientes que asistieron a consulta de primera vez y se identificaron, 38 no cumplieron con los criterios de inclusión: 14 sin síntomas de ansiedad y/o depresión, 8 presentaban delirium, 8 PPS <30%, 4 sin consciencia de enfermedad y/o pronóstico, 2 en psicoterapia, 1 deficiencia auditiva, 1 sin cuidador. A los 13 pacientes que cumplieron con criterios de inclusión, se les entregó consentimiento informado; 4 prefirieron pensarlo y decidir en la segunda consulta, sin embargo ya no asistieron, 3 no aceptaron participar y 6 aceptaron participar (1 falleció y 1 decidió retirarse, ambos casos antes de iniciar la primera sesión).

Solo 4 pacientes terminaron el estudio, las cuatro pacientes eran mujeres, la edad promedio fue de 53 años, tres de ellas presentaban tanto síntomas de ansiedad como de depresión y una de ellas solo depresión. Sus principales características se describen en la tabla 1.

El estudio fue revisado y sometido a comité de ética del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, siendo aceptado con el número de registro: REF. 1768.

Variables

Ansiedad

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (American Psychiatric Association [APA], 2013), los trastornos de ansiedad se

caracterizan por miedo excesivo y ansiedad, por un lado, el miedo es la respuesta emocional a una amenaza inminente, real o percibida que generalmente provoca activación autonómica requerida para la lucha o huida, y pensamientos de peligro inmediato, y por el otro, la ansiedad es la anticipación de una amenaza futura relacionada con tensión muscular, vigilancia y comportamientos de prudencia y evitación. Por lo tanto, la ansiedad es una respuesta emocional displacentera que incluye aspectos cognitivos, conductuales y fisiológicos (Becerra, 2014).

Los trastornos de ansiedad son diferentes unos de otros de acuerdo al objeto o situación que induce el miedo, la ansiedad o el comportamiento de evitación (APA, 2013).

Tabla 1. Características principales de los pacientes participantes

Paciente	Escolaridad	Estado civil	Religión	Lugar de residencia	Diagnóstico	HADS	PPS
1. Mujer, 74 años	Primaria incompleta	Viuda	Católica	Puruándiro Michoacán	Hepatocarcinoma a Barcelona B	Ansiedad 10, depresión 7	80% actividad con esfuerzo y evidencia de enfermedad
2. Mujer, 51 años	Secundaria	Divorciada	Católica	Edo. de México	Cáncer gástrico EC IV, metástasis en ovarios y peritoneo	Ansiedad 10, depresión 12	70% deambulación reducida, actividad con esfuerzo
3. Mujer, 54 años	Primaria	Casada	Católica	Ciudad de México	Cáncer de ampulla de Vater EC IV, metástasis pulmonares	Ansiedad 6, depresión 7	90% actividad normal con alguna evidencia de enfermedad
4. Mujer, 33 años	Licenciatura (enfermería)	Casada	Católica	Ciudad de México	Leiomiomasarcoma uterino EC IV, metástasis a pulmón	Ansiedad 9, depresión 8	100% actividad y trabajo normal, sin evidencia de enfermedad

## Depresión

De acuerdo con la quinta edición del DSM (APA, 2013), los trastornos depresivos se caracterizan por la presencia de ánimo triste, vacío o irritable, cambios somáticos y cognitivos que interfiere en la capacidad de la persona para funcionar adecuadamente. La diferencia entre dichos trastornos es la duración, cronología o su probable etiología. En el caso particular de los pacientes paliativos, es importante diferenciar si los síntomas somáticos son debido a la depresión o a otras causas médicas (Becerra, 2014; Rayner et al., 2011). Por lo tanto, se recomienda que el diagnóstico de depresión se enfoque en los componentes cognitivos y conductuales, tales como la anhedonia, la desesperanza, la autoimagen negativa, la pérdida de motivación, el retraimiento social, los sentimientos de impotencia, la inutilidad y la culpa inapropiada (Hallford et al., 2012; Lloyd-Williams et al., 1999).

## Instrumentos

Se diseñó una entrevista semiestructurada realizada “ex profeso” que incluye datos tanto sociodemográficos como médicos (diagnóstico, comorbilidades y tratamiento farmacológico) (ver anexo 1).

Conciencia de enfermedad/pronóstico. Se utilizaron 4 preguntas dirigidas a conocer si el paciente está consciente de su diagnóstico y pronóstico. Dichas preguntas son retomadas de la “Entrevista para la Detección de Necesidades Psicosociales en Enfermedad Avanzada” (DENEPSI, no publicado), la cual ha sido utilizada en pacientes paliativos.

1. ¿Qué enfermedad tiene?

2. ¿Qué le han dicho los doctores acerca de su enfermedad?
3. ¿Le han dicho los doctores si su condición puede cambiar? Sí\_\_ No \_\_ ¿Cómo?
4. ¿Ha tenido dificultad para obtener la información que quisiera conocer? Sí\_\_  
No\_\_ ¿Cuáles?

HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Es una escala utilizada para medir el estado de ánimo ansioso o depresivo, que considera dimensiones cognitivas y afectivas, y omite aspectos somáticos (insomnio, fatiga y pérdida de apetito) para evitar atribuirlos a los síntomas emocionales. Consta de 14 reactivos (7 para ansiedad, 7 para depresión) tipo Likert de 4 opciones de respuesta (Zigmond & Snaith, 1983). Es usada en pacientes en cuidados paliativos y en México el punto de corte que mostró mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad es de 7 para depresión (Kappa 0.73) y 8 para ansiedad (Kappa 0.68), con base en la aplicación y validación realizada en nuestro país (López-Alvarenga et al., 2002). Esta validación tiene un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.84 y 0.86 para la primera y la segunda prueba respectivamente (ver anexo 2).

PPS (Palliative Performance Scale). Es una modificación del “Karnofsky Performance Scale”. El PPS es una escala que evalúa el estado funcional, que proporciona un marco de referencia en la disminución progresiva de los pacientes paliativos. La escala cuenta con cinco áreas (deambulaci3n, actividad y evidencia de enfermedad, autocuidado, ingesta y nivel de conciencia) medidas en niveles de 10%, donde 100% es la puntuaci3n mayor, indicando deambulaci3n y salud total, y 0% el puntaje menor que indica muerte. Se califica identificando en cada una de las cinco áreas qu3 porcentaje (0-100%) de actividad puede realizar el paciente (Anderson, Downing, Hill, Casorso, & Lerch, 1996). Esta escala

ha mostrado un coeficiente Kappa de Cohen de 0.67 y 0.71 (Ho, Lau, Downing, & Lesperance, 2008). En México no hay un trabajo donde se haya evaluado su validez, sin embargo, es muy usado en la práctica clínica (ver anexo 3).

ESAS (Edmonton Symptom Assessment System). Es una escala en la que se evalúan nueve síntomas primordiales que se presentan en pacientes paliativos, así como, la intensidad de los mismos que se evalúa por medio de una escala numérica que va del 0 (ausencia del síntoma) al 10 (la peor gravedad posible) (Bruera, Kuehn, Miller, Selmsler, & Macmillan, 1991). La validación de la versión en español en pacientes con cáncer avanzado mostró un alfa de Cronbach de 0.75. Esta versión evalúa 10 síntomas (dolor, debilidad, náusea, depresión, ansiedad, somnolencia, disnea, anorexia, insomnio y bienestar) (Carvajal, Centeno, Watson, & Bruera, 2011). Aunque no hay validación en nuestro país, esta versión validada al español es utilizada con frecuencia en la práctica clínica (ver anexo 4).

FAM-CAM (Family Confussion Assessment Method). El CAM (Confussion Assessment Method) es un instrumento utilizado para identificar delirium de manera breve. Dicho instrumento se ha utilizado en pacientes con cáncer avanzado (Moyer, 2010; Ryan et al., 2009). El FAM-CAM se basa en los cuatro ítems del CAM. El instrumento cuenta con una sensibilidad de 88% y una especificidad de 98%. Por lo que el FAM-CAM es una herramienta sensible y útil para detectar delirium a través de los cuidadores (Steis et al., 2012). En este caso se considera más conveniente utilizar el FAM-CAM, debido a la necesidad de detectar delirium en cada sesión vía telefónica, a través de la información proporcionada por el cuidador, antes de iniciar con la sesión planeada con el paciente, para descartar que éste se encuentre en delirium, ya que es un criterio de retiro del estudio. Sin



embargo, aunque no hay una validación en población mexicana, el instrumento es utilizado con frecuencia en la clínica de cuidados paliativos (ver anexo 5).

Registro de actividades y pensamientos. Los pacientes realizaron un registro diario de la frecuencia y las actividades de ocio (ver anexo 6), así como la frecuencia y pensamientos negativos que pudieron estar asociados a la depresión y ansiedad (anexo 7). Registros similares han sido utilizados en estudios con pacientes con cáncer avanzado (Landa-Ramírez, 2015; Lévesque, Savard, Simard, Gauthier, & Ivers, 2004).

Satisfacción del paciente con respecto a los resultados del tratamiento. Se evaluó la satisfacción del paciente con respecto a los efectos percibidos de la intervención, así como la evaluación del cuidador y de la terapeuta. Dicha evaluación se ha utilizado en otros estudios (Landa-Ramírez, 2015; Nash et al., 2013) como medida complementaria a otras evaluaciones. Esta evaluación se realizó al final de la intervención preguntando al paciente, qué tanto el tratamiento le ayudó a mejorar su estado de ánimo. Se utilizó una escala del cero (le hizo daño), 1-4 (cambio leve), 5-8 (cambio mediano) o 9-10 (cambio grande).

### **Formulación clínica de los casos**

Adicionalmente a las características generales de las pacientes mencionadas anteriormente (tabla 1), se presentan los mapas clínicos de patogénesis de cada una de ellas, donde se describen las variables más relevantes del contexto personal y social de las pacientes que se relacionan con el estado físico y emocional del padecimiento actual (ver figura 2-5).

Figura 2. Mapa clínico de patogénesis. Paciente 1, mujer de 74 años.

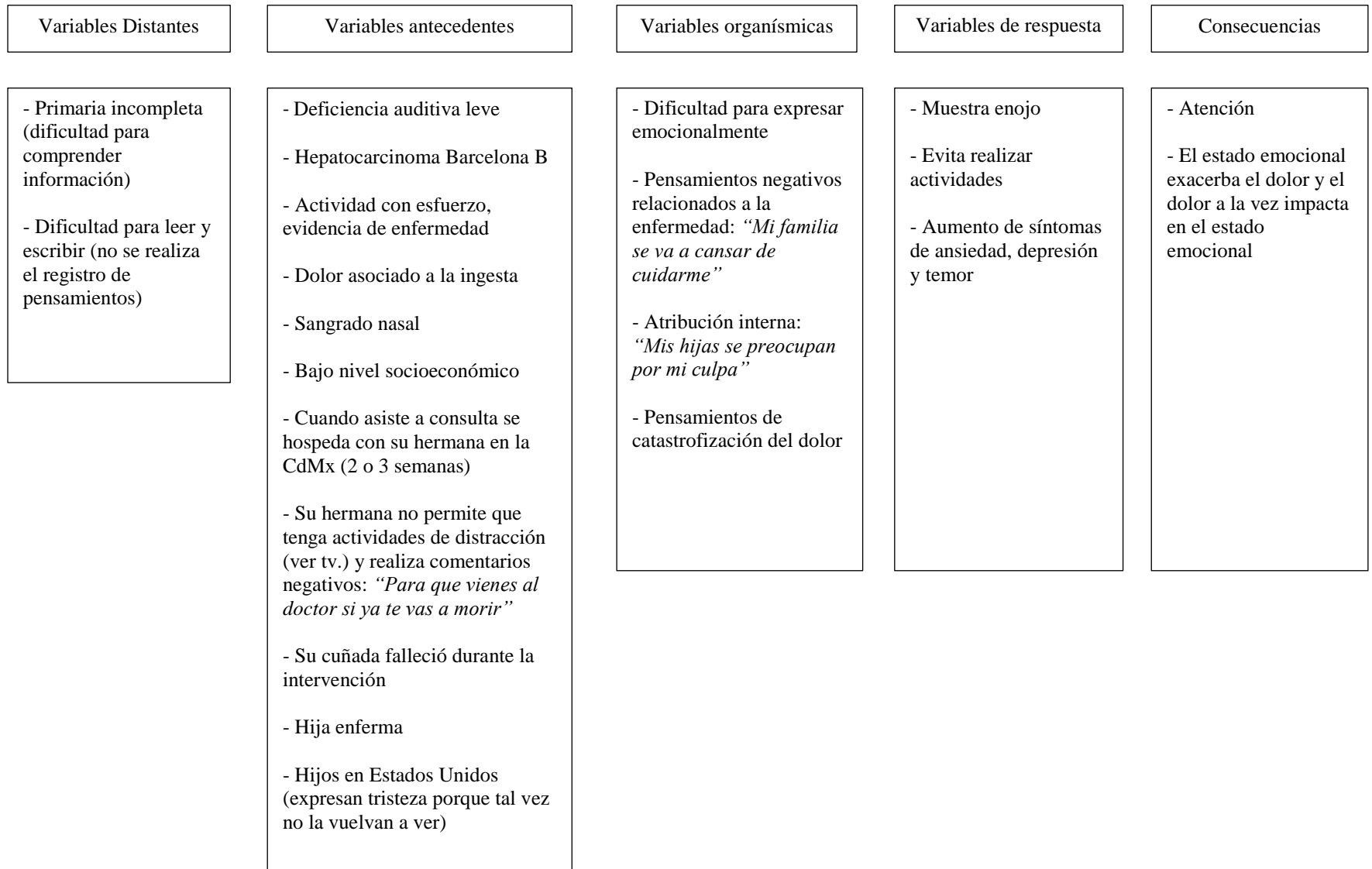


Figura 3. Mapa clínico de patogénesis. Paciente 2, mujer de 51 años.

