



Universidad Nacional Autónoma de México

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN BASADA EN ATENCIÓN PLENA PARA EL DISTRÉS Y LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS RECEPTORES DE UN TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRIA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

DULCE MARÍA MONROY ROBLES

DIRECTOR:

DRA. SOFÍA SÁNCHEZ ROMÁN

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN "SALVADOR ZUBIRÁN"

COMITÉ:

DR. ARIEL VITE SIERRA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DRA. EUCARIO LEÓN RODRÍGUEZ

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN "SALVADOR ZUBIRÁN"

MTRO. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS

FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN

DRA. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Ciudad de México

ENERO 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Me siento muy feliz de haber culminado esta etapa de mi preparación profesional y sin duda todo habría sido más difícil sin el apoyo y amor de personas maravillosas.

Agradezco profundamente a Gema Isabel Robles Medina, mi mamá, por creer en mí y en las metas que me propongo. Gracias mami, por haber estado estos dos años y más, por escucharme y por emocionarte conmigo, gracias por todo tu apoyo aun en la distancia, sé que puedo contar contigo y que tu amor es enorme.

También quiero agradecer a mi papá, Abel Dario Monroy García, por su apoyo y por unir sus fuerzas para hacer posible lo que parecía difícil. Gracias papi, por ayudarme a cumplir mis sueños. Los quiero mucho, gracias por estar en cada paso.

Agradezco a mis hermanas, Edith, Adriana y Gabriela, por su ejemplo de constancia y esfuerzo, que me motivaron a seguir adelante. Me alegra tenerlas como hermanas y saber que estamos, la una para la otra, aun cuando nuestros caminos se separen siempre habrá un punto de encuentro. Las quiero mucho, que alcancen sus más grandes sueños y muchas gracias por formar parte de los míos.

Agradezco a la Dra. Sofía Sánchez Román por la oportunidad de desarrollar este proyecto y por la confianza que tuvo en mí de poder sacarlo adelante. Gracias Sofí, por motivarme a pensar en grande, por acompañarme en este proceso y por guiarme con paciencia y cariño en los momentos de confusión. Fue todo un honor poder formar parte de tu bello equipo de trabajo, es como pertenecer a una amorosa familia, aprendí demasiado no sólo como profesional sino también como persona.

Le agradezco al Dr. Eucario León Rodríguez por confiar en el proyecto y sobre todo en lo que la psicología puede hacer por sus pacientes, a los que tanto procura con su labor constante y ejemplar. Gracias doctor, por abrir esta puerta y mantenerla abierta, este proyecto fue un evento clave en mi formación profesional. Espero que este vínculo entre la medicina y la psicología se mantenga y se haga más fuerte.

Gracias al Dr. Vite, al Dr. Sánchez Sosa y la Dra. Riveros por compartirme sus valiosos conocimientos y moldear con su experiencia la mejor versión de este

trabajo, apreció mucho haber contado con su comprometida colaboración y su cálida atención, las cuales los distinguen como excelentes personas y profesionales.

Un agradecimiento muy especial a los participantes de esta investigación, les agradezco por toda su confianza y contribución en este proyecto. Gracias por dejarme acompañarlos en momentos difíciles y por recordarme el gran valor que tiene la vida. Que cada uno de sus días este lleno de amor, fuerza y esperanza.

Agradezco a todo el equipo del Área de Psicología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, por recibirme con los brazos abiertos y por mantenerlos así durante toda mi residencia. Gracias por hacerme sentir parte de y por ayudarme a crecer, son grandes personas y su labor es admirable.

Quiero agradecer a Alicia Cayón por todo su apoyo y confianza incondicional tanto en mí como en este proyecto. Gracias mi querida Alice, por aceptar acompañarme en esta aventura. Gracias por no dudar cuando yo dudaba, por darme palabras de aliento y motivación cuando más me hacían falta. Y sobre todo gracias por tu amistad y por todo tu cariño. Te quiero mucho.

Les agradezco a Montserrat Martínez y a Tania Tecpanecatl, por todo su apoyo en la implementación de este protocolo. Gracias chicas, por hacerse tiempo entre todas sus actividades y por continuar presentes aun cuando las circunstancias a veces no nos favorecían o cuando había que recibir malas noticias. Valoro mucho su profesionalismo y su solidaridad.

Le agradezco a Aranza Hill, que junto con Montserrat y Tania aceptó continuar con este proyecto. Gracias Ara, por siempre dar tu mejor esfuerzo y por mantener una buena actitud. Apreció mucho tu valor y tu disposición para seguir. Espero que a las tres el contribuir en la implementación de este proyecto les aporte cosas importantes en su vida.

Gracias a mis amistades que durante la realización de este trabajo se hicieron presentes con su apoyo, motivación y alegría.

Cuando te pasan cosas lindas en la vida, no puedes más que sonreír y disfrutar. Gracias a todos.

ÍNDICE

RESUMEN.....	7
ABSTRACT.....	8
INTRODUCCIÓN.....	10
ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS.....	13
TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS (TCPH).....	18
Aspectos médicos del TCPH.....	27
Aspectos psicológicos del TCPH.....	31
Distrés emocional, psicopatología y TCPH.....	34
INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y TCPH.....	43
Intervenciones psicológicas y cáncer.....	43
Intervenciones psicológicas, distrés y TCPH.....	46
Atención Plena.....	52
Reducción del Estrés Basada en Atención Plena (REBAP).....	53
Intervenciones Basadas en Atención Plena y TCPH.....	57
JUSTIFICACIÓN.....	69
Objetivos.....	72
MÉTODO.....	73
Participantes.....	73
Diseño.....	75
Variables.....	76

Instrumentos.....	79
Procedimiento.....	81
RESULTADOS.....	89
Estrategia de análisis.....	89
Participante 1.....	91
Participante 2.....	100
Participante 3.....	110
Participante 4.....	119
Barreras identificadas a lo largo del estudio.....	128
DISCUSIÓN.....	137
CONCLUSIONES.....	160
REFERENCIAS.....	164
APÉNDICES.....	173
Apéndice A. Entrevista Psicológica Semiestructurada para pacientes que reciben un Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas (TCPH).....	174
Apéndice B. Termómetro de Distrés.....	182
Apéndice C. Evaluación Funcional de la Terapia del Cáncer - Trasplante de Médula Ósea (FACT-BMT).....	183
Apéndice D. Escalas Visuales Análogas Graduadas.....	186
Apéndice E. Autorregistro de Atención Plena: Escaneo Corporal.....	187

Apéndice F. Cuestionario de satisfacción de la intervención psicológica.....	188
Apéndice G. Cartas descriptivas de las sesiones en hospitalización.....	191
Apéndice H. Consentimiento informado.....	201
Apéndice I. Presentación de Power Point: “Estrés y salud”	214
Apéndice J. Ejercicios de las sesiones antes la hospitalización.....	215
Apéndice K. Prácticas de atención plena: “Atención plena a la respiración” y “Comer atentamente una pasa.....	219
Apéndice L. Infografías de las sesiones en hospitalización.....	223
Apéndice M. Práctica de atención Plena: “Hatha Yoga”	228

RESUMEN

El Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas (TCPH) es un tratamiento multifacético asociado con niveles importantes de distrés emocional, ya que constituye un procedimiento médico invasivo que representa un reto tanto físico como psicológico para los pacientes que lo reciben. El TCPH sustituye el proceso de formación, desarrollo y maduración de las células de la sangre por ser insuficiente, total o parcialmente defectuoso. Sin embargo, es un procedimiento complejo que se asocia con menor calidad de vida, bajas tasas de supervivencia, mal funcionamiento inmunológico, mayor riesgo de infecciones, menor adherencia a tratamientos, estancias hospitalarias más prolongadas, mayor probabilidad de percibir dolor, disminución de la confianza, entre otros. El objetivo de la presente investigación fue explorar el efecto de una intervención basada en atención plena sobre el distrés emocional, calidad de vida y aspectos como dolor, fatiga, náuseas, comodidad y relajación en pacientes hospitalizados que reciben un TCPH. Se utilizó un diseño experimental de caso único A-B. Se contó con 4 participantes, quienes recibieron una versión adaptada del programa de Reducción del Estrés Basada en Atención Plena (REBAP), durante toda su hospitalización dos veces por semana. Se evaluó mediante el Termómetro de Distrés y la Evaluación Funcional de la Terapia del Cáncer -Trasplante de Médula Ósea (FACT-BMT) antes, durante y después de la hospitalización; y con escalas numéricas durante la hospitalización. El REBAP tuvo que adaptarse a las condiciones de aislamiento de los pacientes, en el

documento se presenta dicha adaptación. La intervención tuvo efectos de débiles a medianos sobre el distrés emocional; no generó cambios clínicos significativos sobre la calidad de vida, las náuseas y la fatiga, pero sí en el dolor, la comodidad y la relajación, estos cambios no fueron consistentes en todos los participantes. Sin embargo, todos reportaron que haber participado contribuyó en alguna medida a mejorar su calidad de vida y estado de ánimo. La sobrecarga de síntomas físicos, estados emocionales intensos o frecuentes e incluso las condiciones medioambientales del aislamiento se convierten en una barrera para la implementación de la intervención y afectan la disposición de los participantes para llevarla a cabo.

Palabras clave: atención plena, hematopoyético, terapia cognitivo conductual, enfermedades hematológicas.

ABSTRACT

Hematopoietic Stem Cell Transplant (HSCT) is a multifaceted treatment associated with significant levels of emotional distress, as it is an invasive medical procedure, which represents a physical and psychological challenge for the patients undergoing it. HSCT replaces the process of formation, development and maturation of the blood cells by being insufficient, totally or partially defective. However, it is a complex procedure that is associated with a lower quality of life, low survival rates, immune dysfunction, increased risk of infections, less adherence to treatments, longer hospital stays, greater probability of perceiving pain, decreased confidence, among others. The objective of the

present investigation was to explore the effect of a mindfulness-based intervention on emotional distress, quality of life, and symptoms, such as, pain, fatigue, nausea, comfort, and relaxation in hospitalized patients who undergo a HSCT. A single-case experimental design A-B was used. Four participants were included. They received an adapted version of the Mindfulness-Based Stress Reduction training (MBSR), throughout their hospitalization twice a week. They answered the Distress Thermometer and the Functional Evaluation of Cancer Therapy - Bone Marrow Transplantation (FACT-BMT) before, during and after the hospitalization; and numerical scales assessing symptoms were applied during hospitalization. The intervention had weak to medium effects on emotional distress. Significant clinical changes in pain, comfort, and relaxation were observed. These changes were not consistent in all participants. However, all reported that the program contributed to some extent to improve their quality of life and mood. The overload of physical symptoms, intense or frequent emotional states and even the environmental conditions of isolation became a barrier to the implementation of the intervention and affected the willingness of the participants to carry it out.

Key words: mindfulness, hematopoietic, cognitive-behavioral therapy, hematological diseases.

INTRODUCCIÓN

El Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas (TCPH) es un tratamiento utilizado para varios tipos de cáncer, incluyendo tumores malignos sólidos y enfermedades hematológicas. Las enfermedades hematológicas son un grupo de neoplasias generadas por alteraciones en los mecanismos de vida, crecimiento, diferenciación y muerte de las células progenitoras hematopoyéticas (Tirado & Mohar, 2007).

La limitada eficacia de tratamientos como la radioterapia o quimioterapia ha propiciado el uso del TCPH de forma intensiva para tratar enfermedades hematológicas. El TCPH restaura la función de la médula ósea, afectada parcial o completamente por el cáncer, la quimioterapia y/o la radiación; asimismo permite dar dosis muy altas de quimioterapia a los pacientes y ayuda a recuperar más rápido la función hematopoyética (Asociación Americana para el Cáncer, 2018) y además permite que el paciente pueda aspirar a periodos más largos sin la enfermedad o incluso la curación, aunque también se le considera un tratamiento médica y psicológicamente invasivo.

En México el primer TCPH se llevó a cabo en 1980 en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), y a partir de entonces se ha venido implementando en otros centros médicos del país (Centro Médico La Raza del IMSS y el Instituto Nacional de Cancerología, etc.). El programa de trasplante hematopoyético en el INCMNSZ se reestructuró en 1998 con los objetivos de reducir la mortalidad relacionada con el trasplante, mejorar la supervivencia general, reducir la recaída de la enfermedad y aumentar el número de trasplantes realizados anualmente. Desde 1998 a 2017 se han realizado 309 TCPH (59% autólogos) en 275 pacientes. A

pesar de las limitaciones financieras y de infraestructura, el TCPH ha sido factible en el INCMNSZ con resultados comparables a los de la literatura internacional (León & Rivera, 2017).

A pesar de los avances médicos conseguidos en el TCPH las personas que lo reciben experimentan riesgos asociados con la muerte y el sufrimiento. Las implicaciones médicas asociadas con el TCPH como la terapia de acondicionamiento y tratamiento inmunosupresor, el período de aplasia (inmunosupresión), el alto riesgo de infecciones, mucositis oral y gastrointestinal, la enfermedad injerto contra huésped y las transfusiones frecuentes, desencadenan una serie de síntomas o efectos secundarios entre los que se encuentran inflamación del hígado, riñón o corazón, náuseas, caída del cabello, pigmentación de la piel, problemas para dormir, diarrea, fatiga, dolor intenso e infertilidad; mismos a los que el receptor de TCPH tiene que hacer frente (Leukemia & Lymphoma Society, 2013). Es importante mencionar que la manifestación y/o percepción de las quejas somáticas puede estar moderada por un estado de ánimo depresivo o ansioso, altos niveles de estrés e inadecuadas estrategias de afrontamiento (Rueda-Lara & López-Patton, 2014).

Entre los desafíos psicológicos a enfrentar se encuentran la incertidumbre prolongada con respecto al resultado del tratamiento, así como del futuro laboral y económico, cambios en el aspecto físico, pérdida de la independencia por varias semanas e incluso meses, interrupción de las metas personales y de los roles de la vida cotidiana (Rueda-Lara & López-Patton, 2014 & Fife, 2000), así como largos periodos hospitalización (Tecchio, 2013 & Linares et al., 2007).

Entre 15 y 50% de los pacientes reportan distrés emocional en algún punto del TCPH y/o periodo de recuperación (Rueda-Lara & López-

Patton, 2014). Éste se caracteriza por ser una experiencia desagradable y multifactorial, de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual y emocional), social y/o espiritual que puede interferir en la capacidad de afrontar de forma efectiva el cáncer, los síntomas físicos asociados y el tratamiento pautado (National Comprehensive Cancer Network, 1999). Además de la presencia de distrés emocional se ha reportado comorbilidad psiquiátrica, por ejemplo, trastorno depresivo mayor, trastornos de ansiedad y trastorno de estrés post-traumático (Rueda-Lara & López-Patton, 2014; Tecchio et al., 2013; Schulz-Kindermann et al., 2002).

Se ha visto que las terapias psicológicas pueden ayudar a los pacientes con cáncer a aumentar su conocimiento acerca de su enfermedad y tratamiento, a mejorar su ajuste emocional y funcional, así como su calidad de vida, habilidades de afrontamiento y satisfacción con los cuidados que reciben. También contribuyen en la reducción de los síntomas relacionados con la enfermedad y/o el tratamiento, lo cual favorece la adherencia a los tratamientos y el estado emocional de los pacientes. Incluso se ha documentado que las intervenciones psicológicas pueden incidir en los indicadores del sistema inmunitario y aumentar la duración de la supervivencia o el tiempo de la recurrencia (Newell, Sanson-Fisher & Savolainen, 2002).

Las intervenciones basadas en atención plena han ido ganando más credibilidad para su uso en población oncológica, hasta el momento la literatura reporta notables beneficios en el bienestar integral de las personas que viven con cáncer (Ledesma & Kumano, 2009, Musial, 2011, Ott, 2006). Con resultados que apuntan muestran mejoría en síntomas como comodidad, relajación, felicidad y dolor; así como disminución o mantenimiento de los niveles de distrés (Bauer-Wu, 2008), reducciones estadísticamente significativas en las tasas cardíaca

y respiratoria, mejoras en la calidad de vida, distrés emocional y sintomatología depresiva y ansiosa, mejor afrontamiento del dolor y otros síntomas físicos propios del TCPH (Grossman, 2014; Altschuler, 2012; Kieviet-Stijnenz, 2008).

El INCMNSZ se caracteriza por ser una institución donde se trabaja de manera interdisciplinaria, y cada vez son más los servicios médicos que solicitan la atención del Área de Psicología General, como fue el caso del departamento de Hematología y Oncología, en donde el Responsable del Programa de TCPH manifestó la necesidad de atender la salud mental de los pacientes hospitalizados para recibir dicho tratamiento, lo cual refleja su interés por cuidar no sólo la salud física sino también mental de los receptores.

Tomando en cuenta la solitud de atención, así como la serie de retos físicos y psicológicos que atraviesan los receptores de un TCPH el objetivo de la presente investigación fue explorar el efecto de una intervención basada en atención plena sobre el distrés emocional, la calidad de vida y aspectos como comodidad, relajación, náuseas, fatiga y dolor en pacientes hospitalizados que reciben un TCPH.

ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS

Las células progenitoras hematopoyéticas (CPH) son un conjunto de células primitivas inmaduras, encargadas del proceso de hematopoyesis es decir de la formación, desarrollo y maduración de los distintos elementos de la sangre (Figura 1). Las CPH poseen la capacidad de auto-renovarse, son multipotentes (tienen el potencial de generar los linajes sanguíneos), tienen un alto potencial proliferativo lo que les permite ser capaces de dividirse y producir un gran número de

células maduras durante la vida del individuo. Se clasifican de dos maneras: según el tejido de origen o según su potencial de diferenciación, se ubican en un nicho particular de la médula ósea y tienen marcadores de superficie que las identifican (Mera, Roa y Ramírez, 2007).

La médula ósea es un tejido graso y suave que ocupa la cavidad central de los huesos trabeculares, es ahí donde se lleva a cabo la producción de las células sanguíneas o hematopoyesis. Durante los dos primeros años de vida la médula ósea activa (médula roja) se localiza en todos los huesos y gradualmente es reemplazada por tejido medular inactivo (médula amarilla o grasa). En la edad adulta las vértebras, los huesos de las caderas, los omóplatos, las costillas, el esternón y el cráneo contienen la médula ósea que produce las células sanguíneas (Leukemia y Lymphoma Society, 2013).

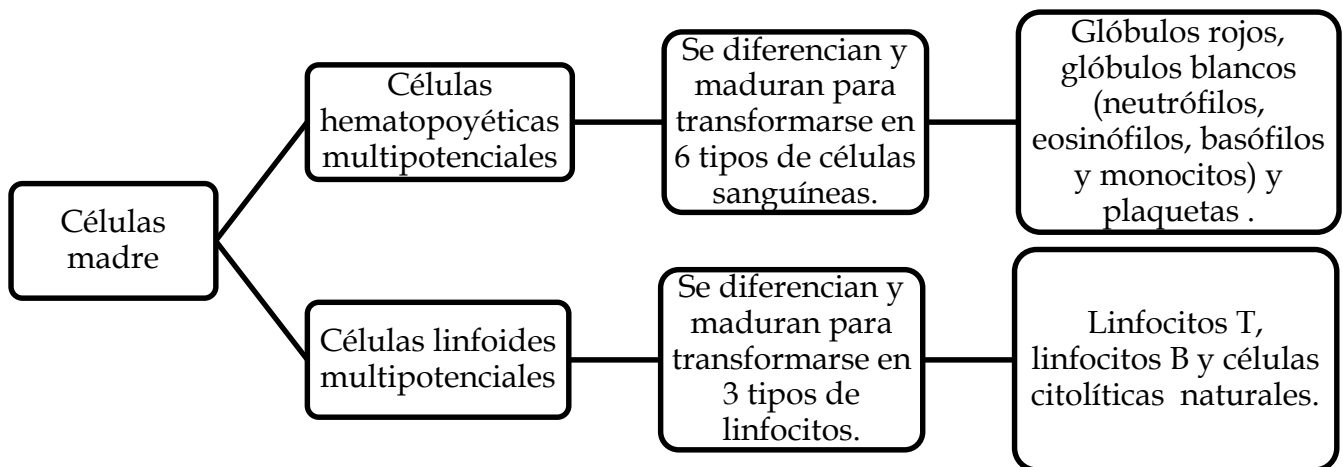


Figura 1. Diferenciación de las células madre.

Cada una de las células sanguíneas cumple con una función en específico: a) los glóbulos rojos están formados por hemoglobina la cual transporta oxígeno desde los pulmones a los diferentes tejidos del

cuerpo, b) los glóbulos blancos combaten infecciones y otras enfermedades, c) las plaquetas se encargan de formar coágulos de sangre que ayudan a sanar las heridas y a prevenir el sangrado, d) los linfocitos T, B y las células citolíticas naturales son otro tipo de glóbulos blancos que participan en la respuesta inmune del cuerpo (Instituto Nacional del Cáncer, 2018).

Las enfermedades hematológicas son un grupo de neoplasias generadas por alteraciones en los mecanismos de vida, crecimiento, diferenciación y muerte de las células progenitoras hematopoyéticas (Tirado & Mohar, 2007). En la Tabla 1 se describen las enfermedades que son clasificadas como neoplasias malignas de tejidos linfóide, hematopoyéticos y relacionados de acuerdo con la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud en su décima revisión (CIE-10) incluidas en su capítulo II (C81-C96).

Tabla 1

Enfermedades del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines

Clasificación	Definición
C81 Enfermedad de Hodgkin	Presencia de células de Reed-Sternberg (tipo anormal de linfocitos B) en los ganglios linfáticos, las cuales causan inflamación de los mismos (American Cancer Society, 2018).
C82 Linfoma no Hodgkin folicular (nodular)	Comienza en las células llamadas linfocitos (un tipo de glóbulo blanco) ya sea de tipo B o T que forman parte del sistema inmunitario del cuerpo (American Cancer Society, 2018).
C83 Linfoma no Hodgkin difuso (de células B grandes)	Comienza como una masa que crece rápidamente en un ganglio linfático, puede aparecer pecho, abdomen, cuello, axila o en otras áreas como en los intestinos, los huesos, incluso en el cerebro o en la médula espinal. Suele ser un linfoma de rápido

	crecimiento pero que generalmente responde bien al tratamiento.
C84 Linfoma de células T, periférico y cutáneo	A menudo comienza en el timo, las células cancerosas son formas muy primitivas de células T. Se puede considerar como un tipo de leucemia linfoblástica aguda (ALL), dependiendo de cuán involucrada esté la médula ósea (American Cancer Society, 2018).
C85 Linfoma no Hodgkin de otro tipo y el no especificado	
C88 Enfermedades inmunoproliferativas malignas	<ul style="list-style-type: none"> - Macroglobulinemia de Waldenström - Enfermedad de cadena pesada alfa - Enfermedad de cadena pesada gamma - Enfermedad inmunoproliferativa del intestino delgado - Otras enfermedades inmunoproliferativas malignas - Enfermedad inmunoproliferativa maligna, sin otra especificación
C90 Mieloma múltiple y tumores malignos de células plasmáticas	El mieloma múltiple se forma debido a la presencia de células plasmáticas malignas que crecen sin control, dando lugar a tumores generalmente en un hueso (American Cancer Society, 2018).
C91 Leucemia linfoide	Se origina en las etapas inmaduras de los linfocitos (también conocidas como leucemias linfoblásticas) (American Cancer Society, 2018).
C92 Leucemia mieloide	Se inicia en las células mieloides más jóvenes que producen los glóbulos blancos, glóbulos rojos o células productoras de plaquetas (también conocida como leucemia mielocítica, mielógena o no linfocítica) (American Cancer Society, 2018).
C93 Leucemia monocítica	
C94 Otras leucemias de tipo celular especificado	
C95 Leucemia de células de tipo no especificado	
C96 Otros tumores malignos y los no especificados del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	
Organización Panamericana de la Salud (2008) & American Cancer Society (2018)	

A partir de datos del año 2012, el Observatorio Global del Cáncer (Globcan) describe la incidencia y mortalidad de las enfermedades hemato-oncológicas en México, tanto en hombres como en mujeres. Asimismo, hace estimaciones acerca de la incidencia y mortalidad debidas a la leucemia, mieloma múltiple, linfoma de Hodgkin y no Hodgkin para el año 2015 y 2020 tomando en cuenta la edad y ambos sexos (Tabla 2).

Tabla 2

Incidencia y mortalidad en México de neoplasias hematológicas en ambos sexos

Clasificación	Incidencia en 2012	Mortalidad en 2012	Incidencia en 2015	Mortalidad en 2015	Incidencia en 2020	Mortalidad en 2020
Leucemia	6325	4264	<65 años	<65 años	<65 años	<65 años
Linfoma no-Hodgkin	4632	2558	11705	5762	12570	6223
Linfoma de Hodgkin	1543	598	>= 65 años	>= 65 años	>= 65 años	>= 65 años
Mieloma múltiple	1380	1029	3448	3490	4343	4383

La incidencia y mortalidad asociadas a la leucemia, mieloma múltiple, linfoma de Hodgkin y no Hodgkin, ha ido en crecimiento desde el año 2012 en comparación con lo registrado en 2015, y para el 2020 se espera que sean aún mayores, sobre todo en personas menores de 65 años con el diagnóstico de dichas enfermedades; se pronostica que casi un 50% muera a causa de ellas.

TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS (TCPH)

Dentro de los objetivos principales del tratamiento convencional en las enfermedades hematológicas están el control de la enfermedad, el mejoramiento de la calidad de vida y de la supervivencia, pero el objetivo final debe ser la curación. Para estos propósitos los tratamientos indicados son radioterapia, quimioterapia o incluso cirugía. Sin embargo, su limitada eficacia ha propiciado su uso de forma intensiva, seguido de rescate con células madre debido a los efectos adversos de los mismos (Sanz & Carreras, 2015).

Por lo anterior, se hace indispensable tanto ir escalando como combinando las líneas de tratamiento para que el paciente pueda aspirar a periodos más largos sin la enfermedad o incluso la curación. El Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas (TCPH) es un tratamiento, no de primera línea, para las leucemias, mielomas múltiples y linfomas. Este tipo de trasplante de células madre o progenitoras es utilizado para restaurar la función de la médula ósea, afectada parcial o completamente por el cáncer, la quimioterapia y/o la radiación (Asociación Americana para el Cáncer, 2018).

El TCPH es indicado tomando en cuenta principalmente la enfermedad a tratar, la edad, el estado de salud general del paciente, la probabilidad de que la enfermedad responda al trasplante, la posibilidad de un donante compatible o la capacidad de utilizar las células madre del propio paciente, la etapa de la enfermedad, la respuesta a tratamientos anteriores y la duración de los periodos de remisión (Tabla 3). Por otro lado, al considerar un trasplante como opción para un paciente se evalúa que el TCPH tenga más probabilidad de curar la enfermedad que otras formas de terapia

(radioterapia o quimioterapia) y se identifica el momento más adecuado para recibir el trasplante (Leukemia & Lymphoma Society, 2013).

De acuerdo con Gaytán-Morales (2013) existen dos objetivos principales de un TCPH:

- Sustituir el proceso de formación, desarrollo y maduración de las células de la sangre (eritrocitos, leucocitos y plaquetas) por ser insuficiente, total o parcialmente defectuoso o neoplásico.
- Permitir el uso de dosis muy elevadas de quimioterapia o radioterapia para eliminar la mayor cantidad de células cancerosas. Algunos tumores precisan de un tratamiento de intensidad superior a la que se utiliza en los tratamientos estándar; las dosis altas de un tratamiento antineoplásico pueden provocar mielosupresión (anulación parcial o total de la actividad de la médula ósea) prolongada o definitiva, si no se acompañan de la administración de un TCPH.

El Instituto Nacional del Cáncer (NIH) describe la existencia de tres tipos de trasplante, la clasificación está basada en la procedencia de las células madre para el trasplante (Figura 2).

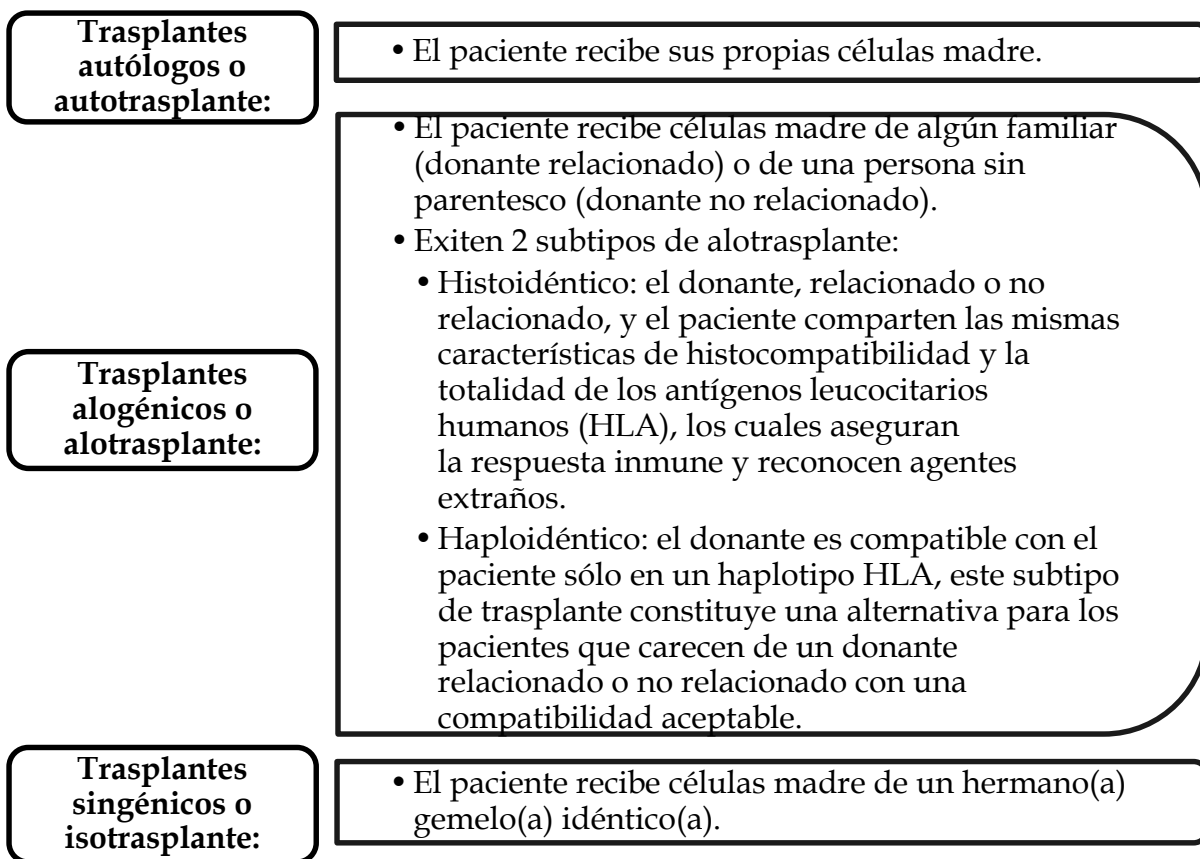


Figura 2. Tipos de trasplante

Tabla 3

Uso del TCPH en enfermedades hematológicas

Enfermedad Hematológica	Uso de TCPH
Leucemia mieloide crónica (LMC)	<ul style="list-style-type: none"> - El TCPH se considera un tratamiento potencialmente curativo, entre el 50 a 75% de pacientes que se encuentran en fase crónica y que cuentan con un donante adecuado pueden ser curados por éste. - Es fundamental determinar el momento ideal para llevar a cabo el TCPH, pues la probabilidad de éxito disminuye cuando aumenta el tiempo entre el

	<p>diagnóstico y el trasplante; en general se debe hacer en el primer año.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los mejores resultados se consiguen con un donante familiar antígeno leucocitario humano idéntico. - Como fuente de células se puede utilizar la médula ósea o la sangre periférica (movilización de precursores hematopoyéticos con G-CSF). - La supervivencia libre de enfermedad a largo plazo se sitúa entre 40 y 70% si el TCPH se efectúa en la fase crónica, pero desciende al 15 a 30% en la fase acelerada y al 10 a 20% en la fase blástica.
<p>Linfoma no-Hodgkin (LNH)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La mayoría de las decisiones terapéuticas dependen de si el paciente presenta alguno de los siguientes subtipos de LNH: los linfomas indolentes, los linfomas agresivos y los linfomas agresivos con extensión al sistema nervioso central (linfomas linfoblásticos y linfoma de Burkitt). - Dentro de los criterios de elegibilidad para un TCPH están: pacientes menores de 75 años, con adecuada función de sus órganos y sin infecciones activas. - En los LNH indolentes (tipo de linfoma que crece lentamente) el TCPH autólogo (el paciente recibe sus propias células madre) se usa después del primer o segundo fracaso del tratamiento quimiosensible o después de la primera remisión; y en los LNH agresivos se usa como parte de la primera terapia de rescate después de una recaída de la terapia quimiosensible o tras fallas en la inducción a la remisión. - El TCPH alogénico en LNH indolentes se usa dentro de la segunda a cuarta falla de la quimioterapia y en los LNH agresivos tras la primera recaída a la quimioterapia.

Linfoma Hodgkin (LH)

- El impacto del TPH en la supervivencia global no está claro. La única indicación clara del TCPH autólogo es el linfoma indolente transformado a linfoma agresivo.
 - También se considera útil en pacientes que no responden o que recaen, es importante recalcar que esto es en casos concretos.
-
- El objetivo de la terapia es la curación y puede conseguirse con varias estrategias, eligiendo la más adecuada para cada paciente en función del subtipo y del pronóstico. El estadio es un parámetro fundamental, el LH se clasifica en: enfermedad localizada y se trata con radioterapia en ocasiones combinada con quimioterapia (estadios III sin síntomas B) y enfermedad extensa que se trata con quimioterapia en ocasiones combinada con radioterapia (estadios III-IV y cualquier estadio con síntomas B).
 - Dentro de los criterios de elegibilidad para un TCPH están: pacientes menores de 75 años, con adecuada función de sus órganos y sin infecciones activas.
 - El TCPH se considera un tratamiento de recaída para los pacientes refractarios iniciales y con recaídas precoces, pues éstos tienen mal pronóstico con quimioterapia convencional y deben tratarse siempre con quimioterapia en altas dosis, en este caso un TCPH autólogo generalmente a partir de sangre periférica.
 - El TCPH alogénico se usa tras la primera recaída menor a 1 año después de quimioterapia.
 - Para incrementar el éxito del trasplante antes de realizarlo se intenta conseguir una remisión al menos parcial con un esquema estándar o de segunda línea.
-

	- La eficacia del trasplante también depende de la calidad y duración de la respuesta al primer tratamiento, a mayor tiempo de remisión inicial (>1 año) mayor porcentaje de supervivencia libre de progresión (hasta 75%).
Mieloma múltiple (MM)	- El TCPH se considera un tratamiento que debe ir seguido a cierto número de ciclos de quimioterapia o bien como un tratamiento de recaída que es viable en pacientes sensibles a quimioterapia, en cuyo caso la intensificación con un trasplante representa la mejor opción terapéutica, es importante tomar en cuenta la edad y las condiciones del paciente.

Sanz & Carreras (2015) & Alberta Health Services (2017)

De acuerdo con el manual operativo del Hospital Italiano de Buenos Aires (2015) la obtención de las células madre ya sea un alo, auto o isotrasplante puede realizarse de dos formas:

- **Extracción de médula ósea por punción:** generalmente la punción se realiza a la altura de los huesos de la pelvis, mientras el donante está bajo anestesia general se inserta una aguja para extraer la médula, este procedimiento se repite hasta haber obtenido la suficiente. La médula recolectada se filtra y se almacena en bolsas con una solución especial, es congelada y cuando va a ser utilizada se descongela, después se coloca en la sangre del paciente a través de una vena, como si fuera una transfusión de sangre. Las células madre se injertan en la médula ósea del paciente y comienzan a producir nuevas células sanguíneas; éstas se pueden medir en análisis de sangre en aproximadamente 2 a 4 semanas (American Cancer Society, 2018).
- **Selección de células madre por filtrado de sangre periférica mediante aféresis:** la aféresis es un proceso de filtrado que

permite la extracción de los elementos deseados de la sangre, en este caso células madre. Para el proceso al donante se le coloca un catéter, que a su vez es conectado a un tubo que transporta la sangre a una máquina donde es filtrada. La aféresis toma varias horas y generalmente es necesario repetirla días después para obtener las células madre suficientes, mientras tanto éstas se almacenan en bolsas y son congeladas. La administración de las células madre al paciente se hace a través de una vena, así las células madre viajan a la médula ósea, se injertan y comienzan a producir nuevas células sanguíneas sanas, el conteo de éstas es posible en aproximadamente de 10 a 20 días (American Cancer Society, 2018).

De acuerdo con datos reportados en 2017 por el Centro Internacional para el Estudio de la Sangre y Trasplante de Médula (CIBMTR) se estima que desde 2013 anualmente en Estados Unidos se realizan más de 8,000 trasplantes alogénicos, en 2015 se registraron 8474 y en 2016 se reportaron 8539 trasplantes. En cuanto al número de trasplantes autólogos en los Estados Unidos, desde 2010 se observa un aumento en la cantidad de receptores, en 2016 se reportaron más de 14,000 trasplantes de este tipo.

Desde el primer TCPH realizado en México en 1979 al año 2003, se tienen registrados alrededor de 1500 trasplantes, un promedio anual de aproximadamente 60 trasplantes por año. Los hematólogos de México han ido incrementando más de 10 veces la actividad en TCPH en los últimos 15 años, con base a la información de más de 17 centros médicos en los que se realizan TCPH, se calculan alrededor de 6500 trasplantes a octubre de 2017, dicha cifra contempla a los 10 centros médicos más importantes del país, y en 2016 se reportaron aproximadamente 700 trasplantes. Sin embargo, aún con los grandes

avances del uso de trasplantes hematopoyéticos, actualmente México está en subdesarrollo en dicho ámbito (Limón-Flores & Pérez-Lozano, 2010; Limón, González & Tolama, 2004).

Los cinco centros médicos con mayor número de trasplantes hematopoyéticos en el país durante el año 2017 fueron el Centro Médico La Raza del IMSS (1006 TCPH), Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González UANL (851 TCPH), Centro de Hematología y Medicina Interna-Clínica Ruíz de Puebla (781 TCPH), el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN) (718 TCPH) y el Hospital de Especialidades del IMSS en Puebla (506 TCPH) (Limón-Flores & Pérez-Lozano, 2010; Limón, González & Tolama, 2004).

A continuación, se describe el proceso a seguir para la realización de un TCPH en cualquiera de sus tres modalidades mencionadas anteriormente, las etapas descritas se apegan al procedimiento actual llevado a cabo en el INCMNSZ (Figura 3).

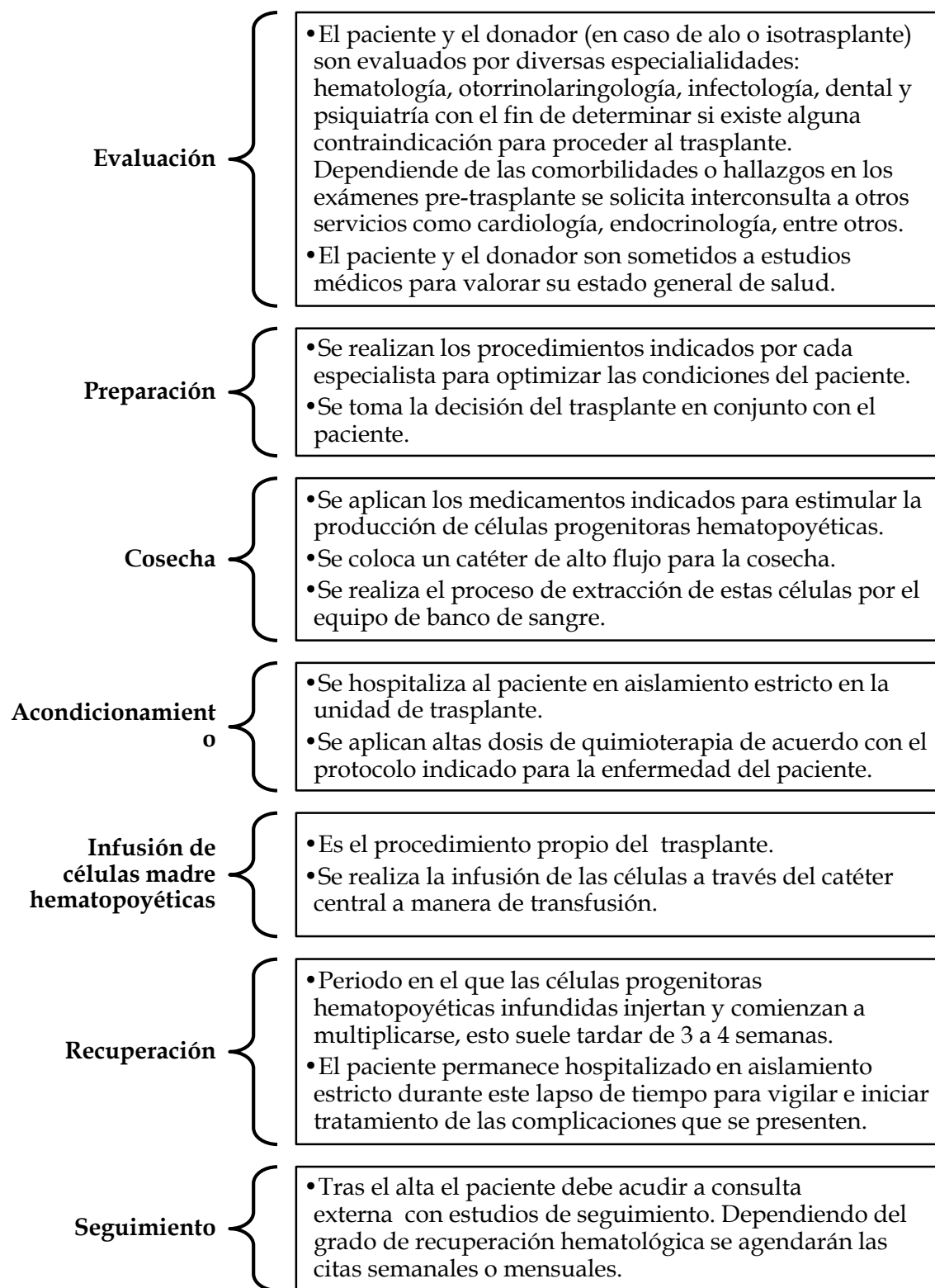


Figura 3. Etapas del Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas

Aspectos médicos del TCPH

Cuando un paciente recibe un TCPH está expuesto a una serie de efectos adversos propios del tipo de trasplante (Figura 4) o bien asociados a la terapia de acondicionamiento y en el caso del trasplante alogénico relacionados a la EICH (Tabla 4) (Leukemia & Lymphoma Society, 2013).

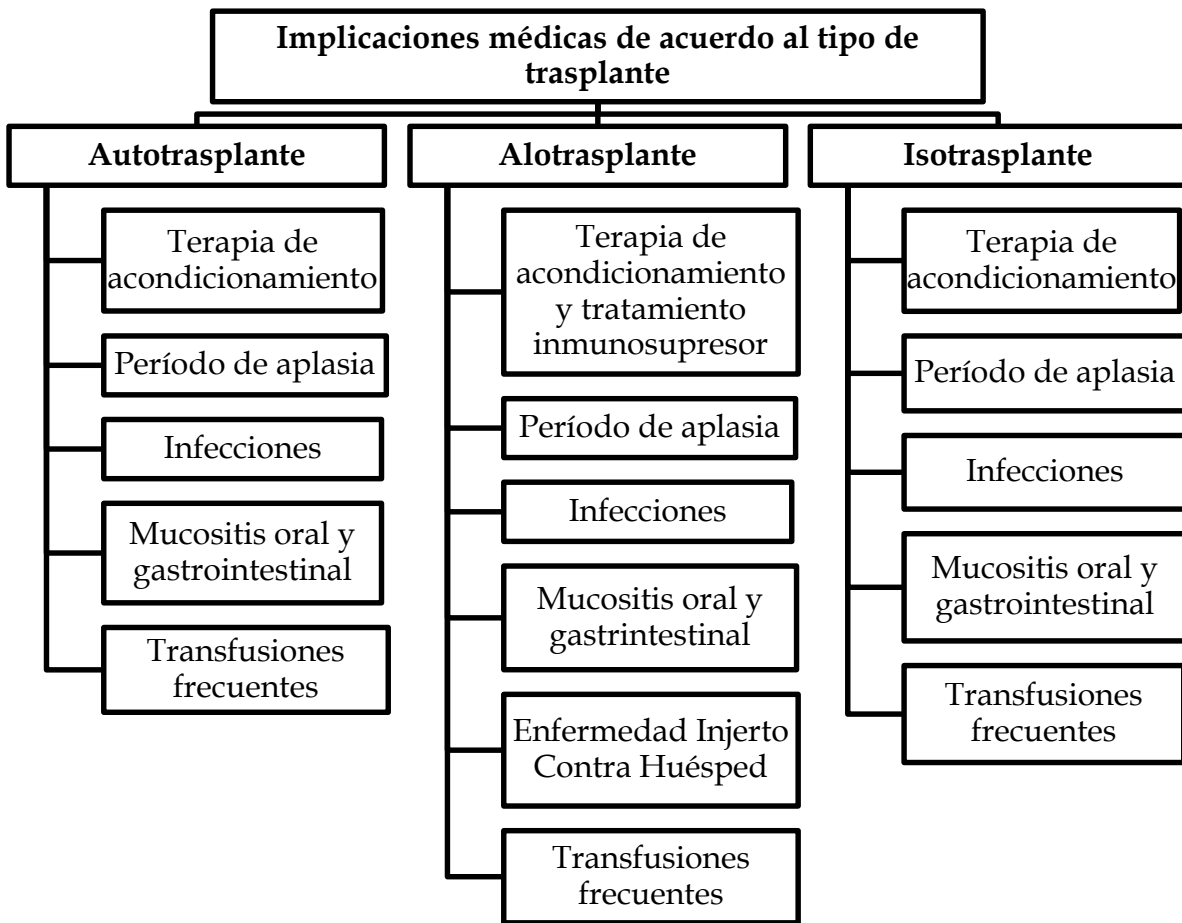


Figura 4. Implicaciones médicas de acuerdo con el tipo de trasplante

A continuación, se explican las implicaciones médicas mencionadas en el diagrama anterior:

- **Terapia de acondicionamiento:** implica administrar dosis altas de quimioterapia y/o radioterapia para disminuir el riesgo de que las células inmunitarias del receptor rechacen las células trasplantadas, también para eliminar cualquier vestigio de la enfermedad antes del TCPH y finalmente para acabar con los linfocitos afectados que atacan las células sanguíneas en desarrollo del paciente. En un alotrasplante esta terapia es muy importante y se usa en dosis altas, puede consistir sólo en fármacos de quimioterapia (busulfán y ciclofosfamida) o quimioterapia administrada en combinación con radioterapia en todo el cuerpo (Leukemia y Lymphoma Society, 2013).
- **Tratamiento inmunosupresor:** la posible respuesta inmunitaria tras la infusión de células madre es coordinada por los linfocitos T, lo cual se traduce en un rechazo del trasplante, así que todos los fármacos inmunosupresores interfieren con la activación de estas células. Los protocolos de inmunosupresión consisten en al menos dos fases a) profilaxis del rechazo que implica una terapia inicial, de inducción (niveles altos de inmunosupresión, iniciados en el período inmediatamente posterior al trasplante, cuando el riesgo de rechazo es mayor) y de mantenimiento y b) tratamiento del rechazo que conlleva una terapia más corta y agresiva para tratar los episodios de rechazo agudo establecidos (López & Vacca, 2009).
- **Periodo de aplasia:** es cuando el paciente después de la quimioterapia y la infusión de células madre se queda sin defensas, bajo de plaquetas y glóbulos rojos, estando más susceptible a infectarse; también es cuando se presentan los efectos de la quimioterapia (mucositis, inflamación del hígado, riñón o corazón; náusea, caída del cabello, pigmentación de la

piel). Es muy importante monitorizar al paciente mediante exámenes físicos, análisis bioquímicos de la sangre y pruebas de diagnóstico por imágenes para asegurar que los órganos principales (corazón, pulmones, riñones e hígado) funcionen normalmente (Leukemia & Lymphoma Society, 2013).

- **Infecciones:** la disminución en la cantidad de glóbulos blancos debido al acondicionamiento y/o inmunosupresión para el trasplante puede llevar a infecciones, por lo cual se mantiene al paciente en un ambiente protegido para reducir al mínimo el contacto con bacterias, hongos, virus u otros parásitos. Estos organismos se encuentran con mayor frecuencia en la piel, en la boca o en el intestino grueso. También se encuentran en los alimentos crudos y en el aire (Leukemia & Lymphoma Society, 2013).
- **Enfermedad de Injerto Contra Huésped (EICH):** es una enfermedad multisistémica que aparece como complicación de un TCPH alogénico, afecta a cualquier órgano sin embargo la piel y las mucosas son las más frecuentemente afectadas (20-70%). Existen dos categorías principales: aguda y crónica, los pacientes pueden presentar un solo tipo, ambos o ninguno (Leukemia y Lymphoma Society, 2017). Aun cuando se toman medidas profilácticas su incidencia sigue siendo elevada y se le asocia a inmunodeficiencia, afectación de la calidad de vida y disminución de la supervivencia, siendo la causa más frecuente de muerte tras la recidiva de la neoplasia hematológica tratada (Ballester-Sánchez et al., 2015).
- **Mucositis oral y gastrointestinal:** es una reacción tóxica inflamatoria y respuesta secundaria a la radioterapia y/o quimioterapia; afecta la mucosa del tracto gastrointestinal, causa dolor intenso, interfiere con la alimentación y la comunicación verbal. La mucositis oral se presenta en aproximadamente el 75%

de los pacientes que reciben un TCPH; la incidencia incrementa cuando la quimioterapia y radioterapia se combinan (Mesquita et al., 2015).

- **Transfusiones frecuentes:** tras el trasplante es usual que el paciente requiera constantes transfusiones de glóbulos rojos y plaquetas hasta que su médula ósea restaure su función a través de las células madre trasplantadas, un conteo bajo en dichas células sanguíneas expone al paciente a anemia o sangrados (Leukemia & Lymphoma Society, 2013).

En un trasplante alogénico para enfermedades malignas de alto riesgo se espera que ocurra el efecto injerto contra enfermedad, ya que es la base del trasplante para la cura, dicho efecto consiste en una reacción inmunitaria en la que los linfocitos T del donador reconocen y atacan las células cancerosas del receptor. El efecto puede ocurrir en conjunto con la EICH y cuanto más importante es esta última menos probable es la recidiva de la enfermedad. Cuando el donante y el receptor son gemelos idénticos este efecto no se produce. Por otro lado, en todos los tipos de trasplante existe el riesgo de falla del injerto, aunque la probabilidad de falla es mayor en un alotrasplante (Leukemia & Lymphoma Society, 2013).

Tabla 4

Efectos adversos: EICH y terapia de acondicionamiento

EICH	Alotrasplante	Cambios en la piel, disfunción del tubo digestivo, lesión en el hígado y disfunción de otros órganos.
Terapia de acondicionamiento	Autotrasplante	- Infecciones, neumonía intersticial, infertilidad, necesidad de transfusiones de glóbulos rojos (en caso de anemia) o de plaquetas (para prevenir o tratar los sangrados).

Alotrasplante - Cataratas, insuficiencia cardíaca congestiva, diarrea, caída del cabello, infertilidad, pérdida de formación de células sanguíneas, náuseas, vómitos, oclusión de las venas del hígado, menopausia prematura, diarrea, mucositis y neumonía.

EICH= Enfermedad de Injerto Contra Huésped

Además de lo mencionado anteriormente, cuando se trata de un alotrasplante en algunos casos es necesario administrar alimentación por una sonda duodenal o por vía intravenosa para asegurar una ingesta nutricional adecuada. En un isotrasplante no se necesita prevenir la EICH ni el riesgo de rechazo del injerto y se puede lograr una remisión a largo plazo gracias al acondicionamiento, sin embargo, hay más probabilidad de recaída que con otros tipos de donantes (Sanz & Carreras, 2015).

Aspectos psicológicos del TCPH

Ser receptor de un TCPH implica afrontar numerosos retos físicos y psicológicos tanto antes, como durante (aislamiento en hospitalización) y después de éste (periodo de recuperación).

A pesar de los avances médicos conseguidos en el TCPH los pacientes tienen que asumir riesgos asociados con la muerte y el sufrimiento. El TCPH implica procedimientos médicos invasivos, largos periodos de recuperación y síntomas físicos que con gran frecuencia se viven como angustiantes, los cuales son resultado de la toxicidad del tratamiento. Los retos físicos conllevan que los pacientes se ajusten a síntomas como

fatiga, disfunción sexual (Neitzert et al., 1998), dolor principalmente en la boca, pérdida del apetito, náuseas y mucositis (Fife, 2000).

En cuanto a los retos psicológicos el paciente tiene que enfrentarse a largos periodos de aislamiento en hospitalización (entre 20-27 días en un trasplante autólogo y de 32-34 días en un trasplante alogénico) (Tecchio, 2013 & Linares et al., 2007) y de incertidumbre prolongada con respecto al resultado del tratamiento, cambios en su aspecto físico, pérdida de su independencia por varias semanas e incluso meses, incertidumbre en cuanto a su futuro laboral y económico, interrupción de sus metas personales e inclusive a no poder asumir roles de su vida cotidiana (Rueda-Lara & López-Patton, 2014 & Fife, 2000).

Además del estudio de los determinantes médicos en los resultados a largo plazo de los pacientes que reciben un TCPH, se ha investigado la posible influencia de factores psicosociales. Se ha encontrado que la actitud de los pacientes hacia la enfermedad y el tratamiento, las capacidades de afrontamiento, el distrés emocional, la calidad de vida, y el apoyo social son factores que impactan en los resultados médicos del TCPH (Sasaki, 2000).

Tecchio y colaboradores (2013) realizaron un estudio prospectivo en el cual encontraron que variables no biomédicas como bajo control personal, niveles altos de depresión y/o ansiedad pre-trasplante, así como antecedentes psiquiátricos son predictores importantes del distrés emocional que presentan los receptores de un TCPH durante el aislamiento en hospitalización. Dichos autores sugieren que una evaluación previa al trasplante podría prevenir el desarrollo de ansiedad o depresión severas durante el aislamiento.

En un estudio prospectivo que incluyó a pacientes que reciben un TCPH y que tenía como objetivo investigar si los marcadores de

vulnerabilidad psicosocial (rasgos de personalidad estables, los síntomas afectivos y recursos sociales externos) previos al trasplante podían predecir los resultados físicos y psicosociales después del trasplante, se reporta que dichos marcadores son predictores significativos de los resultados psicosociales 12 meses después, sin embargo no son adecuados para predecir el resultado físico posterior al trasplante (Goetzman, 2007).

De acuerdo con los hallazgos de Goetzman y colaboradores (2007), los pacientes con alta vulnerabilidad psicosocial tienen un mayor riesgo de inadaptación psicosocial posterior al trasplante debido a la mala salud mental y a la baja satisfacción general con la vida. Por otro lado, la depresión y el bajo apoyo social predicen una baja satisfacción con la vida 12 meses después del TCPH. En cuanto a las creencias cognitivas relacionadas con la personalidad, concluyen que los pacientes con un buen sentido de autoeficacia y una actitud optimista antes del trasplante tendrán una buena salud mental después del mismo.

En pacientes con cáncer que reciben tipos de terapia más convencionales, se ha demostrado que una diversidad de variables psicosociales como la actitud de los pacientes hacia el cáncer, las habilidades de afrontamiento que poseen, el distrés emocional, la calidad de vida y el apoyo social influyen en la tasa de mortalidad (Broers, 1998).

Realizar una evaluación psicológica y psiquiátrica pre-trasplante puede ayudar a identificar potenciales factores clínicos y psicosociales que incrementan el riesgo de comorbilidades psicológicas o psiquiátricas, e iniciar el tratamiento adecuado. Atender los factores psicosociales de riesgo antes del trasplante podría disminuir su efecto negativo en los receptores antes, durante y después del TCPH (Rueda-

Lara & López-Patton, 2014; Schulz & Kindermann, 2002; Neitzert, 1998).

Respecto al impacto psicosocial del TCPH durante el periodo de recuperación, Neitzert y colaboradores (1998) realizaron una revisión de la literatura y encontraron que los pacientes presentaron distrés emocional significativo, síntomas psiquiátricos y síntomas asociados a ansiedad y depresión, por otro lado reportaron que aunque el funcionamiento físico de los pacientes mejoró significativamente a 1 año después del trasplante, los niveles elevados de ansiedad y depresión se mantuvieron a los 90 días.

La recuperación después del TCPH es prolongada y para algunos sobrevivientes de TCPH las complicaciones físicas como la Enfermedad de Injerto Contra Huésped (EICH) crónica, compromiso cardiopulmonar, endocrinopatías, trastornos musculoesqueléticos y neoplasias posteriores además de contribuir significativamente a la morbilidad y mortalidad tardía, pueden tener un posible impacto en su salud psicológica (Sun, 2011) y conducir a estados gravemente disfuncionales como depresión, ideaciones o intentos suicidas, por lo cual se sugiere que todos los pacientes posterior al TCPH sean evaluados periódicamente en cuanto a sintomatología depresiva (Neitzert, 1998).

Distrés emocional, psicopatología y TCPH

El distrés emocional en relación con el TCPH está bien establecido, entre 15 y 50% de los pacientes lo reportan en algún punto del trasplante y/o periodo de recuperación (Rueda-Lara & López-Patton, 2014). El distrés emocional se define como una experiencia desagradable y multifactorial, de naturaleza psicológica (cognitiva,

conductual y emocional), social y/o espiritual que puede interferir en la capacidad de afrontar de forma efectiva el cáncer, los síntomas físicos asociados y el tratamiento pautado (National Comprehensive Cancer Network, 1999).

Moscoso (2011) define el distrés emocional como un estado marcado por una variedad de sentimientos que varían en intensidad y que se extienden a lo largo de un continuo, abarcando desde sentimientos de vulnerabilidad, inseguridad, tristeza, confusión, preocupación y temor, hasta manifestaciones más graves que pueden generar disfuncionalidad como depresión, ansiedad, pánico, aislamiento social, pérdida de esperanza, expresiones de ira y crisis existenciales o espirituales.

Existen predictores somáticos, psicológicos y psicosociales asociados al distrés emocional, tales como la carga de síntomas, dolor, déficit en el funcionamiento físico durante y después del trasplante. Por otro lado, el distrés emocional puede persistir durante años después del trasplante, ya sea alogénico o autólogo (Rueda-Lara & López-Patton, 2014).

La clarificación de los predictores del distrés emocional antes del TCPH es importante para identificar a los pacientes en riesgo que pueden beneficiarse de la intervención psicosocial temprana. Si bien el distrés emocional previo al trasplante no está relacionado con la supervivencia, el apoyo emocional se asocia con menores tasas de mortalidad relacionada con el tratamiento, es decir que contribuye a mejores resultados después del TCPH (Ehrlich, 2016).

Los hallazgos de diversos estudios cuyo objetivo fue evaluar el estado emocional de los pacientes en algún punto del proceso del TCPH o

más ampliamente evaluar la trayectoria de diversas manifestaciones psicosociales asociadas al mismo, reportan como factores de riesgo de distrés emocional: los bajos ingresos, una percepción deficiente del estado de salud, antecedentes de problemas de salud mental, la exposición a la prednisona, la Enfermedad de Injerto Contra Huésped (EICH) crónica y déficits en el funcionamiento físico (Tabla 5).

Tabla 5*Reporte de malestar emocional (distrés) en receptores de un TCPH alogénico o autólogo*

Autor, tipo de diseño y características de la muestra	Instrumento utilizado para evaluar el distrés emocional	Resultados
Sun et al., 2011 1065 sobrevivientes de TCPH (al menos 2 años después del trasplante)	Brief Symptom Inventory-18 (BSI-18)	<ul style="list-style-type: none">- El 22% de los pacientes reportó resultados psicológicos adversos.- El 15% de los pacientes reportó distrés relacionado con quejas somáticas.- El mayor distrés somático fue reportado por los receptores de un TCPH de tipo alogénico con enfermedades potencialmente mortales y EICH activa.- La exposición a prednisona y EICH crónica se asoció a mayores índices de distrés general.- TCPH alogénico: mayor riesgo de presentar quejas somáticas y distrés emocional relacionado al déficit en el funcionamiento físico, debido al riesgo de desarrollar EICH.
Hjermstad et al., 2004 Diseño prospectivo 248 pacientes: 61 TCPH alogénico, 69 TCPH autólogo y 118 quimioterapia	Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS)	<ul style="list-style-type: none">- Los pacientes que recibieron un TCPH alogénico reportaron mayor sintomatología en comparación con los que recibieron un TCPH autólogo durante los primeros meses después del trasplante.- Todos los pacientes reportaron fatiga elevada hasta 3 años después del TCPH.- Los pacientes que recibieron TCPH autólogo reportaron menor calidad de vida.- No se encontraron diferencias en cuanto a depresión y ansiedad.- Los receptores de TCPH autólogo reportaron menor funcionamiento y mayor fatiga que los de TCPH alogénico 3 años después.

<p>Syrjala et al., 2004 Diseño de cohorte longitudinal y prospectivo 319 pacientes: 67 TCPH autólogo y 252 TCPH alogénico</p>	<p>Cancer Treatment Distress scale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La recuperación física de los pacientes ocurrió antes que la recuperación laboral y psicológica. - Sólo 21 (19%) pacientes se recuperaron en todas las áreas durante el primer año después del TCPH, a los 5 años este porcentaje aumento a 63% (57 pacientes). - La recuperación del distrés asociado con el trasplante fue más lenta en pacientes que recibieron un TCPH alogénico y que tenían poco apoyo social antes del trasplante. - Los pacientes que tenían más experiencia con el tratamiento del cáncer tenían una recuperación más rápida de la depresión y del distrés emocional relacionado con el tratamiento.
<p>Larsen et al., 2004 Estudio longitudinal 43 pacientes</p>	<p>- Symptom Frequency, Intensity and Distress questionnaire for SCT (SFID- SCT)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes reportaron mayor cantidad de síntomas desde el día del TCPH hasta el final del periodo de aislamiento. - Las puntuaciones para intensidad y distrés fueron mayores cuando el número de síntomas reportados incrementaba. - Del 33% al 54% de los pacientes reportó más de 10 síntomas simultáneamente desde el día del TCPH hasta el final del aislamiento. - Más del 50% de los pacientes reportó cansancio, pérdida del apetito, dolor de boca, nausea, problemas para dormir, diarrea y cambios en el sentido del gusto. - La pérdida del apetito, el cansancio y el dolor de boca fueron los síntomas más intensos y distresantes que los pacientes reportaron. - Los receptores de TCPH alogénico reportaron puntuaciones significativamente mayores de distrés en el día anterior a iniciar el acondicionamiento. - Al final de la estancia reportaron no tener ansiedad al ingreso tenían puntajes de distrés más altos que los pacientes ansiosos.

<p>Sherman et al., 2004 213 pacientes con diagnóstico de mieloma: 100% TCPH autólogo</p>	<p>Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hasta un tercio de los pacientes reportaron niveles clínicos de distrés, ansiedad y depresión. - El 59% de los pacientes puntuó por debajo de las normas ajustadas por edad para el funcionamiento físico diario. - El 58% de los pacientes reportó niveles moderados de dolor. - El 80% de los pacientes reportó fatiga moderada. - Muchos pacientes experimentaron necesidad de apoyo incluso antes de comenzar los regímenes agresivos. - Los déficits en el funcionamiento físico fueron los factores más asociados con el distrés emocional.
<p>Fife et al., 2000 Diseño longitudinal prospectivo 101 pacientes: 22 TCPH alogénico y 79 TCPH autólogo</p>	<p>Bi-Polar Profile of Mood States</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes reportaron mayores índices de distrés después de la hospitalización y antes del TCPH. - El grado de distrés basal, el control personal, la respuesta cognitiva y la sintomatología fueron los factores que más influyeron en la variabilidad de los niveles de distrés. - De 15 a 50% de los pacientes reportaron distrés, en algún punto del trasplante y/o durante el periodo de recuperación.
<p>McQuellon et al., 1998 Estudio longitudinal 86 pacientes: 16 TCPH alogénico y 70 autólogo</p>	<p>Profile of Mood States Total Mood Disturbance Scale (POMS-TMDS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La evolución del distrés emocional de los pacientes desde antes del aislamiento hasta 1 año después del alta en hospitalización fue lineal y mejoró con el tiempo, sólo el 20% de los pacientes continuó teniendo problemas psicológicos al año. - La calidad de vida de los pacientes empeoró al momento del alta, a los 100 días y al año mejoró, aunque la fatiga persistió.

Syrjala, 1993	Brief Symptom	- El 27% de los pacientes reportó depresión de leve a moderada.
Diseño prospectivo	Inventory (BSI)	- El 41% de los pacientes reportó elevadas puntuaciones de ansiedad.
67 pacientes: 100% TCPH		- Las medias para ansiedad y depresión no cambiaron a lo largo del primer año.
allogénico		- El distrés presentado en el primer año fue predicho por la presencia de algún conflicto familiar pre-TCPH, el estado civil y la presencia de EICH.
		- El 68% de los pacientes regresó a trabajar de tiempo completo después de 2 años.

TCPH= Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas; EICH= Enfermedad de Injerto Contra Huésped.

Además de la presencia de distrés emocional se ha reportado comorbilidad psiquiátrica a lo largo de las diferentes etapas del trasplante (pretrasplante, durante la hospitalización y después del trasplante). La presencia de trastornos mentales puede incrementar el riesgo de distrés físico como por ejemplo infecciones, ya que se asocian con un mal funcionamiento inmunológico (Sasaki, 2000). Otros riesgos asociados son: aumento de la mortalidad, menor adherencia a los tratamientos, mayor percepción del dolor, menor calidad de vida, entre otras (Tabla 6) (Rueda-Lara & López-Patton, 2014).

Tabla 6

Trastornos psiquiátricos durante la estancia hospitalaria en pacientes que reciben un TCPH

Trastorno del estado de ánimo: incidencia de 19-50% reportados a lo largo del proceso de trasplante	
Depresión Mayor en algún punto del proceso de trasplante (incidencia de 15-20%)	
Implicaciones negativas en los resultados médicos y salud psicológica	Factores mediadores en el desarrollo del trastorno
<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de las tasas de mortalidad: <ul style="list-style-type: none"> - de 6 a 12 meses después del trasplante - de 1 a 3 años después del trasplante (Prieto et al., 2005). - Mal funcionamiento neuroendocrino e inmunológico - Menor adherencia a tratamientos médicos, estancias hospitalarias más prolongadas. - Falta de adherencia a las indicaciones médicas. - Mayor probabilidad de percibir dolor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Severidad de la depresión, apoyo social percibido, antecedentes de trastornos psiquiátricos, pronóstico médico, efectos de la depresión en el funcionamiento inmunológico.
Trastorno de ansiedad: incidencia de 19-50%	
Implicaciones negativas en los resultados médicos y salud psicológica	Factores mediadores en el desarrollo del trastorno
<ul style="list-style-type: none"> - Menor calidad de vida, menores tasas de supervivencia. - Mayor probabilidad de percibir dolor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pensamientos respecto al trasplante y/o aislamiento. - Presiones económicas.

Trastorno de estrés post-traumático: incidencia de 5-19%	
Implicaciones negativas en los resultados médicos y salud psicológica	Variables mediadoras/Predictores de desarrollo de los síntomas o trastornos
- Mayores niveles de estrés y síntomas depresivos	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluaciones negativas de las experiencias de trasplante, uso de estrategias de afrontamiento basadas en la evitación, menores niveles de apoyo social y mayor restricción. - Bajo apoyo social y un estilo de afrontamiento evitativo predice mayor severidad de los síntomas del trastorno. - Relación recíproca entre funcionamiento físico deficiente y mayor riesgo de desarrollar síntomas relacionados con un trauma.
Rueda-Lara & López-Patton, 2014; Tecchio et al., 2013; Schulz-Kindermann et al., 2002	

Además de la incidencia de estrés emocional y trastornos psiquiátricos como ansiedad, depresión o estrés post-traumático en pacientes receptores de un TCPH, también se presentan quejas somáticas (dolor, fatiga, debilidad general, dolor de boca, náuseas, diarrea, problemas para dormir y disfunción sexual) las cuales provocan estancias hospitalarias más largas, aumento de malestar emocional, depresión, deterioro de la calidad de vida y funcionamiento físico. Es importante mencionar que la manifestación o percepción de estas quejas somáticas pueden estar moderadas o pueden ser predichas por un estado de ánimo depresivo o ansioso, altos niveles de estrés o inadecuadas estrategias de afrontamiento (Rueda-Lara & López-Patton, 2014).

Los pacientes bajo un TCPH alogénico tienen más riesgo de presentar quejas somáticas y distrés emocional asociado con déficits en el funcionamiento físico (Larsen et al., 2004) o debido a la EICH cuando está activa (Sun et al., 2011).

INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y TCPH

Intervenciones psicológicas y cáncer

El objetivo principal de una intervención psicológica en pacientes diagnosticados con cáncer es ayudar a afrontar mejor el diagnóstico y los tratamientos, a través de disminuir los sentimientos de indefensión y abandono, reducir la ansiedad en relación a los tratamientos, y clarificar las percepciones e información erróneas ya sea de la enfermedad y/o el tratamiento. Las intervenciones con tales objetivos han demostrado ser eficaces, a pesar de que no exista un protocolo de atención como tal (Linares et al., 2007).

Newell y colaboradores (2002) llevaron a cabo una revisión sistemática acerca de la eficacia de diferentes formas de terapia e intervenciones psicológicas sobre variables como ansiedad, depresión, estrés, distrés, calidad de vida, náuseas, dolor, fatiga, síntomas físicos en general, sobrevivencia y respuesta inmune en pacientes con cáncer. A partir de sus hallazgos recomiendan continuar investigando la efectividad de algunas terapias psicológicas en el mejoramiento de los resultados de dichos pacientes, debido a que mostraron beneficios a corto, mediano o largo plazo, pero sin resultados consistentes y, por otro lado, distinguen entre aquellas intervenciones que requieren de más exploración antes de hacer recomendaciones a favor o en contra de su uso (Tabla 7).

Tabla 7.*Recomendaciones según el tipo de intervención y el periodo de seguimiento*

Intervención/Variab le respuesta	Ansiedad	Depresión	Estrés/distrés	Calidad de Vida	Náuseas	Dolor	Fatiga	Síntomas físicos en general	Sobrevivencia	Respuesta inmune
Terapia cognitivo conductual	+	+	+/ M	+/M, L		+	+/ M			+/L
Entrenamiento en habilidades sociales	+	+	+/ M	+/M						+/L
Imaginería guiada	+			*/I	+/ M			+		+/L
Terapia individual	+			+/M, L	+	+				+/L
Terapia de grupo		+/ M					+/ M		+	+/M
Psicoeducación		+/L		+/M, L					+	+
Entrenamiento en relajación			+	+/M	+/ M	+			+	+/M, L
Intervenciones que involucran a personas significativas	+/ C		+	+/M						+/M, L
Musicoterapia	*/ C									
Mejora de la autoestima y auto- imagen		+	+							+/L
Asesoramiento estructurado		+/L	*/C	*/L						+/M, L
Auto-practica	+/ C				+	+				

(Newell et al., 2002). * = Recomendación tentativa; + = ni a favor ni en contra, más exploración pero con beneficios a C= corto plazo, M= mediano plazo o L= largo plazo.

Intervenciones como musicoterapia, asesoramiento estructurado e imaginación guiada resultaron tentativamente efectivas para mejorar la ansiedad, estrés, distrés y calidad de vida respectivamente. La terapia cognitivo conductual, el entrenamiento en habilidades sociales, la terapia en modo individual o grupal, la psicoeducación, el entrenamiento en relajación, intervenciones que implican auto-práctica o a personas significativas para el paciente e intervenciones dirigidas a mejorar la autoestima y la auto-imagen pueden llegar a ser efectivas para el tratamiento de ansiedad, depresión, estrés, distrés, mejorar la calidad de vida, síntomas físicos en general incluidos fatiga, náuseas y dolor, contribuir a la sobrevivencia y a la respuesta inmune en pacientes con cáncer. Al parecer estas técnicas han mostrado beneficios a corto, mediano y largo plazo, sin embargo, requieren de más investigación (Newell et al., 2002).

Se ha visto que las terapias psicológicas pueden ayudar a los pacientes con cáncer a aumentar su conocimiento acerca de su enfermedad y tratamiento, a mejorar su ajuste emocional y funcional, así como su calidad de vida, habilidades de afrontamiento y satisfacción con los cuidados que reciben. También contribuyen en las mejoras de la salud física, reduciendo los síntomas relacionados con el tratamiento y/o la enfermedad, lo cual favorece la adherencia a los tratamientos. Incluso se ha documentado que las intervenciones psicológicas pueden incidir en los indicadores del sistema inmunitario y aumentar la duración de la supervivencia o el tiempo de la recurrencia (Newell, Sanson-Fisher & Savolainen, 2002).

Intervenciones psicológicas, distrés emocional y TCPH

Las intervenciones psicológicas pueden preparar a los pacientes que recibirán un TCPH para manejar las quejas somáticas más frecuentes y las preocupaciones psicosociales, así como facilitar el desarrollo de expectativas a corto y a largo plazo acerca del trasplante y la recuperación (Mcquellon, 1998). Además de proporcionar recursos para enfrentar síntomas físicos, las intervenciones psicológicas ayudan al paciente a hacer frente a un futuro incierto (Mosher, 2011).

Existe el potencial de llevar a cabo intervenciones psicológicas en pacientes que reciben un TCPH, sin embargo, la investigación pertinente sigue siendo limitada en comparación con las áreas clínicas relacionadas. Se ha demostrado que las terapias psicológicas con componentes educativos, cognitivo-conductuales o habilidades de afrontamiento facilitan el funcionamiento físico y emocional, mejoran la función inmune y mejoran la supervivencia en pacientes con cáncer (Baliouis, Rennoldson & Snowden, 2016).

Por otro lado, las modalidades de tratamiento psicológico que incluyen relajación e imaginación pueden reducir el dolor relacionado con el tratamiento y la angustia emocional además del tratamiento médico usual. Schulz y Kindermman (2002) recomiendan el uso de dichas técnicas como apoyo a todos los pacientes que estén en riesgo de experimentar altos niveles de distrés emocional relacionado con el trasplante.

Baliouis y colaboradores (2016) llevaron a cabo una revisión sistemática respecto de intervenciones psicológicas dirigidas a tratar el malestar emocional de adultos que recibieron un TCPH. Encontraron que las intervenciones variaron en cuanto: al momento de aplicación

(antes, durante o después del trasplante), la intensidad, el contenido y la medida en que se destinaban exclusivamente a tratar el distrés emocional, ya que algunos estudios también incluían variables como calidad de vida o estado físico. En la Tabla 8 se presenta un resumen de los artículos que existen acerca del tema.

Las intervenciones psicológicas tienen un potencial para mejorar los niveles de distrés emocional de pacientes adultos que reciben un TCPH, especialmente cuando incluyen componentes de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) o elementos de expresión emocional. La literatura apoya la eficacia de intervenciones basadas en la TCC y de aquellas que contienen componentes de procesamiento de emociones (Baliouis et al., 2016).

Tabla 8*Intervenciones psicológicas para el estrés emocional en adultos que reciben un TCPH*

Intervenciones durante el TPCP			
Estudio	Características de la intervención	Variable(s) respuesta(s)	Resultados
Jarden (2009) Ensayo Controlado Aleatorizado N= 42	Terapia Cognitivo Conductual vs Tratamiento usual - Elementos: Psicoeducación, entrenamiento en relajación (auto-dirigido). - Duración: 5 sesiones de Psicoeducación y 2 sesiones de relajación. Durante la admisión	- Ansiedad - Depresión -Funcionamiento emocional (calidad de vida)	- Menor malestar emocional y severidad de síntomas, aunque los efectos no fueron significativos.
Allocca (1998) Cuasi Experimental N= 20	Terapia Cognitivo Conductual vs Tratamiento usual - Elementos: identificación de problemas y sesgos cognitivos, técnicas cognitivas (Reestructuración, resolución de problemas, etc.), revisión y planificación futura. - Intervención individual implementada por enfermeras entrenadas en Terapia Cognitivo Conductual. - La intervención inició 48 hrs. después del trasplante. - Duración: entre 5-10 días (5 sesiones de 35 min.).	- Ansiedad - Depresión - Bienestar psicológico (Calidad de Vida)	- Mejora global significativa en la ansiedad y el bienestar psicológico, aunque sin diferencias significativas entre los grupos. - Aumento no significativo de la depresión.

Intervenciones después del TPCCH			
Estudio	Características de la intervención	Variable(s) respuesta(s)	Resultados
Rini (2014) Ensayo Controlado Aleatorizado N= 128	Ayuda expresiva - Elementos: escritura expresiva para ayudar a otros, escritura neutral, escritura expresiva. - Intervención individual: instrucciones por teléfono de un instructor y posteriormente intervención auto-dirigida. - Duración: 9 meses (4 sesiones semanales de 20 min.) - Implementada después de 3 años del trasplante.	- Distrés emocional	- El grupo de ayuda expresiva parecía tener un malestar de base más bajo. - Se observó que en el grupo de escritura expresiva el efecto fue nulo.
DuHamel (2010) Ensayo Controlado Aleatorizado N= 81	Terapia Cognitivo Conductual para TEPT - Elementos: Psicoeducación, auto-monitoreo, reestructuración cognitiva, exposición gradual, entrenamiento en habilidades sociales y entrenamiento en relajación. - Intervención individual por teléfono (guiada y práctica auto-administrada). - Duración: 10-16 semanas (10 sesiones de 1hra.).	- TEPT - Distrés emocional	- Mejora de pensamientos intrusivos. - Mejora más rápida en el grupo de intervención - Diagnóstico menos probable para el grupo de intervención al final del tratamiento. - Cambios mantenidos durante el seguimiento (3 y 12 meses).
Frick (2006) Ensayo Controlado Aleatorizado N= 179	Terapia Cognitivo Conductual - Elementos: imaginación guiada. - Intervención individual por un psicoterapeuta entrenado. - Duración: 15 sesiones de 15- 30 min.	- Calidad de vida	- Mejora significativa para el grupo de intervención.

Trask (2003) Ensayo Controlado Aleatorizado N= 26	Terapia Cognitivo Conductual vs Tratamiento usual - Elementos: Psicoeducación y resolución de problemas. - Intervención individual cara a cara y posteriormente autoadministrada. - Implementada a partir del alta.	- Distrés emocional - Ansiedad - Afrontamiento	- Sin efectos significativos a 2 y 6 meses después del alta. - Ansiedad significativamente menor en el grupo de intervención. - Influencia poco clara de las diferencias individuales de los pacientes en la adherencia.
---	--	--	--

Intervenciones durante y después del TPC

Estudio	Características de la intervención	Variable(s) respuesta(s)	Resultados
Jacobsen (2014) Ensayo Controlado Aleatorizado N= 711	Terapia Cognitivo Conductual vs Tratamiento usual y ejercicio - Elementos: manejo de estrés (entrenamiento en relajación, imaginación y habilidades de afrontamiento). - Intervención individual cara a cara implementada por un entrenador y posteriormente autodirigida. - Implementada desde la admisión y después a los 30 y 60 días del trasplante.	- Funcionamiento psicológico (Calidad de Vida)	- Sin efectos significativos a los 100 días y 6 meses después del TPC.
Gaston-Johansson (2012)	Terapia Cognitiva Conductual vs Tratamiento usual - Elementos: psicoeducación sobre afrontamiento, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y relajación con entrenamiento en imaginación guiada.	- Ansiedad - Depresión - Calidad de vida	- Sin efectos significativos en ansiedad y depresión. - Mejor calidad de vida.

Ensayo Controlado Aleatorizado N= 110	<ul style="list-style-type: none"> - Intervención individual cara a cara sólo una sesión y posteriormente por teléfono o computadora. - Implementada por trabajadora social e investigadores. - La intervención se inició 2 semanas antes de la hospitalización y 3 meses después del trasplante fueron 5 sesiones (3 durante la hospitalización). - Duración: 90 min. (La primera sesión) y 20 min. (Sesiones subsecuentes). 		
De Linares (2007) Cuasi experimento N= 16	Terapia Cognitivo Conductual vs Tratamiento usual <ul style="list-style-type: none"> - Elementos: habilidades prácticas de afrontamiento, manejo del estrés, psicoeducación y reestructuración cognitiva. Comunicación con la familia. - Intervención individual cara a cara. - Duración: 4 sesiones desde y durante la hospitalización. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad - Depresión 	<ul style="list-style-type: none"> - Menos criterios clínicos para ansiedad y depresión en el grupo de intervención en el día del trasplante y 100 días después.

TCPH= Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas, TEPT= Trastorno de Estrés Post Traumático.

Atención plena

Jon Kabat-Zinn (2003) explica que la atención plena se refiere a la conciencia que surge al prestar atención a propósito en el momento presente, sin juicios de la experiencia momento a momento. La atención plena se basa en la meditación budista y se describe como una forma particular de prestar atención, tener conciencia del “aquí y el ahora” manteniéndose libre de prejuicios, con interés, curiosidad y aceptación de las diferentes sensaciones, pensamientos y emociones (Moñivas, García-Diex & García-De-Silva, 2012).

El énfasis de la atención plena está en entrenar una actitud observadora y sin prejuicios a los continuos estímulos internos y/o externos a medida que surgen, prestar atención al cuerpo y superar la disociación mente-cuerpo. Se trata de que la persona se mantenga consciente en cualquier situación (incluyendo los síntomas de la enfermedad y las emociones o sensaciones desagradables) sin enredarse en sus sentimientos, pensamientos, deseos, recuerdos del pasado o anticipaciones del futuro (Musial, Bussing, Heusser, Choi & Ostermann, 2011).

Las habilidades y actitudes que se desarrollan con la práctica de atención plena son la empatía, compasión, paciencia, aceptación, ecuanimidad, no apego, curiosidad y no juzgar. A partir de la práctica con dichas actitudes los beneficios que se pueden obtener son: aumento de la concentración, reducción de pensamientos y conductas automáticas, minimización de los efectos negativos de la ansiedad, disfrutar del momento presente, potenciación la autoconciencia y reducción del sufrimiento (Moñivas, García-Diex & García-De-Silva, 2012).

Reducción del Estrés Basada en Atención Plena (REBAP)

El programa de Reducción del Estrés Basada en Atención Plena (REBAP) es el método más citado de entrenamiento en atención plena usado en poblaciones clínicas, fue desarrollado en 1979 por Jon Kabat-Zinn y colegas en la Clínica de Reducción de Estrés de la Universidad de Massachusetts. Originalmente fue creado como un curso de formato grupal, con una duración de 8 semanas durante las cuales los pacientes asisten a clase una vez por semana (2 horas y media) y finalmente toman una clase extra de 6 horas. Asimismo, se les entregan cintas de audio con técnicas de atención plena para que practiquen diariamente en casa de forma individual al menos 6 días a la semana (Figura 5) (Simith, 2005).

Los componentes principales del programa involucran tres prácticas de atención plena: 1) el escaneo corporal, que implica recorrer mentalmente el cuerpo de pies a cabeza a la vez que se va tomando conciencia de cualquier sensación; 2) atención plena en la respiración, que consiste en prestar atención a la respiración tal y como ocurre de manera natural y 3) posturas de hatha yoga diseñadas para desarrollar la atención plena durante el movimiento (Ledesma & Kumano, 2009).

REBAP ha sido empleado de forma eficaz en ambientes hospitalarios con problemas de salud como: estrés asociado a alguna enfermedad, dolor crónico (fibromialgia y cáncer), dolor agudo, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, cefaleas, fatiga crónica, problemas de piel y alteraciones de sueño (Moñivas, García-Diex & García-De-Silva, 2012). Asimismo, REBAP es útil en la mejora del bienestar psicosocial de pacientes con cáncer, ya que este programa ofrece habilidades para enfrentar el distrés emocional y diferentes síntomas corporales, es especialmente beneficioso en trastornos de dolor y estrés, aunque

también ha mostrado potencial utilidad en ansiedad y depresión. El estrés, la ansiedad, la depresión y el dolor son las principales comorbilidades psicológicas asociadas con el diagnóstico y el tratamiento del cáncer (Musial et al., 2011).

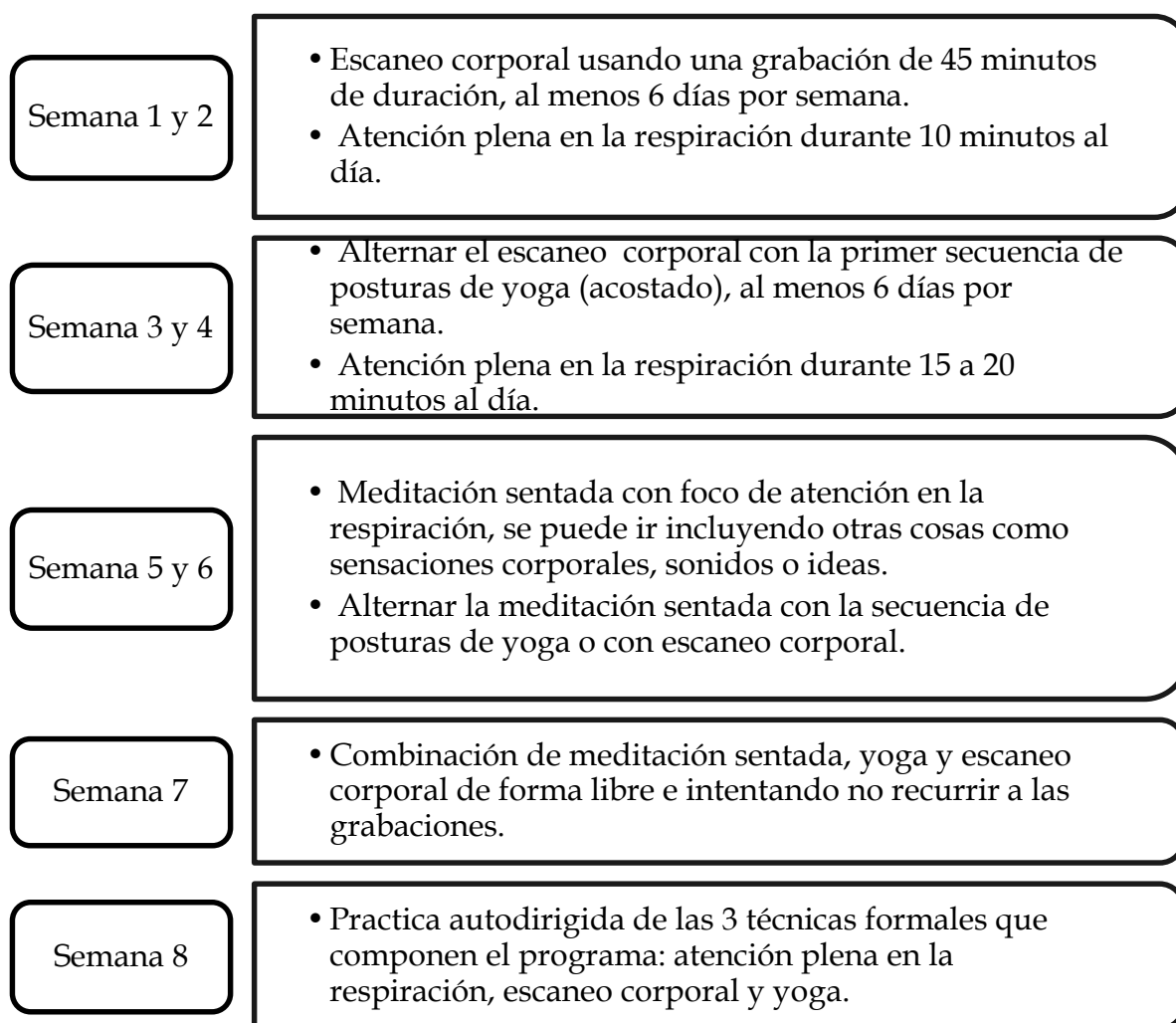


Figura 5. Descripción de las prácticas en casa del programa original de REBAP

El entrenamiento de REBAP fue diseñado con el objetivo de apoyar a las personas que enfrentan estrés, dolor y enfermedad. A través de la observación atenta y desapegada, los pacientes aprenden a reconocer la aparición de síntomas y a cambiar o mejorar las estrategias de

afrontamiento para lidiar con ellos. A través de ejercicios que consisten en prestar atención consciente y libre de juicios a las sensaciones corporales, los pensamientos y/o las emociones, los pacientes desarrollan la capacidad de distinguir sus síntomas de las atribuciones y evaluaciones asociadas, experimentan el "vivir en el momento", lo cual les permite adaptarse y responder a condiciones estresantes de forma consciente en lugar de reaccionar de forma automática e inconsciente (Kievet, 2008).

Ledesma y Kumano en 2009 a través de un enfoque meta-analítico llevaron a cabo la primera evaluación cuantitativa dentro de la literatura, acerca de los beneficios que pacientes con cáncer pueden obtener para su salud después de participar en el programa REBAP. Incluyeron un total de 10 estudios (ensayos controlados aleatorizados y estudios observacionales), para el análisis estadístico subdividieron las medidas en salud mental (se incluyeron escalas que miden ansiedad, depresión, estrés y calidad de vida) y salud física (se incluyeron parámetros físicos como niveles de inmunidad, grasa dietética e índices hormonales y también síntomas cardiopulmonares, gastrointestinales o neurológicos).

Los resultados mostraron que el tamaño del efecto total fue moderado tanto para la salud mental ($d=0.48$, IC del 95%: 0.38-0.59, $p<0.0001$, dos colas) como para salud física ($d=0.18$, IC del 95%: 0.08-0.28, $p<0.0003$, dos colas), sin embargo, los resultados para salud física no fueron homogéneos. REBAP ayuda a mejorar el ajuste psicosocial de los pacientes con cáncer y existe la posibilidad de que también tenga efectos beneficiosos sobre síntomas físicos (Ledesma & Kumano, 2009).