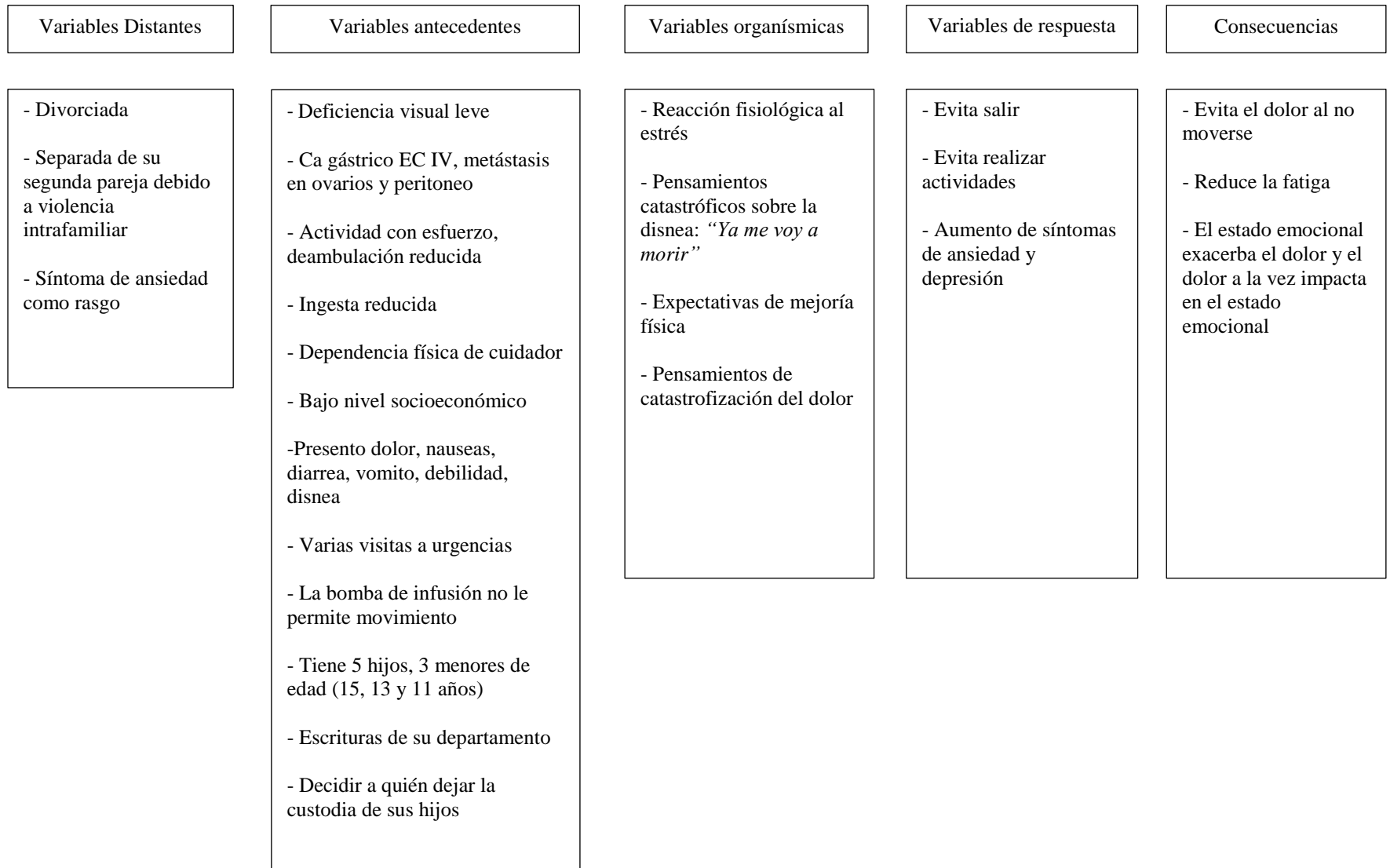


Figura 4. Mapa clínico de patogénesis. Paciente 3, mujer de 54 años.

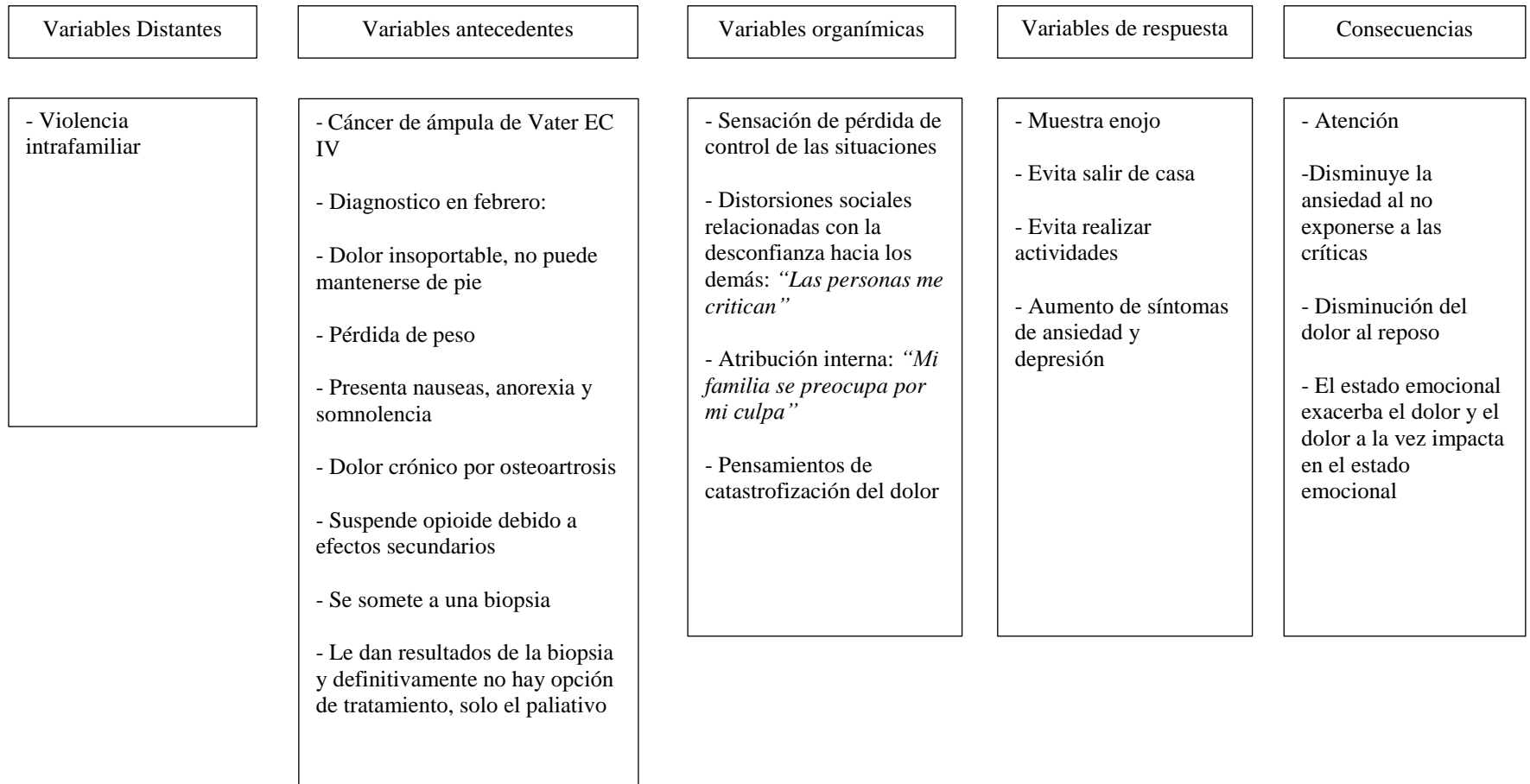
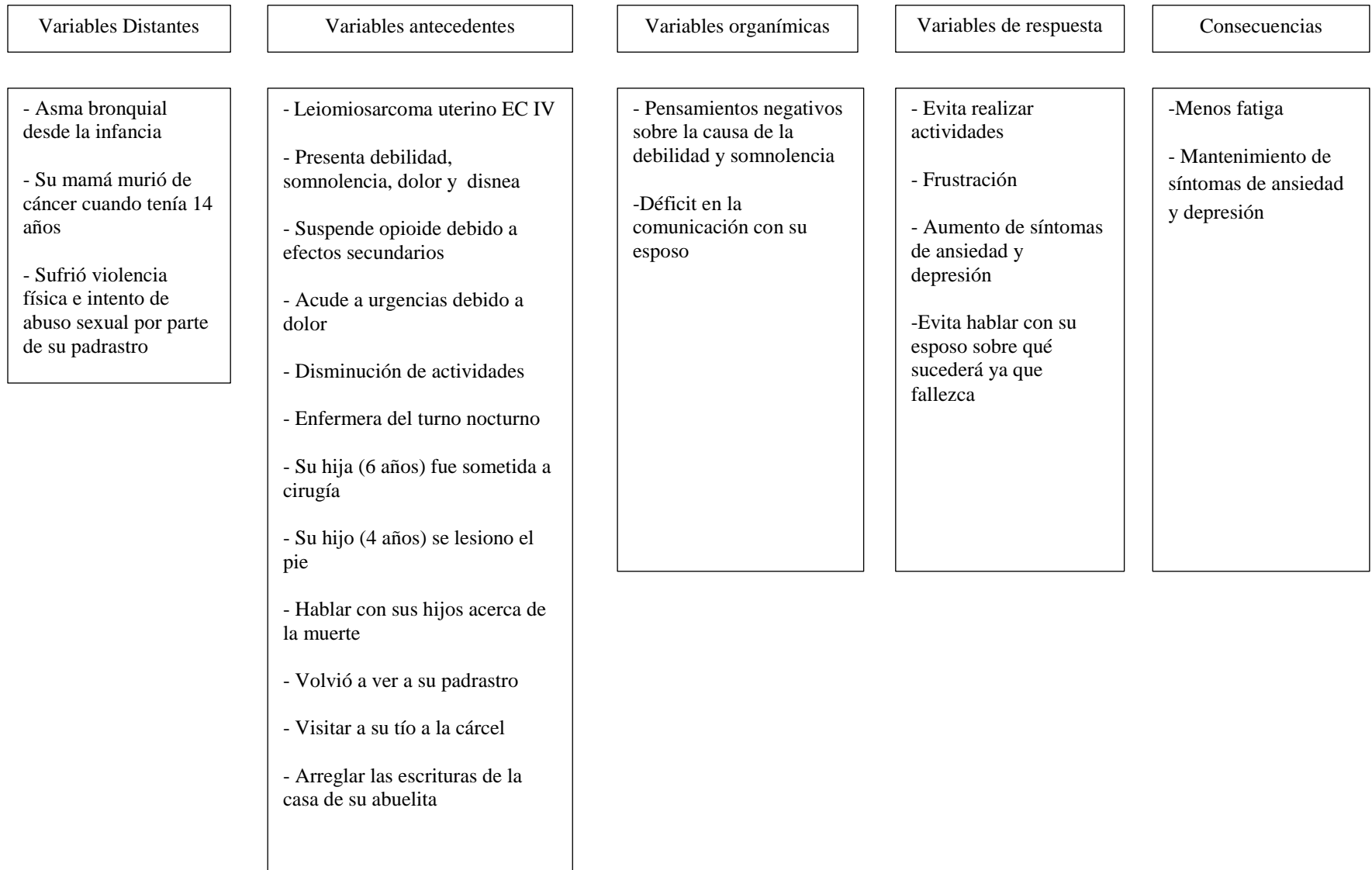


Figura 5. Mapa clínico de patogénesis. Paciente 4, mujer de 33 años.



## **Procedimiento**

### Evaluación

Se identificaron a los pacientes de primera vez que llegaron a la consulta de cuidados paliativos. Posterior a la evaluación realizada por los médicos, se retomó información del expediente y se identificó aquellos pacientes que cumplían con los criterios, con el fin de no agotar al paciente con preguntas repetitivas. Una vez que un paciente cumplió con los criterios, se evaluó por medio de la escala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), se exploró si tenía conciencia de enfermedad y pronóstico con base en 4 preguntas que se retomaron de la “Entrevista para la Detección de Necesidades Psicosociales en Enfermedad Avanzada” y se preguntó si estaba bajo tratamiento psicológico.