Por otro lado, Musial y colaboradores (2011) llevaron a cabo un metaanálisis que evaluó los efectos pre y post de REBAP en pacientes

con cáncer, incluyeron ensayos clínicos aleatorizados y estudios observacionales, entre las variables respuesta se encontraban el estado de ánimo, el estrés emocional y la calidad de vida. El impacto del programa REBAP resultó en tamaños de efecto bajos para calidad de vida (n = 248 pacientes, tamaño del efecto total 0.29, 95% CI 0.17–0.40; $p \leq 0.00005$), y estado de ánimo (n = 411 pacientes, tamaño del efecto total 0.42, 95% CI 0.26–0.58; $p < 0.0001$), y en tamaños de efecto moderados para estrés emocional (n=587 pacientes, tamaño del efecto total 0.58, 95% CI 0.45–0.72; $p < 0.0001$).

Las intervenciones basadas en atención plena son útiles para: aliviar la ansiedad y el estrés, reducir la depresión y ayudar a los pacientes a adaptarse a los desafíos asociados al diagnóstico de cáncer; sin embargo, se sugiere explorar más su efecto sobre síntomas físicos (Musial et al., 2011). En cuanto a REBAP se considera una herramienta útil en el tratamiento integral de pacientes con cáncer, ya que contribuye a reducir el estrés emocional y promueve el ajuste psicológico a través de un afrontamiento efectivo, además de que no se han informado efectos secundarios negativos y es posible adaptarlo a entornos oncológicos (Ott, Norris & Bauer-Wu, 2006 & Smith, 2005).

En el programa de REBAP se entrena al paciente a asumir una actitud de receptividad y aceptación ante experiencias internas, en lugar de esforzarse por suprimirlas o evitarlas (Martín-Asuero & García-Banda, 2010). Dentro del enfoque cognitivo conductual, REBAP forma parte de las terapias de tercera generación, las cuales se basan en un modelo de aceptación, que parte del supuesto de que, si algo no se puede cambiar en la vida de una persona, entonces lo más útil es que ésta aprenda a vivir con ello. A diferencia de las terapias de primera y segunda generación que se basan en un modelo de cambio. Entonces el objetivo principal se vuelve que el paciente cambie su experiencia subjetiva

respecto a los síntomas tanto físicos como psicológicos que experimenta (Moñivas, García-Diex & García-De-Silva, 2012).

Intervenciones Basadas en Atención Plena y TCPH

La experiencia del trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH) es emocional y físicamente estresante para los pacientes con cáncer hematológico que tienen que recurrir a este tratamiento. Por una parte, el TCPH implica procedimientos de aislamiento estrictos en el que los pacientes necesitan un cuidado constante pues están expuestos a un conjunto de efectos secundarios. Y por otra parte los pacientes también suelen enfrentar cuestiones psicosociales como la pérdida de la privacidad personal, el aislamiento de sus seres queridos, una autoimagen negativa, preocupaciones financieras, miedo a la morbilidad y mortalidad relacionadas con el tratamiento y la enfermedad, lo cual contribuye a la carga emocional experimentada (Bauer-Wu, 2008).

Aunque las intervenciones basadas en atención plena se han estudiado en pacientes con diversos diagnósticos (Musial, 2011), incluido el cáncer, pocos estudios se han enfocado en aplicar este tipo de intervenciones en pacientes muy sintomáticos y angustiados que experimentan una hospitalización intensa y prolongada como es el caso de aquellos que reciben un TCPH (Bauer-Wu, 2008). Incluso se dispone de muy poca investigación sobre las intervenciones psicosociales para la depresión, la fatiga y el dolor entre los sobrevivientes de TCPH (Grossman, 2015).

Autores como Bauer-Wu (2008) y Horton-Deutscha (2015) han probado la viabilidad de intervenciones basadas en atención plena antes y

durante la hospitalización en pacientes receptores de un TCPH, retomaron prácticas presenciales y guiadas de atención plena (conciencia en la respiración, las sensaciones y pensamientos), el uso de CD's con prácticas grabadas para la hospitalización y psicoeducación sobre atención plena. Las intervenciones duraron el tiempo que los pacientes estuvieron hospitalizados (al menos 3 semanas) y fueron entre 1 a 2 sesiones por semana de 20 a 40 minutos aproximadamente cada una.

Los resultados muestran reducciones estadísticamente significativas en las tasas cardíaca y respiratoria, mejora en síntomas como comodidad, relajación, felicidad y dolor inmediatamente después de cada sesión, así como disminución o mantenimiento de los niveles de distrés posteriores a la aféresis y a la admisión a hospitalización (Bauer-Wu, 2008). Por su parte Horton-Deutscha (2007) encontró que la duración y el contenido de la intervención era aceptable, sin embargo, no era totalmente posible que los pacientes usaran sus nuevas habilidades de atención plena durante la hospitalización debido a sentirse muy mal; las variables como el afecto positivo, la depresión y la ansiedad cambiaron en la dirección esperada, pero sin ser estadísticamente significativo.

Otro estudio que incluyó únicamente a pacientes receptores de un TCPH fue el de Grossman y colaboradores (2014), quienes evaluaron los efectos de una intervención basada en atención plena en comparación con la consulta telefónica psico-oncológica sobre la calidad de vida, depresión, ansiedad y fatiga de supervivientes de TCPH. Los resultados mostraron mejoras mayores respecto a la calidad de vida y la sintomatología depresiva para el grupo de la intervención basada en atención plena ($F(1,57) = 6,27$ y $6,04$; $p < 0,02$), así como

cambios con significación límite en la misma dirección para la ansiedad ($F(1,57) = 3,82, p < 0,06$).

Existen otros estudios que brindan evidencia de la viabilidad de intervenciones cuyo componente principal es la atención plena, así como de sus beneficios potenciales para reducir el estrés emocional, mejorar la calidad de vida, afrontar el dolor y otros síntomas físicos propios de los tratamientos y/o de la enfermedad de pacientes de cáncer. En dichos estudios se incluyó a por lo menos un paciente con alguna enfermedad hematológica (Tabla 9).

Las intervenciones basadas en atención plena han mostrado cambios en el estado de ánimo (Altschuler, 2012), la depresión y ansiedad, aunque éstos no han sido estadísticamente significativos en todos los estudios (Horton, 2007); en algunos si se han reportado mejoras significativas con un mantenimiento de las ganancias del tratamiento de por lo menos 3 meses. (Foley, 2010). Sin embargo, subjetivamente los pacientes refieren mejor calidad de vida (Altschuler, 2012), más alegría, menos tensión y menos síntomas físicos, lo cual se mantiene en el seguimiento (Kieviet-Stijnen, 2008). Incluso se han registrado reducciones estadísticamente significativas en las tasas cardíaca (6 latidos por minuto) y respiratoria (2 respiraciones por minuto); así como mejora en comodidad, relajación, felicidad y dolor inmediatamente antes y después de cada sesión usando estrategias de atención plena (Bauer-Wu, 2008). Por otro lado, se ha encontrado que los participantes están satisfechos con la duración y el contenido de la intervención, sin embargo, opinan que debería comenzar antes de su admisión al hospital.

Tabla 9.*Intervenciones basadas en atención plena en pacientes con cáncer y enfermedades hematológicas*

Estudio	Objetivo	Población	Elementos de intervención	Resultados	Limitaciones
Grossman (2014) ECA	Evaluar los efectos de una intervención basada en la atención plena en comparación con la consulta telefónica psico-oncológica sobre calidad de vida, depresión, ansiedad y fatiga entre los supervivientes de TCPH.	62 pacientes médicamente estables que habían completado TCPH ≥ 6 meses Completa remisión. No recibir ninguna terapia activa dirigida a la malignidad en los últimos 6 meses	Programa de intervención Basada en Atención Plena - Elementos: prácticas de atención plena y yoga. - Duración: 8 semanas (sesiones de 150 min.)	- Las mejoras fueron mayores en la calidad de vida y la sintomatología depresiva para el grupo de la intervención basada en atención plena (respectivamente, $F(1,57) = 6,27$ y $6,04$; $p < 0,02$). - La ansiedad mostró significación límite en la misma dirección ($F(1,57) = 3,82$, $p < 0,06$). - El pre y post de la intervención mostró que la fatiga no mejoró en ninguno de los grupos. - Los beneficios de seguimiento de 3 meses fueron modestos.	- Ausencia de grupo control. - No hubo ajuste de potenciales factores de sesgo en la interpretación de los resultados (gravedad de la enfermedad, tipo de trasplante, grado EICH). - No fue posible evaluar los beneficios a largo plazo de la atención plena en sobrevivientes de TCPH.

Estudio	Objetivo	Población	Elementos de intervención	Resultados	Limitaciones
Altschuler (2012) Estudio piloto	Evaluar el efecto de escuchar individualmente grabaciones de audio sobre REBAP en pacientes con cáncer mientras reciben quimioterapia y en su hogar. Evaluar si la intervención muestra evidencia preliminar de eficacia para mejorar el estado de ánimo y la	23 pacientes (1 con enfermedad hematológica) Rango de edad de 31 a 70 años, media de 56 años.	REBAP - Elementos: información sobre el tratamiento de quimioterapia y de cómo enfrentar los efectos secundarios (folleto impreso), información sobre REBAP y meditación, diario de práctica de meditación y 2 CD con grabaciones basadas en REBAP (atención plena en la respiración, escaneo corporal, meditación compasiva) con una duración aprox. de 15-25 minutos (escuchar al menos	- El análisis mostró que los participantes escucharon el CD en promedio 39 veces en 3 meses. - Las puntuaciones medias de HADS disminuyeron de 18,3 a 12,2 (cambio = -6,1 puntos, IC del 95%, -2,9 a -9,4). - Pre y post-intervención HADS ansiedad: 11.5, 6.7 - Pre y Post-intervención depresión: 6.9, 4.5 - Menor distrés emocional al pasar de síntomas severos a moderados. - Los participantes informaron subjetivamente que la participación mejoró su estado de ánimo y calidad de vida.	- Poca adherencia de los pacientes a la intervención, principalmente de los hombres. - Muestra por conveniencia. - Poco seguimiento ante la pérdida de diarios de registro de la práctica. - Carencia de un grupo control.

Estudio	Objetivo	Población	Elementos de intervención	Resultados	Limitaciones
Foley (2010) ECA	Evaluar la efectividad de la Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena para personas con un diagnóstico de cáncer.	115 participantes diagnosticados con cáncer (7 con enfermedades hematológicas), asignados al azar al tratamiento o a la condición de lista de espera, clínico ciego a la asignación. Grupo control de	5 veces a la semana por 3 meses). Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena - Elementos: entrenamiento en meditación, material teórico y discusión grupal del mismo, práctica diaria de meditación en el hogar de meditación, grabaciones de 40 minutos (escaneo corporal, meditación en movimiento y atención plena). Sesión de 5 horas de meditación	- Mejoras importantes y significativas en la atención plena (tamaño del efecto (ES=0,55). - Depresión (ES=0,83), ansiedad (ES=0,59), angustia (ES=0,53) y calidad de vida (ES=0,30). - Los datos de 3 meses de seguimiento indican que las ganancias del tratamiento se mantuvieron con el tiempo. - La mejoría media en el HAM-D fue de 9,76 puntos para la condición de tratamiento y 4,11 puntos para el grupo de lista de espera. -La mejoría promedio en el FACT-G (calidad de vida) fue de 7,18 puntos para el grupo de tratamiento y 2,80 puntos	- La investigación futura puede tener como objetivo implementar el programa de intervención en varios lugares y por más de un facilitador. - Carencia de un grupo de comparación activo, se sugiere el entrenamiento de relajación. - Falta de seguimiento a largo plazo. - Se sugiere documentar datos demográficos (por

		lista de espera	silenciosa, entre las sesiones 6 y 7. - Duración: 8 sesiones semanales de 2 horas.	para el grupo de lista de espera. - La mejora en el FMI (atención plena) fue de 4,98 puntos para el grupo de tratamiento y 0,67 puntos para el grupo de lista de espera.	ejemplo, ingresos, educación) y si los participantes están actualmente en tratamiento. - Se sugiere analizar los efectos de la dosis de práctica de atención plena en pacientes con cáncer.
Estudio	Objetivo	Población	Elementos de intervención	Resultados	Limitaciones
Bauer-Wu (2008) Estudio piloto	Examinar la factibilidad de una intervención basada en atención plena antes y durante la hospitalización en pacientes receptores de un TCPH.	20 pacientes programados para TCPH, rango de edad no mencionado, media de edad de 51 años.	Atención Plena - Elementos: ejercicios guiados de atención plena (conciencia en la respiración, las sensaciones y pensamientos) y en CD's, autocompasión a través de afirmaciones.	- El 78.9% de los participantes completaron la intervención. - El 89.5% de los participantes escucharon el CD antes de la hospitalización al menos 3 veces. - El 94.7% de los participantes escucharon el CD en hospitalización al menos 3 veces a la semana. - Reducciones estadísticamente significativas en las tasas	- El pequeño tamaño de la muestra por conveniencia. - Carencia de un grupo control.

Duración: aproximadamente 3 semanas, de 1 a 2 sesiones por semana con una duración de 30 min.

cardíaca (6 latidos por minuto) y respiratoria (2 respiraciones por minuto).

- Mejora en los síntomas inmediatamente antes y después de cada sesión (comodidad, relajación, felicidad y dolor).
- De acuerdo con las puntuaciones en el HADS los mayores niveles de distrés se produjeron en la aféresis y en la admisión a hospitalización, después los puntajes medios del HADS permanecieron iguales o disminuyeron.
- Se identificó un pico de distrés en el día 10, seguido de un claro descenso a los 30 días después del alta.

Estudio	Objetivo	Población	Elementos de intervención	Resultados	Limitaciones
Kieviet-Stijnenz (2008)	Explorar la satisfacción y los cambios en	47 pacientes (6 tenían una enfermedad	REBAP Elementos: práctica diaria en casa	- Los pacientes informaron una mejor calidad de vida, más alegría en la vida, menos	- Carencia de grupo control.

	el bienestar de pacientes con cáncer después de un entrenamiento en atención plena basada en la reducción de estrés.	hematológica), con un rango de edad de 31 a 65 años.	durante 45 minutos usando un CD de ejercicios, meditación en silencio durante 8 horas en la sexta sesión, elementos cognitivos (alerta a pensamientos rumiativos). Duración: 8 sesiones semanales de 150 min.	tensión y menos síntomas físicos. Estos efectos aparecieron aún más fuertes en el seguimiento. - Un año después del entrenamiento se encontró una disminución en la depresión, la ira y un buen estado de ánimo. - No se encontró un establecimiento de cambios en el sentido de la vida y la fatiga. Los tamaños del efecto variaron entre 0,28 y 0,60, lo que indica cambios pequeños a moderados.	- Los pacientes se refirieron a sí mismos a la intervención.
Estudio	Objetivo	Población	Elementos de intervención	Resultados	Limitaciones
Horton-Deutscha (2007) Estudio piloto	Evaluar la viabilidad de una intervención basada en atención plena con receptores	24 pacientes adultos hospitalizados entre 18 y 75 años, con trasplante autólogo o alogénico.	- Elementos: psicoeducación sobre atención plena, CD's con prácticas de atención plena. - Duración: 2 sesiones por semana	Los participantes reportaron que: - la duración y el contenido de la intervención les pareció aceptable. - la intervención debería comenzar antes de su admisión a hospital.	- El tamaño pequeño de la muestra 24 participantes inicialmente y sólo 15 en el seguimiento.

de TCPH hospitalizados.	- Menos del 15% de los participantes habían utilizado el yoga o la meditación formal pero más del 60% utilizaba la oración diaria.	(20-40 min.) mientras los pacientes estaban hospitalizados. - Se permitió a los miembros de la familia estar presentes durante las sesiones si esa era la preferencia del participante y la familia.	- no les era totalmente posible usar sus nuevas habilidades debido a sentirse tan mal durante la hospitalización. - preferían practicar en sesión que usando el CD y que en caso de usar el CD preferían escuchar la voz del especialista que una grabada. - el afecto positivo, la depresión y ansiedad cambiaron en la dirección esperada pero no fue estadísticamente significativo.	- Ausencia de grupo control.
-------------------------	--	--	---	------------------------------

TCPH= Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas, ECA= Ensayo Controlado Aleatorizado, MBI= Mindfulness-based intervention, EICH= Enfermedad de Injerto Contra Huésped, CD= Compact Disc (disco compacto), REBAP= Reducción del Estrés Basada en Atención Plena, HADS= Hospital Anxiety and Depression Scale, HAM-D= Hamilton Depression Rating Scale, FACT-G= Functional Assessment of Cancer Therapy-General, FMI= Five Facet Mindfulness

Los grupos de apoyo, la psicoeducación y la actividad física son intervenciones que se utilizan para apoyar el bienestar psicosocial de los pacientes con cáncer, sin embargo, generalmente requieren que los pacientes se acoplen a horarios y espacios específicos, lo cual puede ser difícil bajo complejos regímenes de tratamiento médico. Con respecto a REBAP, tomando en cuenta que el período del tratamiento inicial del cáncer es un momento en el que los pacientes a menudo se encuentran bajo gran estrés, fatiga y malestar, habitualmente son malos candidatos para seguir REBAP en su forma original (Altshuler, 2012).

Carmody y Baer (2009) exploraron la relación entre el número de horas clase y los tamaños del efecto de REBAP para las medias de distrés emocional en adultos, no encontraron ninguna relación significativa. No hallaron evidencia de que las versiones abreviadas de REBAP sean menos efectivas que el formato estándar para reducir el distrés emocional, sin embargo, sugieren más estudio acerca de ellas. Dicha evidencia apoyaría la utilidad de programas más cortos en entornos donde la reducción de las demandas de tiempo podría conducir a una mayor participación en REBAP.

Altshuler y colegas (2012) antes de proceder a un ensayo clínico aleatorizado, llevaron a cabo un estudio piloto para evaluar el efecto de prácticas de atención plena (atención plena en la respiración, escaneo corporal y meditación compasiva), que estaban grabadas en un CD (15-25 minutos de duración) y que fueron retomadas del programa REBAP, en pacientes con cáncer mientras recibían quimioterapia y también mientras estaban en casa. La intervención fue una versión reducida en horas en comparación con el programa original de REBAP. El análisis preliminar de los datos mostró una mejoría en el humor y en la calidad de vida de los pacientes (ver tabla 9).

Son múltiples los estudios que se han realizado utilizando intervenciones basadas en atención plena en pacientes con cáncer, sin embargo, son pocos los estudios que incluyen dentro de su muestra a pacientes con enfermedades hematológicas o aquellos que se concentren en estudiar los efectos de tales intervenciones en esta población en específico. Hasta el momento existen algunos estudios piloto y ensayos controlados aleatorizados con pacientes receptores de un TCPH, cuyos hallazgos indican que un programa de intervención basado en atención plena como REBAP, es factible de llevar a cabo ya sea antes, durante y/o después del trasplante, asimismo algunos reportan que es eficaz para mejorar la calidad de vida y el distrés emocional, incluso síntomas depresivos y ansiosos (Musial, 2011).

Debido a las limitaciones metodológicas, entre las cuales destacan la ausencia de un grupo control y tamaños de muestra pequeños, los resultados respecto a intervenciones como REBAP no pueden ser generalizados. Por otro lado, se sugiere que el análisis de los datos debe ir acompañado de una metodología cualitativa para ampliar la comprensión de los mediadores de los efectos de dicho programa (Ledesma & Kumano, 2009).

El diagnóstico, el tratamiento y la supervivencia del cáncer exigen mucho de las habilidades de afrontamiento de los pacientes debido a los retos y consecuencias tanto físicas como psicológicas que los pacientes tienen que enfrentar desde que son diagnosticados (Kievet-Stijnenz, 2008). Síntomas de ansiedad y depresión se manifiestan comúnmente después del diagnóstico de cáncer y durante o después de su tratamiento, esta angustia puede ser una reacción a los desafíos únicos del cáncer o puede estar influenciada por la vulnerabilidad subyacente a trastornos ansiosos o depresivos (Foley, 2010).

Actualmente se han ido incorporando técnicas de reducción del estrés en el cuidado de pacientes con cáncer para promover un afrontamiento efectivo, disminuir los síntomas y mejorar los resultados en la salud. Las intervenciones basadas en atención plena cada vez van ganando más credibilidad para su uso en población oncológica, hasta el momento la literatura reporta notables beneficios en el bienestar integral de las personas que viven con cáncer (Ledesma & Kumano, 2009, Musial, 2011, Ott, 2006). Por otro lado, se necesita más investigación sobre dichas intervenciones en pacientes que reciben un trasplante de células progenitoras hematopoyéticas, considerando el alto impacto físico y psicosocial de este tratamiento (Horton, 2007).

JUSTIFICACIÓN

El Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas (TCPH) es un tratamiento multifacético asociado con niveles importantes de angustia psicológica ya que conlleva un procedimiento médico invasivo, el cual es física y emocionalmente estresante para los pacientes que lo reciben. Estudios prospectivos han documentado una alta incidencia de estrés emocional, depresión y ansiedad en los pacientes que recibieron o se encuentran recibiendo un TCPH (Rueda-Lara & López-Patton, 2014; Sun et al., 2011; Hjerstad et al., 2004; Larsen et al., 2004; Syrjala et al., 2004; Sherman et al., 2004; Fife et al., 2000; McQuellon et al., 1998; Syrjala, 1993).

Es importante identificar y abordar estos factores psicológicos, así como las experiencias del receptor pues se asocian con menor calidad de vida, bajas tasas de supervivencia, mal funcionamiento neuroendocrino e inmunológico, mayor riesgo de infecciones, menor adherencia a

tratamientos, estancias hospitalarias más prolongadas, mayor probabilidad de percibir dolor y disminución de la esperanza (Rueda-Lara & López-Patton, 2014; Sasaki, 2000).

Los metaanálisis y revisiones de los efectos de las intervenciones psicosociales para los pacientes con cáncer reportan beneficios en cuanto a síntomas relacionados con el tratamiento y la enfermedad, así como con el ajuste emocional y funcional de los pacientes. No obstante, estas intervenciones han demostrado resultados beneficiosos para pacientes con diversos tipos de cáncer y la mayoría de sus aplicaciones se han centrado en el entorno ambulatorio (Newell, Sanson-Fisher & Savolainen, 2002).

La intervención terapéutica de Reducción del Estrés Basada en Atención Plena (REBAP) se ha estudiado en pacientes con diversos diagnósticos, incluido el cáncer, sin embargo se ha hecho una aplicación mínima de esta intervención a pacientes hospitalizados receptores de un TCPH, considerado un tratamiento emocional y físicamente complejo (Moñivas, García-Diex & García-De-Silva, 2012; Ledesma & Kumano, 2009; Musial et al., 2011; Ott, Norris & Bauer-Wu, 2006 & Smith, 2005; Bauer-Wu, 2008).

Actualmente existen resultados escasos y limitados de la eficacia de intervenciones basadas en atención plena en pacientes hospitalizados receptores de un TCPH, la mayoría de los estudios se han enfocado en otros tipos de cáncer o han retomado otros tipos de trasplante y pacientes ambulatorios, además de que no se ha estudiado en población mexicana. A partir de la revisión de la literatura se puede concluir la necesidad de investigaciones que evalúen el efecto y no sólo la viabilidad de intervenciones basadas en atención plena en pacientes hospitalizados que reciben un TCPH y de esta forma se pueda contar

con evidencia que apoye el esclarecimiento de la potencial eficacia de dichas intervenciones, las cuales brinden estrategias de afrontamiento a los pacientes ante malestares físicos y psicológicos de mayor prevalencia durante un TCPH como lo es el distrés emocional (Bauer-Wu, 2008; Grossman, 2015; Horton-Deutscha, 2015).

En este estudio se usó un enfoque de investigación idiográfico, el cual se centra en el estudio de forma longitudinal e intensiva del comportamiento del individuo, a diferencia del enfoque nomotético que estudia a grupos de forma transversal con la intención de determinar sus medias (McGuigan, 1997). Mediante el enfoque idiográfico se puede conocer la evolución tanto médica como psicológica de cada participante a lo largo del proceso del TCPH, así como la respuesta que cada uno tuvo al protocolo de intervención; lo cual permite contemplar hacer adaptaciones de este y ofrecer recomendaciones respecto a la atención psicológica de pacientes que reciben un TCPH.

Actualmente en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), escenario donde se llevó a cabo la investigación, no existen protocolos de evaluación ni de intervención psicológica para los pacientes que reciben un TCPH, sin embargo, de acuerdo con la literatura existe una gran prevalencia de distrés emocional a lo largo de las diferentes etapas del trasplante (pretrasplante, durante la hospitalización y después del trasplante), así como comorbilidad psiquiátrica, la cual puede influir en el aumento de la mortalidad, menor adherencia a los tratamientos, mayor percepción del dolor, menor calidad de vida (Rueda-Lara & López-Patton, 2014) y mayor distrés físico (por ejemplo infecciones), ya que se asocia con un mal funcionamiento inmunológico (Sasaki, 2000).

Este estudio proporcionará la posibilidad de tener resultados con respecto a la eficacia de una versión adaptada del programa de REBAP sobre el distrés emocional, la calidad de vida y síntomas físicos de pacientes que reciben un TCPH. Por un lado, esto contribuirá al estudio de intervenciones basadas en atención plena pertenecientes a la tercera generación de la terapia cognitivo conductual y, por otro lado, proporcionará información acerca de la viabilidad y eficacia de la intervención en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), lo cual sin duda beneficiará a los pacientes que acuden a esta institución para recibir un TCPH.

OBJETIVO GENERAL

Explorar el efecto de una intervención basada en atención plena sobre el distrés emocional, calidad de vida y aspectos como dolor, fatiga, náuseas, comodidad y relajación en pacientes hospitalizados que reciben un Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas (TCPH).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diseñar una intervención cognitivo conductual basada en atención plena para pacientes que reciben un TCPH.
- Implementar la intervención cognitivo conductual basada en atención plena antes y durante el periodo de aislamiento en hospitalización y realizar los ajustes necesarios.
- Evaluar el impacto de la intervención en los niveles de distrés de los participantes hospitalizados.
- Evaluar los cambios producidos por la intervención en los siguientes aspectos: comodidad, relajación, fatiga, náuseas y dolor.

- Evaluar el impacto de la intervención en la calidad de vida de los participantes.
- Evaluar la satisfacción del participante respecto a la intervención.
- Identificar las barreras asociadas a la evaluación de los participantes y a la implementación de la intervención.

MÉTODO

Participantes

Los participantes reclutados en el presente estudio fueron tomados de la muestra de un ensayo controlado aleatorizado piloto de tres brazos, que actualmente se sigue llevando a cabo en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) por parte del servicio de Psicología General en colaboración con el departamento de Hematología y Oncología. Los 3 brazos corresponden a: Reducción del Estrés Basada en Atención Plena (REBAP), Entrenamiento en Estrategias de Afrontamiento al Estrés (EEAE) y Tratamiento Usual (TU). Dentro de los objetivos del estudio se encuentran: evaluar la viabilidad de las estrategias de evaluación, reclutamiento, estratificación e implementación de los protocolos de tratamiento psicológico propuestos e identificar si un estudio principal es o no factible con la metodología planteada en el estudio piloto. La investigación se planteó en un plazo de 24 meses, tiempo en el que se reclutará a 36 participantes (12 por grupo) para poder validar de primera instancia el estudio piloto.

Considerando la frecuencia de pacientes trasplantados, la capacidad de la Unidad de TCPH del INCMNSZ (4 pacientes con una estancia mínima de 1 mes) y la probabilidad de que los participantes reclutados

para del estudio principal fueran asignados al grupo de interés (1 a 3), se decidió contar con un total de 4 para este estudio (Tabla 1).

A continuación, se mencionan los criterios de inclusión que se tomaron en cuenta:

- Hombres y mujeres mayores de 18 años.
- Pacientes candidatos a un trasplante de células progenitoras hematopoyéticas alogénico o autólogo.
- Pacientes asignados al grupo de la intervención Reducción del Estrés Basada en Atención Plena.
- Pacientes que completaron el protocolo de evaluación médica que se lleva a cabo previo al trasplante.
- Pacientes que completaron la fase de evaluación psicológica previa al trasplante.
- Pacientes que decidieron participar de forma voluntaria y firmaron el consentimiento informado.

Se estableció que se excluiría a aquellos pacientes con algún trastorno psiquiátrico severo o retraso mental, sin embargo, no fue el caso de ninguno de los cuatro pacientes reclutados. Asimismo, se contempló eliminar a los participantes que decidieran no continuar con el estudio aun cuando hubieran firmado el consentimiento informado y a aquellos que durante el aislamiento presentaran un choque séptico, inestabilidad hemodinámica o sangrado activo, lo cual tampoco ocurrió.

Tabla 1*Características generales de los participantes*

Participante	Edad	Estado civil	Nivel de estudios	Diagnóstico	Tipo de trasplante
1	21	Soltera	Lic. en Medicina (3er. año)	Leucemia Linfoblástica Aguda	Alogénico
2	39	Casada	Lic. en Mercadotecnia	Leucemia Mieloide Aguda	Alogénico
3	38	Casada	Lic. en Psicología Educativa (2do. semestre)	Leucemia Promielocítica Aguda Grave	Autólogo
4	63	Casado	Doctorado en Derecho	Mieloma Múltiple de cadenas ligeras	Autólogo

Diseño

Se empleó un diseño experimental de caso único A-B con seguimiento a un mes. En este tipo de diseño una misma unidad de observación (participante) se mide repetidamente a lo largo del tiempo respecto a al menos una variable independiente, la cual se registra en diferentes fases que se distinguen con una letra (generalmente A y B). La letra A corresponde a la línea base o fase sin intervención y la letra B corresponde a la fase con intervención; la comparación entre las fases es precisamente la que permite evaluar si el tratamiento modifica la conducta.

Se eligió este diseño ya que se interesa en el estudio del individuo, centrándose en la variabilidad individual y no en la grupal. Además de que busca documentar tres cosas: a) si hay un cambio observable e importante en la o las variables dependientes, b) si el cambio observado en los datos es resultado de la aplicación de la variable

independiente y c) si este cambio es generalizable a través del tiempo (Kazdin, 2001).

Variables

La **variable independiente** corresponde a una adaptación del programa de intervención Reducción del Estrés Basada en Atención Plena (REBAP) el cual originalmente fue planteado por John Kabat-Zin y colegas en 1979 en la Clínica de Reducción de Estrés de la Universidad de Massachusetts.

En la Tabla 2 se muestran los cambios realizados con respecto al programa original, los cuales principalmente se basaron en las necesidades de los participantes, las condiciones del escenario y en los requerimientos del Jefe de Servicio responsable de los TCPH.

Tabla 2

Adaptaciones al programa original de REBAP

Características	REBAP original	REBAP adaptado
Formato	Grupal	Individual
Escenario	Clínica de Reducción de Estrés de la Universidad de Massachusetts	Habitación aislada del paciente en la Unidad de TCPH del INCMNSZ
Duración total	8 semanas, 1 sesión por semana	5 semanas, 2 sesiones por semana
Duración de las sesiones	2 hrs. 30 min.	Entre 20 y 40 min.
Componentes principales	Escaneo corporal Atención Plena en la respiración Hatha yoga	Escaneo corporal Atención Plena en la respiración Hatha Yoga
Elementos adicionales	Comer atentamente una pasa Cintas de audio con técnicas de atención plena y diario de registro.	Comer atentamente una pasa Infografías Cinta de audio con la técnica escaneo corporal y autorregistro.

Las infografías se emplearon para dar psicoeducación respecto a Atención Plena una vez por semana, en específico se abordaron los siguientes temas: 1) Atención plena vs Piloto Automático, 2) Actitudes básicas para la práctica de atención plena, 3) Autocrítica vs Autocompasión, 4) Dolor y 5) Atención plena en la vida cotidiana. Es así como la presente intervención quedó conformada por elementos originales, adicionales y nuevos en comparación con el programa original de John Kabat-Zin (Figura 1).

Comer atentamente una pasa	Atención plena en la respiración	Escaneo corporal	Infografías
<ul style="list-style-type: none"> • Consiste en involucrar todos los sentidos al momento de comer detenidamente una pasa. • Objetivo: Desarrollar la habilidad del paciente de mantenerse atento al momento presente sin juicios, con aceptación y curiosidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consiste en prestar atención a la respiración tal y como ocurre de manera natural en determinado tiempo. • Objetivo: Desarrollar la habilidad del paciente de mantener la atención en el momento presente dejando pasar pensamientos o sensaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implica recorrer mentalmente el cuerpo de pies a cabeza a la vez que se va tomando conciencia de cualquier sensación y pensamiento. • Objetivo: Desarrollar la habilidad del paciente de mantenerse atento al momento presente sin juicios , con aceptación y curiosidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Material impreso y gráfico con información respecto a temas asociados a la atención plena. • Objetivo: Reflexionar sobre conocimientos que amplíen los recursos de afrontamiento del paciente ante estímulos que le causen distrés emocional y asimismo éstos impacten positivamente en su comportamiento ante eventos adversos.

Figura 1. Descripción de las prácticas de atención plena e infografías

Variables dependientes

En la Tabla 3 se definen las variables dependientes incluidas en el estudio, así como su definición conceptual y operacional.

Tabla 3
Variables dependientes

	Definición conceptual	Definición operacional
Distrés emocional	Experiencia emocional desagradable y multifactorial, de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual y emocional), social y/o espiritual que puede interferir en la capacidad de afrontar de forma efectiva el cáncer, los síntomas físicos asociados y el tratamiento pautado. (National Comprehensive Cancer Network, 1999). Incluye una variedad de respuestas que se extienden a lo largo de un continuo, abarcando desde sentimientos de vulnerabilidad, tristeza y temor, hasta manifestaciones más graves que pueden generar disfuncionalidad como depresión, ansiedad, pánico, aislamiento social y crisis existenciales o espirituales (Moscoso, 2011).	Se evaluó con el Termómetro de Distrés (TD).
Calidad de vida	Sensación de bienestar experimentada por la persona, la cual es constituida por la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien”, la habilidad para realizar actividades diarias que reflejan el bienestar físico, psicológico y social, así como con la satisfacción de los niveles de funcionamiento y de los síntomas derivados del control de la enfermedad o el tratamiento.	Se evaluó con el cuestionario Evaluación Funcional de la Terapia del Cáncer -Trasplante de Médula Ósea (FACT-BMT).
Comodidad	Conjunto de circunstancias que hacen que la estancia en el aislamiento resulte en pocos esfuerzos en lo relativo a la posibilidad de desplazamiento, descanso y satisfacción de necesidades básicas (comer, dormir, higiene personal).	Se evaluaron con escalas visuales análogas de 0 a 10.

Relajación	Estado de tranquilidad, reposo o descanso físico o mental.	
Dolor	Percepción sensorial localizada y subjetiva que puede ser más o menos intensa, molesta o desagradable y que se siente en una parte del cuerpo.	Se evaluaron con escalas visuales análogas de 0 a 10.
Náuseas	Sensación de malestar o de estómago revuelto junto con una urgencia por vomitar.	
Fatiga	Percepción subjetiva de cansancio y falta de energía para realizar actividades.	

Instrumentos

1. Entrevista Clínica Semiestructurada: se elaboró un formato de entrevista que comprendía áreas como datos sociodemográficos, antecedentes de atención psicológica o psiquiátrica, uso de sustancias, percepción de la condición física actual, conciencia de enfermedad y de pronóstico, impacto de la enfermedad en las diversas áreas de la vida del paciente, estilos de afrontamiento al estrés, pensamiento suicida, síntomas psicóticos, información acerca del trasplante, red de apoyo, adherencia al tratamiento y calidad de vida (Apéndice A).

2. Termómetro de distrés (TD): es una escala análoga visual con apariencia de termómetro ubicado en forma vertical que va del 0 al 10. Tiene dos partes, la primera requiere que previamente se le explique al paciente qué es el distrés para posteriormente interrogarlo respecto a cuánto distrés ha sentido durante la última semana, incluyendo ese día en una escala del 0 al 10, donde 0 significa que no ha sentido nada de distrés y 10 máximo distrés. La segunda parte corresponde a una lista de problemas que se lee al paciente pidiéndole que reporte la existencia o no de los mismos durante la última semana incluyendo ese día, éstos están clasificados por categorías: problemas prácticos, familiares, emocionales y físicos, además da la opción de nombrar

otros problemas no mencionados. El termómetro tiene una sensibilidad de 93% y especificidad de 76% (Almanza-Muñoz, Juárez & Pérez, 2008; Roth, Kornblith & Batel-Copel, 1998) (Apéndice B).

3. Evaluación Funcional de la Terapia del Cáncer -Trasplante de Médula Ósea (FACT-BMT): es un cuestionario autoaplicable que consiste en el FACT-General y las preocupaciones específicas del tratamiento del trasplante de médula ósea. Tiene un total de 50 reactivos (27 forman parte de FACT-G y 12 son específicos de BMT), se encuentran distribuidos en 5 subescalas (estado físico general de salud, ambiente familiar y social, estado emocional, capacidad de funcionamiento personal y otras preocupaciones). Mide los últimos 7 días, tiene una escala tipo Likert que va de 0-4 (0= nada, 1= un poco, 2= algo, 3= mucho; y 4= muchísimo). El Alfa de Cronbach para los 12 reactivos que conforman el BMT varió de 0.52 a 0.60; el coeficiente alfa total para el FACT-BMT varió de 0.85 a 0.92 (McQuellon, Russell, Cella, Craven, Brady, Bonomi, & Hurd, 1997) (Apéndice C).

4. Escala Visual Analógica Graduada (EVAG): consiste en una línea con un conjunto de números de cero a diez, donde cero es la ausencia del síntoma a evaluar y diez su mayor intensidad, se pide al paciente que seleccione el número que mejor indique la intensidad del síntoma que se está evaluando. Es un instrumento simple, sólido, sensible y reproducible, siendo útil para reevaluar al mismo paciente en diferentes ocasiones; ha sido universalmente utilizado para la valoración de la intensidad sensorial y el discomfort de inducciones dolorosas experimentales, y para evaluar los mecanismos y eficacia de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas (Serrano-Atero, Caballero, Cañas, García-Saura, Serrano-Álvarez & Prieto, 2002). Se empleó una EVAG para cada uno de los siguientes síntomas:

comodidad, relajación, dolor, náusea y fatiga inmediatamente antes y después de cada sesión en hospitalización (Apéndice D).

5. Autorregistro: consiste en una técnica de registro sistemático, válido y confiable de comportamientos encubiertos o manifiestos (Alvarez & Reynoso-Eraza, 2014). Se utilizó para monitorear: la frecuencia de la práctica de escaneo corporal, el grado de relajación tanto antes como después del escaneo corporal, y pensamientos o emociones que se manifestaron durante la práctica en el periodo de hospitalización. No se obtiene ninguna puntuación final, simplemente es una forma de evaluar la adherencia del participante al escaneo corporal y el efecto que ésta tiene en la intensidad de relajación que experimentan (Apéndice E).

6. Cuestionario de satisfacción de la intervención psicológica: consiste en una serie de preguntas que evalúan de manera abierta o por medio de escalas numéricas los siguientes rubros: 1) beneficios percibidos de la intervención y 2) daños percibidos de la intervención. El cuestionario no tiene un puntaje total, los valores numéricos reportados se retomaron como una idea aproximada de la percepción de los pacientes respecto a la intervención. Debido a la naturaleza subjetiva del cuestionario, no existen datos psicométricos con respecto a su confiabilidad o validez (Apéndice F).

Procedimiento

1. Reclutamiento de los participantes.

Se mantuvo una estrecha comunicación con los médicos tratantes (jefe del Servicio de Hematología y Oncología, y residentes de Trasplantes) encargados de llevar a cabo los TCPH para poder conocer a los nuevos candidatos a dicho tratamiento y poder invitarlos a participar.

Se acudió personalmente al Departamento de Hematología y Oncología al menos una vez por semana para preguntar por nuevos casos, los médicos proporcionaban el nombre y número de expediente electrónico del participante; datos necesarios para poder acceder principalmente a los datos de contacto, historial médico y programación de citas médicas.

La invitación a los participantes se hizo a través de una llamada telefónica en que se abordaron los siguientes puntos clave: a) presentación del servicio de Psicología General, b) objetivo del estudio, c) explicación general del procedimiento del estudio, d) participación voluntaria y sin ningún costo, e) agendar una primera cita para entrevista y evaluación en caso de estar interesados en participar.

Los participantes fueron reclutados durante los meses de enero a julio de 2018 (Tabla 4), los cuales a la fecha indicada conformaban el total de participantes asignados al grupo de interés (del estudio principal), es decir el grupo de REBAP.

Tabla 4

Características de los participantes (obtenidos en la entrevista clínica)

	Participante 1 (P1)	Participante 2 (P2)	Participante 3 (P3)	Participante 4 (P4)
Edad	21 años	39 años	38 años	63 años
Diagnóstico	Leucemia Linfoide Aguda de Alto Riesgo	Leucemia Mieloide Aguda de Alto Riesgo	Leucemia Promielocítica Aguda de Alto Riesgo	Mieloma Múltiple de cadenas ligeras
Tipo de trasplante	Alogénico	Alogénico	Autólogo	Autólogo
Información acerca de				

- enfermedad	Si	Si	Si	Sí
- proceso de TCPH	Si	Si	Si	Sí
- aislamiento	Si	Si	Si	Sí
- cuidados posteriores al trasplante	Si	Si	Si	No
Red de apoyo	Padres, hermanos, amigos, tíos, abuelos.	Hermanas, esposo y suegra.	Esposo, padres y suegra.	Hijos, esposa y empleados.
Antecedentes de atención:				
- psicológica	No	Si	Si	No
- psiquiátrica	No	No	Si	No
Principales áreas de la vida afectadas por la enfermedad	Formación académica Economía	Trabajo Economía	Formación académica Economía Sexualidad	Sexualidad Alimentación Movilidad física Amistades
Número de días en hospitalización	73 días	49 días	24 días	30 días
Padecimientos durante la hospitalización reportados en la nota de egreso	Mucositis grado II Neutropenia grave y fiebre Bacteremias Falla primaria del injerto	Eritema tóxico Mucositis grado III (intolerancia vía oral) Neutropenia grave y fiebre Choque séptico Bacteremias sinusitis	Dolor abdominal Epigástrico Hiponatremia Pancitopenia Hipocalemia leve Mucositis grado I	Hipocalcemia asintomática Deficiencia de vitamina D Infección asociada al catéter Neumonía intrahospitalaria

		Crisis convulsivas Tónico-clónicas Disfunción sistólica		Mucositis grado III
Principales estrategias de afrontamiento reportadas	Búsqueda de apoyo social, expresión emocional, centrarse en la solución del problema y reevaluación positiva	Creencias religiosas y reevaluación positiva	Búsqueda de apoyo social, expresión emocional, centrarse en la solución del problema y reevaluación positiva	Centrarse en la solución del problema y reevaluación positiva

2. Sesiones antes del aislamiento en hospitalización.

Una vez que se contactó a cada uno de los participantes, se les citó en el Área de Psicología General del INCMNSZ. Fue ahí donde se llevaron a cabo las 3 sesiones previas al aislamiento, una sesión por semana, éstas fueron agendadas en la medida de lo posible en fechas que coincidieran con otras citas médicas del paciente con el propósito de no incrementar sus visitas al hospital. La duración de las sesiones fue de 60 minutos aproximadamente.

Dentro de esas sesiones se llevó a cabo una entrevista semi estructurada, evaluaciones de los niveles de distrés y calidad de vida de los pacientes y se verificó que cumplieran con los criterios de inclusión, posteriormente se les explicó la relación entre el estrés y la salud, se realizaron diversos ejercicios de lápiz y papel enfocados en identificar fuentes de estrés y estrategias para afrontarlo (Ver tabla 4).

Cuando algún participante concluía las 3 sesiones y no era ingresado a hospitalización para su trasplante, se le continuó evaluando con el termómetro de distrés una vez por semana. Se les dio la opción de que la evaluación fuera realizada por teléfono, en caso de tener dificultades para asistir al INCMNSZ.

3. Implementación de la intervención REBAP adaptada durante el aislamiento en hospitalización.

Cuando los participantes iniciaron formalmente el periodo de aislamiento para el TCPH en la unidad de trasplantes, se acudió a evaluarlos con la Evaluación Funcional de la Terapia del Cáncer - Trasplante de Médula Ósea (FACT-BMT) y con el Termómetro de Distrés (TD). En esa misma visita se hizo un encuadre de las posteriores sesiones en el aislamiento, es decir se les explicaba que a partir de ese momento nos veríamos dos veces por semana para: evaluarlos, revisar infografías, hacer prácticas de atención plena y resolver dudas o dificultades a lo largo de la estancia con referencia a lo revisado, a la práctica diaria de escaneo corporal y al llenado del autorregistro (Ver tabla 5).

Se contó con el apoyo de otras psicólogas capacitadas para la realización de las evaluaciones y así cuidar la integridad de éstas. Las sesiones tuvieron una duración aproximada de 20 a 40 minutos y se contó con una carta descriptiva para una de ellas (Apéndice G), las cuales fueron organizadas por semana.

La intervención originalmente fue planteada de 10 sesiones (2 sesiones por semana), sin embargo, el periodo de hospitalización de cada participante fue diferente y recibieron más o menos intervenciones, el rango total de sesiones fue de 7 a 19.