A los pacientes que obtuvieron un puntaje de 7 o mayor para síntomas depresivos, y/o 8 para ansiosos, tenían conciencia de enfermedad y pronóstico, y no estaban bajo tratamiento psicológico, se les informó sobre el proyecto (los posibles beneficios, las actividades a realizar, la certeza de anonimato, confidencialidad y la libertad de abandonar el estudio sin repercusiones). Se entregó el consentimiento informado y se dio el tiempo necesario para que los pacientes lo leyeran con detenimiento y expresaran dudas si es que las había. Algunos pacientes tomaron la decisión en ese momento, y otros solicitaron pensarlo y decidirlo en la siguiente consulta. Una vez que el paciente aceptó y firmó el consentimiento informado, se acordó el día y la hora de la primera sesión, ajustándose a la disponibilidad del paciente.

## Intervención

La intervención se realizó por la titular de la presente investigación, dicha intervención se adaptó con base en las técnicas descritas en el Manual de tratamiento “Terapia cognitivo-conductual breve para el manejo de la ansiedad y depresión en pacientes con cáncer terminal atendidos en cuidados paliativos” (Landa-Ramírez, no publicado).

El tratamiento se diseñó para brindarse de manera individual, vía telefónica dos veces por semana en seis sesiones, con una duración de aproximadamente de 60 a 90 minutos, sin embargo pudo extenderse de acuerdo a la necesidad y disposición del paciente. El promedio de las sesiones fue de 5.7, en un rango de 5-6 sesiones, con una media de 74 minutos de duración por sesión (rango 30-131 min). Las llamadas se realizaron en el día de la semana indicado por el paciente, los días elegidos fueron de lunes a sábado, y el horario solicitado para recibir la llamada fue a las 10 am (la hora más temprana) y las 8 pm (la hora más tarde). Con dos de las pacientes se asignaron sesiones para hablar con los cuidadores.

Las técnicas utilizadas se enfocaron en psicoeducación, relajación, cambio de pensamientos y actividades agradables para el manejo de síntomas físicos. La duración en cada técnica varió de una a dos sesiones, de acuerdo a las necesidades de cada paciente (ver tabla 2). En cada sesión se recordó llenar los registros (ESAS, actividades y pensamientos negativos), escuchar las pistas de relajación, se resumió lo visto en la sesión anterior, y se resolvieron dudas. Además se solicitó hablar con algún cuidador para aplicar FAM-CAM y así corroborar que la paciente no estaba en estado de confusión. La escala HADS, se aplicó semanalmente vía telefónica.

Tabla 2. Características de las sesiones de cada paciente

Paciente	Número de sesiones	Principales técnicas utilizadas	Promedio de la duración en minutos	Metas (expresadas por la paciente)	Observaciones
1. Mujer 74 años	5 sesiones TCC + 1 sesión para la cuidadora (hija)	Psicoeducación de pensamientos-emociones-conductas (2 sesiones) Cambio de pensamientos negativos (1.5 sesión) Planeación de actividades agradables (1.5 sesión) Psicoeducación con la familiar (1 sesión)	58 minutos Rango 41-100 minutos	“Sentirme más tranquila”	La paciente presenta dificultad para comprender la información. Se informó a la cuidadora sobre las actividades, para recordarle a la paciente constantemente. Se sentía muy cómoda al escuchar las pistas de relajación del MP3
2. Mujer 51 años	6 sesiones de TCC + 1 sesión para el cuidador (hermano) vía telefónica + 2 sesiones con familiares (hijos y mamá) en el hospital, posterior a la intervención	Psicoeducación de pensamientos-emociones-conductas (1 sesión) Planeación de actividades agradables (1 sesión) Relajación (autógena e imaginación guiada) (1 sesión) Solución de problemas (2 sesiones) Cambio de pensamientos negativos (1 sesión) Información sobre síntomas dirigida al cuidador (1 sesión) Información, resolver dudas con familiares (2 sesiones)	74 minutos Rango 44-113 minutos	“Estar menos ansiosa”	Expresó constantemente preocupación por sus hijos. Durante las sesiones se percibía tranquila Generalmente se sentía muy fatigada Presentó dificultad para identificar pensamientos negativos y alternativas de estos
3. Mujer 54 años	6 sesiones de TCC	Psicoeducación de pensamientos-emociones-conductas (1 sesión) Cambio de pensamientos negativos (2 sesiones) Relajación (autógena e imaginación guiada) (1 sesión) Planeación de actividades agradables (2 sesión)	70 minutos Rango 33-120 minutos	“Manejar las emociones negativas”	Presentó dificultad para identificar pensamientos negativos y encontrar alternativas a estos Presentó dolor fuerte en dos de las sesiones Expresó enojo hacia los médicos por no controlarle el dolor
4. Mujer 33 años	6 sesiones de TCC	Psicoeducación de pensamientos-emociones-conductas (1 sesión) Información sobre "Como hablar de la muerte con los hijos" con base en el Manual DENEPSI (1 sesión) Planeación de actividades agradables (1 sesión) Cambio de pensamientos y solución de problemas (2 sesiones) Relajación (autógena e imaginación guiada) (1 sesión)	92 minutos Rango 74-131	“Sentirme más tranquila, y saber cómo hablar con mis hijos”	Expresó preocupación sobre cómo hablar del tema con sus hijos de 4 y 6 años Durante las sesiones la paciente se percibió tranquila Posterior a la 3er sesión la paciente sentía mucha debilidad y somnolencia



A continuación se describen las técnicas que se utilizaron, las cuales se dividieron en cuatro módulos de intervención:

Módulo 1.- Psicoeducación y principios de la terapia cognitivo conductual en cáncer avanzado (duración aproximada 1 sesión).

Al inicio de la sesión se trabajó en la relación paciente-terapeuta. Se exploró cómo la paciente experimentó el proceso de enfermedad y se buscó lograr empatía mediante la escucha activa y la validación emocional. Posteriormente se establecieron metas en común, preguntando a la paciente, qué le gustaría conseguir del proceso psicoterapéutico y a qué le gustaría dar prioridad. Se identificó si era una meta viable y se expresó la importancia del trabajo en equipo para lograrlo, de esta manera se reforzó la importancia del llenado de los formatos.

Se dio psicoeducación sobre ansiedad y depresión, mediante el modelo de Padesky, para expresar la relación existente entre los pensamientos, comportamientos, síntomas físicos y emociones. Para asegurar que la paciente comprendió el modelo, se planteó un ejemplo descrito en el manual, donde se mencionaba una situación y tres diferentes pensamientos. Posteriormente se le preguntó a la paciente cómo se sentiría (emoción) ante esa situación y pensando de esa manera, cómo reaccionaría su cuerpo (síntomas físicos), y qué haría (comportamientos). Se hizo énfasis en la relación de estos componentes.

Componente emocional

Módulo 2.- Técnica de relajación (duración aproximada 1 sesión).

Se entregó a cada paciente un MP3 con audio de relajación autógena y pistas de sonidos relajantes, para que lo escuchara diariamente. En la sesión, se explicó sobre la utilidad de la relajación para el manejo de los síntomas de ansiedad y depresión, así como estrategia de distracción de síntomas físicos. Posteriormente se realizó un ejercicio de imaginación guiada y relajación autógena (vía telefónica), pidiendo a la paciente por un lado escuchar el MP3 y por el otro mantener el teléfono a la mano, o utilizar el altavoz si esto era posible.

Se expresó a la paciente la importancia de escuchar las pistas de relajación diariamente, especialmente cuando el síntoma (ya sea emocional o físico) comenzara a surgir.

Componente cognitivo

Módulo 3.- Cambio de pensamientos negativos (2 sesiones aproximadamente).

Se entregó a la paciente un formato donde se registraron pensamientos negativos. En la sesión se solicitó a la paciente tener cerca estos registros y se trabajó con lo que había escrito. Se exploró cual era la situación, reacciones fisiológicas y conductas que estaban relacionadas con esos pensamientos negativos para posteriormente identificar si el pensamiento era real o irreal.

Si era irreal, se señalaron los errores cognitivos y se abordó para buscar pensamientos alternativos que provocaran menor malestar emocional. Si el pensamiento era real, se planteó la posibilidad de hacer algo al respecto. Si esto era posible, se aplicó solución de problemas, y si no había opción de poder hacer algo al respecto, entonces se trabajó en la distracción y aceptación.

## Componente conductual

Módulo 4.- Actividades agradables para el manejo de síntomas físicos (2 sesiones aproximadamente).

Se solicitó a las pacientes llevar un registro de sus actividades diarias. En la sesión se exploró con la paciente las situaciones que le provocaron síntomas físicos (dolor, disnea, náusea) y como estos a su vez, se relacionaron con síntomas de ansiedad y depresión. Posteriormente se recomendó a la paciente realizar alguna actividad que pudiera distraerla del síntoma cuando este se estuviera presentando, se hizo énfasis en no optar por la distracción cuando el síntoma estuviera descontrolado, debido a que resultaba más difícil.

Se acordó con la paciente qué actividades disfrutaba hacer y cuáles ya no realizaba pero le interesaba retomar, además se le mencionó una lista de actividades para que tuviera más opciones para la distracción. La terapeuta identificó si eran actividades viables y ayudó a la paciente a organizar actividades agradables que le permitieran distraer su atención de los síntomas desagradables, de acuerdo a su nivel de funcionalidad y en el momento del día más adecuado con base a su energía, esto para que la paciente se sintiera más satisfecha, ya que podía realizar actividades acorde a su nivel de estado físico.

## Evaluación de seguimiento

A la semana y el mes posterior al término de la intervención se llamó a la paciente para aplicar la escala HADS con el fin de tener puntuaciones de síntomas de ansiedad y depresión. En el caso de las pacientes 1 y 2, esta evaluación se realizó de manera presencial, debido a que la fecha que correspondía a la evaluación coincidió con la fecha de su consulta en el servicio de cuidados paliativos. Se obtuvieron las evaluaciones después de

un mes de las cuatro pacientes, sin embargo, la paciente 2 presentó delirium al momento de realizar la evaluación a un mes, por lo cual los resultados de dicha evaluación de esta paciente se utilizan con reserva.

### **Diseño del estudio**

Se realizó un Informe de Casos Clínicos con un diseño AB, con el cual se evaluó la viabilidad de la intervención vía telefónica. Se realizaron seguimientos a una semana y un mes posterior al término de la intervención. Los Informes de Casos Clínicos (ICCs), son descripciones de la evaluación y/o el tratamiento de un paciente o grupo de pacientes que permiten referir con gran detalle casos particulares. Se eligió esta metodología porque los ICCs pueden aportar una primera información sobre efectos de una estrategia de evaluación o tratamiento ya conocida, pero en una población diferente, o de una nueva forma de tratamiento o procedimiento de evaluación (Virués-Ortega & Moreno-Rodríguez, 2008).

La fase A corresponde a la primera evaluación retrospectiva de los síntomas de ansiedad y depresión antes de la intervención, mediante la escala HADS, la cual evalúa los síntomas de los últimos siete días. En esta fase se explicó a la paciente cómo llenar los formatos de registros de pensamientos, registro de actividades y la evaluación de síntomas de ESAS. Posteriormente se acordó la fecha y hora de la primera sesión, lo cual corresponde a la fase B de la intervención. Las sesiones se llevaron a cabo dos veces por semana, con una duración aproximada de tres semanas, en esta fase se realizó el llenado diario de los formatos y la aplicación de la escala de HADS semanalmente. Se evaluaron los síntomas de ansiedad y depresión a la semana y el mes posterior al término de la intervención.

## **Análisis de datos**

Se realizó un análisis descriptivo de las gráficas de las puntuaciones de HADS (ansiedad y depresión) para observar el aumento o disminución de los síntomas durante la intervención y posterior a ella comparadas con las puntuaciones iniciales de cada paciente. Los datos se graficaron con base a las recomendaciones de Dixon et al. (2009).

También se realizó una descripción cualitativa de los pensamientos y actividades registradas por las pacientes, y por último se evaluó la satisfacción del paciente, el cuidador y la terapeuta con respecto al efecto del tratamiento.

## **Resultados**

Las puntuaciones de HADS de la paciente 1 muestran una disminución durante la intervención y en el seguimiento a 1 semana, donde se alcanzan puntuaciones dentro del rango de normalidad, posteriormente en el seguimiento a 1 mes los síntomas de ansiedad aumentaron, sin embargo, esta puntuación fue menor a la puntuación inicial. Con respecto a la sintomatología depresiva, solo en dos ocasiones se mantuvo en rango de normalidad durante la intervención, el resto de las puntuaciones fueron mayores a la inicial (ver figura 6).

La paciente 2 presentó puntajes ligeramente menores durante la intervención y en los seguimientos comparados con la evaluación inicial con respecto a ansiedad. En cuanto a síntomas de depresión, las puntuaciones de mantuvieron igual o ligeramente menor en comparación con la evaluación antes de la intervención. Es importante mencionar que cuando se realizó la última evaluación que corresponde al seguimiento 1 mes después, la

paciente se encontraba en delirium, por lo que este dato debe considerarse con reservas. La figura 7 refleja las puntuaciones correspondientes a esta paciente.

Figura 6. Puntuaciones de síntomas de ansiedad y depresión de la paciente 1, Mujer 74 años

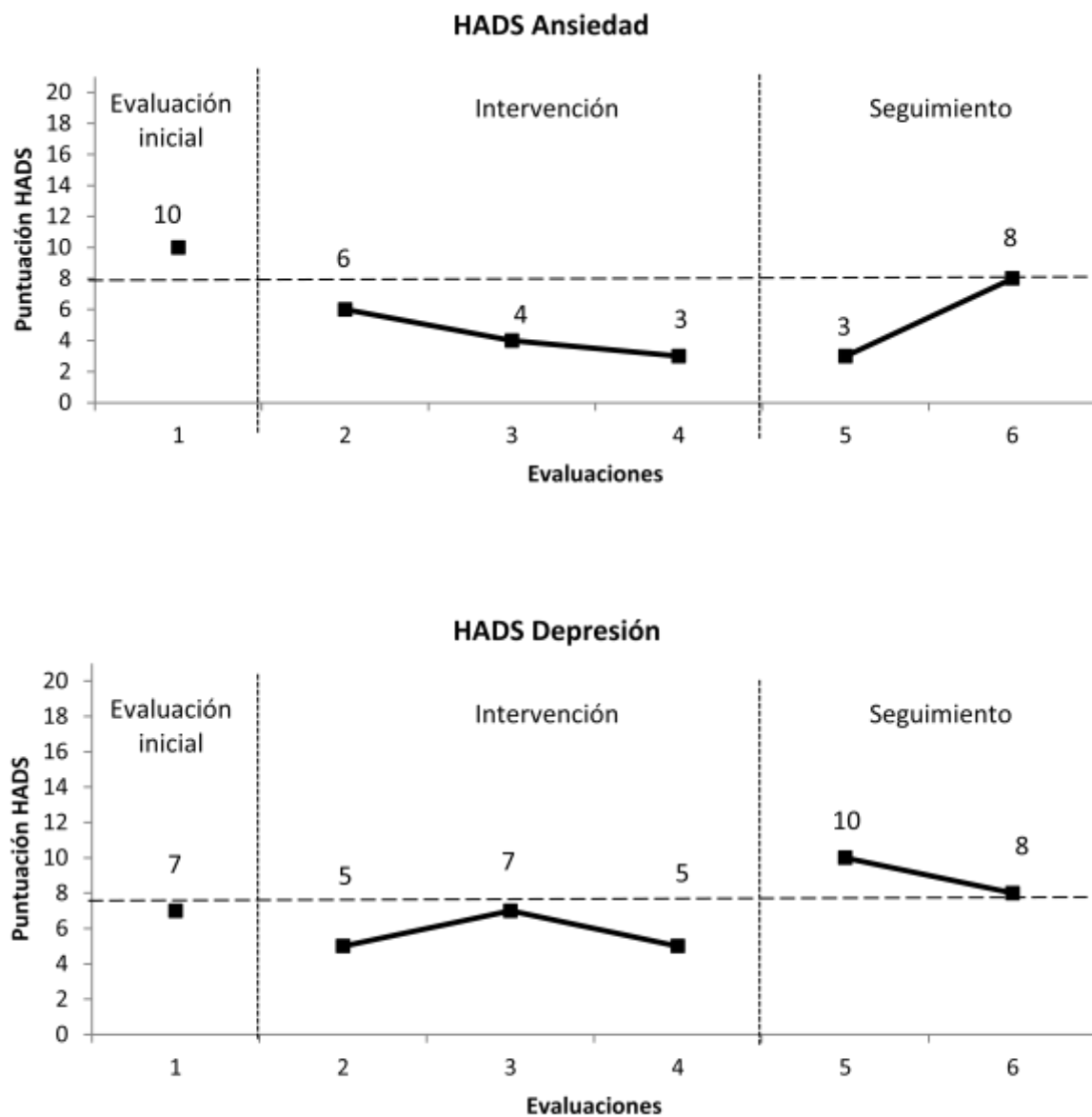
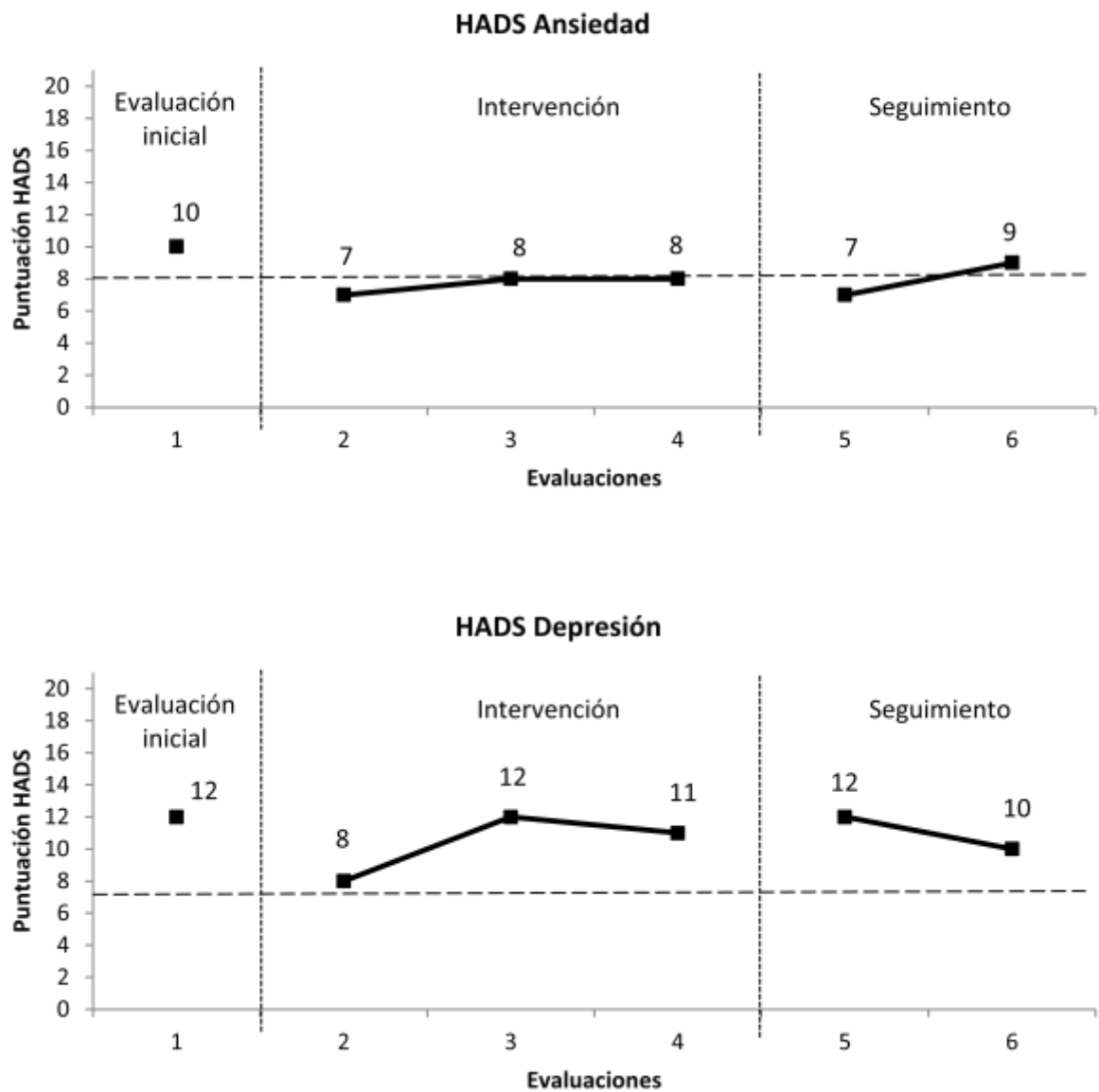
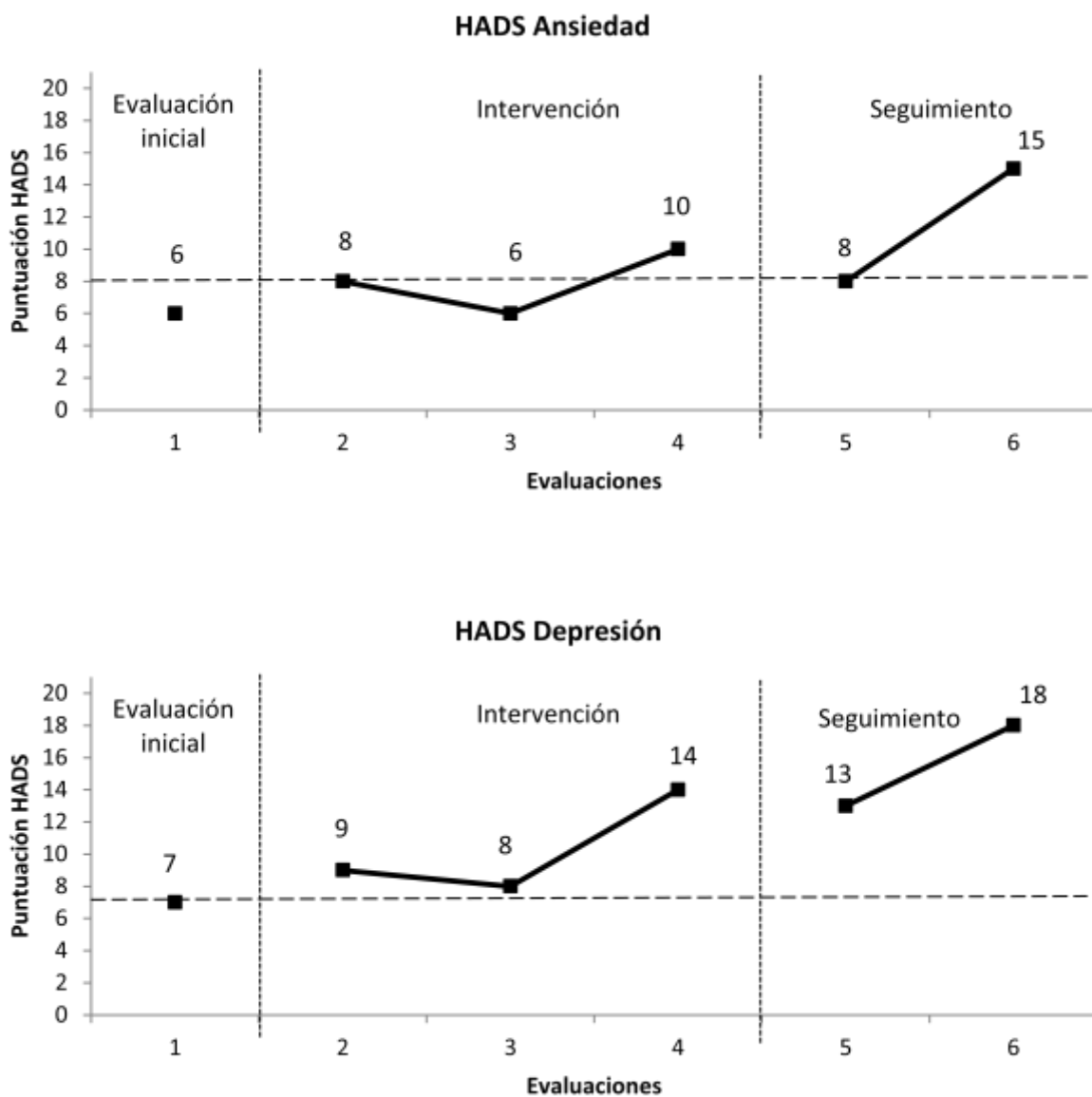


Figura 7. Puntuaciones de síntomas de ansiedad y depresión de la paciente 2, Mujer 51 años



El análisis visual de los datos de la paciente 3 muestra que, la paciente presentaba puntuación de ansiedad dentro del rango de normalidad inicialmente, posterior a la intervención, las puntuaciones de ansiedad aumentaron, excepto en una de las que corresponden a la intervención. Con respecto a los síntomas de depresión, las puntuaciones aumentaron posterior a la intervención, como se muestra en la figura 8.