Tabla 5*Descripción de las evaluaciones e intervenciones antes y durante la hospitalización*

Sesión	Reducción del Estrés Basado en Atención Plena adaptado
Sesiones antes del aislamiento en hospitalización	
Instrumentos de evaluación: FACT-BMT y TD en la primera sesión. Y únicamente TD en las sesiones 2 y 3.	
Duración: 60 minutos aproximadamente.	
Escenario: consultorio del Área de Psicología General del INCMNSZ.	
1	Se firmó el consentimiento informado (Apéndice H) y se realizó la entrevista psicológica semiestructurada.
2	A) Se dio psicoeducación sobre el estrés y su relación con la salud, y acerca de los elementos del programa de intervención de Reducción del Estrés Basada en Atención Plena, para lo cual se utilizó una presentación de Power Point (Apéndice I). B) Se realizaron varios ejercicios: “Identificación de estresores”, “Situaciones estresantes y reacción emocional”, “Formas de actuar ante el estrés” y “Aprendiendo de los eventos vitales” (Apéndice J).
3	A) Se concluyeron algunos de los ejercicios de la sesión 2 y se realizó un ejercicio llamado “Mensajes internos” (Apéndice J). B) Se llevaron a cabo las prácticas: “Comer atentamente una pasa” y atención plena en la respiración (Apéndice K).
Sesiones durante el aislamiento en hospitalización (descritas por semana)	
Instrumentos de evaluación: FACT-BMT y TD al momento del ingreso. TD antes de la intervención; frecuencia cardíaca y escalas visuales análogas graduadas para síntomas físicos y psicológicos (comodidad, relajación, dolor, fatiga y náuseas) antes y después de la intervención.	
Duración: 2 sesiones por semana con una duración aproximada de 20 a 40 minutos.	
Escenario: unidad de trasplante del INCMNSZ (habitación asilada del paciente).	
Semana 1	
4	Infografía de la semana: Atención plena vs Piloto Automático (Apéndice L) Objetivo: Que el paciente desarrolle atención al momento presente, aumentando sus respuestas conscientes, disminuyendo su reactividad y vulnerabilidad cognitiva ante situaciones de estrés, tenga más

control sobre sus respuestas emocionales y cambie la relación que establece con sus pensamientos, sentimientos y sensaciones físicas que activan y mantienen las respuestas automáticas a nivel cognitivo y conductual.

Práctica: Atención plena en la respiración.

- 5 **Objetivo:** Evaluar en conjunto con el paciente problemas y/o retos relacionados con una práctica diaria de escaneo corporal y proponer posibles soluciones en caso de ser necesario. Asimismo, resolver dudas acerca de la infografía revisada en la sesión anterior.

Práctica: Escaneo corporal.

Semana 2

- 6 **Infografía de la semana: Actitudes básicas para la práctica de atención plena** (Apéndice L)

Objetivo: Que el paciente conozca y practique los factores relacionados con la actitud que constituyen los principales soportes de la práctica de la atención plena: no juzgar, la paciencia, la mentalidad de principiante, la confianza, el no esforzarse, la aceptación y el ceder; así como la importancia de cultivar con conciencia cada una de dichas actitudes para poder lograr una práctica de atención plena eficaz impactando de forma positiva en su autorregulación emocional.

Práctica: Atención plena en la respiración.

- 7 **Objetivo:** Evaluar en conjunto con el paciente problemas y/o retos relacionados con una práctica diaria de escaneo corporal y proponer posibles soluciones en caso de ser necesario. Asimismo, resolver dudas acerca de la infografía revisada en la sesión anterior.

Práctica: Escaneo corporal.

Semana 3

- 8 **Infografía de la semana: Autocrítica vs Autocompasión** (Apéndice L)

Objetivo: Que el paciente identifique la forma en que habitualmente se relaciona consigo mismo de forma cognitiva, siendo consciente de los mensajes que se envía a sí mismo y la relación que esto tiene con su estado emocional, así como favorecer la práctica de mensajes basados en aceptación y no juicio de sí mismo, tomando conciencia, observando y distanciándose de aquellos mensajes basados en la autocrítica.

Práctica: Atención plena en la respiración.

-
- 9 **Objetivo:** Evaluar en conjunto con el paciente problemas y/o retos relacionados con una práctica diaria de escaneo corporal y proponer posibles soluciones en caso de ser necesario. Asimismo, resolver dudas acerca de la infografía revisada en la sesión anterior.
Práctica: Yoga (Apéndice M).
-

Semana 4

- 10 **Infografía de la semana: Dolor** (Apéndice L)
Objetivo: Que el paciente desarrolle la capacidad de observar sus síntomas sin la influencia de sus propias creencias o prejuicios, experimentándolos plenamente tal como son, sin identificarse ni involucrarse con sus pensamientos, sentimientos, sensaciones o deseos; acercándose a la experiencia con aceptación y curiosidad, independientemente de la valencia emocional de la misma y de esta forma involucrarse activamente en su propio bienestar y en el afrontamiento de sus síntomas.
Práctica: Atención plena en la respiración.
-

- 11 **Objetivo:** Evaluar en conjunto con el paciente problemas y/o retos relacionados con una práctica diaria de escaneo corporal y proponer posibles soluciones en caso de ser necesario. Asimismo, resolver dudas acerca de la infografía revisada en la sesión anterior.
Práctica: Yoga.
-

Semana 5

- 12 **Infografía de la semana: Atención plena en la vida cotidiana** (Apéndice L)
Objetivo: Que el paciente traslade los aprendizajes obtenidos en prácticas formales de atención plena a prácticas informales de la misma, mediante prestar atención a cada momento de su vida cotidiana y a cada acción que realiza, situándose en el presente; permaneciendo receptivo a cualquier momento y a lo que éste le puede aportar.
Práctica: Atención plena en la respiración.
-

- 13 **Objetivo:** Evaluar en conjunto con el paciente problemas y/o retos relacionados con una práctica diaria de escaneo corporal y proponer posibles soluciones en caso de ser necesario. Asimismo, resolver dudas acerca de la infografía revisada en la sesión anterior.
Práctica: Escaneo corporal.
-

4. Seguimiento.

Se contactó a los participantes un mes después de ser dados de alta del aislamiento y se les evaluó con el FACT-BMT y el TD. Las evaluaciones se llevaron a cabo de forma presencial en el Área de Psicología del INCMNSZ o por vía telefónica en el caso de que para el participante representara una dificultad acudir personalmente.

RESULTADOS

Estrategia de análisis

De acuerdo con los objetivos y con el diseño de investigación empleado se consideró realizar el análisis de los siguientes datos para cada uno de los participantes:

- a) **Ficha de identificación y resumen de la estancia en hospitalización.** Se consideró importante reportar dicha información pues permitirá conocer las condiciones únicas de cada participante.
- b) **Puntuaciones de distrés.** Se construyeron gráficas de los datos obtenidos a lo largo del estudio, diferenciando entre la línea base y la intervención, lo cual permite un análisis visual de los datos. En dichas gráficas también se señala el momento en el que cada participante recibió el TCPH.

Aunando a cada análisis visual se incluyó el:

- Cálculo del índice de Non-overlapping All Pairs (NAP), el cual se usa para evaluar y cuantificar el efecto de la intervención. Dicho índice equivale al porcentaje de datos de mejora entre las fases y se obtiene al comparar por parejas todos los datos de la fase A con los de la fase B (Parker & Vannest, 2009). Se divide el número de pares que no muestran superposición o solapamiento entre el número total de pares posibles, de acuerdo con el valor obtenido en NAP el efecto será: 0-0.65 débil, 0.66-0.92 mediano y 0.93-1 efecto fuerte.
 - Cálculo del Cambio Clínico Objetivo de Cardiel (CCO), el cual evalúa los cambios clínicos objetivos del paciente, aquellos mayores a 0.20 se consideran clínicamente significativos. Se calcula restando la puntuación obtenida en la evaluación pre a la puntuación de la evaluación post y dividiendo el resultado entre la puntuación obtenida en el pretest.
- c) **Puntuaciones de relajación, comodidad, fatiga, náuseas y dolor.** Se construyeron gráficas que muestran los datos obtenidos en dos momentos: antes y después de cada intervención en hospitalización. Y para cada uno de los estados y síntomas se calculó la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas, la cual es una prueba no paramétrica que compara el rango medio de dos muestras relacionadas y determina si existen diferencias entre ellas.
- d) **Puntuaciones de la calidad de vida.** Se construyeron dos gráficas que muestran lo siguiente:
- Las puntuaciones generales de calidad de vida obtenidas en cuatro momentos: evaluación inicial (primera sesión pretrasplante), al iniciar el aislamiento, al alta del aislamiento y seguimiento (1 mes después del alta). Se calculó el CCO

tomando en cuenta las puntuaciones generales obtenidas en la evaluación inicial y en el alta de hospitalización.

- Las puntuaciones de cada una de las escalas del cuestionario de calidad de vida en los cuatro momentos antes señalados. Se calculó el CCO, para cada escala, tomando en cuenta las puntuaciones obtenidas en la evaluación inicial y en el alta de hospitalización.

e) **Satisfacción y evaluación de la intervención por parte del participante.** Se reporta lo obtenido en el cuestionario de satisfacción de la intervención.

Además de los análisis anteriores se identificaron las **barreras** asociadas a la evaluación de los participantes y a la implementación de la intervención.

Participante 1

a) Ficha de identificación y resumen de la estancia hospitalaria

Se trata de una mujer de 21 años, soltera y sin hijos, de religión católica, su núcleo familiar lo conforman sus padres y dos hermanos menores con quienes vivía en Querétaro, al momento de la entrevista se encontraba cursando el tercer año de medicina. Tiene el diagnóstico de Leucemia Linfocítica Aguda de Alto Riesgo desde julio de 2017.

La participante permaneció en hospitalización 73 días. Recibió un TCPH alogénico, el donador fue su padre. Dentro de los padecimientos que manifestó se encuentran: mucositis grado III, neutropenia grave, fiebre y bacteremias. Por aplasia prolongada (niveles bajos de células sanguíneas) al día +25 a partir del trasplante, se realizó una biopsia de hueso y aspirado de médula ósea, a partir de los cuales se determinó

falla primaria del injerto y se decidió hacer una reinfusión. Al haber superado las complicaciones presentadas durante la hospitalización y ante datos de un injerto exitoso, los médicos tratantes deciden su egreso.

Por otro lado, durante su estancia la participante recibió interconsultas por el servicio de psiquiatría, quien identificó síntomas depresivos y ansiosos, dificultades en el manejo por parte del personal sanitario e insomnio intermitente por presencia de dolor en boca; los cuales se presentaron en los primeros 30 días de la hospitalización y fueron manejados sin tratamiento farmacológico. Fue 4 días después del segundo trasplante que el servicio de psiquiatría determinó que lo más conveniente era iniciar tratamiento con un fármaco (Lorazepam 0.5mg por las noches) ya que detectó probable ansiedad por aislamiento y estancia hospitalaria aunado a los antecedentes antes descritos, el inicio del tratamiento se hizo con el consentimiento de la participante. El caso fue comentado con el servicio de psicología, se informó al psiquiatra responsable de la participación en el protocolo, a partir de lo cual se decidió mantener una comunicación estrecha acerca de la evolución de la participante. Respecto a sus puntuaciones de distrés la mayoría no fueron clínicamente significativas, aquellas que sí lo fueron se asociaron a eventos clave como la falla del primer TCPH.

b) Puntuaciones de distrés

La Figura 1 muestra las puntuaciones de distrés obtenidas en las sesiones pretrasplante (fase A), en las sesiones durante el aislamiento (fase B) y en el seguimiento. También se encuentran señaladas las sesiones más cercanas que corresponden a las fechas de los trasplantes que recibió la paciente. El tamaño del efecto de la intervención sobre el distrés calculado mediante el NAP fue de 0.6 (efecto débil) y el cambio clínico objetivo (CCO) fue de 1.

Cabe mencionar que la participante reportó más problemas físicos a lo largo de su permanencia en el aislamiento, seguido por problemas emocionales; según la clasificación que el termómetro de distrés hace de la existencia o no de diversos problemas (prácticos, familiares, emocionales, físicos y otros problemas no mencionados). Dentro de los problemas físicos, los más frecuentes fueron: fatiga, náuseas y dolor. Respecto de los problemas emocionales los que más experimentó fueron: nerviosismo, tristeza y preocupación.

c) Puntuaciones de relajación, comodidad, fatiga, náuseas y dolor

Las Figuras 2-6 muestran las puntuaciones obtenidas respecto a la intensidad de la comodidad, relajación, dolor, fatiga y náuseas que la Participante 1 (P1) reportó antes e inmediatamente después de cada intervención en hospitalización. El 0 es ausencia total y 10 la mayor intensidad posible. De acuerdo con la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas, sólo hubo diferencias estadísticamente significativas en comodidad ($p= 0.02$) y relajación ($p= 0.01$).

La Tabla 1 muestra las medianas de las puntuaciones obtenidas antes y después de la intervención, así como el valor de p calculado a través de la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas, y los porcentajes de las veces que la intensidad de cada uno de los síntomas mejoró, empeoró o se mantuvo inmediatamente después de la intervención.

Tabla 1

Cambios obtenidos en comodidad, relajación, dolor, fatiga y náuseas después de la intervención: Participante 1

	Me AI	Me DI	<i>p</i>	Mejóro DI	Empeoró DI	Se mantuvo DI
Comodidad	6	7	0.02*	68.7% (11)	6.2% (1)	25% (4)
Relajación	6.5	7.5	0.01*	50% (8)	0% (0)	50% (8)
Dolor	1.5	1	0.7	18.7% (3)	18.7% (3)	62.5% (10)
Fatiga	5	3.5	0.2	50% (8)	31.2% (5)	18.7% (3)
Náuseas	3.5	2	0.07	50% (8)	6.2% (1)	43.7% (7)

Me= Mediana, *= Diferencia estadísticamente significativa calculada a través de la prueba de rangos de Wilcoxon para muestra relacionadas, () = equivalente en sesiones, de un total de 16, AI= Antes de la intervención, DI= Después de la intervención.

Con base en lo anterior lo más frecuente fue que la intensidad de los síntomas (excepto dolor) mejorara (aumentara o disminuyera), inmediatamente después de la intervención, sin embargo, el mejoramiento no fue estadísticamente significativo en todos ellos. Cabe señalar que, para el dolor, lo más frecuente fue que la intensidad se mantuviera igual tanto antes como después de la intervención.

Durante la hospitalización se les pidió a los participantes que escucharan una grabación de escaneo corporal (20 minutos) una vez al día todos los días y que llevaran a cabo un registro del grado de relajación antes y después de escucharla, así como de los pensamientos, sensaciones y sentimientos que surgieran. La participante 1 escuchó la grabación por 3 semanas hasta 5 días consecutivos, en todas las ocasiones su grado de relajación aumentó después del escaneo corporal.

Dentro de los sentimientos, pensamientos y sensaciones que surgieron durante la práctica reportó: paz, calma, tranquilidad, náuseas, tristeza, cosquilleo, sueño, estrés, desesperación, mareo, nervios, cansancio,

relajación, pensamientos sobre un examen, dolor, alegría, relajación de músculos y falta de concentración.

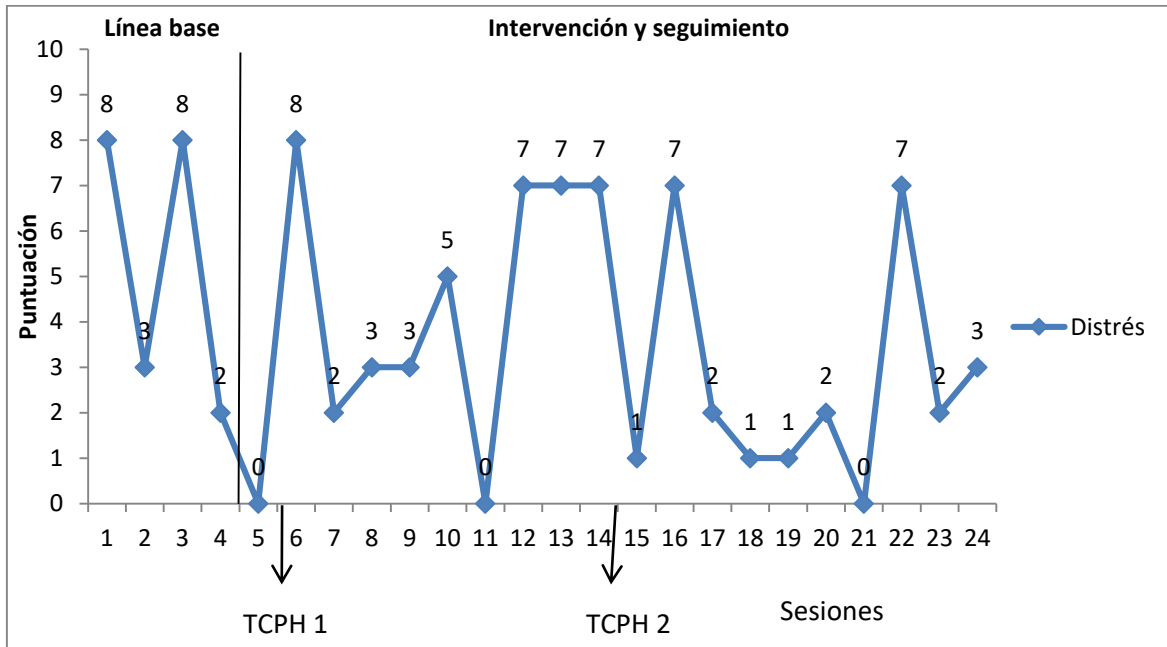


Figura 1. Puntuaciones de distrés: participante 1. NAP= 0.6 (efecto débil)

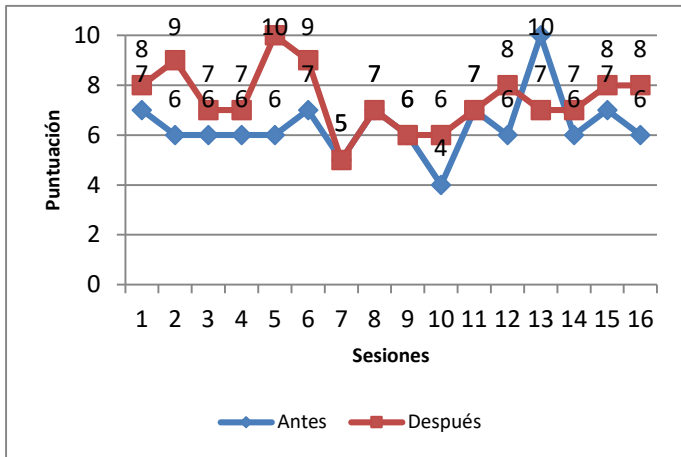


Figura 2. Puntuaciones de comodidad durante el aislamiento: Participante 1. $p= 0.02$

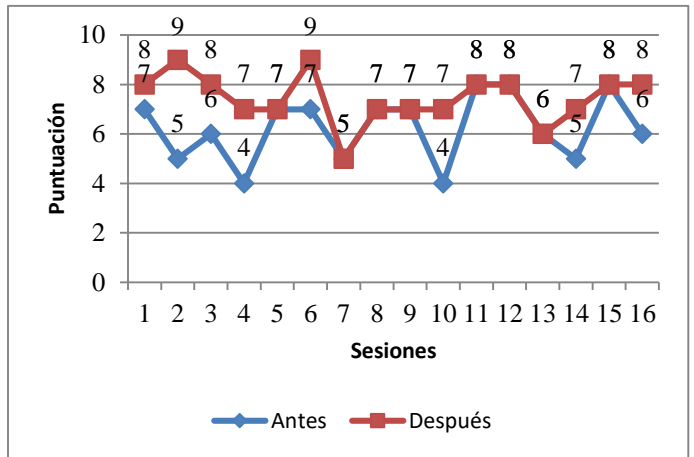


Figura 3. Puntuaciones de relajación durante el aislamiento: Participante 1. $p= 0.01$

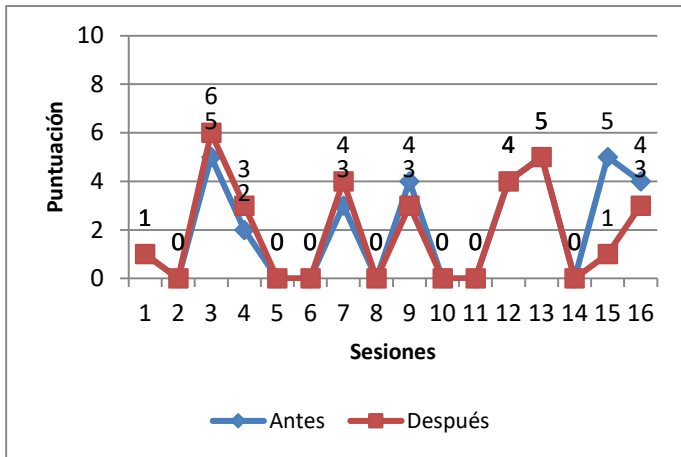


Figura 4. Puntuaciones de dolor durante el aislamiento: Participante 1. $p= 0.7$

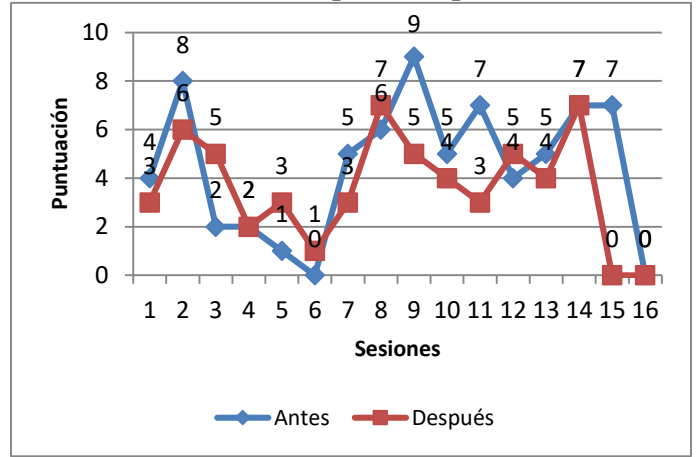


Figura 5. Puntuaciones de fatiga durante el aislamiento: Participante 1. $p= 0.2$

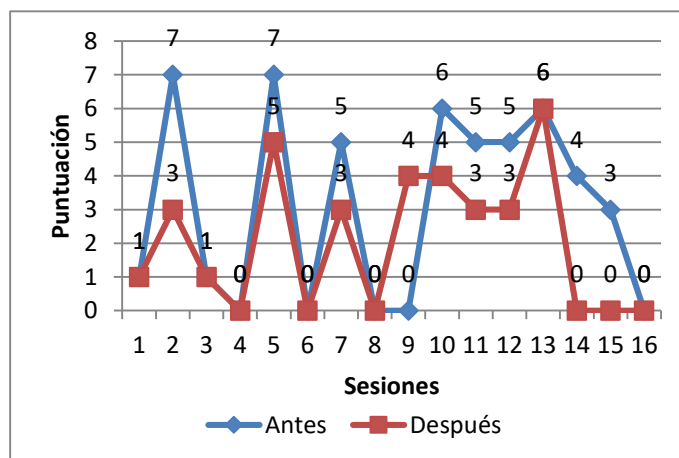


Figura 6. Puntuaciones de náuseas durante el aislamiento: Participante 1. $p= 0.07$

d) Puntuaciones de calidad de vida

En la Tabla 2 se muestran las puntuaciones de calidad de vida obtenidas por la participante 1 de acuerdo con el FACT-BMT en 4 momentos distintos: evaluación inicial (primera sesión pretrasplante), al iniciar el aislamiento, al alta del aislamiento y en el seguimiento (1 mes después del alta). El resultado del CCO calculado para la puntuación total de calidad de vida fue de -0.05, teniendo en cuenta la puntuación de la evaluación inicial y la del alta del aislamiento, lo cual no refleja un cambio clínicamente significativo.

Tabla 2

Puntuaciones de calidad de vida de la participante 1

FACT-BMT	VMM	Evaluación inicial	Al iniciar el aislamiento	Alta del aislamiento	Seguimiento	CCO
Puntuación total	0-148*	114	129	107.5	90.1	-0.05
Estado físico general de salud	0-28*	24	25	19	14	-0.2**
Ambiente familiar y social	0-28*	23	26	24.5	19	0.06
Estado emocional	0-24*	20	24	18	20	-0.1
Capacidad de funcionamiento personal	0-28*	22	23	24.5	14	0.1
Otras preocupaciones	0-40*	28	31	25	20	-0.1

*= A mayor puntaje mayor calidad de vida; VMM= Valores Mínimos y Máximos, CCO= Cambio Clínico Objetivo, **= empeoramiento clínicamente significativo.

La Figura 7 muestra las puntuaciones totales de calidad de vida de la participante en los cuatro momentos en los que fue evaluada, la mejor puntuación que obtuvo fue al iniciar el aislamiento, a partir de la cual las siguientes dos puntuaciones fueron en descenso, siendo la puntuación del seguimiento la más baja de todos los momentos.

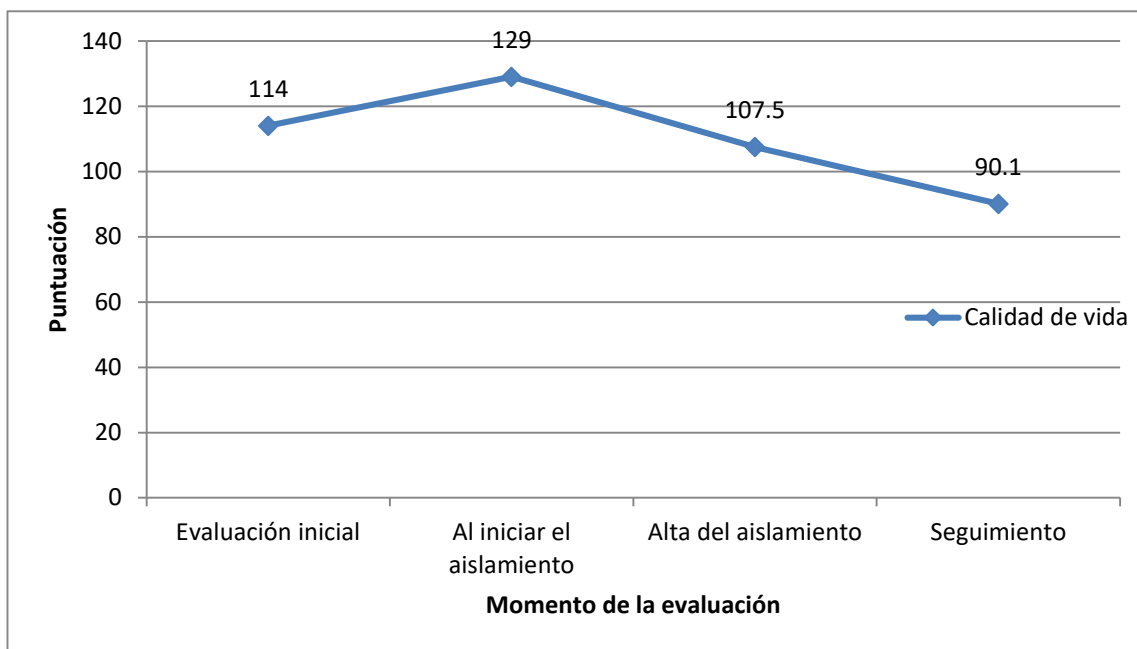


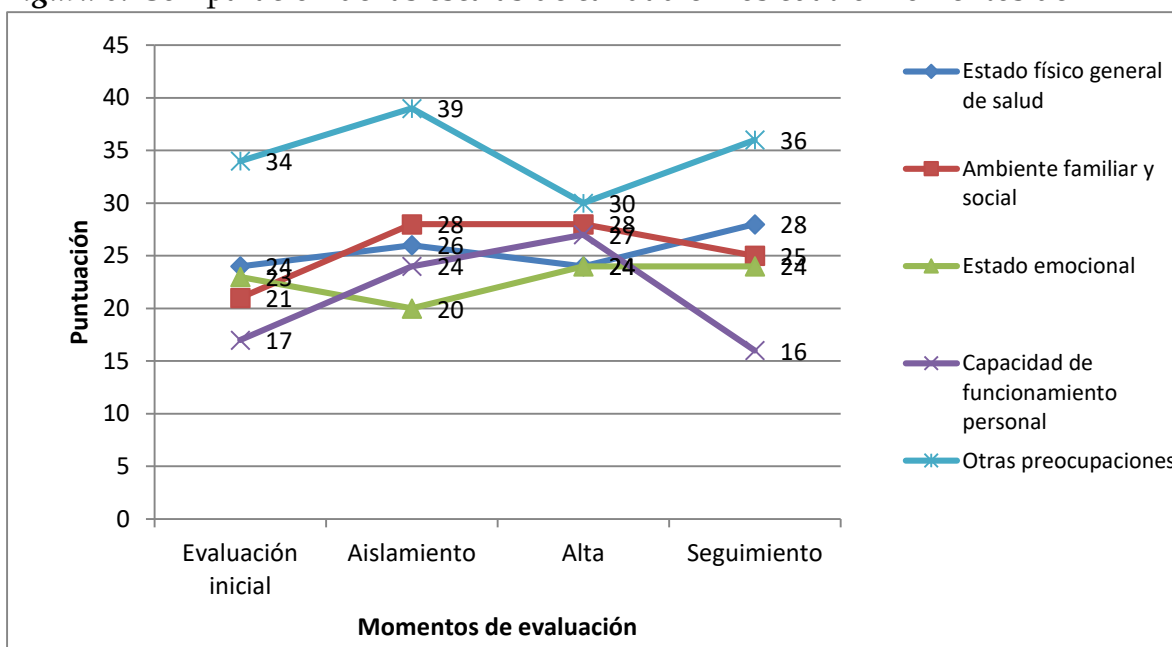
Figura 7. Puntuaciones totales de calidad de vida en los cuatro momentos de evaluación

Al comparar los resultados de las escalas de calidad de vida a lo largo de las evaluaciones; se puede notar que, respecto al estado físico general de salud, el ambiente familiar y social, y otras preocupaciones las puntuaciones fueron en descenso a partir del inicio del aislamiento, que fue donde la participante obtuvo la mejor puntuación de todas. Para el estado físico general de salud la mejor puntuación está en el seguimiento; el ambiente familiar y social se mantiene al iniciar y terminar el aislamiento, y empeora hasta el seguimiento. Algo similar ocurrió respecto al estado emocional, sin embargo, no siguió bajando y la puntuación obtenida en el seguimiento fue igual a la de la

evaluación inicial, la cual fue la segunda mejor obtenida durante los cuatro momentos de evaluación (Figura 8).

De acuerdo con el CCO, teniendo en cuenta la puntuación de la evaluación inicial y la del alta del aislamiento de cada una de las escalas, no se produjo ningún cambio clínicamente significativo que indique mejoría, sin embargo, en el estado físico general de salud se manifestó un empeoramiento clínicamente significativo (CCO= -0.2).

Figura 8. Comparación de las escalas de calidad en los cuatro momentos de



evaluación

e) Análisis cualitativo sobre la satisfacción del participante respecto a la intervención

La participante considera que el haber participado en el estudio le permitió “saber manejar/controlar mi estrés y emociones durante mi tiempo internada y después”. Considera que le sirvieron *muchísimo* las estrategias de atención plena en la respiración y escaneo corporal, así como tener una grabación de esta última durante el aislamiento. A la

pregunta de si dichas estrategias le habían ayudado en su control de síntomas físicos respondió “Sí, porque aprendes a identificarlos individualmente y a manejarlos/ controlarlos”.

Por otro lado, mencionó que la información sobre la relación entre estrés y salud que se le brindó antes del trasplante y continuar recibiendo información en forma de infografías durante el aislamiento le sirvió *mucho*.

Refirió que fue *nada fácil* para ella poder asistir a las sesiones pretrasplante debido a que vive lejos (Querétaro); lo que le pareció *muy fácil* fue responder los cuestionarios de evaluación a lo largo de su participación y llenar los autorregistros durante el aislamiento en hospitalización. Hacer las estrategias de atención plena, estar atenta a las sesiones durante la hospitalización e identificar la intensidad de sus síntomas le pareció *fácil*. Asimismo, reportó que fue *algo fácil* escuchar diariamente la grabación de escaneo corporal en hospitalización.

Participante 2

a) Ficha de identificación y resumen de la estancia hospitalaria

Se trata de una mujer de 39 años, casada, de religión cristiana, con licenciatura en Mercadotecnia, tiene 3 hijos, aunque únicamente vive con el menor (10 años) y su pareja en la casa de su suegra que está ubicada en Coatzacoalcos, Veracruz. Se dedicaba a hacer repostería por su cuenta, pero al momento de la entrevista tenía 5 meses inactiva, por lo cual dependía económicamente de su esposo. Tiene el diagnóstico de Leucemia Mieloide Aguda de Alto Riesgo desde octubre de 2013.

La participante permaneció en aislamiento 49 días. Recibió un TCPH alogénico, la donadora fue su hermana. Dentro de los padecimientos que manifestó se encuentran: eritema tóxico, mucositis grado III la cual le ocasionó intolerancia vía oral y tuvo que recibir nutrición parenteral, neutropenia grave y diversos picos febriles; un choque séptico, bacteremias, sinusitis, crisis convulsivas tónico-clónicas, disfunción sistólica subclínica por quimioterapia. Al encontrarla asintomática, sin requerimiento transfusional ni alteraciones electrolíticas, los médicos tratantes deciden su egreso de hospitalización.

Por otro lado, la participante presentó una crisis de angustia a las 5 semanas de estar en aislamiento, la asoció con: desesperación por no poder dormir, agotamiento emocional, dificultades para poder comer y al tiempo que llevaba en el aislamiento. El servicio de medicina interna prescribió tratamiento farmacológico (Lorazepam 0.5mg en caso necesario) y la participante además comentó haber sido visitada por una tanatóloga. A partir de dicha crisis se monitorearon directamente síntomas de ansiedad, sin embargo, se observó una notable mejoría al paso de los días, la participante comentó que el saber que existían alternativas para tratar su angustia la tranquilizaba y la liberaba de

tener que “aguantarse”. Y la mayoría de sus puntuaciones de distrés no fueron clínicamente significativas.

b) Puntuaciones de distrés

La Figura 9 muestra las puntuaciones de distrés obtenidas en las sesiones pretrasplante (fase A), en las sesiones durante el aislamiento (fase B) y en el seguimiento. Asimismo, se encuentra señalada la sesión más cercana a la fecha en que el participante fue trasplantado. El tamaño del efecto de la intervención sobre el distrés calculado mediante el NAP fue de 0.45, es decir un efecto débil, y el cambio clínico objetivo (CCO) fue de 0.

Según la clasificación que el termómetro de distrés hace de la existencia o no de diversos problemas (prácticos, familiares, emocionales, físicos y otros problemas no mencionados), cabe señalar que la participante experimentó más problemas físicos, siendo los más frecuentes: náuseas, piel seca/comezón, problemas con la alimentación, nariz seca y dolor. Respecto a las otras categorías reportó más o menos la misma cantidad de problemas, sin embargo, durante cada una de las evaluaciones excepto en una, la paciente reportó tener problemas económicos y sentir preocupación.

c) Puntuaciones de relajación, comodidad, fatiga, náuseas y dolor

Las Figuras 10-14 muestran las puntuaciones obtenidas respecto a la intensidad de la comodidad, relajación, dolor, fatiga y náuseas que la Participante 2 (P2) reportó antes e inmediatamente después de cada intervención en hospitalización. El 0 es ausencia total y 10 la mayor intensidad posible. De acuerdo con la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas, sólo hubo diferencias estadísticamente significativas en comodidad ($p= 0.03$) y dolor ($p= 0.04$).

La Tabla 3 muestra las medianas de las puntuaciones obtenidas antes y después de la intervención, así como el valor de p calculado a través de la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas, y los porcentajes de las veces que la intensidad de cada uno de los síntomas mejoró, empeoró o se mantuvo inmediatamente después de la intervención.

Tabla 3

Cambios obtenidos en comodidad, relajación, dolor, fatiga y náuseas después de la intervención: Participante 2

	Me AI	Me DI	p	Mejoró DI	Empeoró DI	Se mantuvo DI
Comodidad	10	10	0.03*	41.6% (5)	0% (0)	58.3% (7)
Relajación	10	10	0.06	33.3% (4)	0% (0)	66.6% (8)
Dolor	1	0	0.04*	33.3% (4)	0% (0)	66.6% (8)
Fatiga	0	0	0.3	16.6% (2)	0% (0)	83.3% (10)
Náuseas	0	0	0.6	8.3% (1)	0% (0)	91.6% (11)

Me= Mediana, *= Diferencia estadísticamente significativa calculada a través de la prueba de rangos de Wilcoxon para muestra relacionadas, () = equivalente en sesiones, de un total de 12, AI= Antes de la intervención, DI= Después de la intervención.

Con base en lo anterior lo más frecuente fue que la intensidad de los síntomas se mantuviera igual, inmediatamente después de la intervención. Las puntuaciones que se mantuvieron igual (antes y después de la intervención), la mayoría eran de 10 para comodidad y relajación, y de 0 para dolor, fatiga y náuseas. Al menos durante las evaluaciones, la paciente manifestó pocos síntomas (dolor, fatiga y náuseas) o sentirlos en baja intensidad (máxima de 2 puntos). Por otro lado, la mayoría de las veces reportó la máxima intensidad posible de comodidad y relajación, la cual la casi siempre se mantuvo, algunas veces mejoró tras la intervención, pero nunca empeoró.

La participante 2 escuchó la grabación de escaneo corporal únicamente 3 veces a lo largo de toda su hospitalización, al indagar al respecto comentó que prefería practicar en sesión que usando la grabación.

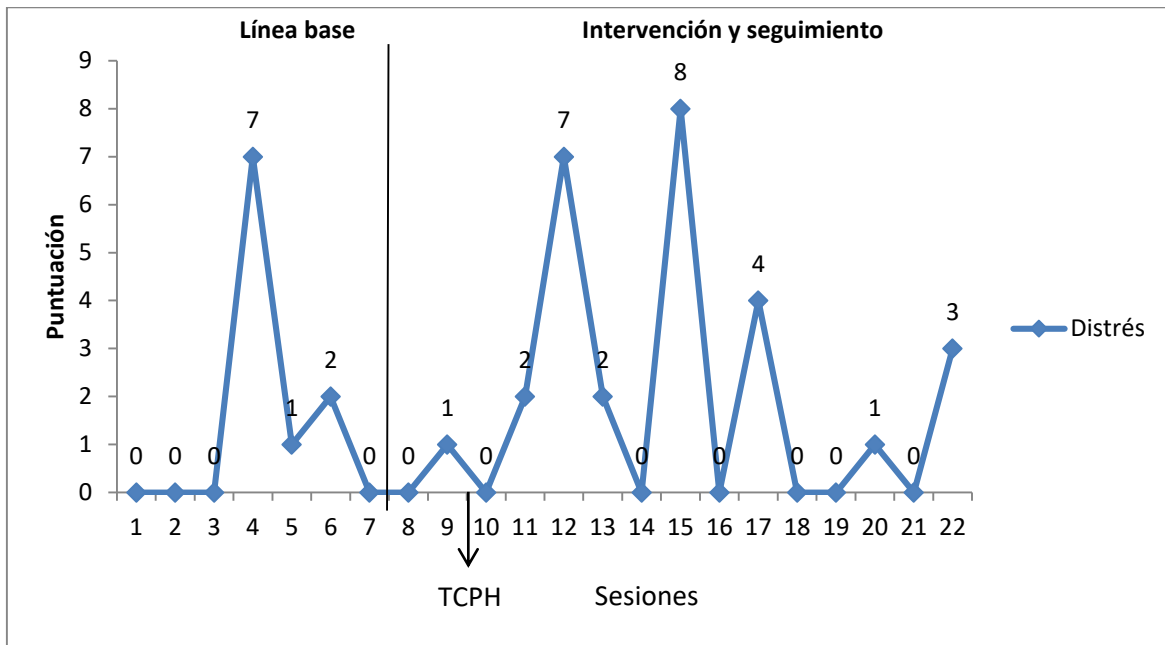


Figura 9. Puntuaciones de distrés: participante 2. NAP= 0.45 (efecto débil)

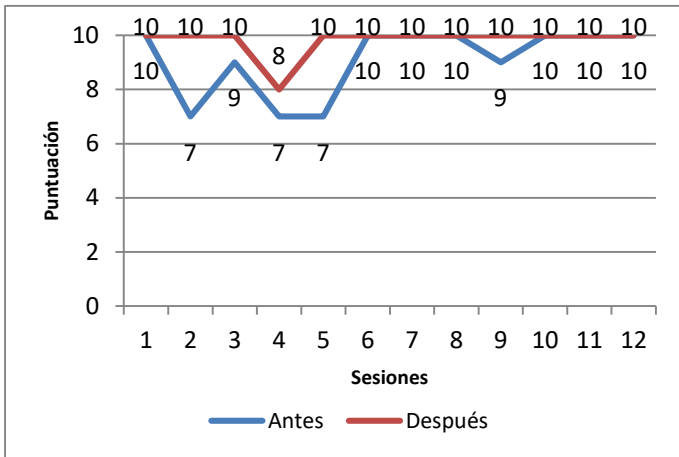


Figura 10. Puntuaciones de comodidad durante el aislamiento: Participante 2. $p=0.03^*$

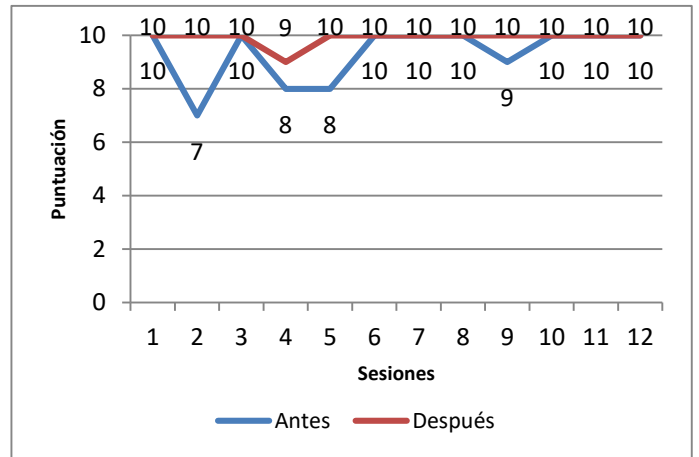


Figura 11. Puntuaciones de relajación durante el aislamiento: Participante 2. $p= 0.06$

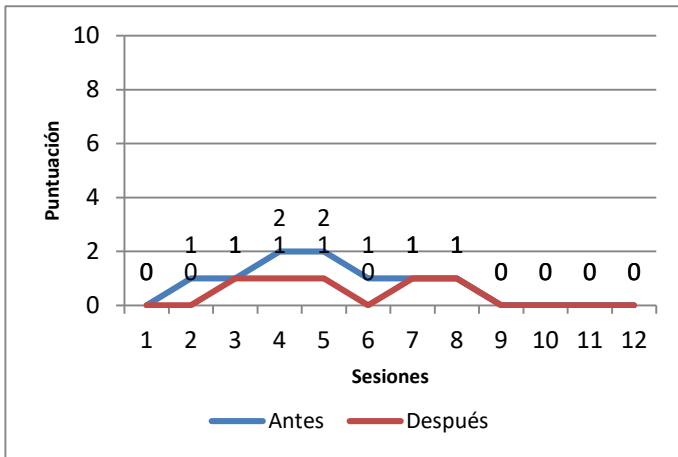


Figura 12. Puntuaciones de dolor durante el aislamiento: Participante 2. $p= 0.04^*$

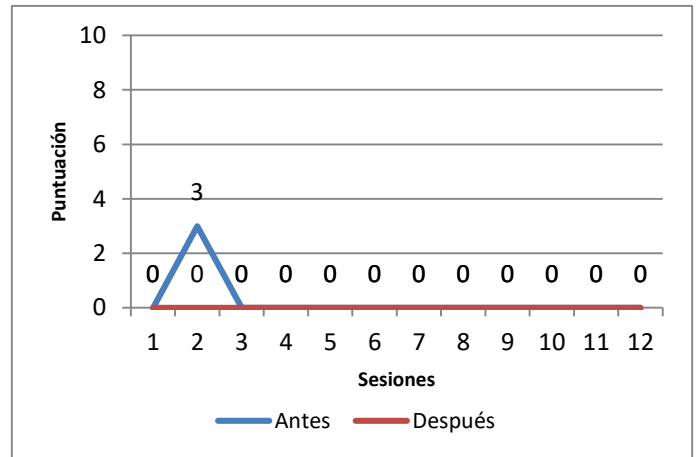


Figura 13. Puntuaciones de fatiga durante el aislamiento: Participante 2. $p= 0.3$

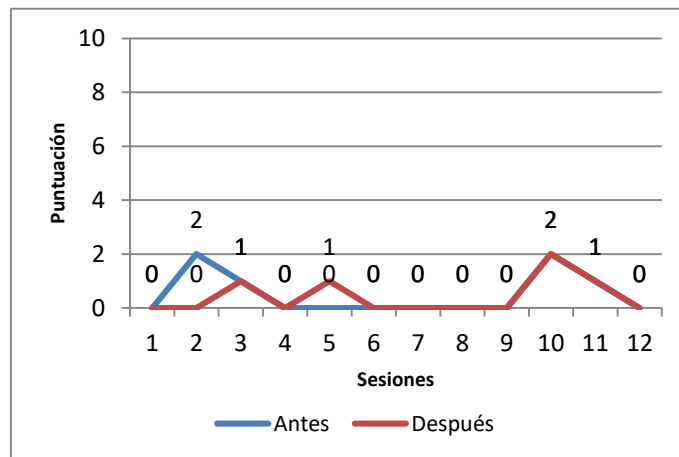


Figura 14. Puntuaciones de náuseas durante el aislamiento: Participante 2. $p= 0.6$

d) Puntuaciones de calidad de vida

En la Tabla 4 se muestran las puntuaciones de calidad de vida obtenidas por la P2 de acuerdo con el FACT-BMT, en 4 momentos distintos: evaluación inicial (primera sesión pretrasplante), al iniciar el aislamiento, al alta del aislamiento y en el seguimiento (1 mes después del alta). El resultado del CCO calculado para la puntuación total de calidad de vida fue de -0.1, teniendo en cuenta la puntuación de la evaluación inicial y la del alta del aislamiento, lo cual no refleja un cambio clínicamente significativo.