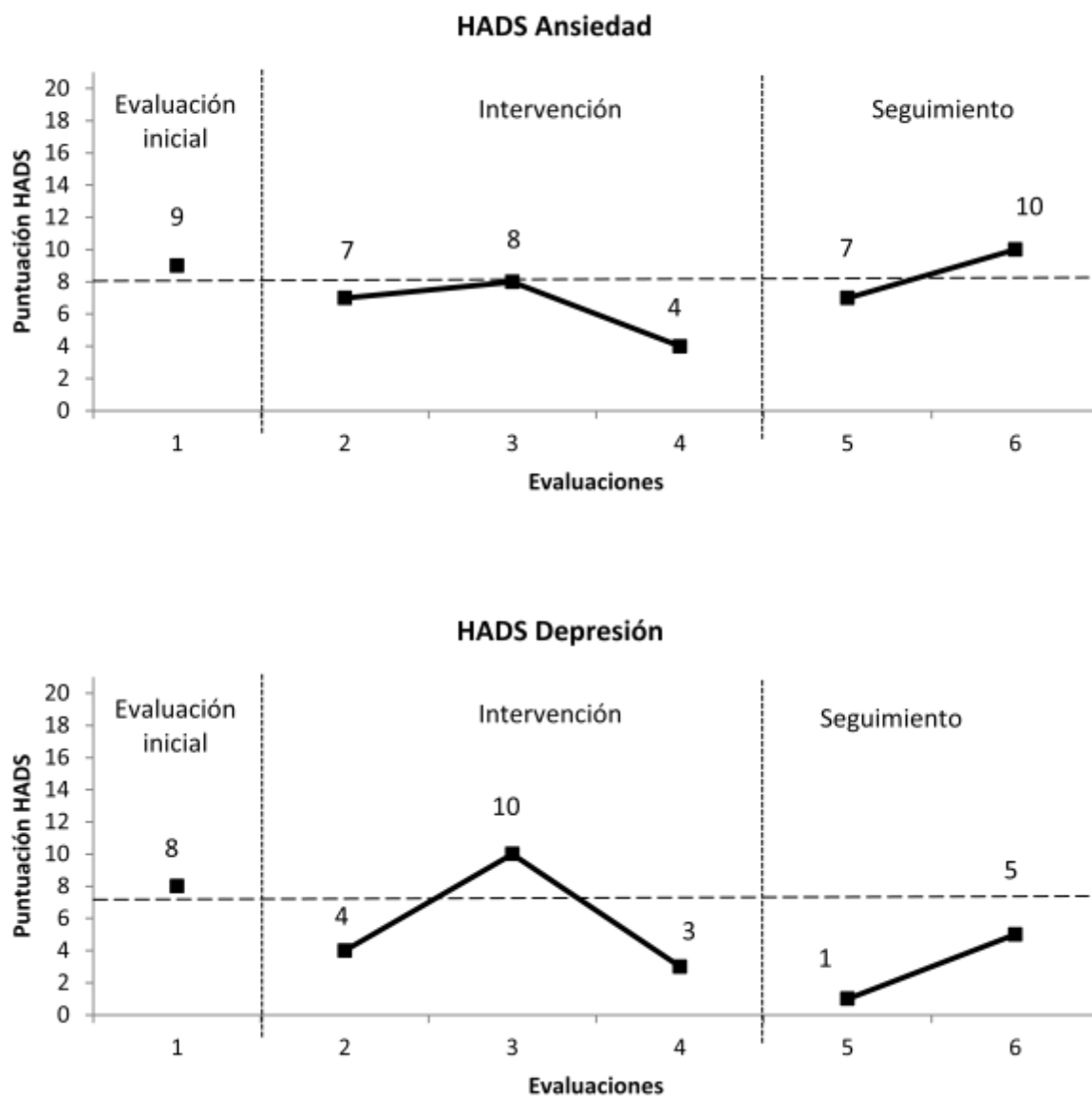
Figura 8. Puntuaciones de síntomas de ansiedad y depresión de la paciente 3, Mujer 54 años



Por último, la paciente 4 mostró puntuaciones menores comparadas con la evaluación inicial, excepto en el seguimiento a 1 mes en síntomas de ansiedad y con respecto a depresión, posterior al tratamiento y en los seguimientos se mantuvo en rangos normales, excepto en una puntuación a mitad del tratamiento (ver figura 9).



Figura 9. Puntuaciones de síntomas de ansiedad y depresión de la paciente 4, Mujer 33 años



### Cambio de pensamientos negativos y actividades agradables

Se solicitó a las pacientes llenar los registros tanto de pensamientos negativos, así como las actividades que realizaban en el día, sin embargo, solo una paciente realizó el registro de pensamientos y tres de ellas el registro de actividades. Pese a eso, se tiene el

registro de los pensamientos y actividades trabajados durante las sesiones que correspondían a dichas actividades.

### Pensamientos negativos

Los pensamientos negativos que las pacientes tenían con mayor frecuencia eran: *“Tengo miedo de morir sola y que mi familia se canse de cuidarme y me maltraten”*, *“No se me quitará el dolor”*, *“No sé si estoy tomando una buena decisión”* (haciendo referencia a la custodia de sus hijos), *“Me preocupa no encontrar al notario”*, *“Ya me voy a morir”* (pensamiento ante la disnea), *“Ya no soporto este dolor, ya quiero que se acabe esto, es mucho lo que estoy pasando”*, *“No salgo de casa porque la gente me ve y dice cosas de mi”*, *“Me veo muy delgada”*, *“Las personas sienten lastima cuando ven a una persona enferma”*, *“Duermo mucho, y pienso que los estoy abandonando”* (refiriéndose a sus hijos), *“Me hizo mucho daño y marcó mi vida”* (haciendo referencia a su padrastro).

Estos pensamientos se analizaron con el objetivo de que las pacientes encontrarán un pensamiento alternativo que les provocará menor molestia emocional. Los pensamientos alternativos que las pacientes encontraron durante la intervención fueron: *“Mi familia me quiere y se preocupan por mí, ellos no harían eso”* (abandonarla), *“El medicamento sí me ha quitado el dolor, entonces es posible que me lo disminuya”*, *“Ya lo hable con mi familia y mis hijos, todos coinciden en que estar en el DIF es lo mejor”* (respecto a la custodia de sus hijos), *“Ya realice una carta y toda mi familia sabe mis deseos sobre el departamento, sé que si no lo arreglo, ellos lo harán”*, *“No ocurrió así, aquí sigo y la falta de aire es porque esto sigue avanzando”*, *“Sé que puedo y tengo que soportarlo”*, *“Las críticas de las personas no me van a aliviar”*, *“De menos no estoy gorda, muchas mujeres quisieran estar*

*delgadas", "No todas las personas sienten lástima, otras se ofrecen a ayudar", "La enfermedad va avanzando y es inevitable sentirme cansada", "Sé que no los abandono, porque busco compensar el tiempo", "Me hizo fuerte, y una mejor persona, para luchar por tener una carrera y saber que eso (lo que vivió ahí) era lo que no quería vivir".*

#### Actividades agradables

Con respecto a las actividades, las cuatro pacientes ya realizaban diversas actividades de distracción, en este caso el objetivo fue adaptar las actividades de acuerdo a su funcionalidad, hacer durante más tiempo estas actividades, y añadir aquellas que las pacientes habían dejado de hacer y les interesaba retomar, o aquellas actividades nuevas que les agradaran. Durante la intervención, las actividades que se añadieron fueron: escuchar el audio de relajación, dibujar, salir de casa (al mercado u otros lugares), bordar, cenar en compañía de su familia, salir con mayor frecuencia en compañía de su familia, platicar más con su esposo.

#### Satisfacción con respecto a la intervención

Por último, se evaluó la satisfacción de la paciente con respecto a los efectos percibidos de la intervención, así como la evaluación del cuidador y de la terapeuta. Esta evaluación se realizó al final de la intervención preguntando a la paciente, qué tanto el tratamiento le ayudó a mejorar su estado de ánimo. Se utilizó una escala del cero (le hizo daño), 1-4 (cambio leve), 5-8 (cambio mediano) o 9-10 (cambio grande). En la tabla 3 se muestra las puntuaciones dadas por las pacientes y sus cuidadores, además de la puntuación dada por la terapeuta.

Tabla 3. Satisfacción de las pacientes con respecto a los efectos percibidos de la intervención

Paciente	Satisfacción del paciente	Satisfacción del cuidador	Satisfacción del terapeuta	Comentarios
1. Mujer 74 años	10/10	10/10	8/10	Sin comentarios
2. Mujer 51 años	7/10	9/10	8/10	Sin comentarios
3. Mujer 54 años	9/10	10/10	8/10	<i>“Dos sesiones más sería mejor, es una gran ventaja que sea vía telefónica”(paciente)</i> <i>“Es una buena opción vía telefónica por comodidad y tiempo, sin embargo sería mejor si fueran más sesiones” (hijo)</i>
4. Mujer 33 años	10/10	10/10	9/10	<i>“Que sea vía telefónica es muy práctico y cómodo, lo único malo es que hay mucho ruido por mis hijos”(paciente)</i> <i>“Me agradó la intervención, noté cambios en mi esposa, sin embargo, más sesiones ayudaría más” (esposo).</i>

## Discusión

El objetivo del presente trabajo fue evaluar el efecto clínico y la viabilidad de la terapia cognitivo conductual vía telefónica sobre los síntomas de ansiedad y depresión, en los pacientes con cáncer avanzado. Con base en los datos obtenidos, se identifica que durante la intervención, la mayoría de las puntuaciones correspondientes a ansiedad, se mantuvieron igual o ligeramente menores en comparación con la puntuación antes de la intervención. En todos los casos, la puntuación mayor de ansiedad, descartando la evaluación inicial, correspondía a la del seguimiento posterior a un mes.

Con respecto a los síntomas de depresión, las puntuaciones de la intervención y seguimiento se mantuvieron similares o aumentaron, comparadas con la puntuación inicial. Esto es contrario a lo encontrado en un estudio donde la intervención de seis sesiones vía telefónica ayudó a mejorar síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer avanzado, sin embargo en ese estudio, todas las sesiones de la intervención se brindaron

tanto a los pacientes como a sus cuidadores (Badr, Smith, Goldstein, Gomez, & Redd, 2015).

Otros estudios (Anderson, Watson & Davidson, 2008; Lévesque et al., 2004; Savard et al., 2006) también han demostrado mejoría de los síntomas de ansiedad y depresión, sin embargo, a diferencia de este estudio, en las investigaciones mencionadas anteriormente, la intervención se llevó a cabo de manera presencial, y en dos de los estudios (Lévesque et al., 2004; Savard et al., 2006) la intervención se basó en 8 sesiones, más 3 sesiones adicionales de “refuerzo”, lo que podría explicar que la mejoría de los síntomas se mantuviera a lo largo del tiempo.

Las posibles razones de que estos resultados sean diferentes a los mencionados en otros estudios pueden deberse a varios aspectos. Primero, no hay que olvidar que la progresión de la enfermedad y el deterioro físico (Van Mechelen et al., 2012) implica la presencia de síntomas nuevos y cambiantes (SECPAL, 2014), lo que puede explicar que los síntomas emocionales se mantengan. Varios estudios (Scheffold et al., 2014; Wilson et al., 2007) han demostrado que un mayor número o intensidad de síntomas físicos se relaciona con mayor ansiedad y depresión, y específicamente la depresión se ha asociado con mayor dolor (Lie et al., 2015). En un estudio que evaluó los factores que influyen en la remisión de la depresión, se identificó que la no mejoría de los síntomas y el pobre funcionamiento físico influían en que la depresión no remitiera (Goodwin et al., 2011).

En nuestro caso, a pesar de que las pacientes se encontraban bajo el control de síntomas, dos de las cuatro pacientes suspendieron el medicamento debido a efectos secundarios, por lo que el control del dolor no se logró completamente. Lamentablemente,

con frecuencia los efectos adversos de los fármacos afectan el cumplimiento del plan de tratamiento (Twycross, 2002b), además las pacientes expresaron preocupación cuando un síntoma diferente surgía (disnea, sangrado nasal, debilidad, somnolencia).

Asimismo, las características de los pacientes de nuestro país comparadas con las de otros países, pueden influir en los resultados. Estudios donde han obtenido resultados favorables, han reportado un nivel de escolaridad más alto (Badr et al., 2015; Savard et al., 2006) en comparación con las pacientes incluidas en este estudio. Otras características que pueden ser diferentes, pero que no se reportan en investigaciones que evalúan la efectividad de la TCC, son el nivel económico y el antecedente de abuso emocional, físico y/o sexual. En nuestra muestra, dos de las cuatro pacientes mencionaron explícitamente tener problemas económicos, dicha situación se ha asociado a mayor ansiedad (Scheffold et al., 2014), y tres de las cuatro pacientes han sufrido abuso físico o sexual en algún momento de su vida, lo que se ha relacionado con más problemas físicos, más preocupaciones psicológicas y espirituales (Probst, Gregorio & Marks, 2013), además, este mismo estudio realizado en pacientes paliativos, identificó que los pacientes con antecedente de algún abuso, eran más propensos a padecer un trastorno de depresión mayor, que aquellos sin historia de abuso.

El cáncer metastásico implica constantes factores estresantes, como el avance de la enfermedad y el fracaso del tratamiento (Lévesque et al., 2004), esta cercanía con la muerte aumenta la carga de síntomas físicos y el distrés existencial (Lichtenthal et al., 2009), además esta condición médica puede limitar la intervención psicológica. El cansancio de los pacientes puede ser incómodo al tener que hablar durante largos periodos de tiempo, los pensamientos negativos, generalmente son pensamientos reales y el deterioro físico impide

que realicen sus objetivos deseados (Anderson et al., 2008; Greer, Park, Prigerson & Safren, 2010).

Adicional a esto, los pacientes con historia de abuso, suelen presentar estrategias de afrontamiento desadaptativas como la evitación, por lo que el tiempo disponible es un gran reto en el tratamiento psicológico dirigido a pacientes con cáncer avanzado y con historia de abuso (Probst et al., 2013), ya que es difícil mejorar el estado emocional de los pacientes con una intervención a corto plazo cuando se presentan estas situaciones (Lévesque et al., 2004) y teniendo como referencia que la TCC para el trastorno de depresión requiere por lo general de 15-20 sesiones (Beck, Rush, Shaw & Emery, 2010) y 18 sesiones para el trastorno de ansiedad (Dugas & Ladouceur, 2007).

Los datos mostrados en el presente trabajo, son similares a los presentados en otra investigación (Greer et al., 2010), donde evaluaron a 3 pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón terminal y la intervención consistió de 6 a 7 sesiones dirigidos al manejo de ansiedad. Sus resultados mostraron que en dos de los casos disminuyó el síntoma de ansiedad, pero en uno de los pacientes el nivel se mantuvo. Los pocos pacientes incluidos impidieron obtener datos cuantitativos, sin embargo, varios datos cualitativos importantes se mostraron, como la percepción del paciente.

La autoevaluación de los pacientes con respecto al efecto de la intervención se ha utilizado en varios estudios (Lévesque et al., 2004; Savard et al., 2006). Esta medida de satisfacción del paciente es útil especialmente cuando no se cuenta con grupo control, ya que el paciente es el experto y el único en identificar si los cambios realmente se debieron como resultado de la intervención (Ogles, Lunnen, & Bonesteel, 2001). Esta medida

también fue utilizada en nuestro estudio, considerando la siguiente escala: cero (le hizo daño), 1-4 (cambio leve), 5-8 (cambio mediano), o 9-10 (cambio grande). La calificación promedio que asignaron las cuatro pacientes fue de 9, lo que significa que ellas consideraron que la intervención provocó un cambio grande en ellas a pesar de que las puntuaciones de ansiedad y depresión no disminuyeron.

Esta diferencia de resultados puede deberse a varios factores, en primer lugar, aunque no hubo disminución en las puntuaciones de HADS, si se encontró mejoría en los pensamientos que las pacientes presentaban. Por ejemplo, los pensamientos que tenían antes de la intervención, como: *“Tengo miedo de morir sola y que mi familia se canse de cuidarme y me maltraten”*, les generaban malestar emocional. La estrategia utilizada de cambio de pensamientos, ayudó a que las pacientes reemplazaran esos pensamientos iniciales por otros que les ayudaban a sentirse mejor, como: *“Mi familia me quiere y se preocupan por mí, ellos no harían eso”*. Esta mejoría del estado de ánimo mediante los registros de pensamientos también se ha reflejado en otro estudio (Anderson et al., 2008).

Otro aspecto importante fue que las pacientes añadieron más actividades a su vida cotidiana de acuerdo a su funcionalidad y capacidades, o retomaron actividades que les agradaban y habían dejado de hacer, esto ayudó a que un objetivo importante de los cuidados paliativos se cumpliera: ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta que mueran, y aceptar las limitaciones físicas irreversibles y progresivas de la enfermedad avanzada (Greer et al., 2010; Greer et al., 2012; Twycross, 2002a).

Por otro lado, cuando un síntoma es difícil de controlar, el objetivo es que el paciente perciba que puede hacer algo para cambiarlo y de esta manera sienta control sobre



el síntoma (Twycross, 2002a). En nuestro caso, a pesar de que las pacientes seguían mostrando síntomas de ansiedad y depresión, y las situaciones estresantes que podrían explicar la causa de esos síntomas, se mantenían (surgimiento de nuevos síntomas, descontrol del dolor, problemas económicos, no solucionar problemas pendientes), ellas realizaban actividades para manejar los síntomas: escuchar pistas de relajación, buscar pensamientos alternativos a aquellos negativos, y actividades de distracción, por lo que percibir control pudo haber ayudado a que las pacientes percibieran una mejoría, a pesar de que los síntomas no disminuyeron.

Lo anterior coincide con lo mencionado por Kazdin (1999), quien considera que la significancia clínica no siempre implica reducción en los síntomas. Mejorar el funcionamiento o la capacidad de manejar la situación, reflejan también un cambio terapéutico como resultado de una intervención, especialmente en situaciones donde los síntomas difícilmente cambiaran, como lo es tener un diagnóstico de enfermedad terminal, en este caso, el objetivo es enseñar al paciente cómo enfrentar la circunstancia, (Kazdin, 1999).

#### Limitaciones

La principal limitación de este estudio es que solo 4 pacientes participaron. El reclutamiento de pacientes con enfermedades avanzadas y la pérdida con el tiempo, son un reto, que las investigaciones internacionales también presentan (Lichtenthal et al., 2009; Moorey et al., 2009; Savard et al., 2006). Esta limitación a su vez, no permitió realizar análisis estadísticos que ayudaran a evaluar la efectividad del tratamiento cuantitativamente.

Otra limitación es no contar con grupo control o con una línea base, que permita atribuir los efectos obtenidos como causa de la intervención, sin embargo, al incluir a pacientes con enfermedades avanzadas, esto es un problema, ya que pueden fallecer antes de iniciar el tratamiento, y no es éticamente aceptado. Por último, solo participaron mujeres y las pacientes incluidas padecían diferentes tipos de cánceres, lo cual puede influir en tener resultados heterogéneos con cada paciente, pues se ha demostrado que la mejoría de los síntomas se relaciona con el sexo y el tipo de cáncer primario (Tai et al., 2016).

A pesar de las limitaciones se rescata la propuesta de la utilización de un medio poco usual para brindar intervención en esta población de cuidados paliativos. A pesar de no haber contacto físico, las pacientes mostraron confianza durante las sesiones vía telefónica y tanto ellas como sus cuidadores expresaban ventajas de que las sesiones se brindaran por este medio, como la comodidad y el ahorro de tiempo en el traslado a la consulta, esto permitió que las sesiones se llevaran a cabo con mayor frecuencia, tener flexibilidad con respecto a días y horas que los pacientes elegían, e incluir a pacientes foráneos. Otra situación rescatable de este estudio es el cuidado de la selección del paciente, ya que permitió que las pacientes que iniciaron el tratamiento, llegaran a la evaluación posterior a un mes. Además, las pacientes percibieron un efecto favorable sobre la intervención y asignaron una calificación de 9, que correspondía a un cambio grande.

### Recomendaciones

Para estudios futuros se recomienda realizar la intervención tanto a pacientes como a cuidadores (Badr et al., 2015). En nuestro caso, el contacto con los cuidadores se limitó a la evaluación de FAM-CAM, y en algunos casos, cuando los familiares expresaron dudas,

sin embargo, los cuidadores también experimentan síntomas depresivos (Tang et al., 2013) y ansiosos (Götze et al., 2014), que pueden influir de manera negativa en los pacientes: “*Mi familia se preocupa por mi culpa*”.

Otra sugerencia es aumentar el número de sesiones. Aunque no se pueden establecer las 15-20 sesiones para depresión (Beck et al., 2010) y 18 sesiones para el trastorno de ansiedad (Dugas & Ladouceur, 2007) que se consideran, debido a la baja expectativa de vida en nuestro país (Covarrubias-Gómez et al., 2014), 8 sesiones de intervención, más 3 sesiones de seguimiento podrían dar mejores resultados. Esto coincide con los comentarios de una de las pacientes y de dos de los cuidadores, quienes expresaron que más sesiones podrían mejorar la intervención. Por otro lado, el apoyo de algún resumen escrito de la sesión, puede ayudar a los pacientes a recordar y revisar los aspectos presentados, esto ha sido útil en un estudio realizado en pacientes con cáncer avanzado (Anderson, Watson & Davidson, 2008).

Este medio de intervención (vía telefónica) también podría ser evaluado en otras terapias que han mostrado ser útiles y benéficas en pacientes con cáncer avanzado para mejorar el estado emocional, como la terapia de dignidad (Bernácer, Mira, López, & Díaz, 2014; Houmann, Chochinov, Kristjanson, Petersen, & Groenvold, 2014) para futuras investigaciones.

## Conclusiones

La terapia cognitivo conductual vía telefónica es una opción viable para el manejo de ansiedad y depresión en pacientes paliativos. Aunque los resultados no muestran cambios cuantitativos, sí se demuestran resultados cualitativos de importancia, como la

satisfacción de las pacientes, aumento de las actividades y cambio de pensamientos. La vía telefónica, es un medio de intervención que resulta cómodo, práctico y ahorra el tiempo de traslado para asistir a la consulta. Esto permite que los pacientes accedan a la atención psicológica sin necesidad de desplazarse a la consulta y brindar una atención continua, misma que requieren los pacientes de cuidados paliativos.

## Referencias

- Ahmedzai, S. H., Costa, A., Blengini, C., Bosch, A., Sanz-Ortiz, J., Ventafridda, V., ... & international working group convened by the European School of Oncology. (2004). A new international framework for palliative care. *European Journal of Cancer*, 40(15), 2192-2200. doi:10.1016/j.ejca.2004.06.009
- Akechi, T., Okuyama, T., Onishi, J., Morita, T., & Furukawa, T. A. (2008). Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD005537. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD005537.pub2>
- Alonso, Y. (2004). The biopsychosocial model in medical research: the evolution of the health concept over the last two decades. *Patient education and counseling*, 53(2), 239-244. doi:10.1016/S0738-3991(03)00146-0
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition DSM-5*. Arlington, VA.
- Anderson, F., Downing, G. M., Hill, J., Casorso, L., & Lerch, N. (1996). Palliative performance scale (PPS): a new tool. *Journal of Palliative Care*, 12(1), 5-11.

- Anderson, T., Watson, M., & Davidson, R. (2008). The use of cognitive behavioural therapy techniques for anxiety and depression in hospice patients: a feasibility study. *Palliative Medicine*, 22(7), 814-821. doi: 10.1177/0269216308095157
- Badger, T. A., Segrin, C., Figueredo, A. J., Harrington, J., Sheppard, K., Passalacqua, S.,... & Bishop, M. (2011). Psychosocial interventions to improve quality of life in prostate cancer survivors and their intimate or family partners. *Quality of Life Research*, 20(6), 833-844. doi 10.1007/s11136-010-9822-2
- Badger, T. A., Segrin, C., Hepworth, J. T., Pasvogel, A., Weihs, K., & Lopez, A. M. (2013). Telephone-delivered health education and interpersonal counseling improve quality of life for Latinas with breast cancer and their supportive partners. *Psycho-Oncology*, 22, 1035-1042. doi: 10.1002/pon.3101
- Badr, H., Smith, C. B., Goldstein, N. E., Gomez, J. E., & Redd, W. H. (2015). Dyadic psychosocial intervention for advanced lung cancer patients and their family caregivers: results of a randomized pilot trial. *Cancer*, 121(1), 150-158. doi: 10.1002/cncr.29009
- Becerra, A. (2014). Medicina Conductual aplicada en pacientes oncológicos. En L. Reynoso, & A. L. Becerra. (Eds), *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* (313-332). México, D.F: Editorial Qartuppi.

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Editorial Desclée De Brower.
- Bernácer, N. J., Mira, L. B., López, V. M., & Díaz, P. N. R. (2014). Aplicación de la Dignity Therapy en pacientes oncológicos en situación avanzada. *Psicooncología*, *11*(2-3), 345-355. doi: 10.5209/rev\_PSIC.2014.v11.n2-3.47393
- Bravo, M. C. (2014). Generalidades psicológicas de los padecimientos crónico degenerativos. En L. Reynoso, & A. L. Becerra. (Eds), *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* (43-64). México, D.F: Editorial Qartuppi.
- Bray, F., Jemal, A., Grey, N., Ferlay, J., & Forman, D. (2012). Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008–2030): a population-based study. *The Lancet Oncology*, *13*(8), 790-801.
- Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M. J., Selmsler, P., & Macmillan, K. (1991). The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): A simple method for the assessment of palliative care patients. *Journal of Palliative Care*, *7*(2), 6–9.
- 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. doi:10.1016/j.ejca.2011.03.027

Cluver, J. S., Schuyler, D., Frueh, B. C., Brescia, F., & Arana, G. W. (2005). Remote psychotherapy for terminally ill cancer patients. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 11(3), 157-159.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2015). *Medición de pobreza. Pobreza en México. Resultados de pobreza en México 2014 a nivel nacional y entidades federativas*. Recuperado el 12 de agosto del 2016 de <http://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/PobrezaInicio.aspx>

Covarrubias-Gómez, A., Hernández-Martínez, E. E., Ruiz-Ramírez, S., & López Collada-Estrada, M. (2014). Assessment of Pain and Other Symptoms in Mexican Patients with Advanced Illness. *Journal of Pain Palliative Care Pharmacotherapy*, 28(4), 394-398. doi: 10.3109/15360288.2014.959235

Crane-Okada, R., Freeman, E., Kiger, H., Ross, M., Elashoff, D., Deacon, L., & Giuliano, A. E. (2012). Senior Peer Counseling by Telephone for Psychosocial Support After Breast Cancer Surgery: Effects at Six Months. *Oncology Nursing Forum*, 39(1), 78-89.