Tabla 4

Puntuaciones de calidad de vida de la participante 2

FACT-BMT	VMM	Evaluación inicial	Al iniciar el aislamiento	Alta del aislamiento	Seguimiento	CCO
Puntuación total	0-148*	133	123	119	88	-0.1
Estado físico general de salud	0-28*	28	27	22	15	-0.2**
Ambiente familiar y social	0-28*	24	21	23	12	-0.04
Estado emocional	0-24*	23	23	24	21	0.04
Capacidad de funcionamiento personal	0-28*	26	17	18	13	-0.3**
Otras preocupaciones	0-40*	32	35	32	27	0

VMM= Valores máximos y mínimos, *= A mayor puntaje mayor calidad de vida, CCO= Cambio Clínico Objetivo, **= empeoramiento clínicamente significativo.

La Figura 15 muestra las puntuaciones totales de calidad de vida de la participante en los cuatro momentos en los que fue evaluada, la mejor puntuación que obtuvo fue en la evaluación inicial, a partir de la cual el resto de las puntuaciones fueron en descenso. La puntuación obtenida en el seguimiento fue la más baja de todas.

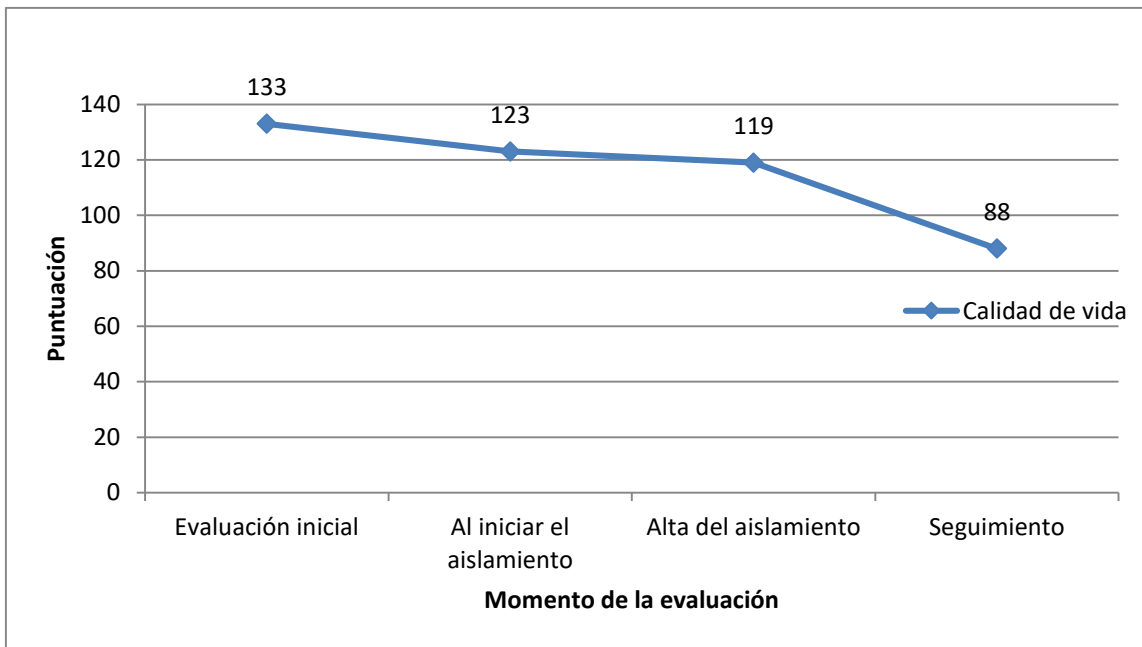


Figura 15. Puntuaciones generales de calidad de vida en los cuatro momentos de evaluación

La Figura 16 muestra la comparación de los resultados de las escalas de calidad de vida a lo largo de las evaluaciones; se puede notar que en todas ellas las puntuaciones más bajas se obtuvieron durante el seguimiento, lo cual refleja una peor calidad de vida en comparación con los otros momentos de evaluación.

Cabe destacar que respecto al estado emocional la puntuación obtenida al alta del aislamiento corresponde a la mejor puntuación obtenida por la participante y a la mayor puntuación posible de la escala, ésta se sostuvo hasta el seguimiento. En cuanto a las escalas de ambiente familiar y social y capacidad de funcionamiento personal, la mejor puntuación en cada una se obtuvo durante la evaluación inicial, y las menores puntuaciones fueron las del seguimiento. Finalmente, en cuanto a la escala de otras preocupaciones la mayor puntuación la obtuvo al iniciar el aislamiento y la más baja en el alta.

De acuerdo con el CCO, teniendo en cuenta la puntuación de la evaluación inicial y la del alta del aislamiento de cada una de las escalas, no se produjo ningún cambio clínicamente significativo que indique mejoría, pero en la escala de estado físico general de salud (CCO= -0.2) y en la de capacidad de funcionamiento personal (CCO= -0.3), se manifestó un empeoramiento clínicamente significativo.

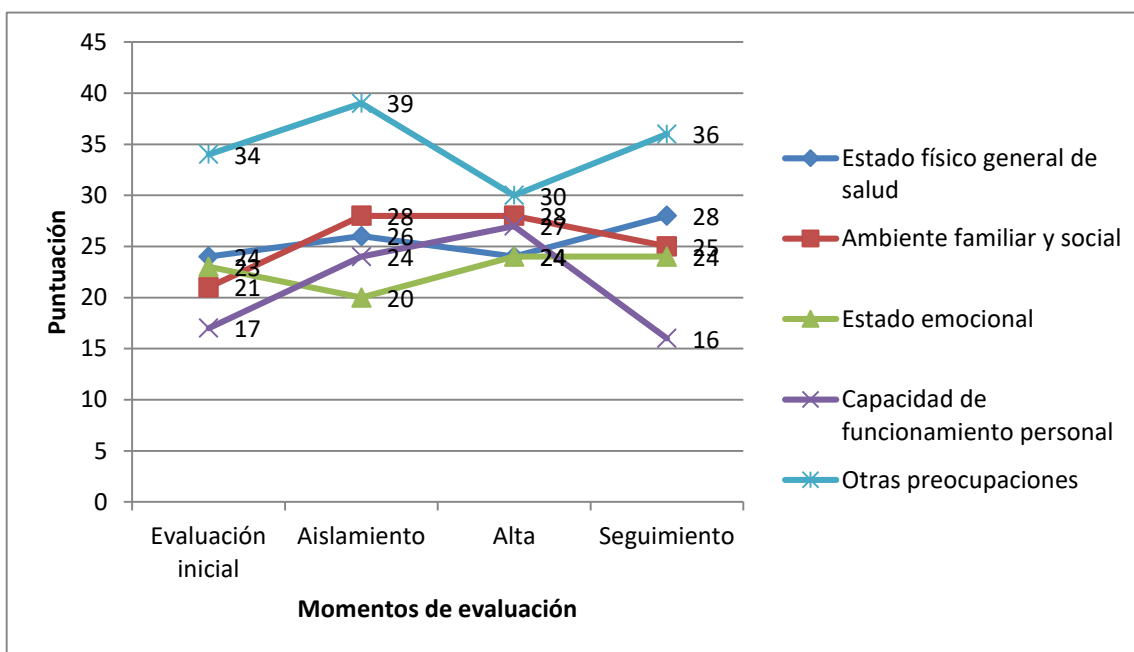


Figura 16. Comparación de las escalas de calidad en los cuatro momentos de evaluación

e) Análisis cualitativo sobre la satisfacción del participante respecto a la intervención

Respecto a haber participado en el estudio la participante comentó “me ayudó a enfocar mi atención en lo verdaderamente importante”.

Percibe que le sirvieron *muchísimo* las estrategias de atención plena en la respiración y escaneo corporal; al preguntarle a la participante si dichas estrategias le habían ayudado con el control de sus síntomas físicos contestó “Claro que sí, aprendí a escuchar mejor mi cuerpo, a relajarlo y saber que hay opciones para no soportar tantas molestias”.

Respecto a la información sobre la relación entre estrés y salud que se le brindó antes del trasplante le sirvió *mucho*; durante el aislamiento el continuar recibiendo información en forma de infografías, respecto a temas relacionados con la atención plena, considera que le sirvió *muchísimo*.

Refirió que en hospitalización le fue *nada fácil* escuchar diariamente la grabación de escaneo corporal y registrarla, mencionando que le gustaba más hacer la estrategia acompañada que estando sola. Lo que le pareció *muy fácil* fue acudir a las citas pretrasplante, responder los cuestionarios de evaluación a lo largo de su participación, hacer las estrategias de atención plena y estar atenta a las sesiones durante el aislamiento. Por otro lado, identificar la intensidad de sus síntomas le pareció *fácil*.

La participante reportó sentirse muy satisfecha con la intervención que recibió y la considera “una buena herramienta para sobrellevar la situación del trasplante”, considera que haber participado en el estudio le ayudó *mucho* a mantener un estado de ánimo agradable y a mejorar su calidad de vida. Considera que la duración, frecuencia y contenido de las sesiones fueron adecuadas. No refirió ningún malestar grave a su persona al haber recibido la intervención.

Participante 3

a) Ficha de identificación y resumen de la estancia hospitalaria

Se trata de una mujer de 38 años, casada y con un hijo, de religión católica, con licenciatura trunca en Psicología Educativa, inactiva laboralmente, depende económicamente de su esposo y ocasionalmente recibe apoyo de sus padres. Su núcleo familiar está conformado por su esposo y su hijo (1 año 2 meses), con quienes vive en casa de su suegra ubicada en la Ciudad de México. Tiene el diagnóstico de Leucemia Promielocítica Aguda de Alto Riesgo desde noviembre de 2010.

Reportó haber recibido atención psiquiátrica aproximadamente en marzo de 2017 debido a síntomas de ansiedad, estuvo tomando Clonazepam por 8 meses. Estuvo en psicoterapia en el 2011 durante un año debido a sentirse deprimida por tener leucemia, además de que estuvo tomando un antidepresivo (Fluoxetina) por 3 meses.

La participante permaneció en hospitalización 24 días. Recibió un TCPH autólogo. Dentro de los padecimientos que manifestó se encuentran: dolor abdominal epigástrico, hiponatremia, pancitopenia, mucositis grado I e hipocalcemia leve secundaria a deficiencia de vitamina D. A los 11 días del trasplante se observaron datos de éxito y cuatro días después los médicos tratantes decidieron su egreso de hospitalización al encontrarla estable, afebril y con la resolución de las complicaciones mostradas.

Por otro lado, la participante recibió una interconsulta por el servicio de psiquiatría el día 25 de mayo tras manifestar síntomas de ansiedad, tras la evaluación se determinó que eran secundarios a la toma de metoclopramida pero que sin embargo eran exacerbados por pensamientos catastróficos y ansiedad anticipatoria, el servicio decidió

indicar 1 mg de Lorazepam. A lo anterior se confirma la presencia de pensamientos anticipatorios y catastróficos, así como hipervigilancia ante síntomas físicos sobre todo al inicio de la hospitalización; al paso de los días se observó mejoría y un mayor control de los pensamientos desadaptativos sin embargo la mayoría de sus puntuaciones de distrés permanecieron clínicamente significativas.

b) Puntuaciones de distrés

La Figura 17 muestra las puntuaciones de distrés obtenidas en las sesiones pretrasplante (fase A), en las sesiones durante el aislamiento (fase B) y en el seguimiento. Asimismo, se encuentra señalada la sesión más cercana a la fecha del TCPH. El tamaño del efecto de la intervención sobre el distrés calculado mediante el NAP fue de 0.73, es decir un efecto moderado, y el cambio clínico objetivo (CCO) fue de -0.5.

Cabe señalar que la participante experimentó más problemas físicos a lo largo de su permanencia en el aislamiento, los más frecuentes fueron: piel seca/comezón, problemas para dormir, fatiga, dolor y náuseas. En las categorías de problemas emocionales, prácticos y familiares la cantidad de malestares reportados fueron similares; sin embargo, destacaron: problemas económicos, problemas de salud familiar, nerviosismo, tristeza y preocupación.

c) Puntuaciones de relajación, comodidad, fatiga, náuseas y dolor

Las Figuras 18-22 muestran las puntuaciones obtenidas respecto a la intensidad de la comodidad, relajación, dolor, fatiga y náuseas que la Participante 3 (P3) reportó antes e inmediatamente después de cada intervención en hospitalización. El 0 es ausencia total y 10 la mayor intensidad posible. De acuerdo con la prueba de rangos con signo de

Wilcoxon para muestras relacionadas, sólo hubo una diferencia estadísticamente significativa en relajación ($p= 0.03$).

La Tabla 5 muestra las medianas de las puntuaciones obtenidas antes y después de la intervención, así como el valor de p calculado a través de la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas, y los porcentajes de las veces que la intensidad de cada uno de los síntomas mejoró, empeoró o se mantuvo inmediatamente después de la intervención.

Tabla 5

Cambios obtenidos en comodidad, relajación, dolor, fatiga y náuseas después de la intervención: Participante 3

	Me AI	Me DI	p	Mejóro DI	Empeoró DI	Se mantuvo DI
Comodidad	6	7	0.08	71.4% (5)	14.2% (1)	14.2% (1)
Relajación	5	7	0.03*	85.7% (6)	14.2% (1)	0% (0)
Dolor	0	0	0.2	28.5% (2)	14.2% (1)	57.1% (4)
Fatiga	0	1	0.1	0% (0)	28.5% (2)	71.4% (5)
Náuseas	0	0	0.6	14.2% (1)	14.2% (1)	71.4% (5)

Me= Mediana, *= Diferencia estadísticamente significativa calculada a través de la prueba de rangos de Wilcoxon para muestra relacionadas, () = equivalente en sesiones, de un total de 7, AI= Antes de la intervención, DI= Después de la intervención.

Con base en lo anterior, en cuanto a la comodidad y a la relajación lo más frecuente fue que la intensidad de las mismas mejorará inmediatamente después de la intervención, sin embargo, el cambio sólo fue estadísticamente significativo para relajación. Respecto al dolor, la fatiga y las náuseas, lo más frecuente fue que su intensidad se mantuviera igual inmediatamente después de la intervención, cabe mencionar que en la mayoría de las ocasiones la intensidad de dichos síntomas fue de 0.

La participante 3 escuchó la grabación de escaneo corporal durante casi toda su estancia en hospitalización hasta 5 días consecutivos, en todas las ocasiones su grado de relajación aumentó. Las veces que no escuchó la grabación fueron por dolor muy intenso. Dentro de los pensamientos, sentimientos y sensaciones que surgieron durante el escaneo corporal reportó: acidez, escalofríos, divagación, aburrimiento, desesperación y relajación.

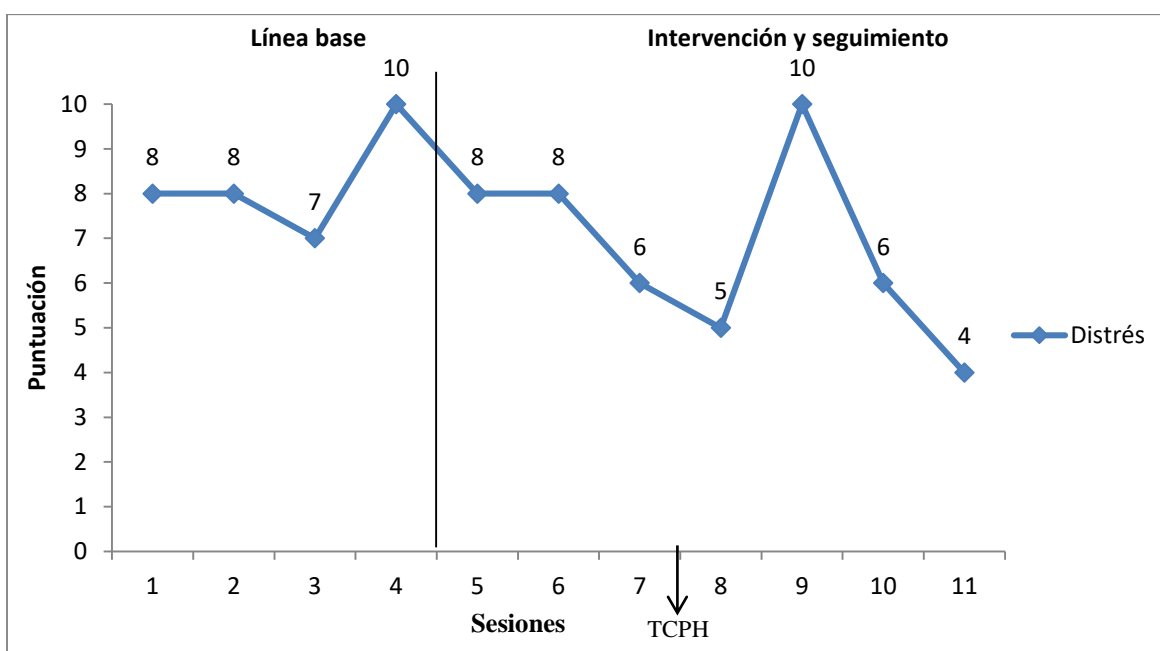


Figura 17. Puntuaciones de distrés: participante 3. NAP= 0.73 (efecto moderado)

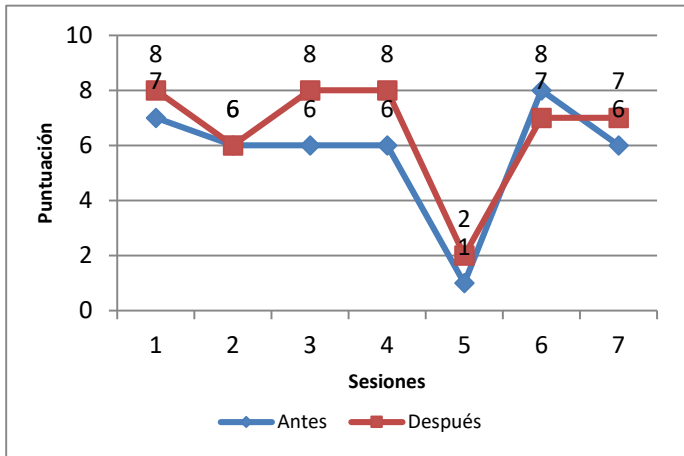


Figura 18. Puntuaciones de comodidad durante el aislamiento: Participante 3. $p=0.08$

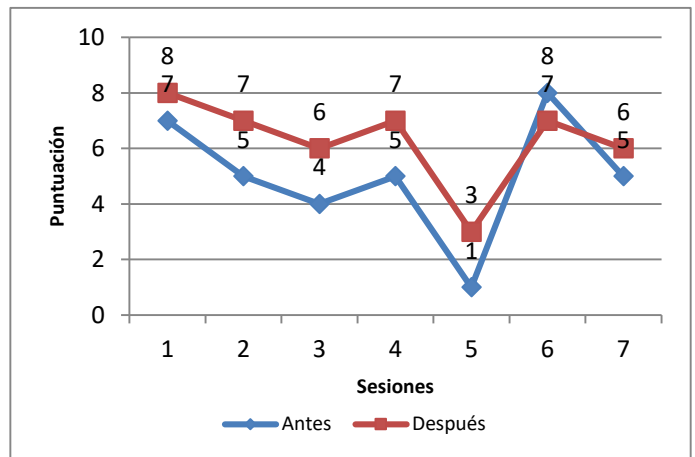


Figura 19. Puntuaciones de relajación durante el aislamiento: Participante 3. $p=0.03$

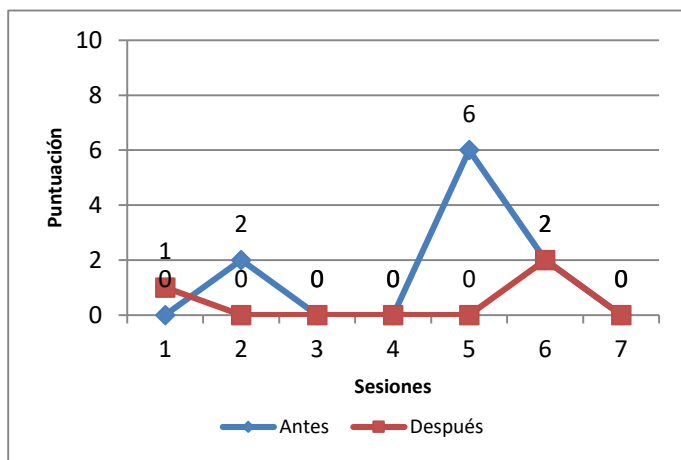


Figura 20. Puntuaciones de dolor durante el aislamiento: Participante 3. $p=0.2$

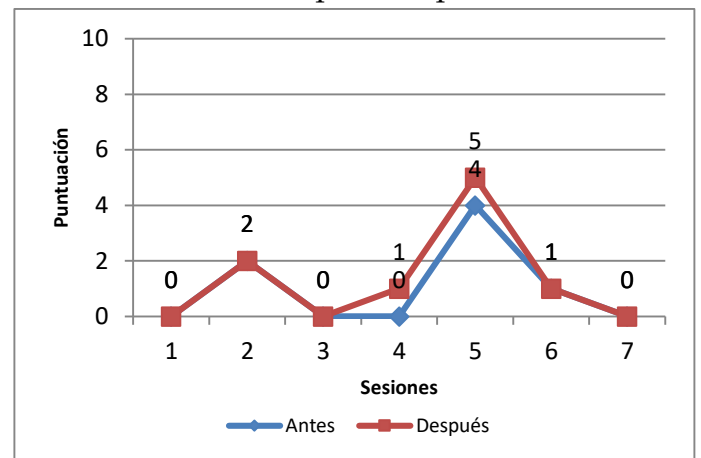


Figura 21. Puntuaciones de fatiga durante el aislamiento: Participante 3. $p=0.01$

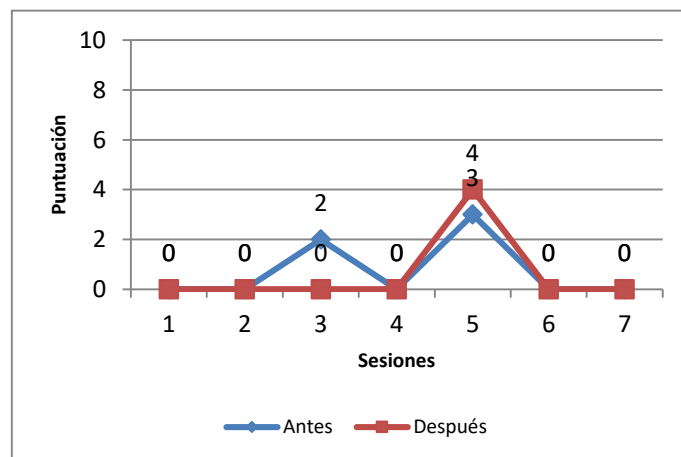


Figura 22. Puntuaciones de náuseas durante el aislamiento: Participante 3. $p=0.6$

d) Puntuaciones de la calidad de vida

En la Tabla 6 se muestran las puntuaciones de calidad de vida obtenidas por la participante 1 de acuerdo con el FACT-BMT, en 4 momentos distintos: evaluación inicial (primera sesión pretrasplante), al iniciar el aislamiento, al alta del aislamiento y en el seguimiento (1 mes después del alta). El resultado del CCO calculado para la puntuación total de calidad de vida fue de -0.01, teniendo en cuenta la puntuación de la evaluación inicial y la del alta del aislamiento, lo cual no refleja un cambio clínicamente significativo.

Tabla 6

Puntuaciones de calidad de vida de la participante 3

FACT-BMT	VMM	Evaluación inicial	Al iniciar el aislamiento	Alta del aislamiento	Seguimiento	CCO
Puntuación total	0-148*	99	84	98	86	-0.01
Estado físico general de salud	0-28*	20	17	25	17	0.2***
Ambiente familiar y social	0-28*	24	16	16	19	-0.3**
Estado emocional	0-24*	14	16	19	21	0.3***
Capacidad de funcionamiento personal	0-28*	18	14	13	15	-0.2**
Otras preocupaciones	0-40*	23	21	25	24	0.08

VMM= Valores Mínimos y Máximos, *= A mayor puntaje mayor calidad de vida, CCO= Cambio Clínico Objetivo, **= empeoramiento clínicamente significativo, ***=mejoramiento clínicamente significativo.

La Figura 23 muestra las puntuaciones totales de calidad de vida en los cuatro momentos en los que fue evaluada, la mejor puntuación la obtuvo en la evaluación inicial y la más baja al iniciar el aislamiento.

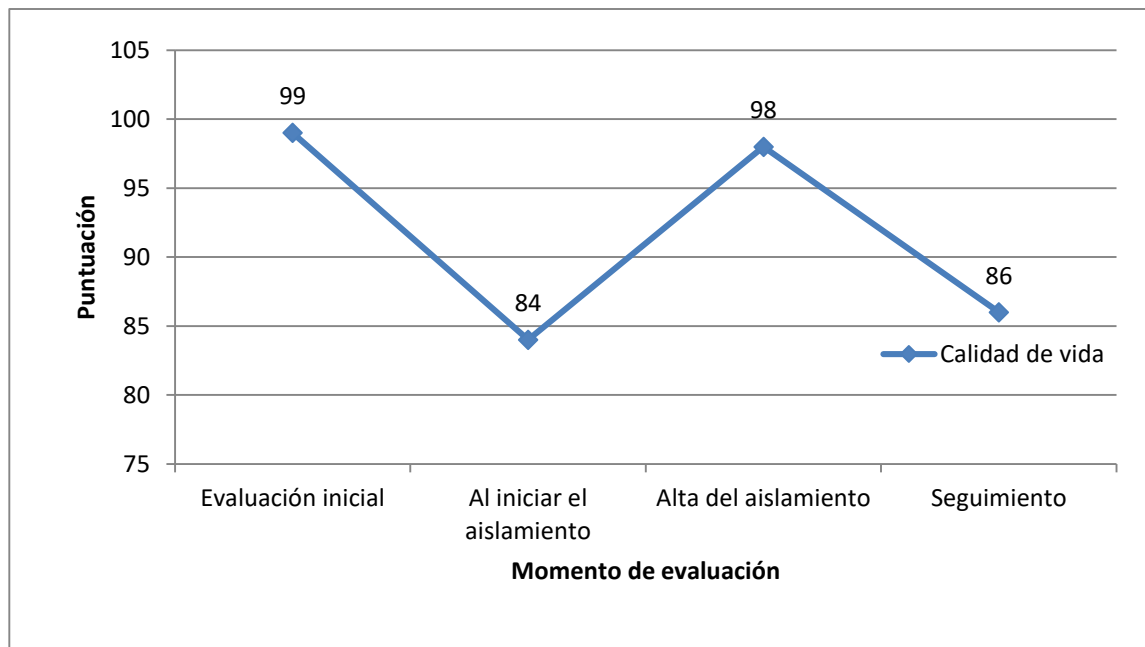


Figura 23. Puntuaciones generales de calidad de vida en los cuatro momentos de evaluación

Al comparar los resultados de las escalas de calidad de vida a lo largo de las evaluaciones, las puntuaciones del estado emocional fueron aumentando progresivamente hasta el seguimiento, momento en que la participante alcanzó la mejor puntuación de todas. Al contrastar las puntuaciones de las escalas de estado físico general de salud y capacidad de funcionamiento personal, obtenidas en la evaluación inicial con las del seguimiento, éstas últimas fueron más bajas. A diferencia de la escala de ambiente familiar y social, cuya puntuación fue más baja en la evaluación inicial. En la escala de otras preocupaciones la mejor puntuación se obtuvo al iniciar el aislamiento y la menor al terminar el mismo, recordando que a menor puntuación menor calidad de vida y viceversa (Figura 24).

De acuerdo con el CCO, tomando en cuenta la puntuación de la evaluación inicial y la del alta del aislamiento de cada una de las

escalas, hubo un mejoramiento clínicamente significativo que indica mejoría en el estado físico general de salud (CCO=0.2) y el estado emocional (CCO=0.3). Por otro lado, se manifestó un empeoramiento clínicamente significativo en ambiente familiar y social (CCO=-0.3), y capacidad de funcionamiento personal (CCO=-0.2).

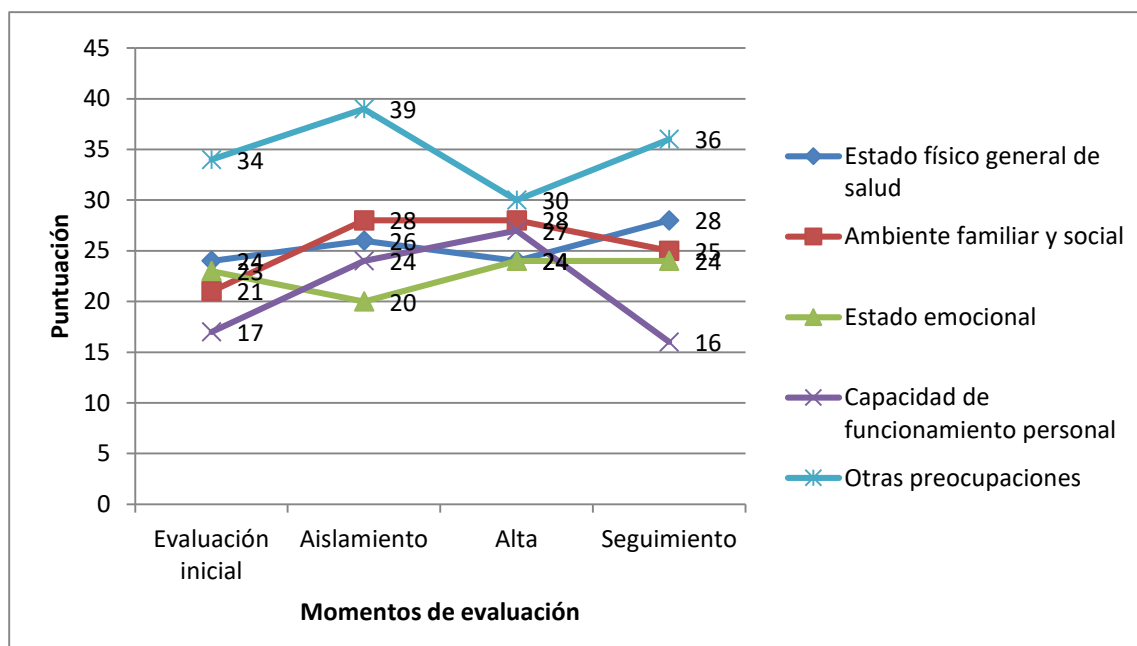


Figura 24. Comparación de las escalas de calidad en los cuatro momentos de evaluación

e) Análisis cualitativo sobre la satisfacción del participante respecto a la intervención

La participante considera que el haber participado en el estudio le ayudó “a relajarme, enfocarme de otra manera, una manera más positiva que me ayude a pasar este proceso (trasplante y aislamiento) y a entenderlo de una mejor manera”. Considera que le sirvió *muchísimo* la estrategia de atención plena en la respiración y *mucho* la de escaneo corporal; al preguntarle si dichas estrategias le habían ayudado con el

control de sus síntomas físicos contesto “sí, mandas tu atención a donde debe estar y te alejas del dolor”.

Respecto a la información sobre la relación entre estrés y salud que se le brindó antes del trasplante y a las infografías sobre temas relacionados con la atención plena que recibió durante el aislamiento, considera que le sirvieron *mucho*, al igual que escuchar diariamente la grabación de escaneo corporal y registrar su práctica.

Le pareció *un poco fácil* acudir a las citas pretrasplante, ya que en ocasiones no tenía con quién dejar a su hijo. Le fue *algo fácil* escuchar diariamente la grabación de escaneo corporal en el aislamiento, llenar su autorregistro, estar atenta a las sesiones durante el aislamiento e identificar la intensidad de sus síntomas. Lo que le pareció *fácil* fue responder los cuestionarios de evaluación a lo largo de su participación y hacer las estrategias de atención plena.

La participante reportó sentirse muy satisfecha con la intervención que recibió y comenta haber aprendido “bastante”; la recomendaría a alguien más pues principalmente le ayudó a “mitigar la angustia” que sentía respecto a lo relacionado con el trasplante. Considera que haber participado en el estudio le ayudó *mucho* a mantener un estado de ánimo agradable y a mejorar su calidad de vida.

Considera que la duración, frecuencia y contenido de las sesiones fueron adecuadas y comenta lo siguiente de las sesiones pretrasplante “Me sirvieron para prepararme y tener una visión más amplia y a darme seguridad”, de las sesiones en el aislamiento comentó “Me gustaron y las esperaba con ansias, a veces se me hacían muy rápidas, pero creo que tienen una buena duración”.

Finalmente, no refirió ningún malestar grave a su persona al haber recibido la intervención y reafirma que le ayudó a “controlar” su angustia.

Participante 4

a) Ficha de identificación y resumen de la estancia en hospitalización

Se trata de un hombre de 63 años de edad, casado y con dos hijos, de religión católica, con un doctorado en Derecho, ejerce profesionalmente y da clases en la Facultad de Derecho de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), sin embargo, al momento de la entrevista comentó que había disminuido sus horas de trabajo. Actualmente radica en la Ciudad de México con su pareja y mantiene contacto cercano con sus hijos producto de su primer matrimonio. Tiene el diagnóstico de Mieloma Múltiple de cadenas ligeras desde septiembre de 2017.

El participante permaneció en hospitalización 30 días. Recibió un TCPH autólogo. Dentro de los padecimientos que manifestó se encuentran: hipocalcemia asintomática, deficiencia de vitamina D, una infección asociada al catéter, neumonía intrahospitalaria, mucositis grado III y náuseas de forma muy importante, mismos que se resolvieron con el tratamiento indicado. A los ocho días del trasplante presentó un aumento progresivo de sus cuentas celulares (plaquetas y glóbulos rojos y blancos), lo que se interpreta como un injerto exitoso y dieciséis días después los médicos tratantes lo valoraron en condiciones adecuadas para su egreso de hospitalización.

Cabe mencionar que a su ingreso a hospitalización el participante presentaba un plasmocitoma cervical izquierdo (tipo de cáncer que empieza en los glóbulos blancos y que puede transformarse en mieloma múltiple) y antecedentes de una fractura costal secundaria al Mieloma Múltiple, ya que interfiere con las células que ayudan a mantener los huesos fuertes.

b) Puntuaciones de distrés

La Figura 25 muestra las puntuaciones de distrés obtenidas en las sesiones pretrasplante (fase A), en las sesiones durante el aislamiento (fase B) y en el seguimiento. También se encuentra señalada la sesión más cercana a la fecha del TCPH. El tamaño del efecto de la intervención sobre el distrés calculado mediante el NAP fue de 0.09 (efecto débil) y el cambio clínico objetivo (CCO) fue de 0. Estos resultados señalan un empeoramiento de los niveles de distrés a lo largo de la intervención.

Cabe mencionar que el participante experimentó más problemas físicos a lo largo de su permanencia en el aislamiento, los más frecuentes fueron: náuseas, piel seca/comezón y hormigueo en manos o pies. Respecto a problemas emocionales en la mayoría de las evaluaciones no reportó ninguno y en ningún momento refirió algún problema práctico o familiar.

c) Puntuaciones de relajación, comodidad, fatiga, náuseas y dolor

Las Figuras 26-30 muestran las puntuaciones obtenidas respecto a la intensidad de la comodidad, relajación, dolor, fatiga y náuseas que la Participante 1 (P1) reportó antes e inmediatamente después de cada intervención en hospitalización. El 0 es ausencia total y 10 la mayor intensidad posible. De acuerdo con la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas, hubo diferencias

estadísticamente significativas en comodidad ($p= 0.02$) y relajación ($p= 0.02$).

La Tabla 7 muestra las medianas de las puntuaciones obtenidas antes y después de la intervención, así como el valor de p calculado a través de la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas, y los porcentajes de las veces que la intensidad de cada uno de los síntomas mejoró, empeoró o se mantuvo inmediatamente después de la intervención.

Tabla 7

Cambios obtenidos en comodidad, relajación, dolor, fatiga y náuseas después de la intervención: Participante 4

	Me AI	Me DI	p	Mejóro DI	Empeoró DI	Se mantuvo DI
Comodidad	5	8.5	0.02*	75% (6)	0% (0)	25% (2)
Relajación	5	8.5	0.02*	75% (6)	0% (0)	25% (2)
Dolor	0	0	0.4	25% (2)	12.5% (1)	62.5% (5)
Fatiga	1.5	0	0.06	50% (4)	0% (0)	50% (4)
Náuseas	0.5	0.5	0.1	37.5% (3)	0% (0)	62.5% (5)

Me= Mediana, *= Diferencia estadísticamente significativa calculada a través de la prueba de rangos de Wilcoxon para muestra relacionadas, () = equivalente en sesiones, de un total de 8, AI= Antes de la intervención, DI= Después de la intervención.

Con base en lo anterior, la mayoría de las sesiones la intensidad de la comodidad y la relajación mejoró de forma significativa e inmediata tras la intervención. En cuanto al dolor y las náuseas, la mayoría de las veces la intensidad se mantuvo, cabe mencionar que fue de 0 la puntuación más frecuentemente que el P4 reportó para dichos síntomas; el dolor empeoró en una sesión y las náuseas nunca empeoraron. La fatiga mejoró y se mantuvo igual durante la mitad de las sesiones, pero nunca empeoró.

El participante 4 a lo largo de la hospitalización no escuchó en ninguna ocasión la grabación de escaneo corporal, cabe mencionar que cada semana se le motivaba a escucharla, pero refería no sentirse tan mal.

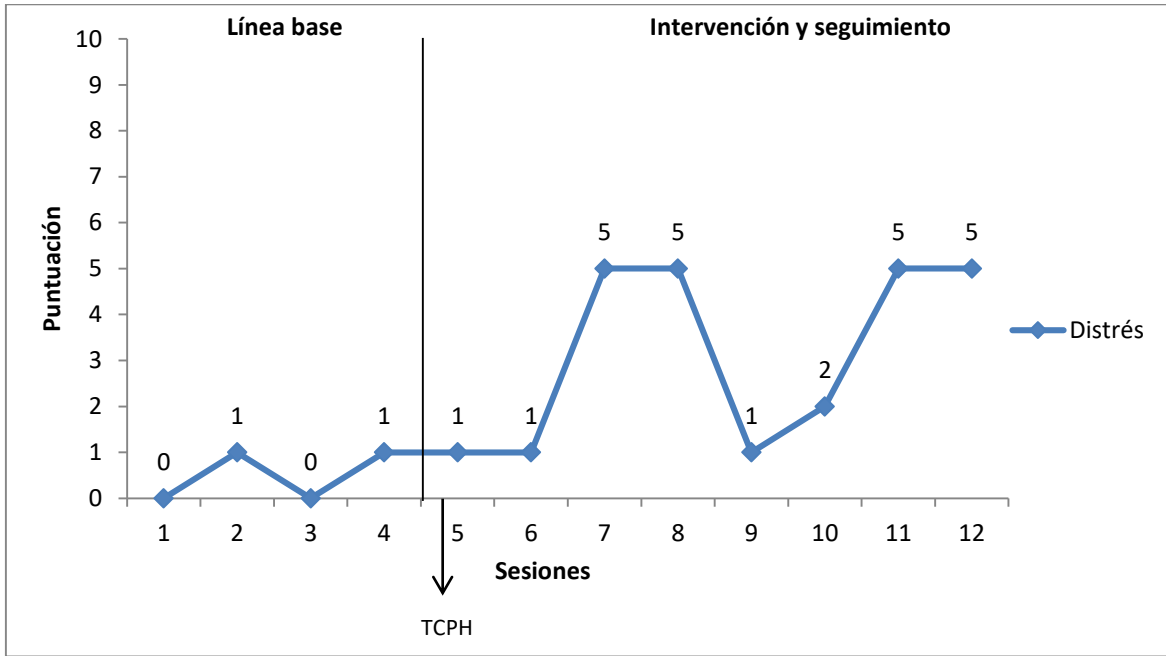


Figura 25. Puntuaciones de distrés y tamaño del efecto de la intervención. NAP= 0.09 (efecto débil).

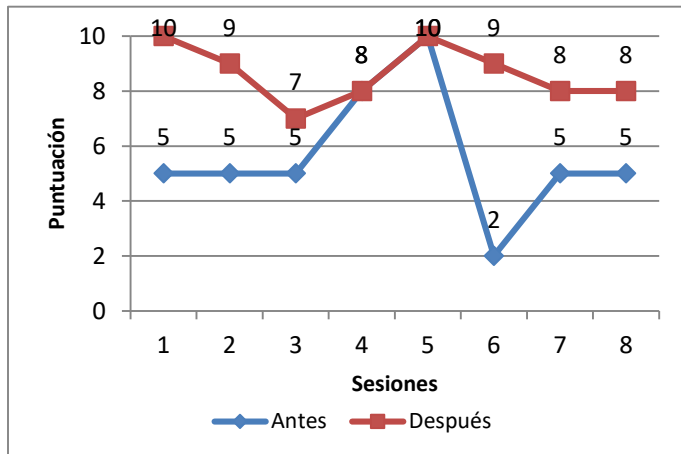


Figura 26. Puntuaciones de comodidad durante el aislamiento: Participante 4. $p=0.02^*$

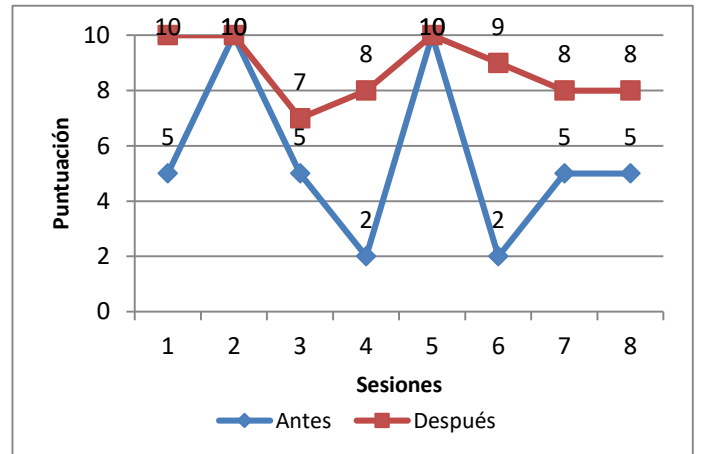


Figura 27. Puntuaciones de relajación durante el aislamiento: Participante 4. $p=0.02^*$

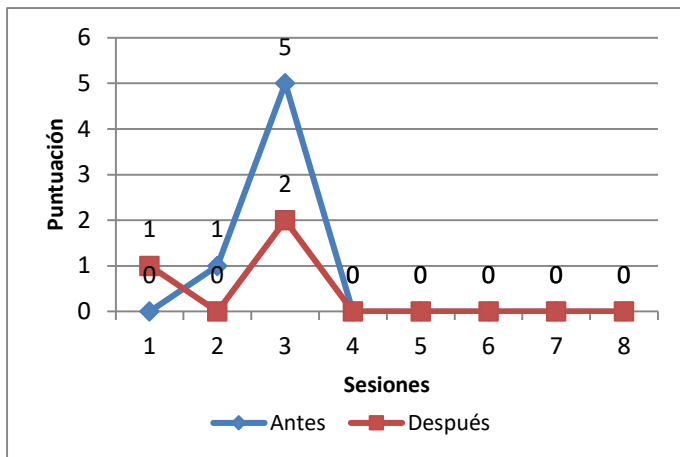


Figura 28. Puntuaciones de dolor durante el aislamiento: Participante 4. $p= 0.4$

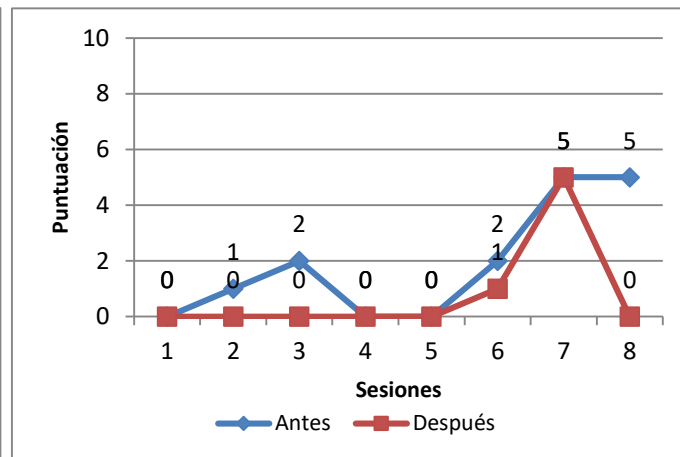


Figura 29. Puntuaciones de fatiga durante el aislamiento: Participante 4. $p= 0.06$

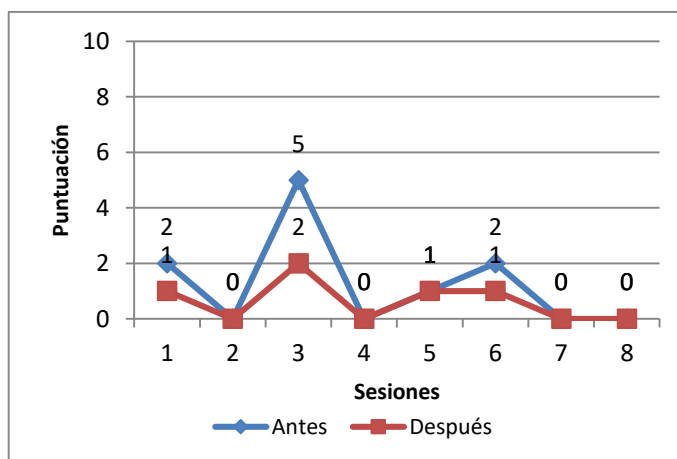


Figura 30. Puntuaciones de náuseas durante el aislamiento: Participante 4. $p= 0.1$

d) Puntuaciones de calidad de vida

En la Tabla 8 se muestran las puntuaciones de calidad de vida obtenidas por la participante 1 de acuerdo con el FACT-BMT, en 4 momentos distintos: evaluación inicial (primera sesión pretrasplante), al iniciar el aislamiento, al alta del aislamiento y en el seguimiento (1 mes después del alta). El resultado del CCO calculado para la puntuación total de calidad de vida fue de 0.1, teniendo en cuenta la puntuación de la evaluación inicial y la del alta del aislamiento, valor que no refleja un cambio clínicamente significativo.