Delgado-Guay, M., Parsons, H. A., Li, Z., Palmer, J. L., & Bruera, E. (2009). Symptom distress in advanced cancer patients with anxiety and depression in the palliative care setting. *Support Care Cancer*, 17(5), 573-579. doi 10.1007/s00520-008-0529-7



- Dixon, M.R., Jackson, J.W., Small, S.L., Horner-King, M.J., Lik, N.M., Garcia, Y., & Rosales, R. (2009). Creating single-subject design graphs in Microsoft Excel 2007. *Journal of Applied Behavior Analysis, 42*(2), 277-93. doi: 10.1901/jaba.2009.42-277.
- Dugas, M. J. & Ladouceur, R. (2007). Análisis y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada. En V. E. Caballo. (Ed), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 1: Trastornos por ansiedad sexuales, afectivos y psicóticos* (211-240). Madrid, España: Siglo XXI.
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science, 196*(4286), 129-136.
- Fallowfield, L. J., Jenkins, V. A., & Beveridge, H. A. (2002). Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. *Palliative Medicine, 16*(4), 297-303.
- Fegg, M. J., Brandstätter, M., Kögler, M., Hauke, G., Rechenberg-Winter, P., Fensterer, V., ... & Borasio, G. D. (2013). Existential behavioural therapy for informal caregivers of palliative patients: a randomised controlled trial. *Psycho-Oncology, 22*(9), 2079-2086. doi: 10.1002/pon.3260
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., ... & Bray, F. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer, 136*(5), E359-E386. doi: 10.1002/ijc.29210

Ferlay, J., Soerjomataram, I., Ervik, M., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., ... & Bray, F. (2013). *GLOBOCAN 2012. Cancer Incidence and Mortality Worldwide*. Recuperado el 28 de febrero del 2016 de: <http://globocan.iarc.fr>.

Fischer, D., & Wedel, B. (2012). Anxiety and depression disorders in cancer patients: incidence, diagnosis and therapy. *Magazine of European Medical Oncology*, 5(1), 52-54. doi 10.1007/s12254-012-0327-2

Galfin, J. M., Watkins, E. R., & Harlow, T. (2011). A brief guided self-help intervention for psychological distress in palliative care patients: A randomised controlled trial. *Palliative Medicine*, 26(3), 197-205. doi: 10.1177/0269216311414757

Goodwin, L., Lee, W., Price, A., Rayner, L., Monroe, B., Sykes, N., ..., & Hotopf, M. (2011). Predictors of non-remission of depression in a palliative care population. *Palliative Medicine*, 26(5), 683–695. doi: 10.1177/0269216311412230

Goss, P. E., Lee, B. L., Badovinac-Crnjevic, T., Strasser-Weippl, K., Chavarri-Guerra, Y., Louis, J. S., ... & Azenha, G. (2013). Planning cancer control in Latin America and the Caribbean. *The Lancet Oncology*, 14(5), 391-436.

Götze, H., Brähler, E., Gansera, L., Polze, N., & Köhler, N. (2014). Psychological distress and quality of life of palliative cancer patients and their caring relatives during home care. *Support Care Cancer*, 22(10), 2775-2782. doi 10.1007/s00520-014-2257-5

- Greer, J. A., Park, E. R., Prigerson, H. G., & Safren, S. A. (2010). Tailoring cognitive-behavioral therapy to treat anxiety comorbid with advanced cancer. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 24*(4), 294-313. doi:10.1891/0889-8391.24.4.294.
- Greer, J. A., Traeger, L., Bemis, H., Solis, J., Hendriksen, E. S, Park, E. R, ... & Safren, S. A. (2012). A pilot randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral therapy for anxiety in patients with terminal cancer. *The Oncologist, 17*(10), 1337-1345. <http://dx.doi.org/10.1634/theoncologist.2012-0041>
- Gwyther, L., Brennan, F., & Harding, R. (2009). Advancing palliative care as a human right. *Journal of Pain and Symptom Management, 38*(5), 767-774. doi:10.1016/j.jpainsymman.2009.03.003
- Hallford, D. J., McCabe, M. P., Mellor, D., Davison, T. E., & Goldhammer, D. L. (2012). Depression in palliative care settings: The need for training for nurses and other health professionals to improve patients' pathways to care. *Nurse education today, 32*(5), 556-560. doi:10.1016/j.nedt.2011.07.011
- Ho, F., Lau, F., Downing, M. G., & Lesperance, M. (2008). A reliability and validity study of the Palliative Performance Scale. *Biomed Central Palliative Care, 7*(1), 1. doi:10.1186/1472-684X-7-10
- Houmann, L. J., Chochinov, H. M., Kristjanson, L. J., Petersen, M. A., & Groenvold, M. (2014). A prospective evaluation of Dignity Therapy in advanced cancer patients

admitted to palliative care. *Palliative Medicine*, 28(5), 448-458. doi: 10.1177/0269216313514883

Hoyer, B. B., Toft, G. V., Debess, J., & Ramlau-Hansen, C. H. (2011). A Nurse-Led Telephone Session and Quality of Life after Radiotherapy Among Women with Breast Cancer: A Randomized Trial. *The Open Nursing Journal*, 5, 31-37.

Hui, D., Nooruddin, Z., Didwaniya, N., Dev, R., De La Cruz, M., Kim, S. H., ... & Bruera, E. (2014). Concepts and definitions for “actively dying,” “end of life,” “terminally ill,” “terminal care,” and “transition of care”: a systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(1), 77-89.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015a). *Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares 2015*. Tabulados. Recuperado el 9 de septiembre del 2016 de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/regulares/dutih/2015/default.htm>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015b). *Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido*. Recuperado el 20 de junio, 2016 de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/PC.asp?t=14&c=11817>

Jemal, A., Center, M. M., DeSantis, C., & Ward, E. M. (2010). Global patterns of cancer incidence and mortality rates and trends. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention, 19*(8), 1893-1907. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-10-0437

Kazdin, A.E. (1999). The meanings and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting And Clinical Psychology, 67*(3),332-339.

Kim, S. H., Shin, D. W., Kim, S. Y., Yang, H. K., Nam, E., Jho, H. J., ... & Park, J. H. (2016). Terminal Versus Advanced Cancer: Do the General Population and Health Care Professionals Share a Common Language?. *Cancer Research and Treatment: Official Journal of Korean Cancer Association, 48*(2), 759-767.

Kornblith, A. B., Dowell, J. M., Herndon, J. E., Engelman, B. J., Bauer, S., Small, E. J.,... & Holland, J. C. (2006). Telephone monitoring of distress in patients aged 65 years or older with advanced stage cancer: A cancer and leukemia group B study. *Cancer, 107*, 2706-2714. doi 10.1002/cncr.22296

Krok, J. L., Baker, T. A., & McMillan, S. C. (2013). Age differences in the presence of pain and psychological distress in younger and older cancer patients. *Journal of Hospice & Palliative Nursing, 15*(2), 107-113. doi: 10.1097/NJH.0b013e31826bfb63

Landa-Ramírez, E. (2015). *Terapia cognitivo-conductual breve para el manejo de la ansiedad y depresión en pacientes con cáncer terminal atendidos en cuidados*

*paliativos*. (Tesis doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México. México, DF.

Landa-Ramírez, E., Pérez-Sánchez, I. N., Sánchez-Román, S., & Covarrubias-Gómez, A. (2014). Ansiedad y depresión relacionadas con presencia e intensidad de síntomas físicos en pacientes con cáncer terminal. *Psicología y Salud*, *24*(1), 55-63.

Lévesque, M., Savard, J., Simard, S., Gauthier, J. G., & Ivers, H. (2004). Efficacy of cognitive therapy for depression among women with metastatic cancer: a single-case experimental study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *35*(4), 287-305. doi:10.1016/j.jbtep.2004.05.002

Lichtenthal, W. G., Nilsson, M., Zhang, B., Trice, E. D., Kissane, D. W., Breitbart, W., & Prigerson, H. G. (2009). Do rates of mental disorders and existential distress among advanced stage cancer patients increase as death approaches? *Psycho-Oncology*, *18*, 50–61. doi: 10.1002/pon.1371

Lie, H. C., Hjerstad, M. J., Fayers, P., Finset, A., Kaasa, S., Loge, J. H., & European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC). (2015). Depression in advanced cancer – Assessment challenges and associations with disease load. *Journal of Affective Disorders*, *173*, 176–184. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.11.006>

Livingston, P. M., White, V. M., Hayman, J., Maunsell, E., Dunn, S. M., & Hill, D. (2010). The psychological impact of a specialist referral and telephone intervention on male

cancer patients: a randomised controlled trial. *Psycho-Oncology*, 19, 617-625. doi: 10.1002/pon.1609

Lloyd-Williams, M., Friedman, T., & Rudd, N. (1999). A survey of antidepressant prescribing in the terminally ill. *Palliative Medicine*, 13(3), 243-248.

Lloyd-Williams, M., Payne, S., Reeve, J., & Dona, R. K. (2014). Thoughts of self-harm and depression as prognostic factors in palliative care patients. *Journal of Affective Disorders*, 166, 324-329. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.029>

López-Alvarenga, J., Vázquez-Velázquez, V., Arcilla-Martínez, D., Sierra-Ovando, A., Gonzalez-Barranco, J., & Salín-Pascual, R. (2002). Exactitud y utilidad diagnóstica del hospital anxiety and Depression Scale (HAD) en una muestra de sujetos obsesos mexicanos. *Revista de Investigación Clínica*, 54 (5), 403-409.

Lyons, K. D., Hull, J. G., Kaufman, P. A., Li, Z., Seville, J. L., Ahles, T. A.,... & Hegel, M. T. (2015). Development and Initial Evaluation of a Telephone-Delivered, Behavioral Activation, and Problem-Solving Treatment Program to Address Functional Goals of Breast Cancer Survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 33(2), 199-218. doi: 10.1080/07347332.2014.1002659

Marcus, A. C., Garrett, K. M., Cella, D., Wenzel, L., Brady, M. J., Fairclough, D.,... & Flynn, P. J. (2010). Can telephone counseling post-treatment improve psychosocial

outcomes among early stage breast cancer survivors? *Psycho-Oncology*, 19(9), 923-932. doi: 10.1002/pon.1653

Moorey, S., Cort, E., Kapari, M., Monroe, B., Hansford, P., Mannix, K., ... & Hotopf, M. (2009). A cluster randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for common mental disorders in patients with advanced cancer. *Psychological Medicine*, 39(05), 713-723. doi:10.1017/S0033291708004169

Moyer, D. D. (2010). Terminal delirium in geriatric patients with cancer at end of life. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 28(1), 44-51. doi: 10.1177/1049909110376755

Nash, V. R., Ponto, J., Townsend, C., Nelson, P., & Bretz, M. N. (2013). Cognitive behavioral therapy, self-efficacy, and depression in persons with chronic pain. *Pain Management Nursing*, 14(4), e236-e243.

Ogles, B. M., Lunnen, K. M., & Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: History, application, and current practice. *Clinical Psychology Review*, 21(3), 421-446.

Onitilo, A. A., Nietert, P. J., & Egede, L. E. (2006). Effect of depression on all-cause mortality in adults with cancer and differential effects by cancer site. *General Hospital Psychiatry*, 28(5), 396-402. doi:10.1016/j.genhosppsy.2006.05.006



Organización Mundial de la Salud (2015). *Centro de prensa. Cuidados paliativos.*

Recuperado 7 de julio 2016 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es/>.

Organización Mundial de la Salud (2016). *Temas de salud. Cáncer.* Recuperado 7 de julio

2016 de <http://www.who.int/topics/cancer/es/>.

Pan American Health Organization (1997). Framework for a Regional Project on Cancer

Palliative Care in Latin America and the Caribbean. Pan American Sanitary Bureau,

Regional Office of the World Health Organization, Washington, DC.

Porche, K., Reymond, L., Callaghan, J. O., & Charles, M. (2014). Depression in palliative

care patients: a survey of assessment and treatment practices of Australian and New

Zealand palliative care specialists. *Australian Health Review*, 38, 44–50.

<http://dx.doi.org/10.1071/AH13041>

Probst, D. R., Gregorio, S. W., & Marks, D. R. (2013). Suffering Compounded: The

Relationship between Abuse History and Distress in Five Palliative Care Domains.

*Journal of Palliative Medicine*, 16(10), 1242-1248. doi: 10.1089/jpm.2012.0619

Rayner, L., Higginson, I. J., Price, A., & Hotopf, M. (2010). The management of

depression in palliative care: European clinical guidelines. London: Department of

Palliative Care, Policy & Rehabilitation

([www.kcl.ac.uk/schools/medicine/depts/palliative/](http://www.kcl.ac.uk/schools/medicine/depts/palliative/)) European Palliative Care

Research Collaborative ([www.eprc.org](http://www.eprc.org)).