Tabla 8

Puntuaciones de calidad de vida del participante 4

FACT-BMT	VM M	Evaluación inicial	Al iniciar el aislamient o	Alta del aislamient o	Seguimient o	CCO
Puntuación total	0- 148*	119	137	132	129	0.1
Estado físico general de salud	0-28*	24	26	24	28	0
Ambiente familiar y social	0-28*	21	28	28	25	0.3** *
Estado emocional	0-24*	23	20	24	24	0.04
Capacidad de funcionamient o personal	0-28*	17	24	27	16	0.5** *
Otras preocupacione s	0-40*	34	39	30	36	-0.1

VMM= Valores Mínimos y Máximos, *= A mayor puntaje mayor calidad de vida, CCO= Cambio Clínico Objetivo, ***=mejoramiento clínicamente significativo.

La Figura 31 muestra las puntuaciones totales de calidad de vida del participante en los cuatro momentos en los que fue evaluada, la mejor puntuación la al iniciar el aislamiento y la más baja en la evaluación inicial.

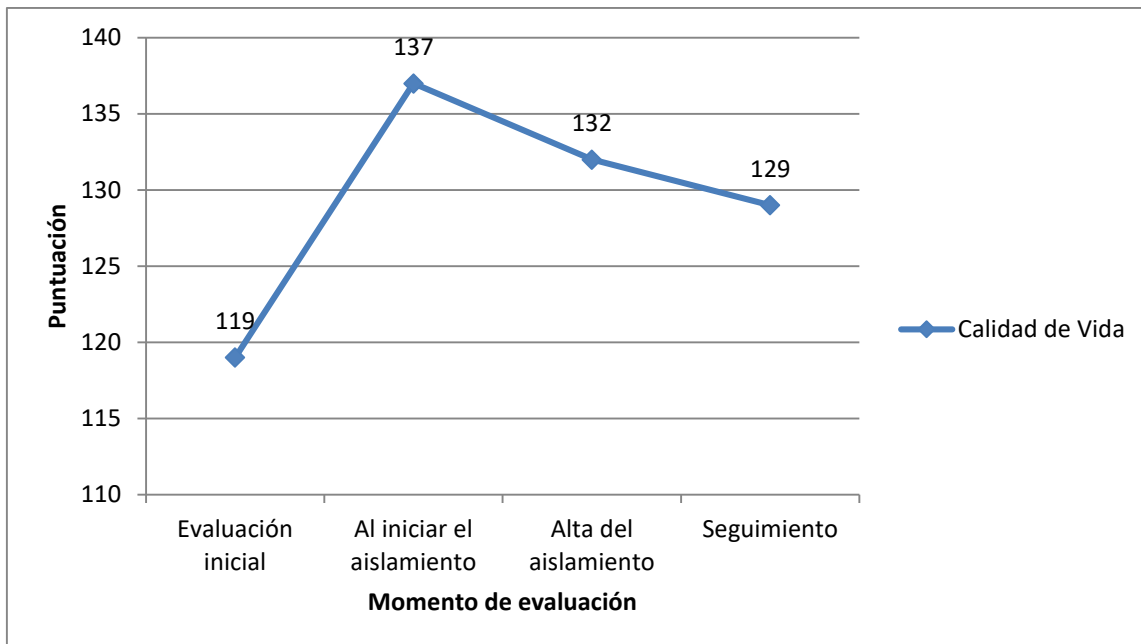


Figura 31. Puntuaciones generales de calidad de vida en los cuatro momentos de evaluación

La Figura 32 muestra la comparación de las puntuaciones de las escalas de calidad de vida obtenidas en los diferentes momentos de evaluación a lo largo del estudio. El estado físico general de salud alcanzó su mejor puntaje en el seguimiento; en cuanto al ambiente familiar y social, y la capacidad de funcionamiento personal las puntuaciones fueron mejorando a partir de la evaluación inicial. Sin embargo, en el seguimiento sufrieron un descenso con respecto a las dos mejores puntuaciones obtenidas al inicio y al final del aislamiento.

En cuanto al estado emocional hubo una mejoría en la puntuación al momento del alta con respecto al inicio del aislamiento, la cual se mantuvo en el seguimiento. La mejor puntuación de la escala de otras preocupaciones fue al iniciar el aislamiento y la más baja fue la obtenida en el alta. De alguna forma todas las escalas mostraron una recuperación en sus puntuaciones durante el seguimiento, a excepción del funcionamiento personal que obtuvo la menor de las puntuaciones con respecto a misma en ese momento.

De acuerdo con el CCO, teniendo en cuenta la puntuación de la evaluación inicial y la del alta del aislamiento de cada una de las escalas, se manifestaron cambios clínicamente significativos que indican mejoría en el ambiente familiar y social (CCO=0.3), y en la capacidad de funcionamiento personal (CCO=0.5).

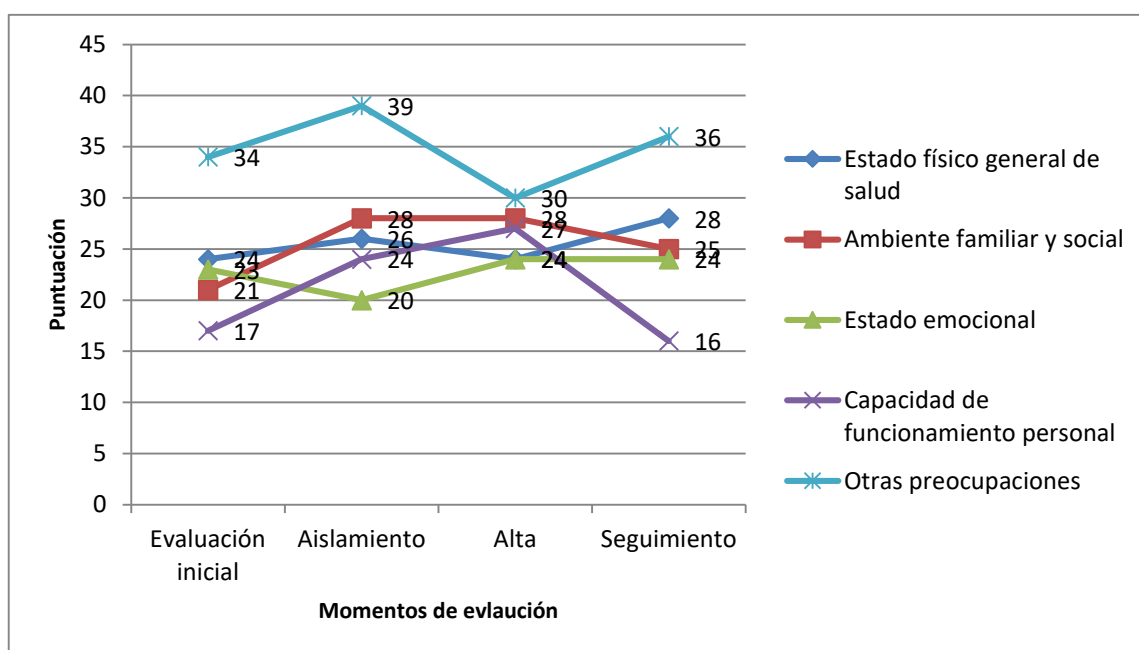


Figura 32. Comparación de las escalas de calidad en los cuatro momentos de evaluación

e) Análisis cualitativo sobre la satisfacción del participante respecto a la intervención

El participante considera que el haber participado en el estudio le ayudó de forma “anímica”. Reportó que le sirvió *muchísimo* la información que se le brindó en las sesiones pretrasplante sobre la relación entre el estrés y la salud; así como la estrategia de atención plena en la respiración durante el aislamiento, la cual refirió que le ayudó a tranquilizarse y a controlar sus síntomas físicos.

En el cuestionario de satisfacción de la intervención el participante refirió no percibir alguna utilidad de las infografías, la grabación de escaneo corporal y de los autorregistros, los cuales se esperaba que pusiera en práctica durante el aislamiento. Sin embargo, el participante en ninguna ocasión utilizó la grabación que le fue proporcionada, al cuestionarle el por qué refirió que no le había hecho falta. Se exploraron los posibles obstáculos para su uso, se le brindaron alternativas de momentos y horarios en que podía escuchar la grabación y se le habló de los potenciales beneficios, pero él continuó sin escuchar la grabación durante todo su aislamiento.

Refirió que le fue *muy fácil* acudir a las citas pretrasplante, responder a los cuestionarios, hacer las estrategias de atención plena, estar atento a las sesiones en hospitalización e identificar la intensidad de sus síntomas. Por otro lado, el participante consideró que la duración, frecuencia y contenido de todas las sesiones “fueron buenos”. Mencionó sentirse satisfecho con la intervención que recibió y la recomendaría a otras personas, comentado que “ayuda al entendimiento de sí mismo”. Piensa que el haber participado en el estudio le ayudó *mucho* a mantener un estado de ánimo agradable y a mejorar su calidad de vida. No refirió algún malestar grave a su persona al haber recibido la intervención.

Finalmente, cabe resaltar que cada uno de los participantes reportó niveles de distrés emocional diferentes durante su hospitalización, y que también hubo diferencias entre sí respecto a la duración de ésta. La Tabla 9 muestra por cada participante, el número total de veces que se evaluó el distrés emocional a lo largo de la intervención, el porcentaje en el que los niveles del distrés emocional pasaron el punto de corte, es decir un puntaje de 4 o más en el termómetro de distrés, y la duración de su hospitalización.

Tabla 9

Distrés emocional clínicamente significativo y duración de la hospitalización

Participante	Total de evaluaciones*	Distrés clínicamente significativo	Duración de la hospitalización
P1	19	36% (7)	73 días
P2	14	21% (3)	49 días
P3	7	100% (7)	30 días
P4	8	50% (4)	24 días

*= total de evaluaciones de distrés emocional durante la hospitalización, () = equivalente del porcentaje en sesiones con base al número total de éstas.

La P1 tuvo la estancia más larga con 73 días, seguida por la P2 con 49 días, el P4 con 30 días y la P3 con 24 días. Respecto a los niveles de distrés emocional, la P3 el 100% de las evaluaciones tuvo puntuaciones clínicamente significativas de distrés emocional, el P4 el 50%, la P1 el 36% y la P2 el 21% de ellas.

BARRERAS IDENTIFICADAS A LO LARGO DEL ESTUDIO

El diseño experimental de caso único A-B se centra en la variabilidad individual y no en la grupal, busca documentar si hay un cambio observable e importante en la o las variables dependientes, si el cambio observado en los datos es resultado de la aplicación de la variable independiente y si este cambio es generalizable a través del tiempo (Kazdin, 2001). Para poder demostrar lo anterior, es necesario asegurar que tanto las evaluaciones como la intervención se lleven a cabo de la mejor forma.

La Tabla 5 menciona los elementos de la evaluación y de la intervención, identificando si se cumplieron o no en cada uno de los participantes, más adelante se retoman los elementos que no se cumplieron en todos los participantes y se explican las barreras asociadas, además se ofrecen recomendaciones que fueron útiles para resolverlas (Tabla 6).

Evaluar a los participantes con el TD en cada sesión en hospitalización, tener 2 sesiones en hospitalización por semana, revisar la infografía programada y practicar atención plena en la respiración y el escaneo corporal una vez por semana fue posible con todos los participantes, sin embargo, existieron barreras ambientales que dificultaron su realización.

Tabla 5*Elementos de la evaluación e intervención*

Elementos	P1	P2	P3	P4
Relacionados con la evaluación				
Realizar la entrevista psicológica semiestructurada a los participantes en la sesión 1.	N	N	N	S
Tener 3 sesiones de evaluación antes del trasplante.	N	S	S	S
Evaluar a los participantes con el TD al menos 3 veces antes del trasplante.	S	S	S	S
Evaluar a los participantes con el TD en cada sesión en hospitalización.	S	S	S	S
Evaluar a los participantes con el FACT-BMT el día de su ingreso a hospitalización.	S	N	N	S
Evaluar a los participantes con el FACT-BMT el día de su egreso de hospitalización.	N	S	S	S
Evaluar a los participantes con el FACT-BMT un mes después de su egreso de hospitalización.	S	S	S	S
Evaluar a los participantes con las escalas visuales análogas en cada sesión en hospitalización.	N	N	S	S
Autorregistro diario del escaneo corporal.	N	N	N	N
Relacionados con la implementación de la intervención				
Tener 2 sesiones en hospitalización por semana con cada participante.	S	S	S	S
Explicar a los participantes la infografía programada para cada semana en hospitalización.	S	S	S	S
Practicar en conjunto con los participantes atención plena en la respiración y una vez por semana.	S	S	S	S
Practicar en conjunto con los participantes el escaneo corporal una vez por semana.	S	S	S	S
Practicar en conjunto con los participantes el yoga en las sesiones 9 y 11.	N	N	N	N
Practicar diariamente el escaneo corporal usando la grabación.	N	N	N	N

P1, P2, P3 y P4= Participante 1, 2, 3 y 4 respectivamente; S= sí se cumplió; N= no se cumplió.

El programa de intervención se llevó a cabo principalmente en la unidad de trasplantes ubicada en el área de hospitalización del INCMNSZ. La unidad se caracteriza por ser un área aislada del resto de los pacientes del piso, contar con un sistema de aire especial (presión positiva) que lo filtra y mejora su calidad, tener personal de enfermería específico, controlar el ingreso por medio de un sistema electrónico y solicitar de forma importante seguir las medidas de higiene (principalmente lavarse las manos y usar cubrebocas).

El hecho de que la unidad sea un espacio aislado favorece que el ruido del resto del piso de hospitalización no se escuche, sin embargo, el ruido en la estancia de la unidad generado por el personal sanitario (médicos, enfermeras y enfermeros) o de limpieza, se escucha en las habitaciones de los pacientes. Para la práctica de las estrategias de atención plena es deseable contar con el mayor silencio posible lo cual favorece la concentración y permite aprovechar los beneficios, entre ellos adquirir un estado de relajación.

Al inicio del estudio era frecuente que se presentaran interrupciones por parte del personal médico y de enfermería mientras se estaba llevando a cabo la evaluación o la intervención, generalmente las interrupciones eran debido a tener que tomar muestras de sangre, administrar o cambiar medicamentos, atender órdenes de estudios médicos, pase de visita de los médicos tratantes, toma de signos vitales y verificar el estado del catéter del participante.

Es complicado tener el control de todos los factores ambientales presentes en la unidad de trasplantes, sin embargo, resultó útil conocer los horarios regulares que se manejan en hospitalización, por ejemplo, la hora en que se sirven los alimentos y los horarios de pase de visita. Contar con dicho conocimiento fue una forma de prevenir ciertas

interrupciones, además de respetar lo más posible momentos importantes tanto para los pacientes como para el equipo médico y de enfermería.

Dentro de la unidad era frecuente interactuar con el personal de enfermería, prácticamente es quien permite el acceso a aquellos que no cuentan con la contraseña de la puerta. Aun cuando el personal es específico es rotado cada cierto tiempo, por lo tanto, presentar al equipo de psicología resultó importante pues eso disminuyó las interrupciones y en cierta medida el ruido antes comentado.

Enfermeros y enfermeras comenzaron a postergar entrar a la habitación del paciente a menos que fuera muy importante acceder (ej. administrar un medicamento) o entraban en silencio. Añadiendo información acerca del acceso a la unidad, realmente fueron pocas las veces en que no hubo alguien que facilitara la entrada; en esas ocasiones se solicitó apoyo a los médicos encargados del sector al que pertenece la unidad, sólo fue necesario presentarse y explicar los motivos para entrar.

La presión positiva del aire genera un clima frío en toda la unidad, pero realmente no se puede prescindir del sistema, ya que los pacientes quedarían expuestos a enfermedades contagiosas sobre todo por su sistema inmunitario debilitado. Al inicio era frecuente que algunos participantes reportaran haber tenido frío mientras practicaban atención plena, por lo cual en posteriores sesiones se les dio la opción de cubrirse antes de empezar con la estrategia, tal medida resultó suficiente.

Respetar las medidas de higiene no interfirió de ninguna forma en la evaluación o intervención y sin duda es muy importante seguirlas. Las medidas más frecuentes a seguir fueron lavarse las manos antes de

ingresar a las habitaciones, usar cubrebocas y dejar afuera de la unidad la bata de uso cotidiano. Es importante prestar atención a las medidas de contacto plus (ej. usar guantes de latex y batas esterilizadas) que en ocasiones son colocadas en la puerta de las habitaciones. No hay que perder de vista que el sistema inmune de los pacientes se encuentra débil y que al seguir las medidas de higiene se les protege de infecciones, además de que es una forma de autocuidado.

Originalmente se había planteado que los participantes practicaran la respiración con atención plena estando sentados, que es como generalmente se realiza, sin embargo, resultó más viable que la hicieran acostados en su cama debido a la fatiga e incluso al frío que sentían al levantarse. Asimismo, moverse de un lado a otro les era difícil debido a las vías que tenían conectadas su catéter y al reducido espacio de la habitación.

Sin duda conforme más tiempo pasaba a partir del inicio del estudio, las barreras se fueron manifestando, pero también se fueron ideando las posibles soluciones a cada una de ellas.

Cabe resaltar que la comunicación con los médicos tratantes y el personal de enfermería es un aspecto muy importante en el que hay que seguir trabajando, pues se pudo notar que eso permitió una intervención más fluida al asumir cierto control de las interrupciones o distracciones que se podían evitar como el ruido y las entradas a la habitación de los participantes que podían esperar. Toda intervención requiere tiempo y espacio, las intervenciones psicológicas no son la excepción.

Tabla 6*Barreras y recomendaciones respecto a la evaluación de los participantes y la implementación de la intervención*

Barreras		Recomendaciones
Relacionadas con la evaluación		
Realizar la entrevista psicológica semiestructurada a los participantes en la sesión 1.	<ul style="list-style-type: none"> - En la sesión 1 además de llevar a cabo la entrevista, se firmaba el consentimiento informado y se aplicaban dos instrumentos de evaluación. - Necesidad de descarga emocional respecto a vivir con la enfermedad, los cambios que se habían producido en distintas áreas de su vida y aspectos relacionados con el tratamiento (síntomas, costos, acudir constantemente al hospital, dudas). - Demoras en el inicio de la sesión por retardo de las participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entregar el consentimiento informado al participante para que pueda leerlo e identificar sus dudas en casa, y firmarlo en la sesión 2. - Dar unos minutos al participante para que pueda descargarse emocionalmente e interrumpir amablemente explicando la importancia de contar con el tiempo suficiente durante la sesión para llevar a cabo la evaluación. Explicar al participante lo que se realizará la siguiente sesión y solicitarle amablemente que acuda puntualmente.
Tener 3 sesiones de evaluación antes del trasplante.	<ul style="list-style-type: none"> - La participante 1 vivía fuera de la Ciudad de México (en Querétaro), - al momento de contactarla y agendar una cita de primera vez la mayoría de sus citas estaban programadas en fin de semana (fuera del horario de atención del servicio de Psicología) ya que se encontraba asistiendo a la universidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - En la medida de lo posible agendar las citas en fechas en las que el participante acudirá al instituto. - Realizar la evaluación por teléfono y posponer el contenido de la sesión a la fecha más próxima en la que el participante pueda acudir. - Hacer un encuadre con el participante acerca de las sesiones pretrasplante, recalcando la importancia de las evaluaciones.

<p>Evaluar a los participantes con las escalas numéricas en cada sesión en hospitalización.</p>	<p>- Queja de síntomas físicos muy intensos, como dolor en el estómago, fatiga y fiebre.</p>	<p>- Ante síntomas valorados como muy intensos por el participante lo más adecuado es respetar el malestar, de ser posible volver más tarde y si no al día siguiente; siempre con su consentimiento.</p>
<p>Que los participantes lleven a cabo los autorregistros en hospitalización por lo menos 4 días de las semanas que pasaron hospitalizados.</p>	<p>- Tanto la participante 2 como el participante 3 no llenaron los autorregistros ya que no realizaron la estrategia de escaneo corporal usando la grabación que les fue proporcionada.</p>	<p>- Explorar posibles dudas sobre el llenado del autorregistro. - Explicar los fines del autorregistro.</p>
<p>Evaluar a los participantes con el FACT-BMT el día de su ingreso a hospitalización.</p>	<p>- Cambios en las fechas de ingreso a hospitalización. - Ingreso a hospitalización después del horario de atención del servicio de Psicología. - Comunicación insuficiente con los médicos tratantes, a quienes se les solicitaba el aviso del ingreso.</p>	<p>- Preguntar a los participantes sobre una fecha tentativa para su ingreso y mantener un contacto estrecho vía telefónica o mensajes. - Preguntar a los médicos sobre una fecha tentativa de ingreso de los participantes. - Consultar las notas del expediente clínico de los participantes.</p>
<p>Evaluar a los participantes con el FACT-BMT el día de</p>	<p>- Cambios en las fechas de egreso de hospitalización. - Egreso de hospitalización fuera del horario de atención del servicio de Psicología.</p>	<p>- Preguntar a los participantes sobre una fecha tentativa para su ingreso y mantener un contacto estrecho vía telefónica o mensajes.</p>

su egreso de hospitalización.	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación insuficiente con los médicos tratantes, a quienes se les solicitaba el aviso del egreso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Preguntar a los médicos sobre una fecha tentativa de egreso de los participantes. - Consultar las notas del expediente clínico de los participantes.
Relacionadas con la implementación de la intervención		
Practicar en conjunto con los participantes el yoga en las sesiones 9 y 11.	<ul style="list-style-type: none"> - Los participantes reportaban sentirse fatigados o se encontraban en trombocitopenia (cantidad de plaquetas por debajo de los niveles normales) y por lo mismo con riesgo de hemorragia. - El catéter venoso central dificultaba la movilidad y como medida de higiene del hospital no podía tener contacto con el suelo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Antes de llevar a cabo el yoga, revisar el conteo de células del paciente, sólo con un conteo mayor a 30 mil plaquetas se puede realizar. - Verificar el estado físico del paciente (lesiones presentes o pasadas). - Optar por practicar escaneo corporal en lugar de yoga.
Practicar diariamente el escaneo corporal usando la grabación.	<ul style="list-style-type: none"> - La participante 2 mencionó que prefería hacer el escaneo corporal estando acompañada y no usando la grabación, pues le permitía concentrarse mejor. - El participante 3 reportó no tener la “necesidad” de llevar a cabo el escaneo corporal pues se sentía bien y prefería ocupar el tiempo en su trabajo (escribir un libro). 	<ul style="list-style-type: none"> - Motivar al participante para que escuche las grabaciones: evaluando y eliminando los obstáculos para la práctica diaria, explicándole los beneficios del escaneo corporal, brindando alternativas de momentos y horarios en que puede practicar, ofreciéndole ayuda si tiene alguna dificultad al respecto. - Recordarle al participante al menos una vez por semana que tiene la posibilidad de escuchar la grabación.

DISCUSIÓN

Ser receptor de un TCPH implica afrontar numerosos retos de carácter físico y psicológico a lo largo del proceso del mismo. Es una experiencia doblemente estresante para los pacientes con hemopatías malignas o benignas que tienen que recurrir a dicho tratamiento, que se asocia con procedimientos médicos invasivos, largos periodos de recuperación y síntomas físicos que con gran frecuencia se viven como angustiantes. Asimismo, se ha visto una clara relación entre el distrés emocional en relación con el TCPH, entre 15 y 50% de los pacientes lo reportan en algún punto del trasplante y/o periodo de recuperación (Rueda-Lara & López-Patton, 2014).

Por una parte, el TCPH involucra procedimientos de aislamiento estrictos; padecimientos como dolor, fatiga, debilidad general, dolor de boca, pérdida del apetito, náuseas, diarrea, problemas para dormir y disfunción sexual los cuales provocan estancias hospitalarias más largas, aumento del distrés emocional, depresión, deterioro de la calidad de vida y del funcionamiento físico (Rueda-Lara & López-Patton, 2014; Fife, 2000, Neitzert et al., 1998). Y, por otra parte, los pacientes suelen enfrentar situaciones psicosociales como la pérdida de la privacidad personal e independencia, el aislamiento de sus seres queridos, una autoimagen negativa, preocupaciones financieras e incertidumbre de su futuro laboral, miedo a la morbilidad y mortalidad relacionadas con el tratamiento y la enfermedad (Bauer-Wu, 2008).

El objetivo general del presente estudio fue explorar el efecto de una intervención basada en atención plena sobre el distrés emocional, la calidad de vida y aspectos como comodidad, relajación, fatiga, náuseas y dolor en pacientes que reciben un TCPH. Pues se ha visto que

factores psicosociales como la actitud de los pacientes hacia la enfermedad, el tratamiento y los síntomas; así como las habilidades de afrontamiento, el distrés emocional, la calidad de vida y el apoyo social impactan en los resultados médicos de dicho tratamiento (Sasaki, 2000).

REBAP ha sido empleado de forma eficaz en ambientes hospitalarios con problemas de salud como estrés asociado a alguna enfermedad, dolor crónico (fibromialgia y cáncer), dolor agudo, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, cefaleas, fatiga crónica, problemas de piel y alteraciones de sueño (Moñivas, García-Diex & García-De-Silva, 2012). Este programa ofrece habilidades para enfrentar el distrés emocional y diferentes síntomas corporales (Musial et al., 2011).

De forma general los resultados de la presente intervención muestran que tuvo efectos de débiles a medianos sobre el distrés emocional; no generó cambios clínicos significativos sobre la calidad de vida, pero en todos los participantes hubieron mejorías estadísticamente significativas en al menos uno de los aspectos medidos (comodidad, relajación, dolor, fatiga y náuseas), específicamente en comodidad, relajación y dolor, los cuales se evaluaron únicamente antes y después de cada intervención en hospitalización, debido a esto no fue posible evaluar si la mejoría se mantuvo en el tiempo, pero sí que fue inmediata a la intervención.

Respecto al distrés, que fue una de las principales variables respuesta, la intervención mostró un efecto mediano en la participante 3 (P3) y un efecto débil en los otros participantes. Sin embargo, en la participante 1 (P1) se manifestó un cambio clínico significativo. En el seguimiento (1 mes después del alta de hospitalización), todos los participantes,

excepto la P3, tuvieron una puntuación de distrés que no pasó el punto de corte (por debajo de 4), es decir que no fueron clínicamente significativas.

Cabe mencionar que el P4, durante la fase de intervención sólo reportó niveles de distrés mayores o iguales, pero no menores a los que reportó en la línea base, alcanzando hasta 5 puntos en la mitad de las sesiones (4 de 8). Lo anterior puede deberse a las múltiples quejas físicas (náuseas, dolor en boca, problemas para alimentarse, diarrea, fatiga, fiebre, hormigueo en manos o pies) que el P4 reportó tanto después de la terapia de acondicionamiento como después del TCPH, antes de estos tratamientos el P4 únicamente se había quejado de sensación de hinchazón, piel seca o comezón y hormigueo en manos o pies, y no había reportado ningún problema práctico, familiar o emocional; pero durante la hospitalización el P4 reportó sentir depresión, nerviosismo, tristeza, preocupación y pérdida de interés.

A diferencia del P4, las participantes 1, 2 y 3 si reportaron al menos un problema práctico, familiar o emocional durante la línea base, lo común entre todos los participantes fue que reportaron síntomas físicos tanto en la línea base como en la fase de intervención, aunque la frecuencia de estos fue diferente; la P3 fue quien reportó el mayor número de quejas físicas durante la línea base, entre 7 y 14, a diferencia de la P1 que reportó entre 2 y 3, la P2 entre 1 y 11, y el P4 entre 3 y 4. Cabe resaltar, que el tamaño de la línea base fue igual en todos los participantes (4 mediciones), excepto en la P2 (8 mediciones).

Los niveles de distrés emocional reportados por los participantes durante la hospitalización, así como la duración de la misma y por lo tanto la duración de la intervención, fueron diferentes en cada participante. La P1 el 36% de las veces sus niveles de distrés pasaron el

punto de corte, es decir puntuó 4 o más en el termómetro de distrés; en la P2 el 21% de las veces; en la P3 el 100% de las veces y en el P4 el 50% de las veces. En cuanto a la duración de la hospitalización, también fue muy heterogénea, la P1 tuvo la estancia más larga con 73 días, seguida por la P2 con 49 días, el P4 con 30 días y la P3 con 24 días.

Con base en los datos anteriores, probablemente el número de días en hospitalización no necesariamente es un factor estresante en sí mismo para todos los participantes. La P3 tuvo la estancia hospitalaria más corta (24 días), pero en todas las evaluaciones reportó puntuaciones de distrés emocional clínicamente significativas (iguales o mayores a 4); por otro lado, la P1 tuvo la hospitalización más larga (73 días), pero en menos del 50% de las evaluaciones sus niveles de distrés fueron clínicamente significativos. Es más probable que variables como los síntomas físicos propios tanto de la terapia de acondicionamiento como del TCPH, los problemas prácticos y/o familiares, otros estados emocionales, la condición de asilamiento, etc., influyan mayormente en los niveles de distrés emocional experimentado durante la hospitalización, y que a su vez estos estresores les demanden distintas estrategias de afrontamiento.

Por otro lado, en el caso de la P3, quizás la corta exposición a la intervención (24 días) no permitió observar una mayor mejoría del distrés emocional, considerando que la duración original del programa REBAP es de 56 días. Sin embargo, fue en la única participante que el efecto de la intervención fue mediano, y no débil como en los demás, a pesar de que el 100% de las evaluaciones en hospitalización, la P3 reportó niveles de distrés clínicamente significativos (iguales o mayores a 4), lo cual apunta a la potencial eficacia de REBAP para mejorar dicho estado emocional. Probablemente mayor tiempo de entrenamiento en atención plena, mejoraría las habilidades de

afrontamiento de la P3 y se verían reflejadas en un mayor tamaño del efecto de la intervención, así como en un mantenimiento del mismo, pues en el seguimiento la P3 puntuó con 5 en distrés emocional (puntuación clínicamente significativa).

Por otro lado, en un periodo de 73 días, tiempo mayor a la duración original de REBAP, la intervención produjo un cambio clínico significativo pero un efecto débil en el distrés emocional, reportado por la P1. Aun cuando se superó el tiempo de entrenamiento, el tamaño del efecto de la intervención en la P1 fue menor en comparación con el observado en la P3 (efecto moderado), lo cual lleva a establecer la hipótesis de que el tiempo no es el único factor determinante en el efecto de la intervención.

La P1 a diferencia de la P3, reportó mayor intensidad de dolor, fatiga y náuseas a largo de su hospitalización, además pasó por dos trasplantes alogénicos y la P3 por un trasplante autólogo. Al respecto de los diferentes tipos de trasplante, el TCPH alogénico se caracteriza por estar asociado a mayores implicaciones médicas como la Enfermedad de Injerto Contra Huésped (EICH) y mayor riesgo de rechazo del injerto.

Resulta complejo identificar los múltiples factores que causan o mantienen mayores niveles de distrés, lo cual sería muy útil para reforzar la intervención con estrategias que sirvan para afrontarlos con mayor eficacia. El termómetro de distrés permitió evaluar la presencia o ausencia, así como la frecuencia de algunos factores de carácter físico, emocional, familiar y otros asociados con la vida cotidiana, sin embargo se pudo observar que los niveles de distrés experimentados por los participantes van más allá del número de factores estresantes reportados; por ejemplo la P1 en una evaluación reportó 6 síntomas

físicos y refirió una puntuación de 8 en distrés emocional; en otra ocasión reportó nuevamente 6 síntomas físicos, pero una puntuación de 5 en distrés y en una ocasión diferentes reportó el mismo número de síntomas físicos pero 0 de distrés. Más que el número de estresores, e incluso el tipo de estresores, cobra más relevancia la experiencia subjetiva que cada participante tiene de ellos, así como la forma en que suele afrontarlos.

Por otro lado, la intensidad con que los participantes experimentaron cada síntoma también cobra relevancia al momento de explicar el efecto y la viabilidad de la intervención, sólo se midió la intensidad de dolor, fatiga y náuseas; cuando la intensidad de alguno de estos síntomas fue muy elevada no fue viable llevar a cabo la intervención. En el caso de la P1, en dos ocasiones no fue viable intervenir debido a fatiga y dolor intensos (8 de 10) y tampoco fue posible evaluar el efecto de la intervención ante síntomas muy intensos. Sin embargo, en una ocasión la P3 reportó un dolor de 6 antes de la intervención y después de la intervención la intensidad bajó a 0, pero lo más frecuente fue que el dolor reportado se mantuviera, lo mismo ocurrió en los otros participantes, cabe mencionar ninguno de ellos (P2, P3 y P4) alguna vez reportó un dolor de 10.

De acuerdo a lo reportado por la literatura son escasas las Intervenciones Basadas en Atención Plena (IBAP) dirigidas específicamente a pacientes que reciben un TCPH, generalmente sus efectos son estudiados en pacientes con cáncer y en estos estudios se incluyen a algunos participantes con enfermedades hematológicas. Dentro de los estudios en los que la muestra ha estado conformada por pacientes que recibirían un TCPH están el de Bauer-Wu (2008) y el de Horton-Deutscha (2007), cuyos resultados principalmente refieren la viabilidad y evidencia preliminar de una IBAP para pacientes

sintomáticos y hospitalizados, dichos estudios reportan cambios en la dirección esperada para síntomas físicos (dolor) y psicológicos (distrés emocional, depresión y ansiedad) inmediatamente después de cada sesión.

Por otro lado, Grossman (2014) llevo a cabo un ensayo controlado aleatorizado con sobrevivientes de TCPH (62 pacientes médicamente estables que habían completado el TCPH \geq 6 meses) y encontró que una IBAP produjo efectos medianos (d de Cohen) en su calidad de vida, sintomatología ansiosa y depresiva. Además, Grossman concluye que la intervención mostró una amplia viabilidad y aceptación, así como satisfacción y adherencia por parte de los participantes. Cabe mencionar que dentro de los elementos de la intervención se encontraban posturas de yoga.

Si bien en el estudio de Grossman el distrés emocional no fue una de las variables respuesta, tampoco lo fueron la depresión y la ansiedad como trastornos, sino que se evaluó sintomatología, la cual en conjunto clínicamente podría considerarse como distrés dependiendo de su intensidad, duración, frecuencia y comorbilidad con otros síntomas que no fueron reportados en dicho estudio. Por otro lado, el yoga fue viable tras 6 meses de la realización del TCPH.

En el presente estudio se planteó explorar la viabilidad de hacer yoga durante la hospitalización y no fue posible, ya que los participantes reportaban sentirse fatigados o se encontraban en trombocitopenia (cantidad de plaquetas por debajo de los niveles normales) y por lo mismo con riesgo de hemorragia, además de que el catéter venoso central dificultaba su movilidad y como medida de higiene del hospital no podía tener contacto con el suelo. En lugar de realizar yoga con los pacientes, se optó por hacer escaneo corporal, que al igual que el yoga tiene como objetivo desarrollar la habilidad de mantener la atención en

el momento presente; sin juicios, con aceptación y curiosidad; la diferencia es que una práctica se hace en forma estática y la otra en movimiento.

Altschuler (2012), Foley (2010) y Kieviet-Stijnenz (2008) estudiaron el efecto de IBAP en pacientes con cáncer dentro de los cuales se encontraba por lo menos una paciente con una enfermedad hematológica, los resultados señalan cambios significativos en el estrés emocional, depresión, ansiedad y calidad de vida. Así como informes por parte de los participantes de mejor calidad de vida, menos tensión y menores síntomas físicos, lo cual concuerda con lo reportado por los participantes de este estudio.

En cuanto a la calidad de vida, la segunda variable de interés, estadísticamente no se manifestó algún cambio en el conjunto de pacientes. Sin embargo, en el cuestionario de satisfacción todos los participantes reportaron que la intervención les había ayudado a mejorar su calidad de vida en alguna medida, además de ayudarlos a mantener un estado de ánimo agradable. En próximos estudios, se recomienda indagar en qué sentido mejoró su calidad de vida.

El reporte subjetivo de los participantes acerca de que la participación mejoró su estado de ánimo y calidad de vida coincide con lo reportado por Altschuler (2012) y por Kieviet-Stijnenz (2008), sin embargo en ambos estudios la intervención basada en atención plena se aplicó mientras los pacientes recibían quimioterapia o estaban en casa a través de grabaciones con estrategias como atención plena en la respiración, escaneo corporal y meditación compasiva, lo cual permite deducir la eficacia de la intervención para mejorar la calidad de vida y el estado de ánimo independientemente del lugar donde se aplique y ante diferentes estímulos potencialmente estresantes.

Respecto a los cambios en las escalas de calidad de vida, en todas se produjeron cambios clínicamente significativos (teniendo en cuenta la puntuación inicial y la del alta de hospitalización), excepto en la escala llamada otras preocupaciones. En los participantes 1, 2 y 3 hubo un cambio clínicamente significativo en el estado físico general de salud; el ambiente familiar y social mejoró en los participantes 3 y 4; el estado emocional mejoró clínicamente en la P3, lo cual refuerza el resultado obtenido (tamaño del efecto mediano) de REBAP sobre el distrés emocional en esta participante. Y finalmente, la capacidad de funcionamiento personal mejoró en los participantes 2, 3 y 4.

Respecto a las puntuaciones de las escalas de calidad de vida (estado físico general de salud, ambiente familiar y social, estado emocional, capacidad de funcionamiento personal y otras preocupaciones) durante el seguimiento, en los participantes 1 y 3 disminuyeron en comparación con las de la evaluación inicial, excepto en escalas como estado emocional (P1 y P3) y otras preocupaciones (P3). En el P4 todas las puntuaciones de las escalas mejoraron, excepto la de capacidad de funcionamiento personal; y la P2 mostró un descenso en todas las escalas.

Estos decrementos en las puntuaciones de las escalas de calidad de vida podrían asociarse al largo periodo de recuperación que los pacientes inician al salir de hospitalización, tras haber estado inactivos físicamente por semanas, no haber tenido contacto directo con su familia, haber interrumpido su actividad laboral o académica incluso meses o años antes de su hospitalización y experimentar largos periodos de incertidumbre en cuanto a su repuesta al trasplante y a su futuro. Cabe resaltar que las P1 y P3 no mostraron un descenso en el seguimiento de la escala de funcionamiento emocional y fueron en

quienes la intervención mostró un cambio clínico significativo y un efecto mediano, respectivamente.

La intervención produjo mejorías estadísticamente significativas en la comodidad (P1, P2, y P4), la relajación (P1, P3 y P4) y en el dolor (P2); no así en las náuseas y la fatiga de ninguno de los participantes.

Respecto a la comodidad y a la relajación, ambas mejoraron de forma significativa en la P1 y el P4, y esto se produjo inmediatamente después de la intervención. En la P2, sólo la comodidad, más no la relajación, mejoró significativamente; en la P3 la mejoría significativa fue únicamente en la relajación y no en la comodidad. Cabe mencionar, que en la P2, lo más frecuente fue que la relajación se mantuviera igual tanto antes como después de la intervención. En el caso de la P3, lo más frecuente fue que la comodidad si mejorará después de la intervención, sin embargo, está mejoría no fue estadísticamente significativa.

El dolor mejoró significativamente en la P2, no así en los otros participantes. En cuanto a los P1, P3 y P4 lo más frecuente, a lo largo de las sesiones, fue que el dolor se mantuviera igual antes y después de la intervención. Con relación a la fatiga, no hubo mejorías estadísticamente significativas en ningún participante. Sin embargo, en la P1 lo más frecuente fue que la fatiga mejorara, no obstante, la mejoría no fue estadísticamente significativa. En los participantes 2 y 3, lo más frecuente fue que la fatiga se mantuviera, tanto antes como después de la intervención. Finalmente, en el P4, la fatiga mejoró la mitad de las sesiones y la otra mitad se mantuvo igual.

Respecto a las náuseas, tampoco hubo mejorías estadísticamente significativas en ninguno de los participantes. A pesar de esto, en la P1

lo más frecuente fue que las náuseas mejoraran inmediatamente después de la intervención, sin embargo, esta mejoría no fue estadísticamente significativa. En los P2, P3 y P4, lo más frecuente fue que la intensidad de las náuseas se mantuviera igual, antes y después de la intervención.

El efecto de la intervención sobre la comodidad, relajación, dolor, fatiga y náuseas fue muy variable entre los participantes, como variable fue la forma en que cada participante experimentó cada síntoma, en cuanto a la intensidad y la frecuencia de estos. Lo cual en parte puede deberse a la respuesta física de cada participante al TCPH, pero sin duda también a su respuesta psicológica; con base a las puntuaciones de distrés, para algunos el TCPH y todo lo que implica, física (fatiga, náuseas, dolor, piel seca, comezón, problemas para alimentarse, problemas para dormir y hormigueo en las extremidades, etc.) y psicológicamente (nerviosismo, tristeza, preocupación, miedo, pérdida de la independencia, aislamiento, etc.), fue más angustiante (P3) que para otros (P1, P2 y P3), no obstante todos los participantes tuvieron su propia versión angustiante del TCPH a nivel físico y psicológico.

Por otro lado, la diferencia del efecto de la intervención en síntomas como el dolor, las náuseas y la fatiga podrían tener que ver con la reactividad de cada participante ante estos estímulos potencialmente estresantes, así como con la forma en que los afrontan. Sería importante evaluar el estilo de afrontamiento de los participantes, así como su capacidad de atención plena, antes y después de la intervención.

Cabe mencionar, que puntuaciones extremas (0 y 10) de la comodidad, relajación, dolor, fatiga y náuseas influyó en no poder evaluar

totalmente el efecto de la intervención, sin embargo, dichas puntuaciones fueron en la dirección esperada (0 para dolor, fatiga y náuseas, y 10 en comodidad y relajación). Por ejemplo, en la P2, que la mayoría de las evaluaciones reportó 10 (mayor intensidad posible) de relajación antes y después de la intervención. Por otro lado, en esta misma participante, la mayoría de las veces reportó 0 de intensidad en fatiga, tanto antes como después de la intervención.

Aun cuando la literatura reporta que dentro de las quejas somáticas más frecuentes entre los pacientes que reciben un TCPH están las náuseas, la fatiga y el dolor, de acuerdo con las evaluaciones realizadas dichos síntomas sólo cobraron relevancia en la P1, al menos teniendo en cuenta las puntuaciones reportadas en las escalas visuales analógicas. Cabe mencionar, que no se hizo un monitoreo diario de ninguno de los síntomas, sino dos evaluaciones por semana (antes y después de la intervención) y evaluaciones retrospectivas del resto de los días, aunque la confiabilidad de los datos no es la misma.

De acuerdo con las evaluaciones retrospectivas de las náuseas y la fatiga, realizadas con el termómetro de distrés, éstas fueron las quejas somáticas más frecuentes en dos pares de 2 participantes diferentes: P2 y P4 (náuseas) y P1 y P3 (fatiga). Sin embargo, en cuanto a las náuseas en las evaluaciones antes de la intervención, la P2 la mayoría de las veces reportó no sentir dicho síntoma, mientras que el P4 en la mitad de ellas tampoco lo reportó, tales situaciones no permitieron evaluar ampliamente el efecto inmediato de la intervención sobre las náuseas.

En cuanto a la fatiga, en las evaluaciones antes de la intervención la P3 la mayoría de las veces reportó no sentirla y las veces que reportó fatiga, ésta se mantuvo igual e incluso aumentó hasta un punto su intensidad después de la intervención. La P1 reportó fatiga en

prácticamente todas las evaluaciones; el efecto inmediato de la intervención produjo cambios en la dirección esperada la mayoría de las veces, pero al igual que con la P3 se observaron algunos aumentos en la intensidad de la fatiga después de la intervención de hasta 3 puntos. Dichos incrementos en la fatiga podrían deberse a que la práctica de atención plena permite mayor conciencia del estado actual tanto de la mente como del cuerpo, permitiendo reconocer estados como el dolor, la fatiga o cualquier otro síntoma e incluso identificar pensamientos. Por otro lado, también podrían deberse al esfuerzo necesario para mantener la atención y la concentración ya sea en el cuerpo o en la respiración, lo cual sumaría mayor fatiga a la que las pacientes ya habían reportado. Sin embargo, fueron menos las veces en que esto ocurrió y se observaron más cambios en la dirección esperada, aunque no clínicamente significativos.

Sería recomendable que, en el autorregistro de la práctica diaria de escaneo corporal, se incluyera un apartado para evaluar la intensidad de síntomas como la fatiga, náuseas y dolor para tener un mejor monitoreo de los efectos inmediatos de la intervención. No obstante, al evaluar los síntomas de esa forma se corre el riesgo de la poca adherencia tanto a los autorregistros como a las grabaciones durante la hospitalización. Lo mejor sería evaluar a los pacientes todos los días antes y después de la intervención, sin embargo, por cuestiones de cuidar el aislamiento se determinó que únicamente fueran dos sesiones por semana. Por otro lado, aunque fuera posible ver a los pacientes todos los días se corre el riesgo de no poder mantener las evaluaciones e intervenciones, ya que se pudo observar que ante síntomas muy intensos los pacientes preferían posponer la intervención.

En futuras investigaciones se podría evaluar la mejoría en problemas para dormir, pues es otros de los síntomas mayormente reportados en

la literatura y fue la queja más frecuente en la P3. Asimismo, se han reportado cambios de pequeños a moderados en otros aspectos como falta de apetito, dificultades de concentración, sensación de tensión y felicidad después de la intervención (Bauer-Wu, 2008; Kieviet-Stijnenz, 2008).

Un punto clave de las intervenciones basadas en atención plena es la práctica constante para poder desarrollar actitudes como aceptación, no juicio, paciencia, curiosidad, no apego y confianza, las cuales se vuelven una herramienta al afrontar síntomas físicos y psicológicos. Si bien REBAP es un programa con cierto número de sesiones programadas, a su final se espera que los participantes practiquen la atención plena en su vida cotidiana.

Durante la hospitalización se les pidió a los participantes que escucharan una grabación de escaneo corporal una vez al día todos los días y que la registraran, sin embargo, la adherencia a tal indicación no fue igual en todos. Fueron 2 participantes (P1 y P3) las que más usaron la grabación hasta por 5 días consecutivos durante 3 semanas, lo cual refleja un mayor apego en comparación con el estudio de Bauer-Wu (2008) en el que los participantes escucharon la grabación 3 veces a la semana. Es importante enfatizar que en la P1 y la P3, a diferencia de los P2 y P4, la intervención mostró un cambio clínico significativo y un tamaño del efecto mediano para el estrés emocional, respectivamente.

Cabe mencionar que la P3 escuchó la grabación de escaneo corporal durante prácticamente toda su hospitalización, las veces en que no la escuchó reportó que había sido por dolor muy intenso. Horton-Deutscha (2007) también llevó a cabo una intervención basada en atención plena con 24 pacientes adultos hospitalizados para TCPH y ellos manifestaron que no les había sido totalmente posible usar sus

nuevas habilidades debido a sentirse muy mal durante la hospitalización. Sin duda alguna esta investigación permitió comprobar lo que la literatura reporta acerca de la gran cantidad de síntomas físicos que los pacientes que reciben un TCPH enfrentan; síntomas que impactan negativamente en su ánimo, pues además de causar molestias durante la hospitalización, algunos son interpretados como una amenaza a la propia vida. Sobre todo, la intensidad alta de los síntomas fue lo que se convirtió en una barrera para la aplicación de la intervención.

La P2 comentó que prefería practicar el escaneo corporal en sesión que usando la grabación. Esto también concuerda con lo encontrado por Horton-Deutscha (2007), pero además en su estudio los participantes reportaron que en caso de usar el CD preferían escuchar la voz del especialista que una grabada, en la presente intervención la voz sí correspondía a la especialista.

El P4 no practicó en ninguna ocasión el escaneo corporal usando la grabación, refiriendo que no le había hecho falta; sin embargo, no se indagó más a profundidad los motivos para no usar la grabación. Altschuler (2012) también reportó poca adherencia de los participantes, principalmente de los hombres, para escuchar grabaciones con prácticas de atención plena, no obstante, tampoco reportó los posibles motivos. Se podría plantear la posibilidad de que algunos pacientes, en especial los hombres, requieren de más apoyo para comprender el proceso y la finalidad de la atención plena, así como para visualizar la práctica de ésta como parte de, ya que no se trata de recurrir únicamente a ella cuando hay malestar, sino de llevar a cabo un entrenamiento para adquirir habilidades de afrontamiento. Por otro lado, el P4 además de ser el único hombre del estudio, fue el que mayor grado escolar tenía (doctorado en derecho) y el de mayor edad

(63 años), dichas características pudieron haber influido en su bajo apego a la grabación de escaneo corporal. Sin embargo, sería muy importante que en futuros estudios se indaguen las razones de los participantes para no usar las grabaciones, y así poder salvar los obstáculos u optar por otra estrategia.

Cabe mencionar que en el estudio de Altschuler (2012), la intervención se basó en el uso de grabaciones, y la presente intervención además de usar la grabación, incluyó dos sesiones por semana en las que se practicó atención plena en la respiración o escaneo corporal en conjunto con los participantes, esta es una forma de garantizar la práctica en alguna medida, aunque no sea totalmente la esperada.

Si bien estadísticamente los resultados de la intervención no mostraron efectos fuertes o cambios clínicos en todos los participantes, respecto a haber participado en el estudio los participantes comentaron que les ayudó a “saber manejar/controlar mi estrés y emociones durante mi tiempo internada y después” (P1), “me ayudó a enfocar mi atención en lo verdaderamente importante” (P2), “a relajarme, enfocarme de otra manera, una manera más positiva que me ayude a pasar este proceso (trasplante y aislamiento) y a entenderlo de una mejor manera” (P3) y finalmente el P4 reportó que le ayudó de forma “anímica”. Ninguno refirió algún malestar grave a su persona al haber recibido la intervención.

Asimismo, todos los participantes recomendarían la atención recibida comentando que “ayuda en el entendimiento de sí mismo” (P4), “ayuda a mitigar la angustia” (P3), “es una buena herramienta para sobrellevar la situación del trasplante” (P2) y “ayuda mucho a concentrarte en lo que sientes y se vuelve más fácil manejarlo” (P1).

Al preguntarle a los participantes si las estrategias de atención plena en la respiración y escaneo corporal les habían ayudado con el control de sus síntomas físicos respondieron “Sí, porque aprendes a identificarlos individualmente y a manejarlos/ controlarlos” (P1), “Claro que sí, aprendí a escuchar mejor mi cuerpo, a relajarlo y saber que hay opciones para no soportar tantas molestias” (P2) , “Sí, mandas tu atención a donde debe estar y te alejas del dolor” (P3) y “Sí, a tranquilizarme” (P4). En cuanto a la información sobre la relación entre estrés y salud que se les brindó antes del trasplante y a continuar recibiendo información en forma de infografías durante el aislamiento, todos comentaron que les había servido mucho, excepto el P4 con respecto a las infografías que reportó que no le fueron útiles.

Diseñar e implementar una intervención cognitivo conductual basada en atención plena para mejorar el distrés emocional, la calidad de vida y aspectos como comodidad, relajación, dolor, fatiga y náuseas en pacientes que reciben un TCPH antes y durante el periodo de aislamiento en hospitalización cobra relevancia ya que la literatura documenta la clara manifestación de distrés emocional en esta población (Rueda-Lara & López-Patton, 2014), lo cual se asocia a la serie de retos físicos y psicológicos que los pacientes se ven orillados a afrontar desde el momento en que reciben el diagnóstico hasta el momento en que el TCPH se vuelve prácticamente su única alternativa de tratamiento tras haber recibido múltiples ciclos de quimioterapia que han dejado de ser lo suficientemente efectivos o que lo fueron pero los pacientes recaen.

Que se vuelva su única alternativa no es igual a que esté libre de riesgos y de más retos físicos y psicológicos, pues entre otras cosas implica un periodo de aislamiento de por lo menos 3 semanas y se

caracteriza por ser medicamento invasivo y con efectos tóxicos (Bauer-Wu, 2008; Fife, 2000; Neitzert et al., 1998).

Hasta el momento son pocos los estudios que se han enfocado específicamente en dicha población, así como los que ha evaluado la viabilidad de intervenciones basadas en atención plena (Bauer-Wu, 2008; Horton-Deutscha, 2007), por lo cual hasta el momento no se cuenta con evidencia final sino sólo preliminar acerca de su eficacia para mejorar los niveles de distrés, calidad de vida y síntomas físicos. El estudio de su efectividad únicamente ha sido estudiado con sobrevivientes del TCPH (Grossman, 2014).

Dentro de las principales barreras al llevar a cabo esta intervención se encuentran la dificultad de acudir a las citas antes del trasplante y la comunicación insuficiente con los médicos tratantes, ambas situaciones dificultaron realizar las evaluaciones pertinentes; otro aspecto que dificultó las evaluaciones fue la queja de dolor intenso; así como la falta de adherencia al autorregistro y a la práctica diaria de escaneo corporal dificultaron poder evaluar de una forma integral los beneficios potenciales de la intervención. Pero sin duda las mayores barreras se encontraron al intentar hacer yoga con los participantes, no obstante, se optó por otra estrategia (escaneo corporal) que cubría los mismos objetivos. De acuerdo con las quejas de los participantes, principalmente físicas, no se recomienda insistir en realizar yoga pues podría ser contraproducente y alterar aún más su estado físico, al por ejemplo causar fatiga, experimentar dolor después de la práctica o sufrir alguna caída por tratar de mantener el equilibrio.

También se encontraron algunas barreras asociadas al ambiente en la unidad de trasplantes, como el ruido y constantes interrupciones durante la intervención, ante los que nuevamente una comunicación

más cercana con el personal médico y de enfermería resulta en una disminución de tales interferencias.

Por otro lado, tomando en cuenta la percepción de los participantes respecto a elementos de la intervención, a todos les pareció fácil responder a los cuestionarios, hacer las estrategias de atención plena, estar atento a las sesiones e identificar la intensidad de sus síntomas en hospitalización. Y consideraron que la duración, frecuencia y contenido de todas las sesiones fueron buenos.

Si bien el efecto de la intervención no fue igual en todos los participantes, tampoco todos se apegaron igual a la intervención, pero todos se vieron beneficiados de alguna manera, ya sea en su estado de ánimo, calidad de vida o síntomas físicos. El efecto inmediato de la intervención fue más claro al evaluar los síntomas con escalas numéricas antes y después de cada intervención. Los efectos en el estrés podrían atribuirse al desarrollo de atención plena y a los beneficios que tiene, por ejemplo: aumento de la concentración, reducción de pensamientos y conductas automáticas, minimización de los efectos negativos de la ansiedad, disfrutar del momento presente, potenciación la autoconciencia y reducción del sufrimiento (Moñivas, García-Diex & García-De-Silva, 2012). Sin embargo, no se midió la atención plena en los participantes, se sugiere medirla para poder tener mayor certeza de la relación entre la intervención y los resultados obtenidos.

Por otro lado, la atención plena le permite al paciente asumir un papel activo en su propio bienestar en la medida que desarrolla receptividad y aceptación, en lugar de esforzarse por suprimir o evitar situaciones que no se pueden cambiar, siendo más útil aprender a vivir con ello (Martín-Asuero & García-Banda, 2010; Moñivas, García-Diex & García-De-Silva, 2012). Es por eso que otras intervenciones de tercera

generación como la Terapia de Aceptación y Compromiso o la Terapia Cognitiva Basada en Atención Plena podrían ser potencialmente eficaces en el manejo de pacientes con enfermedades hematológicas, pues la enfermedad suele volverse el centro de atención de la vida del paciente y hacerle descuidar otras cosas que solía considerar importantes o también pueden surgir pensamientos disfuncionales que incrementan la angustia.

Quizás con algunos pacientes la reestructuración cognitiva en combinación con el entrenamiento en autoinstrucciones, los cuales son recursos de intervención de la Terapia Cognitivo Conductual de segunda generación, podrían resultar útiles ante la presencia de marcados pensamientos disfuncionales. Por otro lado, la estrategia de solución de problemas podría beneficiar a los participantes en hallar soluciones a problemas prácticos de su vida cotidiana o a aquellos asociados con la enfermedad y el tratamiento, como por ejemplo asistir a las citas médicas, el cuidado de sus hijos, la compra de medicamentos, entre otros.

Realizar una evaluación psicológica y psiquiátrica pre-trasplante puede ayudar a identificar potenciales factores clínicos y psicosociales que incrementan el riesgo de comorbilidades psicológicas o psiquiátricas, e iniciar el tratamiento adecuado. Atender tempranamente los potenciales factores psicosociales asociados al distrés emocional, tales como la carga de síntomas, dolor y déficit en el funcionamiento físico, podría disminuir su efecto negativo en los receptores antes, durante y después del TCPH (Rueda-Lara & López-Patton, 2014; Schulz & Kindermann, 2002; Neitzert, 1998). Además, se ha reportado que el apoyo emocional se relaciona con menores tasas de mortalidad relacionada con el tratamiento (Ehrlich, 2016).

Tomando en cuenta que el período del tratamiento inicial del cáncer es un momento en el que los pacientes a menudo se encuentran bajo gran estrés, fatiga y malestar emocional (Altshuler, 2012), las intervenciones psicológicas pueden preparar a los pacientes para manejar las quejas somáticas más frecuentes y las preocupaciones psicosociales, así como facilitar el desarrollo de expectativas realistas a corto y a largo plazo acerca del trasplante y la recuperación (Mcquellon, 1998).

Incluso sería recomendable evaluar a los pacientes posterior al TCPH, pues la recuperación es prolongada y para algunos sobrevivientes las complicaciones físicas pueden tener un impacto negativo en su salud psicológica (Sun, 2011). Se ha visto que el estrés emocional puede persistir durante años después del trasplante (Rueda-Lara & López-Patton, 2014) y evolucionar hasta conducir a estados gravemente disfuncionales como depresión, ideaciones o intentos suicidas (Neitzert, 1998).

Tratar la salud mental de los pacientes que reciben un TCPH es complejo y se requiere de las mayores herramientas posibles. Existe el potencial de llevar a cabo intervenciones psicológicas en pacientes que reciben un TCPH y se ha reportado que estrategias como el entrenamiento en habilidades sociales, la terapia en modo individual o grupal, la psicoeducación, el entrenamiento en relajación, intervenciones que implican auto-práctica o a personas significativas para el paciente e intervenciones dirigidas a mejorar la autoestima y la auto-imagen pueden llegar a ser efectivas para el tratamiento de ansiedad, depresión, estrés, estrés, mejorar la calidad de vida, síntomas físicos en general incluidos fatiga, náuseas y dolor, contribuir a la sobrevivencia y a la respuesta inmune en pacientes con cáncer (Baliouis, Rennoldson & Snowden, 2016).

REBAP es un programa con componentes psicoeducativos y cognitivo-conductuales de tercera generación, que brinda habilidades de afrontamiento con el objetivo de promover un mejor funcionamiento físico y psicológico, mejoran la función inmune, la calidad de vida y mejoran la supervivencia. Las estrategias mencionadas en el párrafo anterior corresponden al enfoque cognitivo conductual, en cambio están basadas en un modelo de cambio a diferencia de REBAP que se basa en un modelo de aceptación; ambos modelos han mostrado resultados favorables pero la literatura concluye que hace falta mayor investigación sobre todo más allá de estudios piloto.

Los hallazgos de diversos estudios cuyo objetivo fue evaluar el estado emocional de los pacientes en algún punto del proceso del TCPH reportan como factores de riesgo de distrés emocional: los bajos ingresos, una percepción deficiente del estado de salud, antecedentes de problemas de salud mental, la Enfermedad de Injerto Contra Huésped (EICH) crónica y déficits en el funcionamiento físico. Tres de los participantes contaban con bajos ingresos (P1, P2 y P3) y dos de ellas durante toda su hospitalización (P2 y P3) reportaron problemas con su economía. Todos percibieron un cambio en su salud que además repercutía en diferentes áreas de su vida incluyendo su funcionamiento físico. Dos participantes tenían antecedentes de atención psicológica o psiquiátrica, aunque no se cuenta con información de un diagnóstico establecido, o de la problemática que fue abordada.

Por otro lado, los pacientes bajo un TCPH alogénico tienen más riesgo de presentar quejas somáticas y distrés emocional asociado con déficits en el funcionamiento físico (Larsen et al., 2004) o debido a la EICH cuando está activa (Sun et al., 2011). Dos de las participantes (P1 y P2)

recibieron un trasplante alogénico, incluso la P1 tuvo que volver a pasar por un nuevo injerto pues el primero falló.

En el programa de REBAP se entrena al paciente a asumir una actitud de receptividad y aceptación ante experiencias internas, en lugar de esforzarse por suprimirlas o evitarlas (Martín-Asuero & García-Banda, 2010). Sin embargo, culturalmente se nos ha enseñado a rechazar y aliviar inmediatamente síntomas como el dolor, las náuseas y la fatiga. Para los participantes dichos síntomas no eran nuevos pues todos habían pasado por ciclos de quimioterapia anteriormente, no obstante, todos se quejaron de ellos en alguna medida y experimentaron distrés emocional al sentirlos.

La presente investigación aporta información acerca del efecto de una intervención basada en atención plena sobre el distrés emocional, la calidad de vida y aspectos como comodidad, relajación, dolor, fatiga y náuseas en pacientes que reciben un TCPH. Por un lado, suma evidencia de la aplicación de intervenciones basadas en atención plena en hospitalización y por el otro lado ofrece a la literatura información acerca de la aplicación de REBAP en una institución de tercer nivel en México. Asimismo, sirve como una guía de las posibles barreras que se pueden encontrar al trabajar con pacientes de TCPH y brinda recomendaciones al respecto. Finalmente ofrece información cualitativa acerca de la satisfacción y de la viabilidad de la intervención de acuerdo con las percepciones de los participantes.

El alcance del diseño utilizado no permite la generalización de los resultados. Sin embargo, ofrece la posibilidad de analizar la respuesta de cada participante a la intervención, establecer hipótesis acerca de los posibles mediadores en la variabilidad de los resultados y sacar conclusiones, aunque no definitivas, acerca de la efectividad de la

intervención. De la misma forma, permite tener en cuenta las diferencias entre los participantes y sus diferentes reacciones tanto físicas como psicológicas ante un TCPH y todo lo que implica, que en un estudio a gran escala podrían pasar inadvertidas.

Dentro de las limitaciones del estudio están el poco número de participantes; el limitado número de mediciones en la línea base, aunque se contó con las mediciones mínimas indispensables no permiten observar ni registrar la estabilidad de los datos. El seguimiento se hizo únicamente a un mes y no es posible asegurar que los efectos se mantienen a largo plazo.

CONCLUSIONES

La intervención llevada a cabo en la presente investigación tiene la principal característica de estimular a los pacientes a aprender más sobre sus propios cuerpos y sobre el papel que representa la mente en la salud y en la enfermedad como parte fundamental de un proceso de mayor consciencia y bienestar físico y mental, en el que sobre todo se reconoce de manera explícita el rol activo del paciente en el cuidado de su propia salud a través de aprender más sobre ésta, reconociendo lo que la medicina puede y no puede hacer por ellos.

En cada una de las sesiones se pretendía sembrar en los participantes la idea de cómo el estilo de vida, los factores medioambientales y las pautas de pensar, sentir y relacionarse con los otros y consigo mismos, interactúan para influir en la salud. Principalmente porque la manera en la que vemos las cosas y pensamos sobre ellas, se conecta de forma directa con cómo conceptualizamos los problemas y con nuestra capacidad de enfrentarnos al estrés y a la enfermedad. El objetivo

siempre fue que los participantes retomaran el control sobre su bienestar integral y sobre la forma en que vivían cada uno de los días.

REBAP originalmente se creó en una clínica antiestrés, la cual finalmente es una clínica de medicina del comportamiento y ésta enfatiza el rol activo del paciente en el cuidado, mantenimiento y mejora de su propia salud. Por otro lado, también reconoce la unidad fundamental de mente y cuerpo, es decir aborda la salud como algo que tiene que ver tanto con el cuerpo como con la mente, ya que ambos están conectados entre sí y entonces lo que repercute en la salud física impacta en la salud mental y viceversa.

Sin duda alguna atender la salud mental de los pacientes que reciben un TCPH es de suma importancia, en la literatura existe registro de los numerosos retos físicos y psicológicos que estos pacientes afrontan a lo largo de la enfermedad y el tratamiento. Efectivamente, después de llevar a cabo las evaluaciones, propias de esta investigación, acerca de los niveles de distrés, calidad de vida, síntomas físicos, problemas prácticos y familiares no cabe duda de que son múltiples y de diferente naturaleza los potenciales estresores que se van vislumbrando a partir del diagnóstico hasta el momento del TCPH.

Una enfermedad crónica, sus síntomas y su tratamiento exigen mucho de las habilidades de afrontamiento de los pacientes, por lo cual se recomienda ampliamente evaluar y monitorear el estado psicológico del paciente a lo largo de la enfermedad y de su tratamiento.

Asimismo, se considera de gran importancia contar con protocolos ya establecidos para atender y dar seguimiento a esta población, y de esta forma prevenir mayores afectaciones, como trastornos psicológicos, que mermen aún más el funcionamiento integral del paciente.

Las intervenciones basadas en atención plena cada vez van ganando más credibilidad para su uso en población oncológica. Hasta el momento la literatura reporta notables beneficios en el bienestar integral de las personas que viven con cáncer, sin embargo, se necesita más investigación sobre dichas intervenciones y aún más en pacientes que reciben un TCPH; implementándolas y evaluando su efecto antes, durante y después del trasplante.

La presente investigación fue un primer acercamiento a pacientes que reciben un TCPH, los resultados no fueron concluyentes en todos los participantes, pero la intervención mostró cambios positivos a corto plazo en el distrés emocional y síntomas como el dolor. De igual forma, se vio su efecto en propiciar y reforzar estados de comodidad y relajación. Por otro lado, todos los participantes reportaron que la intervención había contribuido a mejorar su calidad de vida.

Si bien todos los participantes refirieron beneficios de haber participado en el estudio, no en todos se reflejaron en tamaños del efecto grandes o en cambios clínicamente significativos.

Principalmente, cuestiones como la sobrecarga de síntomas físicos (dolor, náuseas, fatiga), estados emocionales intensos o frecuentes (nerviosismo tristeza y preocupación) e incluso las condiciones medioambientales del aislamiento (frío, ruido, interrupciones) se convierten en una barrera para la disposición de los participantes en llevar a cabo la intervención y lo que implica, como mantener su atención, concentrarse, escuchar diariamente las grabaciones de escaneo corporal o hacer contacto con aquello que les gustaría eliminar o evitar; dichas barreras también interfieren con la implementación del protocolo de intervención, lo cual en la práctica clínica necesariamente implica la necesidad de una atención individualizada de acuerdo con las necesidades de cada paciente.

El hecho de que los participantes estuvieran hospitalizados fue una ventaja en el sentido de que salva situaciones como ausencias a las sesiones, sin embargo no es igual a dar por hecho que existirán las condiciones para trabajar, en el camino surgieron tanto posibilidades como barreras, las mayores barreras se presentaron durante el periodo de hospitalización y estuvieron relacionadas con la condición médica del paciente, las condiciones medioambientales y las necesidades de atención médica y de enfermería en la unidad de trasplantes.

Actualmente el estudio principal, del cual forma parte la presente investigación, se sigue llevando a cabo en el INCMNSZ por el parte del equipo del Área de Psicología, ya se proyectó recolectar la muestra (36 participantes) a lo largo de 2 años, el pertinente análisis de los datos sin duda contribuirá a tener mayor conocimiento acerca de la efectividad y viabilidad del programa adaptado de REBAP, así como de la población específica.

Conocer más acerca de la situación psicosocial y médica actual del paciente, así como la evolución de éstas tras el TCPH, permitió ir haciendo pequeñas adaptaciones en la implementación de las evaluaciones e intervenciones, considerando los límites que la parte metodológica permite, y de esta forma ir atravesando las barreras que surgían. Por otro lado, se sugiere construir canales sólidos de comunicación con el personal sanitario como otra forma de sobrepasar las barreras y de realizar un trabajo multidisciplinario en beneficio de los pacientes.

REFERENCIAS

- Alberta Health Service. (2017). Alberta bone marrow and blood cell transplant program: standard practice manual. Recuperado de <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/hp/cancer/if-hp-cancer-guide-bmt-manual.pdf>
- Allocca, P. (1998). A Cognitive-Behavioral Psychoeducational Program for Women With Breast Cancer Undergoing Stem Cell Transplant, Vol. Ph.D. Virginia Commonwealth University: Richmond, VA,
- Almanza-Muñoz, J., Juárez, I. & Pérez, S. (2008). Traducción, adaptación y validación del termómetro de distrés en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer. *Sanid Milit Mex*, 62(5), 209-217.
- Altschuler, A., Rosenbaum, E., Gordon, P., & Canales, S. & Avins, A. (2012). Audio recordings of mindfulness-based stress reduction training to improve cancer patients' mood and quality of life - a pilot feasibility study. *Support Care Cancer*, 20, 1291-1297.
- Alvarez, M. & Reynoso-Erazo, L., (2014). Evaluación psicológica. En R. Reynoso & Becerra A. (Eds.), *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* (pp. 83-100). México, Distrito Federal: Qartuppi.
- American Cancer Society (2018). Trasplante de células madre para tratar el cáncer. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/trasplante-de-celulas-madre.html>

- Baliouisis, M., Rennoldson, M. & Snowden, J. (2016). Psychological interventions for distress in adults undergoing haematopoietic stem cell transplantation: a systematic review with meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 25, 400–411. DOI: 10.1002/pon.3925
- Ballester-Sánchez, R. (2015). Aproximación a la enfermedad injerto contra huésped cutánea. *Actas dermo-sifiliográficas*. 107(3). 183-193. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-acta-otorrinolaringologica-espanola-102-pdf-S0001731015004378-S300?redirectNew=true>
- Bauer-Wu, S., Sullivan, A., Rosenbaum, E., Ott, M., Powell, M., McLoughlin, M. & Healey, M. (2008). Facing the Challenges of Hematopoietic Stem Cell Transplantation With Mindfulness Meditation: A Pilot Study. *Integrative Cancer Therapies*, 7(2), 62-69. DOI: 10.1177/1534735408319068
- Carmody, J. & Baer, R. (2009). How Long Does a Mindfulness-Based Stress Reduction Program Need to Be? A Review of Class Contact Hours and Effect Sizes for Psychological Distress. *Journal of Clinical Psychology*, 65(6), 627-638. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19309694>
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud en su décima revisión (CIE-10). Washintong DC, Estados Unidos. Recuperado de <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume1.pdf>

De Linares, S., Moratalla, A., Romero, A., Pablos, J., López, P., et al. (2007). Información, ansiedad y depresión en pacientes sometidos a trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) en un estudio de intervención psicológica. *Psicooncología*; 4(1), 97-109. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0707120097A>

D'Souza A, Fretham C. (2017). Current Uses and Outcomes of Hematopoietic Cell Transplantation (HCT): CIBMTR Summary Slides. Disponible en <http://www.cibmtr.org>

DuHmael, K., Mosher, C., Winkel, G., Labay, L., Rini, C., Meschian, Y., Austin, J., Greene, P., Lawsin, C., Rusiewicz, A., Grosskreutz, C., Isola, L., Moskowitz, C., Papadopoulos, E., Rowley, S., Scigliano, E., Burkhalter, J., Hurley, K., Bollinger, A. & Redd, W. (2010). Randomized Clinical Trial of Telephone-Administered Cognitive-Behavioral Therapy to Reduce Post-Traumatic Stress Disorder and Distress Symptoms After Hematopoietic Stem-Cell Transplantation. *Journal of Clinical Oncology*, 28(23), 3754-3761. DOI: 10.1200/JCO.2009.26.8722

Foley, E., Baillie, A., Huxter, M., Price, M. (2010). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Individuals Whose Lives Have Been Affected by Cancer: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 78(1), 72-79.

Frick, E., Tyroller, M., Fischer, N., et al. (2006). When is the best time for psychotherapeutic intervention following autologous peripheral blood stem cell transplantation? *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*; 5, 68-77. DOI: 10.1007/s10332-006-0120-8.

Gaston-Johansson, F., Fall-Dickson, J., Nanda, J., et al. (2012). Long-term effect of the self-management comprehensive coping strategy program on quality of life in patients with breast cancer treated with high-dose chemotherapy. *Psycho-Oncology*. DOI: 10.1002/pon.3031

Gaytán-Morales, F. (2013). Trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH) en Pediatría. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 12(13). 174-181. Recuperado de <http://132.248.9.34/hevila/Gacetamexicanadeoncologia/2013/vol12/no3/7.pdf>

Grossman, P., Zwahlen, D., Halter, J., Passweg, J., Steiner, C. & Kiss, A. (2014). A mindfulness-based program for improving quality of life among hematopoietic stem cell transplantation survivors: feasibility and preliminary findings. *Support Care Cancer*, 23, 1105-1112.

Horton-Deutscha, S., O'Haver, P., Haighta, R., Babin-Nelsonb, M. (2007). Enhancing mental health services to bone marrow transplant recipients through a mindfulness-based therapeutic intervention. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 13, 110-115.

Hospital Italiano de Buenos Aires. (2015). Manual de trasplantes de médula ósea: adultos. Recuperado de

Instituto Nacional del Cáncer (NIH). (2013). Trasplantes de células madre formadoras de sangre. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos/>

trasplante-de-celulas-madre/hoja-informativa-medula-osea-trasplante

Instituto Nacional del Cáncer (NIH). (2018). Diccionario de cáncer. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario>

Jacobsen, P., Le-Rademacher, J., Jim, H., Syrjala, K., Wingard, J., et al. (2014). Exercise and stress management training prior to hematopoietic cell transplantation: blood and marrow transplant clinical trials network. *Biol Blood Marrow Transplant*; 20(10),1530-1536. DOI:10.1016/j.bbmt.2014.05.027

Jarden, M., Baadsgaard, M., Hovgaard, D., Boesen, E. & Adamse, L. (2009). A randomized trial on the effect of a multimodal intervention on physical capacity, functional performance and quality of life in adult patients undergoing allogeneic SCT. *Bone Marrow Transplantation*. 43, 725-737. DOI: 10.1038/bmt.2009.27

Kieviet-Stijnenz, A., Visser, A., Garssen, B., Hudig, W. (2008). Mindfulness-based stress reduction training for oncology patients: Patients' appraisal and changes in well-being. *Patient Education and Counseling*, 72, 436-442.

Ledesma, D., & Kumano, H. (2009). Mindfulness-based stress reduction and cancer: a meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 18, 571-579.

León-Rodríguez, E. (2005). El trasplante de células progenitoras hematopoyéticas: un largo camino, desde modelos animales hasta constituir un tratamiento estándar en humanos. *Revista de Investigación Clínica*, 57(2). 129-131. Recuperado de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762005000200004

León-Rodríguez, E. & Rivera-Franco, M. (2017). Outcomes of hematopoietic stem cell transplantation at a limited-resource center in Mexico are comparable to those in developed countries. *Biology of Blood and Marrow Transplantation*, 23(11), 1998-2003. <http://dx.doi.org/doi:10.1016/j.bbmt.2017.07.010>

Leukemia y Lymphoma Society- fighting blood cancers. (2013). Trasplante de células madre sanguíneas y de médula ósea. Recuperado de http://www.lls.org/sites/default/files/file_assets/PS40S_Blood%20Marrow_SPA_6_16%20Reprint.pdf

Limón, J., González, M. & Tolama, R. (2004). Jornadas de trasplante hematopoyético en el IMSS de Puebla. Resultados. *Revista de Hematología*, 5(1).

Limón-Flores, J., Pérez-Lozano, U. (2010). El programa de trasplante hematopoyético del Hospital de Especialidades del IMSS de Puebla. Experiencia de 15 años. *Revista de Hematología*, 11(4).

López, J. & Vacca, C. (2009). Uso de medicamentos inmunosupresores en pacientes con trasplante renal, hepático y de médula ósea, en una clínica de nivel III de Bogotá. *Revista de la Facultad de Medicina de Colombia*, 57(3). 227-235. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/14380>

- McGuigan, F. (1997). Experimental designs: Single Subject (N=1) Research. En *Experimental Psychology: Methods of Research* (pp. 283-313). New Jersey: Prentice Hall.
- McQuellon, R., Russell, G., Cella, D., Craven, B., Brady, M., Bonomi, A. & Hurd, D. (1997). Quality of life measurement in bone marrow transplantation: development of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Bone Marrow Transplant (FACT-BMT) scale. *Bone Marrow Transplantation*, 19, 357-368
- Mesquita, S. et al. (2015). El paciente oncológico con mucositis oral: desafíos para el cuidado de enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(2), 267-274. DOI: 10.1590/0104-1169.0090.2551
- Moñivas, A., & García-Diex, G. & García-De-Silva, R. (2012). Mindfulness (atención plena): concepto y teoría. *Portularia*, 12, 83-89. DOI:10.5218/prts.2012.0009
- Observatorio Global del Cáncer (Globcan). (2012). Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. Recuperado de <http://globocan.iarc.fr>
- Ott, M., Norris, R. & Bauer-Wu, S. (2006). Mindfulness Meditation for Oncology Patients: A Discussion and Critical Review. *Integrative Cancer Therapies*; 5(2), 98-108. DOI: 10.1177/1534735406288083
- Rini, C., Wu, L., Winkel, G., Stanton, A., Rowley, S., Austin, J., Valdimarsdottir, H., Isola, L. & Redd, W. (2014). Harnessing Benefits of Helping Others: A Randomized Controlled Trial Testing Expressive Helping to Address Survivorship Problems

After Hematopoietic Stem Cell Transplant. *Health Psychology*, 33(12), 1541-1551. DOI: 10.1037/hea0000024

Roth, A., Kornblith, A., Batel-Copel, L., Peabody, E., Scher, H. & Holland, J. (1998). Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: a pilot study. *Cancer*, 82(10), 1904-1908.

Rueda-Lara, M. & López-Patton, M. (2014). Psychiatric and psychosocial challenges in patients undergoing haematopoietic stem cell transplants. *International Review of Psychiatry*; 26(1), 74-86. DOI: 10.3109/09540261.2013.866075

Sanz, M. & Carreras, E. (2015). Manual práctico de hematología clínica. Cap. 10 Hematología clínica. Sala, m, Blanco, B., Pérez, M. pp. 1031-1076. 5ta. Edición. Edit. Antares. Barcelona, España.

Secretaría de Salud Federal. (2017). Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán-Síntesis de Noticias. Recuperado de <http://www.innsz.mx/2017/Noticias/Sintesis16octubre2017.pdf>

Serrano-Atero, M., Caballero, J., Cañas, A., García-Saura, P., Serrano-Álvarez, C. & Prieto, J. (2002). Valoración del dolor. *Soc. Esp. del Dolor*, 9(2), 94-108.

Schulz-Kindermann, F., Hennings, U., Ramm, G., Zander, A & Hasenbring, M. (2002). The role of biomedical and psychosocial factors for the prediction of pain and distress in patients undergoing high-dose therapy and BMT/PBSCT. *Bone Marrow Transplantation*, 29, 341-351.

Tecchio, C., Bonetto, C., Bertani, M., Cristofalo, B., Lasalvia, A., Nichele, I., Bonani, A., Andreini, A., Benedetti, F., Ruggeri, M. & Pizzolo, G. (2013). Predictors of anxiety and depression in hematopoietic stem cell transplant patients during protective isolation. *Psycho-Oncology*, 22, 1790–1797. DOI: 10.1002/pon.3215

Trask, P., Jones, D. & Paterson, A. (2003). Minimal contact intervention with autologous BMT patients: impact of QOL and emotional distress. *Journal Clinic Psychology Medical Settings*; 10, 109–117. DOI: 10.1023/A: 1023394005315.

APÉNDICES

Apéndice A. Entrevista Psicológica Semiestructurada para pacientes que reciben un Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas (TCPH)



**Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición
Salvador Zubirán (INCMNSZ)**



**Entrevista Psicológica Semiestructurada para pacientes
que reciben un Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas
(TCPH)**

Fecha: _____

A. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Expediente:

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Estado _____
civil:

Lugar de origen y de residencia: _____

Teléfono/Celular: _____ Grado escolar actual: _____ Religión: _____

Tipo de sangre: _____ Alergias: _____

Tipo de vivienda: _____ Servicios con los que cuenta: _____

Ocupación (desde cuándo y cuántas horas al día): _____

Ingreso mensual (especificar si depende económicamente de alguien): _____

Nivel socioeconómico en el Instituto: _____

B. NÚCLEO FAMILIAR

Nombre	Parentesco	Edad	Escolaridad	Ocupación	Personalidad	Enfermedad crónica

1. ¿Algún otro miembro de su familia, que no haya mencionado antes, padece de alguna enfermedad crónica? ¿Quién y qué enfermedad?

-

C. USO DE SUSTANCIAS

1. ¿Alguna vez en su vida ha consumido?

Alcohol) Nada) No llega a embriagarse) Llega a embriagarse Cantidad:
Frecuencia:
Edad de inicio del consumo:

Tabaco) No) Si Cantidad:
Frecuencia:
Edad de inicio del consumo:

) Marihuana) Cocaína) Opioides) Metanfetaminas) Otros:

D. CONDICIÓN FÍSICA (*Indagar sólo en pacientes que recibirán alguna intervención psicológica, omitir en pacientes que únicamente recibirán el tratamiento usual*)

1. ¿Cómo describiría su condición física actual?

Excelente

Buena

Regular

Mala

Observaciones:

2. ¿Padece de alguna lesión física actual o pasada que le impida realizar actividad física o realizar algún movimiento para caminar, agacharse, estirar o poner fuerza en sus músculos, mantener el equilibrio, etc.? ¿Desde cuándo?

-

3. ¿Ha presentado dolor en sus articulaciones? ¿En cuáles? ¿Desde cuándo? ¿Ha recibido tratamiento?

-

4. ¿Actualmente tiene dolor en alguna parte de su cuerpo? Describir características, intensidad, frecuencia, duración, si ha recibido tratamiento.

-

5. ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? En caso afirmativo, explicar motivo, de qué, hace cuánto y si tiene alguna secuela.

-

E. ANTECEDENTES DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA O PSIQUIÁTRICA

1. ¿En el pasado ha recibido algún tipo de atención psicológica o psiquiátrica? ¿Cuál fue el motivo? ¿Por cuánto tiempo la estuvo recibiendo?

-

2. ¿Alguien en su familia padece de algún trastorno mental o emocional? Mencionar el diagnóstico y si recibió atención psicológica o psiquiátrica.

-

F. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

1. ¿Qué enfermedad tiene? ¿Desde cuándo la tiene?
-
2. ¿Cómo se sintió (emocionalmente) al momento de recibir ese diagnóstico? *Triste, agobiado, sorprendido, decepcionado, calmado, enojado, etc.
-
3. ¿Ha tenido dificultad para obtener la información que quisiera conocer? ¿Generalmente pregunta a sus médicos las dudas que le surgen?
-

G. CONCIENCIA DE PRONÓSTICO

1. ¿Le han dicho los doctores si su enfermedad puede cambiar? ¿Cómo?
-

H. SITUACIÓN ACTUAL

¿De qué manera ha impactado su estado de salud actual a cada una de las siguientes áreas de su vida? Del 1 al 5 (nada satisfecho a totalmente satisfecho) ¿qué tan satisfecho se siente en cada área?

ÁREAS PSICOLÓGICAS	DESCRIPCIÓN	SATISFACCIÓN
1. FAMILIA		
2. PAREJA		
3. SEXUALIDAD		
4. SUEÑO		
5. ALIMENTACIÓN		
6. AMISTADES		

7. ESCUELA

8. TRABAJO-ECONOMÍA

9. PERSONALIDAD

10. ACTIVIDADES, SIUACIONES Y PERSONAS AGRADABLES

I. ESTILO DE AFRONTAMIENTO

1. Cuándo se le presenta una situación difícil en la que siente que no cuenta con los recursos personales, materiales o sociales suficientes para enfrentarla, usted generalmente:

- **Búsqueda de apoyo social**
 - Pide un consejo o información a sus familiares o amigos
 - Expresa sus sentimientos a familiares o amigos
- **Expresión emocional abierta**
 - Descarga su mal humor con los demás (insulta, agrede)
 - Se comporta de forma hostil o irritable
 - Busca desahogarse emocionalmente
- **Religión**
 - Asiste a la iglesia y pide a Dios que se solucione el problema
 - Reza
- **Focalizado en la solución del problema**
 - Analizar las causas del problema, establecer un plan de acción y dar pasos concretos
 - Hablar con las personas implicadas en el problema
- **Evitación**
 - No pensar en el problema, tratar de olvidarse de todo

- Ocuparse de lleno en el trabajo o en otras cosas
- Practicar algún deporte u otra actividad para olvidar
- **Autofocalización negativa**
 - Resignarse, no hacer nada ya que las cosas suelen ser malas
 - Asumir la propia incapacidad para resolver la situación
 - Culparse a sí mismo
- **Reevaluación positiva**
 - Sacar algo positivo de la situación
 - Pensar que el problema pudo haber sido peor
 - Descubrir que en el mundo hay gente buena

J. PENSAMIENTO SUICIDA

1. ¿Ha tenido ideas de hacerse daño a sí mismo(a)?

- Si

Explique _____

- No

2. ¿Ha llegado a pensar en desear estar muerto(a)?

- Si

Explique _____

- No

K. SÍNTOMAS PSICÓTICOS

1. En la última semana ¿ha escuchado o visto cosas que los demás no pueden ver o escuchar?

- Si

Explique _____

- No

2. En la última semana ¿ha tenido la sensación de que de alguna manera alguien quiere hacerle daño, ha hecho algo en su contra o de que lo vigila?

- Si
Explique_____
- No

L. INFORMACIÓN ACERCA DEL TRASPLANTE

1. ¿Qué tipo de trasplante recibirá?
 - Autólogo
 - Alogénico

2. ¿Cómo es el proceso antes del trasplante? ¿Hay algo que le preocupe?
-
3. ¿Cuáles son sus expectativas después de haber recibido el trasplante?
-
4. ¿Qué sabe acerca del internamiento para el trasplante? ¿Hay algo que le preocupe?
-
5. ¿Qué cuidados debe tener después del trasplante? ¿Hay algo que le preocupe?
-

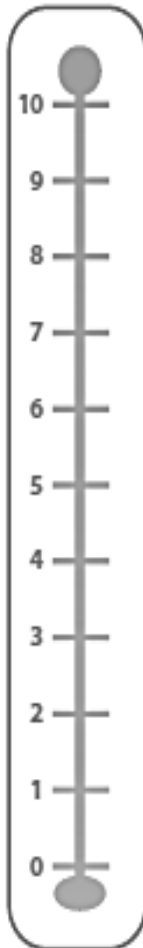
M. RED DE APOYO

1. Aproximadamente, ¿con cuántas personas cuenta cuando las necesita?
-
2. ¿De qué manera lo han apoyado?
-
3. En una escala del 1 al 10, ¿qué tan satisfecho se encuentra con el apoyo que recibe de otras personas para el cuidado de su salud?
-
4. ¿De qué manera se sentiría más apoyado(a)?
-

Apéndice B. Termómetro de Distrés

Instrucciones:

1. Por favor lea al paciente la siguiente definición de distrés: *"Distrés es una experiencia displacentera multifactorial de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual, emocional, social y/o espiritual) que interfiere con la habilidad para enfrentar efectivamente la enfermedad, sus síntomas físicos y su tratamiento."*
2. Muestre al paciente la Imagen del Termómetro y diga: *"Ahora le voy a mostrar una figura que se parece a un termómetro. Por favor, dígame cuánto distrés ha sentido esta última semana, incluyendo el día de hoy. Puede elegir cualquier número del 0 al 10: 0 significaría que no ha sentido nada de distrés y 10 máximo distrés."*
3. Haga un círculo alrededor del número (0-10) que mejor describa cuánto distrés ha experimentado el paciente en la última semana, incluyendo el día de hoy.
4. Lea al paciente la lista de problemas y, según su respuesta, marque si alguno de los siguientes Items ha sido un problema para el paciente en la última semana, incluyendo el día de hoy. Asegúrese de marcar SI o NO para cada uno.

		Problemas prácticos	SI	NO		Problemas físicos	SI	NO
	10	Máximo distrés	Cuidados de los hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apariencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Al bañarse / Al vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Seguridad financiera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9		Transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambios al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Escuela / Trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Constipación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8		Decisiones de tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7		Problemas familiares			Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Relación con la pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensación de hinchazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6		Capacidad de tener hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Relación con los hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Movilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5		Problemas de salud familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indigestión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					Memoria / Concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4		Problemas emocionales			Dolor en boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3		Miedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nartz seca / congestionada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Nervosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2		Tristeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Preocupación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piel seca / comezón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1		Pérdida de Interés en las actividades habituales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					Abuso de sustancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
0	Sin distrés	Preocupaciones religiosas o espirituales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Horníqueo en manos o pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					Otros problemas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Apéndice C. Evaluación Funcional de la Terapia del Cáncer - Trasplante de Médula Ósea (FACT-BMT)

FACT-BMT (4ª Versión)

A continuación encontrará una lista de afirmaciones que otras personas con su misma enfermedad consideran importantes. Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.