- Rayner, L., Price, A., Evans, A., Valsraj, K., Hotopf, M., & Higginson, I. J. (2011). Antidepressants for the treatment of depression in palliative care: systematic review and meta-analysis. *Palliative Medicine*, 25(1), 36-51. doi: 10.1177/0269216310380764
- Ryan, K., Leonard, M., Guerin, S., Donnelly, S., Conroy, M., & Meagher, D. (2009). Validation of the confusion assessment method in the palliative care setting. *Palliative Medicine*, 23(1), 40-45.
- Salomón-Salazar, M. L., Gayosso-Cruz, O., Pliego-Reyes, C. L., Zambrano-Ruiz, E., Pérez-Escobedo, P., & Aldrete-Velasco, J. (2008). Una propuesta para la creación de unidades de cuidados paliativos en México. *Medicina Interna de México*, 24(3), 224-229.
- Savard, J., Simard, S., Giguere, I., Ivers, H., Morin, C. M., Maunsell, E., ... & Marceau, D. (2006). Randomized clinical trial on cognitive therapy for depression in women with metastatic breast cancer: psychological and immunological effects. *Palliative & Supportive Care*, 4(03), 219-237. doi: 10.1017/S1478951506060305
- Scheffold, K., Mehnert, A., Müller, V., Koch, U., Härter, M., & Vehling, S. (2014). Sources of meaning in cancer patients—Influences on global meaning, anxiety and depression in a longitudinal study. *European Journal of Cancer Care*, 23(4), 472-480. doi: 10.1111/ecc.12152

- Schwartz, G. E., & Weiss, S. M. (1978). Behavioral medicine revisited: An amended definition. *Journal of Behavioral Medicine*, 1(3), 249-251.
- Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., & Ullrich, A. (2002). Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(2), 91-96.
- Sherman, D. W., Haber, J., Hoskins, C. N., Budin, W. C., Maislin, G., Shukla, S.,... & Roth, A. (2012). The effects of psychoeducation and telephone counseling on the adjustment of women with early-stage breast cancer. *Applied Nursing Research*, 25(1), 3-16. doi:10.1016/j.apnr.2009.10.003
- Siegel, R. L., Fedewa, S. A., Miller, K. D., Goding-Sauer, A., Pinheiro, P. S., Martinez-Tyson, D., & Jemal, A. (2015). Cancer statistics for Hispanics/Latinos, 2015. *CA: a Cancer Journal for Clinicians*, 65(6), 457-480. doi: 10.3322/caac.21314
- Smith, H. R. (2015). Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment (Review). *Oncology Letters*, 9(4), 1509-1514. doi: 10.3892/ol.2015.2944
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos (2014). *Definición de enfermedad terminal*. Guía de cuidados paliativos. Recuperado 5 de julio del 2016 de <http://www.secpal.com/2-definicion-de-enfermedad-terminal>.

Steis, M. R., Evans, L., Hirschman, K. B., Hanlon, A., Fick, D. M., Flanagan, N., & Inouye, S. K. (2012). Screening for Delirium Using Family Caregivers: Convergent Validity of the Family Confusion Assessment Method and Interviewer-Rated Confusion Assessment Method. *Journal of the American Geriatrics Society*, *60*(11), 2121-2126. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04200.x

Stjernswärd, J., Colleau, S. M., & Ventafridda, V. (1996). The World Health Organization cancer pain and palliative care program past, present, and future. *Journal of Pain and Symptom Management*, *12*(2), 65-72.

Swetz, K. M., & Mansel, J. K. (2013). Ethical issues and palliative care in the cardiovascular intensive care unit. *Cardiology Clinics*, *31*(4), 657-668. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ccl.2013.07.013>

Tai, S. Y., Lee, C. Y., Wu, C. Y., Hsieh, H. Y., Huang, J. J., Huang, C. T., & Chien, C. Y. (2016). Symptom severity of patients with advanced cancer in palliative care unit: longitudinal assessments of symptoms improvement. *BMC Palliative Care*, *15*(1), 1. doi 10.1186/s12904-016-0105-8

Tang, S. T., Chang, W. C., Chen, J. S., Wang, H. M., Shen, W. C., Li, C. Y., & Liao, Y. C. (2013). Course and predictors of depressive symptoms among family caregivers of terminally ill cancer patients until their death. *Psycho-Oncology*, *22*(6), 1312-1318. doi: 10.1002/pon.3141

- Teunissen, S. C., Wesker, W., Kruitwagen, C., de Haes, H. C., Voest, E. E., & de Graeff, A. (2007). Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(1), 94-104. doi:10.1016/j.jpainsymman.2006.10.015
- Torre, L. A., Bray, F., Siegel, R. L., Ferlay, J., Lortet-Tieulent, J., & Jemal, A. (2015). Global cancer statistics, 2012. *CA: a Cancer Journal for Clinicians*, 65(2), 87-108. doi: 10.3322/caac.21262
- Torres-Vigil, I., Aday, L. A., De Lima, L., & Cleeland, C. S. (2007). What predicts the quality of advanced cancer care in Latin America? A look at five countries: Argentina, Brazil, Cuba, Mexico, and Peru. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(3), 315-327. doi:10.1016/j.jpainsymman.2006.11.015
- Twycross, R. G. (2002a). The challenge of palliative care. *International Journal of Clinical Oncology*, 7(4), 271-278.
- Twycross, R. G. (2002b). Palliative care: An international necessity. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 16(1), 61-79.
- Twycross, R. G. (2008). Patient care: past, present, and future. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 56(1), 7-19. doi: 10.2190/OM.56.1.b

- Van Houtven, C. H., Ramsey, S. D., Hornbrook, M. C., Atienza, A. A., & van Ryn, M. (2010). Economic burden for informal caregivers of lung and colorectal cancer patients. *The Oncologist, 15*(8), 883-893. doi: 10.1634/theoncologist.2010-0005
- Van Lancker, A., Velghe, A., Van Hecke, A., Verbrugghe, M., Van Den Noortgate, N., Grypdonck, M., ... & Beeckman, D. (2014). Prevalence of symptoms in older cancer patients receiving palliative care: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Pain and Symptom Management, 47*(1), 90-104. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.02.016>
- Van Mechelen, W., Aertgeerts, B., De Ceulaer, K., Thoosen, B., Vermandere, M., Warmenhoven, F., ... & De Lepeleire, J. (2012). Defining the palliative care patient: A systematic review. *Palliative Medicine, 27*(3), 197-208. doi: 10.1177/0269216311435268
- Villavicencio-Chávez, C., Monforte-Royo, C., Tomás-Sábado, J., Maier, M. A., Portales, J., & Balaguer, A. (2014). Physical and psychological factors and the wish to hasten death in advanced cancer patients. *Psycho-Oncology, 23*(10), 1125-1132. doi: 10.1002/pon.3536
- Virués-Ortega, J., & Moreno-Rodríguez, R. (2008). Guidelines for clinical case reports in behavioral clinical Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 8*(3), 765-777.

Vitillo, R., & Puchalski, C. (2014). World Health Organization authorities promote greater attention and action on palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 17(9), 988-989. doi: 10.1089/jpm.2014.9411

Wilson, K. G., Chochinov, H. M., Skirko, M. G., Allard, P., Chary, S., Gagnon, P. R., ... & Clinch, J. J. (2007). Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(2), 118-129. doi:10.1016/j.jpainsymman.2006.07.016

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.

## Anexos

### Anexo 1. Entrevista semiestructurada

#### EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DE PACIENTES PALIATIVOS

##### I. DATOS DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
No. De Expediente: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Creencia religiosa: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Nivel  
socioeconómico: \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_  
Otro tel. donde se pueda encontrar: \_\_\_\_\_ celular: \_\_\_\_\_  
Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_  
Paciente Paliativo: Oncológico \_\_\_\_\_ No oncológico \_\_\_\_\_  
Enfermedad por la que se le ve en cuidados paliativos: \_\_\_\_\_  
Cáncer primario: \_\_\_\_\_ Metastasis: \_\_\_\_\_  
Tiempo de diagnostico \_\_\_\_\_  
Comorbilidades: \_\_\_\_\_  
Tratamiento farmacológico \_\_\_\_\_  
Dosis: \_\_\_\_\_  
Ha recibido tratamiento por su enfermedad actual: Psicológico ( ) Psiquiátrico ( ) Tanatologico ( )  
Tiempo \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_  
¿El paciente está enterado de su diagnóstico? (S) (N) ¿Está enterado de su pronóstico? (S) (N)  
Fecha de entrada a paliativos: \_\_\_\_\_ Fecha de fallecimiento: \_\_\_\_\_  
Cuidador Primario: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
Teléfono del cuidador primario: \_\_\_\_\_



## Anexo 2. Escala H.A.D. S.

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_ No. Registro \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

### Anexo 3. Palliative Performance Scale

Fecha: \_\_\_\_\_

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

## Anexo 4. “ESAS”

Fecha: \_\_\_\_\_

<b>Cuestionario de evaluación de síntomas de Edmonton</b>												
Nada de dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor que se pueda imaginar
Nada agotado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más agotado que se pueda imaginar
Sin náuseas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Las peores náuseas que se pueda imaginar
Nada desanimado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más desanimado que se pueda imaginar
Nada nervioso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más nervioso que se pueda imaginar
Nada somnoliento	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más somnoliento que se pueda imaginar
Ninguna dificultad para respirar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La mayor dificultad para respirar que se pueda imaginar
El mejor apetito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nada de apetito
Duermo perfectamente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La mayor dificultad para dormir que se pueda imaginar
Sentirse perfectamente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sentirse lo peor que se pueda imaginar
Otro problema:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

## Anexo 5. FAM-CAM

Fecha: \_\_\_\_\_

<b>Método de evaluación de la confusión para el familiar Fam-CAM cuidadores</b>			
1. ¿Durante los últimos días, usted ha notado algún cambio en su familiar o amigo con respecto a su pensamiento o concentración, tal como poner menos atención, parecer confundido o desorientado (no sabiendo dónde se encuentra), comportarse inapropiadamente, o estar extremadamente somnoliento/a todo el día?	Sí	No	No sé
2. ¿En algún momento él/ella ha tenido dificultades para poner atención, por ejemplo, se distraía fácilmente o le era difícil seguir el hilo de lo que usted le decía?	Sí	No	No sé
3. ¿En algún momento el lenguaje de él/ella ha sido desorganizado, incoherente, poco claro o ilógico?	Sí	No	No sé
4. ¿En algún momento él/ella le ha parecido excesivamente somnoliento/a durante el día?	Sí	No	No sé
5. ¿En algún momento él/ ella ha estado desorientado/a, por ejemplo, pensando que se encontraba en un lugar distinto del que estaba o sin saber la hora del día?	Sí	No	No sé
6. ¿En algún momento le ha parecido que él/ella ve u oye cosas que no están presentes, o se equivoca respecto a lo que ve u oye?	Sí	No	No sé
7. ¿En algún momento él/ella ha tenido comportamientos inapropiados, tales como caminar sin propósito alguno, gritar, ser combativo/a o estar agitado/a?	Sí	No	No sé
<p>8. Por favor díganos más sobre los cambios que usted ha notado en cualquiera de los comportamientos de las preguntas 1 a 7 antes descritas:</p> <p><i>Por favor escriba con el mayor detalle posible</i></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
9. ¿Estos cambios (pregunta 1 a 7) se encontraban presentes todo el tiempo, o iban y venían de un día a otro?	Todo el tiempo	Iban y venían	No sé
10. ¿Cuándo iniciaron por primera vez estos cambios? Usted diría que empezaron:	En la última semana Hace 1 a 2 semanas Hace 2 a 4 semanas Hace más de 4semanas		
11. En términos generales, estos cambios ¿han mejorado, empeorado, o se han mantenido relativamente igual?	Mejor	Peor	Igual No sé

## Anexo 6. Registro de actividades

Número de semana: \_\_\_\_\_

Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
7-9 hr							
9-12 hr							
12-15 hr							
15-17 hr							
17-19 hr							
19-21 hr							
21-24 hr							

Anexo 7. “Registro de situación-pensamiento-emoción-conducta”

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha	Situación	Pensamiento	Emoción/Reacciones físicas	Conducta
	1.-Describe la situación que provoca la emoción desagradable. ¿Dónde estabas, qué estaba pasando, con quién te encontrabas, en qué lugar?	1.-Anota los pensamientos anteriores a la emoción y también las imágenes o recuerdos que te pasan por la cabeza.  2.-Evalúa la intensidad del pensamiento.	Especifica si te sientes ansioso/a, triste, enfadado/a, deprimido/a, etc.  2.-Evalúa la intensidad de la emoción de 0 a 10.  3.-Describe tus reacciones físicas	¿Qué haces ante esa situación?  Duración: tiempo que dura el proceso  Consecuencias: ¿qué pasa después?