<u>ESTADO FÍSICO GENERAL DE SALUD</u>		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GF1	Me falta energía	0	1	2	3	4
GF2	Tengo náuseas.....	0	1	2	3	4
GF3	Debido a mi estado físico, tengo dificultad para atender a las necesidades de mi familia.	0	1	2	3	4
GF4	Tengo dolor.....	0	1	2	3	4
GF5	Me molestan los efectos secundarios del tratamiento.....	0	1	2	3	4
GF6	Me siento enfermo(a).....	0	1	2	3	4
GF7	Tengo que pasar tiempo acostado(a)	0	1	2	3	4

<u>AMBIENTE FAMILIAR Y SOCIAL</u>		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GB1	Me siento cercano(a) a mis amistades	0	1	2	3	4
GB2	Recibo apoyo emocional por parte de mi familia.....	0	1	2	3	4
GB3	Recibo apoyo por parte de mis amistades.....	0	1	2	3	4
GB4	Mi familia ha aceptado mi enfermedad.....	0	1	2	3	4
GB5	Estoy satisfecho(a) con la manera en que se comunica mi familia acerca de mi enfermedad	0	1	2	3	4
GB6	Me siento cercano(a) a mi pareja (o a la persona que es mi principal fuente de apoyo)	0	1	2	3	4
Q1	<i>Sin importar su nivel actual de actividad sexual, conteste a la siguiente pregunta. Si prefiere no contestarla, marque esta casilla <input type="checkbox"/> y continúe con la siguiente sección.</i>					
GB7	Estoy satisfecho(a) con mi vida sexual.....	0	1	2	3	4

FACT-BMT (4ª Versión)

Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.

<u>ESTADO EMOCIONAL</u>		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
001	Me siento triste	0	1	2	3	4
002	Estoy satisfecho(a) de cómo me estoy enfrentando a mi enfermedad	0	1	2	3	4
003	Estoy perdiendo las esperanzas en la lucha contra mi enfermedad.....	0	1	2	3	4
004	Me siento nervioso(a).....	0	1	2	3	4
005	Me preocupa morir	0	1	2	3	4
006	Me preocupa que mi enfermedad empeore.....	0	1	2	3	4

<u>CAPACIDAD DE FUNCIONAMIENTO PERSONAL</u>		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
001	Puedo trabajar (incluya el trabajo en el hogar)	0	1	2	3	4
002	Mi trabajo me satisface (incluya el trabajo en el hogar).....	0	1	2	3	4
003	Puedo disfrutar de la vida	0	1	2	3	4
004	He aceptado mi enfermedad	0	1	2	3	4
005	Duermo bien	0	1	2	3	4
006	Disfruto con mis pasatiempos de siempre	0	1	2	3	4
007	Estoy satisfecho(a) con mi calidad de vida actual	0	1	2	3	4

FACT-BMT (4ª Versión)

Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.

<u>OTRAS PREOCUPACIONES</u>		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
RMCT1	Estoy preocupado(a) por mantener mi trabajo (incluya trabajo en el hogar).....	0	1	2	3	4
RMCT2	Me siento alejado(a) de otras personas.....	0	1	2	3	4
RMCT3	Me preocupa que mi trasplante no funcione.....	0	1	2	3	4
RMCT4	Los efectos secundarios son peores de lo que imaginé.....	0	1	2	3	4
CA	Tengo buen apetito.....	0	1	2	3	4
CT	Me gusta la apariencia de mi cuerpo.....	0	1	2	3	4
RMCT5	Soy capaz de desplazarme por mí mismo(a).....	0	1	2	3	4
RMCT6	Me canso fácilmente.....	0	1	2	3	4
KLA	Me interesa el sexo.....	0	1	2	3	4
RMCT7	Estoy preocupado(a) por mi capacidad de tener hijos.....	0	1	2	3	4
RMCT8	Confío en las enfermeras del trasplante.....	0	1	2	3	4
RMCT9	Me arrepiento de haber tenido el trasplante de médula ósea.....	0	1	2	3	4
RMCT10	Puedo recordar cosas nuevas.....	0	1	2	3	4
RM1	Soy capaz de concentrarme (p. ej. leer).....	0	1	2	3	4
RMCT11	Tengo catarro o infecciones frecuentes.....	0	1	2	3	4
RMCT12	Mi visión está borrosa.....	0	1	2	3	4
RMCT13	Me molesta el cambio en el sabor de la comida.....	0	1	2	3	4
RMCT14	Tengo temblores.....	0	1	2	3	4
RM1	Me ha faltado el aire para respirar.....	0	1	2	3	4
RMCT15	Me molestan los problemas de la piel (sarpullido, comezón, picazón).....	0	1	2	3	4
RMCT16	Tengo problemas con mis deposiciones (evacuaciones) intestinales.....	0	1	2	3	4
RMCT17	Mi enfermedad es una dificultad personal para mis familiares más cercanos.....	0	1	2	3	4
RMCT18	El costo del tratamiento es una carga para mí o para mi familia.....	0	1	2	3	4

Apéndice D. Escalas Visuales Análogas Graduadas

Escalas Visuales Análogas Graduadas: comodidad, relajación, dolor, fatiga y náuseas

SEMANA 1

Sesión 1 Fecha: _____

	Antes de la intervención	Después de la intervención
	Ausencia total/la mayor intensidad posible	
Comodidad	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Relajación	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Dolor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Fatiga	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Náuseas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sesión 2 Fecha: _____

	Antes de la intervención	Después de la intervención
	Ausencia total/la mayor intensidad posible	
Comodidad	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Relajación	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Dolor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Fatiga	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Náuseas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nota: Este mismo formato se repitió de acuerdo al número de semanas que cada participante permaneció en hospitalización.

Apéndice E. Autorregistro de Atención Plena: Escaneo Corporal

Autorregistro de Atención Plena: Escaneo Corporal

Semana:



Nombre: _____

A continuación, se presenta un formato para que registre su **práctica diaria** de la estrategia de **ESCANEAO CORPORAL**, lea la información que se le solicita en cada apartado y anótela. En los apartados de **GRADO DE RELAJACIÓN** indique que tan **relajado(a)** se siente **antes de iniciar la práctica y al terminar**, en una escala del 0 al 10, donde 0 es nada relajado(a) y 10 es lo más relajado(a) posible.

Fecha	Hora de inicio	Hora de término	Grado de relajación antes	Grado de relajación después	Pensamientos, sentimientos y sensaciones que afloraron durante la práctica
Domingo					
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					
Sábado					

Apéndice F. Cuestionario de satisfacción de la intervención psicológica

**Evaluación de riesgos, beneficios y viabilidad del protocolo:
“Intervención Basada en Atención Plena para el estrés, la calidad de vida y síntomas físicos de pacientes hospitalizados receptores de un Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas: un estudio piloto”**

Nombre: _____ Fecha: _____

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

2. En una escala del 0 al 5, donde 0: nada, 1: muy poco, 2: poco, 3: algo, 4: mucho y 5: muchísimo, escriba qué tanto le sirvieron cada uno de los componentes que abajo se mencionan:

a) Información sobre la relación entre estrés y salud	
b) Estrategia de comer atentamente una pasa	
c) Estrategia de atención plena en la respiración	
d) Información que recibió en hospitalización de forma impresa	
e) Hacer escaneo corporal en hospitalización	
f) Tener una grabación de escaneo corporal en hospitalización	
g) Registrar su práctica de escaneo corporal en hospitalización	

3. ¿Qué opina de las sesiones que recibió antes de ser hospitalizado en cuanto a duración, frecuencia y contenido?

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

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

6. ¿Qué opina de que se le haya tomado la presión arterial en hospitalización?

7. ¿Cree que la estrategia de atención plena en la respiración y escaneo corporal le ayudaron con el control de sus síntomas físicos (nauseas, dolor, fatiga)? Explique su respuesta.

8. ¿Qué tanto haber participado en este estudio le ayudó a mantener un estado de ánimo agradable?

Nada Poco Algo Mucho Muchísimo

9. ¿Qué tanto haber participado en este estudio contribuyó a que su calidad de vida mejorará?

Nada Poco Algo Mucho Muchísimo

10. ¿Cree que alguna de las estrategias o información que recibió le ocasionó algún malestar grave en su persona? Conteste sí o no y en caso afirmativo mencione cuál o cuáles.

11. ¿Qué estrategia (atención plena en la respiración, comer atentamente una pasa, escaneo corporal o yoga) le pareció más sencilla de realizar?

12. ¿Qué estrategia (atención plena en la respiración, comer atentamente una pasa, escaneo corporal o yoga) le pareció más difícil de realizar?

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

a) Acudir a las citas pre-trasplante,	
b) Responder los cuestionarios que se me hicieron	
c) Hacer las estrategias de atención plena	
d) Escuchar el audio en hospitalización	
e) Llenar el autorregistro diario de la grabación	
f) Estar atento(a) durante las sesiones en hospitalización	
g) Identificar la intensidad de mis síntomas	

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

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

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

Comentarios y/o sugerencias:

Apéndice G. Cartas descriptivas de las sesiones en hospitalización

REDUCCIÓN DEL ESTRÉS BASADA EN ATENCIÓN PLENA

❖ Semana 1 en hospitalización

Sesión 1

Infografía de la semana: “Atención plena vs Piloto Automático”

Objetivo: Que el paciente desarrolle atención al momento presente, aumentando sus respuestas conscientes, disminuyendo su reactividad y vulnerabilidad cognitiva ante situaciones de estrés, tenga más control sobre sus respuestas emocionales y cambie la relación que establece con sus pensamientos, sentimientos y sensaciones físicas que activan y mantienen las respuestas automáticas a nivel cognitivo y conductual.

Práctica: Atención Plena en la respiración

Objetivos:

- Mantener la atención en la respiración en cada momento.
- Moderar las pautas de respiración irregular habitualmente generadas por el estrés, la ansiedad o la irritación.
- Identificar la sensación de ansiedad o estrés y dirigir amablemente la atención a la respiración.
- Centrarse en el momento presente.
- Percatarse de las sensaciones físicas que acompañan la respiración.

Condiciones necesarias:

- Habitación de hospitalización del paciente en condición de aislamiento.
- Ambiente tranquilo y sin distracciones.

Material:

- Formatos de las escalas visuales análogas graduadas (EVAG)
- Formato del Termómetro de Distrés (TD)
- Infografía “Atención plena vs Piloto automático”
- Una silla
- Una cobija
- Reloj
- Equipo de audio y grabación de la práctica de “escaneo corporal”
- Autorregistro
- Lápiz

Duración aproximada: 20-40 minutos.

Evaluación e intervención:

- A. Evaluación del grado de distrés del paciente mediante el Termómetro de Distrés (TD).
- B. Aplicación de una escala visual análoga graduada (EVAG) para cada uno de los siguientes aspectos: comodidad, relajación, fatiga, náusea y dolor.
- C. Revisión del tema “Atención plena vs Piloto automático” con apoyo de la infografía. Se estimulará al paciente a expresar su opinión al respecto, así como las emociones o pensamientos que le surjan en el momento.
- D. Se propondrá al paciente que asuma la postura indicada para realizar la práctica de atención plena en la respiración, la mejor postura a elegir será de acuerdo a las condiciones del paciente, tomando en cuenta su nivel de cansancio. Las opciones con las que se cuenta son: sentado en una silla o recostado sobre su cama, en cualquiera de las dos opciones el paciente deberá mantener los ojos cerrados. Si acostado el paciente descubre que se duerme, convendrá que asuma una postura más erguida. A continuación,

se presenta el guion de la práctica de atención plena en la respiración:

1. *Adopte una postura cómoda, ya sea acostado o sentado. Si elige sentarse, mantenga la columna recta y deje caer los hombros. Si elige sentarse cuide no cruzar manos ni piernas, más bien déjelas caer sobre su cama.*
 2. *Cierre los ojos y tómese un tiempo para tranquilizarse.*
 3. *Fije su atención en el estómago, sienta cómo sube y se expande suavemente al inhalar, y cómo desciende y se contrae al exhalar.*
 4. *Manténgase concentrado en la respiración “estando ahí” con cada inhalación y exhalación, déjese llevar por su respiración.*
 5. *Sea sencillamente consciente de su respiración, de la inhalación y exhalación. Observe sin emitir juicio alguno, el ir y venir de su respiración.*
 6. *Permanezca atento a la entrada y salida de aire. No hay necesidad de imaginar o visualizar su respiración, sino de sentirla.*
 7. *Cada vez que se dé cuenta de que su mente se ha alejado de la respiración tome nota de qué es lo que la apartó y amablemente devuélvala a la respiración, tal y como ocurre de manera natural.*
 8. *Si su mente se aleja mil veces de la respiración, su “tarea” será sencillamente la de devolverla cada una de esas veces a la respiración sin importar en lo que se haya involucrado, simplemente tome nota y vuelva.*
 9. *No hay ningún al que ir, ni nada que hacer, sino tan sólo estar aquí y ahora, sintiendo la respiración, sintiendo la inhalación y exhalación.*
 10. *Respire de manera natural, no la forcé de ningún modo. Sea sencillamente consciente del ritmo de su respiración.*
 11. *Lentamente abra los ojos y finalice la práctica.*
- E. Breve retroalimentación de la práctica, la cual se enfocará en las sensaciones y pensamientos del paciente durante la práctica.

- F. Aplicación de una EVAG para cada uno de los siguientes aspectos: comodidad, relajación, fatiga, náusea y dolor.
- G. Indicaciones finales respecto a la práctica diaria de “Escaneo corporal” y el uso del autorregistro.
- H. Cierre de la sesión.

Sesión 2

Objetivo:

- Evaluar en conjunto con el paciente problemas y/o retos relacionados con una práctica de meditación exitosa y proponer posibles soluciones en caso de que sea necesario.

Práctica: Escaneo corporal

Objetivos:

- Poner atención de forma sistemática en diferentes partes del cuerpo y tener conciencia de las sensaciones que se producen en cada una de ellas.
- Desarrollar concentración, calma y atención plena.
- Cultivar la consciencia y aceptación del momento presente.
- Afrontar sensaciones desagradables en el cuerpo (ej. dolor) con atención y sin juicios.

Condiciones necesarias:

- Habitación de hospitalización del paciente en condición de aislamiento.
- Ambiente tranquilo y sin distracciones.

Material:

- Formatos de las escalas visuales análogas graduadas (EVAG)
- Formato del Termómetro de Distrés (TD)
- Reloj
- Una silla
- Una cobija
- Equipo de audio y grabación de la práctica de “escaneo corporal”
- Autorregistro
- Lápiz

Duración aproximada: 20-40 minutos

Evaluación e intervención:

- A. Evaluación del grado de distrés del paciente mediante el Termómetro de Distrés (TD).
- B. Aplicación de una EVAG para cada uno de los siguientes aspectos: comodidad, relajación, fatiga, náusea y dolor.
- C. Después de realizar la evaluación se tomarán unos minutos para identificar problemas y/o retos que el paciente haya tenido a lo largo de su práctica diaria y proponer posibles soluciones en caso de ser necesario. Asimismo, se revisará en conjunto con el paciente el autorregistro y se dará una breve retroalimentación al respecto.
- D. Posteriormente se realizará la práctica de escaneo corporal. Se propondrá al paciente que asuma la postura indicada para realizar la práctica, la mejor postura a elegir será de acuerdo sentado en una silla o recostado sobre su cama, en cualquiera de las dos opciones el paciente deberá mantener los ojos cerrados. Si acostado el paciente descubre que se duerme, convendrá que asuma una postura más erguida. A continuación, se presenta el guion la práctica de escaneo corporal:
 1. *Vamos a iniciar estableciendo una buena postura, si le es posible acuéstese de espaldas en un lugar cómodo, evite cruzar brazos o*

- piernas, más bien suéltelos, asegúrese que su cabeza esta cómoda. Si por el momento no le es posible acostarse puede permanecer sentado, manteniendo la espalda erguida sin que le sea incómodo. Y ante todo recuerde que no quiere quedarse dormido, sino “quedarse despierto”.*
- 2. Cierre suavemente los ojos.*
 - 3. Y comience a prestar atención a su respiración, dese cuenta de que está respirando. Respire tranquila y naturalmente, sin forzar nada.*
 - 4. Sienta cómo sube y baja su abdomen cada vez que respira. No existe necesidad alguna de juzgar o analizar nada, sólo permítase estar en el momento presente con todo lo que surja.*
 - 5. Permítase por un momento, sentir su cuerpo como un “todo”, de la cabeza a los pies, tome conciencia de las sensaciones de contacto entre su cuerpo y la cama, o entre su cuerpo y la silla.*
 - 6. Descubra las partes de su cuerpo que estén tensas y relájelas, permita que las sensaciones de tensión fluyan y haga lo mismo con cualquier emoción, o pensamiento.*
 - 7. Durante la exploración de su cuerpo, permanezca atento a las sensaciones físicas que experimenta y note como cambian al inhalar y al exhalar. Todas las sensaciones, emociones o pensamientos son bienvenidos, no luche con ellos, simplemente descúbralos y permita que se desactiven al hacerlos conscientes. Mantenga una actitud de receptividad, de aceptación.*
 - 8. Fije su atención en los dedos de su pie izquierdo. Permítase sentir todas y cada una de las sensaciones que ahí descubra, observe con curiosidad. Si por el momento no siente nada, permítase la sensación de “no sentir nada”.*
 - 9. Extienda su atención a la planta del pie izquierdo, el talón y el tobillo. Observe las sensaciones que experimenta, y permita que se desactiven al volverse conscientes.*
 - 10. Cada vez que se dé cuenta de que se ha distraído, devuelva amablemente su atención a la respiración y a la zona de su cuerpo en la que esté concentrado.*

11. *Desde su tobillo izquierdo lentamente vaya subiendo por su pierna hasta llegar a la pelvis, sintiendo las sensaciones a medida que avanza por la pantorrilla, la rodilla y el muslo. Amplíe su sensibilidad consciente, identifique cualquier activación muscular y note como cambia al inhalar y exhalar.*
12. *Desde la pelvis, pase a los dedos de su pie derecho, permítase sentir todas y cada una de las sensaciones. Incremente su sensibilidad consciente y trate de identificar cualquier activación de sensaciones en los dedos de su pie derecho.*
13. *Extienda su atención hacia la planta de su pie derecho, el talón y el tobillo. Observe las sensaciones que experimenta, y permita que se desactiven al hacerlas conscientes y mantenerse respirando atentamente.*
14. *Desde su tobillo derecho vaya ascendiendo lentamente por la pierna derecha, a través de su pantorrilla, rodilla y muslo hasta llegar de nuevo a la pelvis. Sea consciente de las sensaciones y permita que se desactiven al volverse conscientes, note como cambian al inhalar y exhalar.*
15. *Cobre consciencia de las zonas anal y genital, y permanezca atento a cualquier sensación, profundice su sensibilidad consciente y permita que se relajen, sin intentar rechazar, sin intentar controlar.*
16. *Deje que su atención se dirija a su abdomen, note como se mueve cuando respira; sienta la zona intestinal y relájela.*
17. *Extienda su atención a la zona inferior, intermedia y superior de la espalda, detectando cualquier activación muscular, y permitiendo que se desactive al volverse consciente. Relaje todas las tensiones que pueda, y suelte aquellas que no pueda relajar, acéptelas amablemente y note como cambian al inhalar y exhalar.*
18. *Extienda su conciencia sensible al pecho, a la zona del tórax y a los hombros. Tome consciencia de las sensaciones que experimenta, para luego permitir que se desactiven y continuar.*

19. *Lleve su atención a los dedos de sus dos manos, a las palmas, a las muñecas, a los antebrazos y a los codos, suba hasta llegar a los hombros, relaje los hombros. Permanezca atento a cualquier sensación y permita que se desactive al hacerla consciente, note como cambia al inhalar y exhalar.*
20. *Desde los hombros, suba al cuello y a la garganta. Cobre conciencia de las sensaciones en esas zonas, sienta y permita que las sensaciones se desactiven al hacerlas conscientes. Manténgase respirando atentamente.*
21. *Cada vez que se distraiga, devuelva su atención a su respiración y permanezca en ella tratando de ampliar su sensibilidad consciente.*
22. *Extienda ahora su atención a la mandíbula y relájela, desactive cualquier tensión.*
23. *Sienta cómo se encuentran sus dientes, su lengua, boca y labios. Deje que las sensaciones se presenten y permita que se desactiven al hacerlas conscientes, note como cambian al inhalar y exhalar.*
24. *Sienta sus mejillas, fosas nasales, sienta sus ojos y los músculos que los rodean, identifique cualquier sensación y manténgase respirando atentamente. Extienda su consciencia sensible a la frente y a las sienes, sienta cualquier activación muscular y permita que se desactive al hacerla consciente. Suavice la expresión de su rostro, tome consciencia de ella y amplie su sensibilidad consciente.*
25. *Deje que su atención se dirija a la parte superior y posterior de su cabeza, identifique cualquier sensación y permita que se desactive, note como cambia al inhalar y exhalar. Cobre conciencia de los pensamientos que surgen en su mente, dese cuenta de cualquier impulso de juzgar, y permita que este impulso, se desactive al hacerlo consciente.*
26. *Sienta sus orejas, sienta cualquier sensación que se manifieste y manténgase respirando atentamente.*
27. *Deje que su respiración recorra todo su cuerpo, de la cabeza, a los pies.*

28. *Sienta la conexión que existe entre su cabeza, cuello, hombros, brazos, manos, espalda, abdomen, región pélvica, piernas y pies. Sienta el modo en que su cuerpo se expande al inhalar y sienta como se contrae al exhalar. Sienta su cuerpo como un todo y permanezca presente.*

29. *Sumérjase en el silencio y en la tranquilidad, permanezca disfrutando de esas sensaciones.*

30. *Vaya concluyendo la práctica, mueva manos y pies, puede estirarse o hacer ligeros movimientos, aplicar un suave masaje en la cara y finalmente abrir lentamente los ojos.*

E. Breve retroalimentación de la práctica, enfocada en las sensaciones y experiencia del paciente.

F. Retomando las experiencias del paciente en cuanto a la ejecución, de por lo menos 6 días a la semana, de la práctica de escaneo corporal por medio del material de audio, evaluar en conjunto con el paciente problemas y/o retos relacionados con una práctica de meditación exitosa y proponer posibles soluciones en caso de que sea necesario.

G. Aplicación de una EVAG para cada uno de los siguientes aspectos: comodidad, relajación, fatiga, náusea y dolor.

H. Indicaciones finales respecto a la realización diaria de la práctica de escaneo corporal y del autorregistro de la misma.

I. Cierre de la sesión.

Especificaciones para dolor (u otro síntoma) intenso durante la práctica de escaneo corporal:

- Tomar consciencia de la respiración y llevar a cabo la técnica del escaneo corporal, iniciando por los dedos del pie izquierdo. Devolver la atención a la zona del cuerpo que corresponde en el escaneo y continuar de forma sistemática. Una vez que se haya llegado a la zona del cuerpo con dolor, adoptar una actitud más abierta y receptiva, tomando atención con exactitud de las

sensaciones que se experimentan en esa zona. Respirar desde y hacia esa zona, mientras se percata de cualquier pensamiento o sensación a medida que se vaya presentando. Permanecer un momento ahí, respirar con las sensaciones y dejarlas de lado para seguir adelante con el escaneo corporal hasta finalizarla.

- Cuando es muy difícil concentrarse en cualquiera de las partes del cuerpo porque el dolor en una de ellas es muy intenso, en vez de explorar lo que se debe hacer es inhalar y exhalar en el propio dolor. Permitir que la atención se dirija a la zona donde hay dolor de gran intensidad. Intentado imaginar que la inhalación penetra en el tejido hasta que se ve totalmente absorbida e imaginar la exhalación como un canal que permite la evacuación al exterior de cualquier dolor de la zona. Continuar prestando atención a la respiración, dándose cuenta de que las sensaciones de las que se ocupa en cada momento, incluso las zonas más problemáticas del cuerpo, cambian de calidad, pudiendo llegar a sentir que también cambia su intensidad. Si el dolor cede, proceder con el escaneo corporal como se describió inicialmente.

Nota: Esta carta descriptiva corresponde a la Semana 1 en hospitalización, en la cual se describen las dos sesiones correspondientes. Las cartas descriptivas de las posteriores semanas siguen la misma lógica, lo único que cambió fue el tema de la infografía, los cuales fueron: “Actitudes básicas”, “Autocompasión y autocrítica”, “Dolor” y “Atención plena en la vida cotidiana”.

Apéndice H. Consentimiento informado



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO:

Intervenciones cognitivo conductuales para el distrés y la calidad de vida de pacientes hospitalizados receptores de un Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas: un estudio piloto.

(VERSIÓN 2, ENERO 2018)

Investigador principal: Psic. Sofía Sánchez Román.

Dirección del investigador: Vasco de Quiroga 15, Tlalpan, 14080 Ciudad de México, CDMX.

Teléfono de contacto del investigador (incluyendo uno para emergencias 24 horas): 01 55 5487 0900, Ext. 5068.

Investigadores participantes: Psic. Dulce María Monroy Robles y Dr. Eucario León Rodríguez.

Versión del consentimiento informado y fecha de su preparación: versión 2, enero 2018.

INTRODUCCIÓN:

Este documento es una invitación a participar en un estudio de investigación del Instituto. Por favor, tome todo el tiempo que sea necesario para leer este documento; pregunte al investigador sobre cualquier duda que tenga.

Procedimiento para dar su consentimiento. Usted tiene el derecho a decidir si quiere participar o no en este proyecto. El investigador le debe explicar ampliamente los beneficios y los riesgos del proyecto sin ningún tipo de presión y **usted tendrá todo el tiempo que requiera para pensar, solo o con quien usted decida consultarlo, antes de decidir si acepta participar.** Cualquiera que sea su decisión no tendrá efecto alguno sobre su atención médica en el Instituto.

Con el fin de tomar una decisión verdaderamente informada sobre si acepta participar o no en este estudio, usted debe tener el conocimiento

suficiente acerca de los posibles riesgos y beneficios a su salud al participar. Este documento le dará información detallada acerca del estudio de investigación, la cual podrá comentar con quien usted quiera, por ejemplo, un familiar, su médico tratante, el investigador principal de este estudio o con algún miembro del equipo de investigadores. Al final, una vez leída y entendida esta información, se le invitará a que forme parte del proyecto y si usted acepta, sin ninguna presión o intimidación, se le invitará a firmar este consentimiento informado.

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

Al final de la explicación, usted debe entender los puntos siguientes:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación.
- II. Los procedimientos que se utilizarán y su propósito, incluyendo la identificación de qué son procedimientos experimentales.
- III. Los riesgos o molestias previstos.
- IV. Los beneficios que se pueden observar.
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para usted
- VI. Garantía para recibir respuestas a las preguntas y aclarar cualquier duda sobre los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento de la materia.
- VII. La libertad que tiene de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se afecte su atención y el tratamiento en el Instituto.
- VIII. La seguridad de que no se le va a identificar de forma particular y que se mantendrá la confidencialidad de la información relativa a su privacidad.
- IX. El compromiso del investigador de proporcionarle la información actualizada que pueda ser obtenida durante el estudio, aunque esto pudiera afectar a su disposición para continuar con su participación.

- X. La disponibilidad del tratamiento médico y compensación a que legalmente tiene derecho, en el caso de que ocurran daños causados directamente por la investigación.

Puede solicitar más tiempo o llevar a casa este formulario antes de tomar una decisión final en los días futuros.

INVITACION A PARTICIPAR COMO SUJETO DE INVESTIGACION Y DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Estimado(a) Sr(a).

El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), a través del grupo de investigación le invita a participar en este estudio *piloto*, es decir un estudio previo que servirá como guía para un estudio más grande, y que tiene como objetivo: evaluar cuál es la mejor forma de llevar a cabo intervenciones psicológicas, antes y durante el periodo de aislamiento en hospitalización con pacientes receptores de un Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas (TCPH) autólogo o alogénico.

La duración total del estudio es de: 2 años. Su participación en el estudio tendrá una duración de: aproximadamente 8 meses.

Usted fue invitado al estudio debido a que tiene las siguientes características:

- Es un hombre o una mujer mayor de 18 años.
- Es un(a) paciente candidato(a) a un trasplante de células progenitoras hematopoyéticas alogénico o autólogo.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

Los tratamientos psicológicos que serán evaluados son: el programa de “Reducción del Estrés Basada en Atención Plena” y el “Entrenamiento en Estrategias de Afrontamiento al Estrés”, ambos tienen como objetivo

apoyar al paciente en reducir su malestar emocional y tener mayor control de sus pensamientos, emociones y sensaciones físicas.

Serán comparados con: el Tratamiento Usual que generalmente se le da a un paciente trasplantado de células progenitoras hematopoyéticas en condición de aislamiento en hospitalización, el cual incluye el tratamiento médico e interconsultas que los médicos tratantes determinan necesarias para asegurar el bienestar integral del paciente.

En este estudio usted podrá ser asignado(a) a uno de los tres grupos. La forma de su participación en el estudio será de acuerdo al grupo al que sea asignado(a), este estudio contará con 3 grupos. De manera general entre las actividades que podría realizar están:

- Antes del trasplante, asistir a 1 sesión de evaluación y responder a una entrevista y a dos cuestionarios (uno que evalúa malestar emocional y el otro calidad de vida), lo cual le tomará aproximadamente 90 minutos.
- Responder los mismos dos cuestionarios en diferentes puntos de tiempo: 1 y 2 semanas posteriores a la sesión de evaluación, en la alta médica y a los 3 y 6 meses después del alta, responderlos le tomará 15 minutos aproximadamente.
- Antes del trasplante, asistir a 2 sesiones en las que se llevarán a cabo intervenciones psicológicas estas sesiones tendrán una duración de 60 minutos.
- Durante el periodo de aislamiento en hospitalización, dos veces por semana participar de forma activa en las intervenciones psicológicas, cada sesión tendrá una duración aproximada de 20 a 40 minutos.
- Practicar diariamente, a través de una grabación que le será proporcionada, alguna estrategia de relajación que tendrá una duración de 20 minutos.
- Llevar a cabo un registro por escrito de la práctica diaria de la estrategia antes mencionada, hacerlo le tomará aproximadamente 5 minutos.
- Durante el aislamiento en hospitalización, responder a una serie de preguntas antes y después de la intervención psicológica, responderlas no le tomará más de 5 minutos.
- Durante el aislamiento y una vez por semana responder a un breve

cuestionario de satisfacción con la intervención, esto le tomará aproximadamente 5 minutos.

Las intervenciones experimentales propuestas son: Reducción del Estrés Basada en Atención Plena y Entrenamiento en Estrategias de Afrontamiento al Estrés.

Las intervenciones incluidas en el estudio que son parte de su tratamiento habitual (estándar) requerido para su condición son: en todos los casos usted recibirá el tratamiento habitual brindado a un paciente trasplantado de células progenitoras hematopoyéticas.

Las responsabilidades de los participantes incluyen: colaborar con las evaluaciones e intervenciones descritas en el apartado anterior e informar a los investigadores en caso de que decida retirarse del estudio.

RIESGOS E INCONVENIENTES

El presente estudio fue realizado con base en lo planteado al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, el cual establece lineamientos a seguir para la minimización de riesgos. No se prevén riesgos de carácter social, legal o económico a partir de la realización de este estudio. Los únicos riesgos potenciales son de carácter físico o psicológico, es decir que a partir las intervenciones psicológicas antes mencionadas se presente un periodo de malestar emocional o dolor físico. Previo a iniciar con las intervenciones psicológicas se tomarán medidas con el objetivo de minimizar los riesgos (una entrevista, una evaluación del estado emocional y calidad de vida, así como una interconsulta por parte de un fisioterapeuta que determine la capacidad para realizar posturas de hatha yoga).

Los datos acerca de su identidad y su información médica no serán revelados en ningún momento como lo estipula la ley, por tanto, en la recolección de datos clínicos usted no enfrenta riesgos mayores a los relativos a la protección de la confidencialidad la cual será protegida mediante la codificación de su información.

BENEFICIOS POTENCIALES

Al ser asignado a alguna de las intervenciones psicológicas mencionadas anteriormente se espera que usted: cuente con mayores herramientas que le permitan afrontar adecuadamente malestares emocionales y/o físicos, presente menor malestar emocional, que a mediano plazo su calidad de vida mejore; experimente estados de comodidad, relajación y un estado de ánimo positivo. En el caso de que usted reciba el tratamiento usual también se espera que usted tenga un control de síntomas físicos, así como cuidar que su estado de ánimo se encuentre estable. Es decir, en cualquiera de los 3 grupos del estudio al que sea asignado, usted recibirá una atención integral que asegure su mayor bienestar. Como beneficio indirecto, al final del estudio se espera contar con una intervención psicológica segura y eficaz para tratar a pacientes en condiciones de salud similares a la suya.

CONSIDERACIONES ECONÓMICAS

No se cobrará ninguna tarifa por participar en el estudio ni se le hará pago alguno. La participación en el estudio no implicará un gasto extra para usted.

COMPENSACION

No se tiene prevista alguna compensación para este estudio.

ALTERNATIVAS A SU PARTICIPACIÓN:

Su participación es voluntaria. Por lo que usted puede elegir no participar en el estudio. En caso de decidir no participar, usted recibirá el tratamiento o manejo habitual (estándar) que se le da a un paciente trasplantado de células progenitoras hematopoyéticas. Si durante el aislamiento llegara a presentar algún malestar de carácter psicológico usted podrá recibir interconsultas por parte de otros especialistas en salud mental del INCMNSZ.

PARTICIPACIÓN Y RETIRO DEL ESTUDIO:

Recuerde que su participación es VOLUNTARIA. Si usted decide no participar, tanto su relación habitual con el INCMNSZ como su derecho

para recibir atención médica o cualquier servicio al que tenga derecho no se verán afectados. Si decide participar, tiene la libertad para retirar su consentimiento e interrumpir su participación en cualquier momento sin perjudicar su atención en el INCMNSZ. Se le informará a tiempo si se obtiene nueva información que pueda afectar su decisión para continuar en el estudio.

Los investigadores pueden excluirlo del estudio: si presenta algún trastorno psiquiátrico severo o retraso mental.

Los procedimientos que serán necesarios si los investigadores lo retiran del estudio son: a) realizar una reunión entre ellos en la que se haga una valoración de ventajas y desventajas sobre su participación, b) tomar una decisión en conjunto sobre su retiro o permanencia en el estudio, c) informarle la decisión y d) suspender los procedimientos de evaluación e intervención. En ningún momento se suspenderá el tratamiento usual a ningún paciente en el caso de ser retirado del estudio.

El estudio puede darse por terminado en forma prematura si: hay datos de mayor daño que beneficio, se alcanza el número de pacientes establecido antes del tiempo esperado, si no se puede acceder a los participantes o si después de 1 año no se alcanza al menos el 50% del total de los pacientes que se pretende participen en este estudio.

Los procedimientos que serán necesarios si usted termina su participación en el estudio son: informar a alguno de los investigadores sobre su deseo de no continuar su participación en el estudio y de ser posible responder a una última evaluación sobre malestar emocional, calidad de vida y síntomas como comodidad, relajación, estado de ánimo positivo, dolor, náusea y fatiga.

CONFIDENCIALIDAD Y MANEJO DE SU INFORMACIÓN

Su nombre no será usado en ninguno de los reportes públicos del estudio. Si bien existe la posibilidad de que su privacidad sea afectada como resultado de su participación en el estudio, su confidencialidad será protegida como lo marca la ley, asignando códigos a su

información. El código es un número de identificación que no incluye datos personales. Ninguna información sobre su persona será compartida con otros sin su autorización, excepto:

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

Si usted decide retirarse del estudio, podrá solicitar el retiro y destrucción de su información. Todas las hojas de recolección de datos serán guardadas con las mismas medidas de confidencialidad, y solo los investigadores titulares tendrán acceso a los datos que tienen su nombre. Si así lo desea, usted deberá contactar a la Psic. Sofía Sánchez Román (teléfono: 01 55 5487 0900, Ext. 5068) y expresar su decisión por escrito.

El Comité de Ética en Investigación del INCMNSZ aprobó la realización de este estudio. Dicho comité es quien revisa, aprueba y supervisa los estudios de investigación en humanos en el Instituto. En el futuro, si identificamos información que consideremos importante para su salud, consultaremos con el Comité de Ética en Investigación para decidir la mejor forma de darle esta información a usted y a su médico. Además, le solicitamos que nos autorice contactarlo, en caso de ser necesario, para solicitarle información que podría ser relevante para el desarrollo de este proyecto.

Los datos científicos obtenidos como parte de este estudio podrían ser utilizados en publicaciones o presentaciones médicas. Su nombre y otra información personal serán eliminados antes de usar los datos. Si usted lo solicita su médico de cabecera será informado sobre su participación en el estudio.

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES:

En caso de que usted sufra un daño relacionado al estudio o tenga preguntas sobre el estudio, por favor póngase en contacto con la psicóloga Sofía Sánchez Román en el INCMNSZ (teléfono: 01 55 5487 0900, Ext. 5068).

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

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

- Estoy de acuerdo en participar en el estudio descrito anteriormente. Los objetivos generales, particulares del reclutamiento y los posibles daños e inconvenientes me han sido explicados a mi entera satisfacción.
- Estoy de acuerdo, en caso de ser necesario, que se me contacte en el futuro si el proyecto requiere coleccionar información adicional o si encuentran información relevante para mi salud.
- Mi firma también indica que he recibido un duplicado de este consentimiento informado.

Por favor responda las siguientes preguntas:

	SÍ (marque por favor)	NO (marque por favor)
a. ¿Ha leído y entendido el formato de consentimiento informado, en su lengua materna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y de discutir este estudio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Ha recibido usted respuestas satisfactorias a todas sus preguntas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Ha recibido suficiente información acerca del estudio y ha tenido el tiempo suficiente para	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SÍ (marque por favor)	NO (marque por favor)
tomar la decisión?		
e. ¿Entiende usted que su participación es voluntaria y que es libre de suspender su participación en este estudio en cualquier momento sin tener que justificar su decisión y sin que esto afecte su atención médica o sin la pérdida de los beneficios a los que de otra forma tenga derecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Entiende que no está renunciando a ninguno de sus derechos legales a los que es acreedor de otra forma como sujeto en un estudio de investigación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ¿Entiende que el médico/ psicólogo participante en el estudio puede retirarlo del mismo sin su consentimiento, ya sea debido a que usted no siguió los requerimientos del estudio o si el médico/ psicólogo participante en el estudio considera que médicamente su retiro lo beneficiaría más?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ¿Entiende que usted recibirá un original firmado y fechado de esta Forma de Consentimiento para sus registros personales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Declaración del paciente: Yo,

_____ declaro que es mi decisión participar como sujeto de este estudio piloto. Mi participación es voluntaria.

Se me ha informado que puedo negarme a participar o terminar mi participación en cualquier momento del estudio sin que sufra penalidad alguna o pérdida de beneficios. Si suspendo mi participación y fui

asignado al grupo de Reducción del Estrés Basada en Atención Plena o al grupo de Entrenamiento en Estrategias de Afrontamiento al Estrés, éstas intervenciones se suspenderán y recibiré el tratamiento médico habitual al que tengo derecho en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), en caso de haber sido asignado al grupo de tratamiento usual simplemente se continuará con el mismo manejo y ya no tendré que responder a las posteriores evaluaciones que forman parte de este estudio. En ninguna situación sufriré perjuicio en mi atención médica ni en futuros estudios de investigación.

Puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos o beneficios potenciales derivados de mi participación en este estudio. Si tengo preguntas sobre el estudio, puedo ponerme en contacto con Psic. Sofía Sánchez Román, tel. 01 55 5487 0900, Ext. 5068.

Debo informar a los investigadores de cualquier cambio en mi estado de salud (por ejemplo, uso de nuevos medicamentos, cambios en el consumo de tabaco) o en la ciudad donde resido, tan pronto como sea posible.

He leído y entendido toda la información que me han dado sobre mi participación en el estudio. He tenido la oportunidad para discutirlo y hacer preguntas. Todas las preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. He entendido que recibiré una copia firmada de este consentimiento informado.

Tengo claro que, en caso de tener preguntas sobre mis derechos como sujeto de investigación en este estudio, problemas, preocupaciones, dudas, deseo obtener información adicional, o bien, hacer comentarios sobre el desarrollo del estudio, tengo la libertad de hablar con el presidente del Comité de Ética en Investigación del INCMNSZ (Dr. Arturo Galindo Fraga, tel.: 54870900, ext. 6101).

Nombre del / de la Participante

Firma del / de la Participante

Fecha

Coloque la huella digital del
participante sobre esta línea si no
sabe escribir

Nombre del representante
legal (si aplica)

Firma del representante
legal

Fecha

Nombre del Investigador
que explicó el documento

Firma del Investigador

Fecha

Nombre del Testigo 1

Firma del Testigo 1

Fecha
Dirección:

Relación con el participante

Nombre del Testigo 2

Firma del Testigo 2

Fecha

Relación con el participante

Dirección:

Lugar y Fecha: _____

(El presente documento es original y consta de 6 páginas).

Apéndice I. Presentación de Power Point: "Estrés y salud"

Estrés y salud

Estrés

- Es un hecho habitual de la vida del ser humano.
- Todos tenemos nuestra propia versión del estrés.
- Surge de la necesidad de adaptarnos a las diferentes presiones que experimentamos en la vida: **CAMBIO**.

¿Qué es el estrés?

RELACIÓN

PERSONA AMBIENTE

Percebe en qué medida las demandas ambientales constituyen:

- una **AMENAZA**
- superan sus **RECURSOS** para afrontarla. o
- ponen en peligro su **BIENESTAR**

- Diferentes formas de expresarse:
 - Fisiológica
 - Cognitiva
 - Emocional
 - Motora o conductual
- Cada persona tiene un patrón de respuesta diferente.

AFRONTAMIENTO
EVITACIÓN

Las situaciones estresantes o estresores

- Proceden de tres fuentes básicas:

La forma en que vemos y valoramos las situaciones es lo que realmente nos afecta y no la situación en sí misma.

- Determina la respuesta que damos y
- Cuánta angustia experimentamos al hacerlo.

Recursos de Afrontamiento

Esfuerzos conductuales y cognitivos dirigidos a **reducir** el estresor.

Externos	Internos
Familia	Autoeficacia
Amigos	Autoconcepto
Grupos	Pensamientos
Especialistas	Creencias

ESTRÉS, puede ser:

- Ayuda a evitar el peligro.
- Cumplir con una demanda.
- Estrés agudo
- Cuando dura mucho tiempo puede dañar su salud.
- Estrés crónico

ESTRÉS CRÓNICO Y SALUD

El cuerpo **no tiene tiempo de recuperarse**.

Repercusiones en la salud física

Dolor de cabeza	Indigestión	Resfriados frecuentes
Dolor de cuello y espalda	Ataques al corazón	Alteraciones inmunológicas

Repercusiones psicosociales

Incapacitación laboral	Crisis nerviosas	Depresión
Sentimientos de vulnerabilidad, tristeza y temor	Infelicidad en las relaciones personales	
Aislamiento social		

Distrés o malestar emocional

- Es una forma de estrés crónico.
- Es un estado de angustia o sufrimiento.
- la persona es incapaz de adaptarse completamente a factores amenazantes o de demanda.

- El **distrés emocional** está marcado por diversos factores que varían en intensidad:

Tristeza	Inseguridad	Confusión
Preocupación	Expresiones de ira	Aislamiento social
Pérdida de esperanza		

- Interfiere en la capacidad de afrontar de forma efectiva:
 - Una enfermedad,
 - los síntomas físicos asociados y
 - el tratamiento pautado.

Elementos de la intervención REBAP

Apéndice J. Ejercicios de las sesiones antes la hospitalización

IDENTIFICANDO MIS ESTRESORES

Instrucciones: Identifique y anote aquellas situaciones que le parecen estresantes en su día a día (relacionadas o no con su condición de salud actual) que le ocurren con gran frecuencia y que se asocian con emociones desagradables como tristeza, ansiedad, culpa, enojo, preocupación, etc.

Asimismo, indique el **grado de malestar** que le produce, en una escala del 1 al 5 (1: ninguno, 2: bajo, 3: medio, 4: alto, 5: muy alto).

Estresor o situación desencadenante	Grado de malestar	Emoción
-		
-		
-		
-		
-		
-		
-		
-		

SITUACIONES ESTRESANTES Y REACCIÓN EMOCIONAL

Instrucciones: Piense en alguna situación estresante que haya vivido, descríbala a detalle y a continuación indique que emoción desagradable sintió en el momento que ocurrió, así como la intensidad de esa emoción. Después piense nuevamente en esa situación situándose en el presente, este momento, y anote qué emoción siente, así como la intensidad de la misma.

En el momento de la situación estresante			En este momento	
Situación estresante	Emoción desagradable	Intensidad (de 0 a 10)	Emoción	Intensidad (de 0 a 10)

FORMAS DE ACTUAR ANTE EL ESTRÉS

Instrucciones: Piense y anote las formas más efectivas o las estrategias que emplea cuando su estrés es muy elevado y que le han dado resultados positivos. Anótelas empezando por la que considera más efectiva y termine con la menos efectiva.

1.	4.
2.	5.
3.	6.

APRENDIENDO DE LOS EVENTOS VITALES

Los eventos vitales son situaciones que generan un gran impacto emocional pero que ocurren pocas veces en la vida. Algunos ejemplos de eventos vitales son la muerte de un familiar, el nacimiento de un hijo, cambio de trabajo, diagnóstico de alguna enfermedad, etc.


Instrucciones: Elija un evento vital que le haya ocurrido en su vida y reflexione sobre los aspectos positivos del mismo.

¿Qué cosas nuevas aprendió a raíz de esa vivencia? ¿Qué le ha aportado hoy el enfrentarse a ese evento vital?

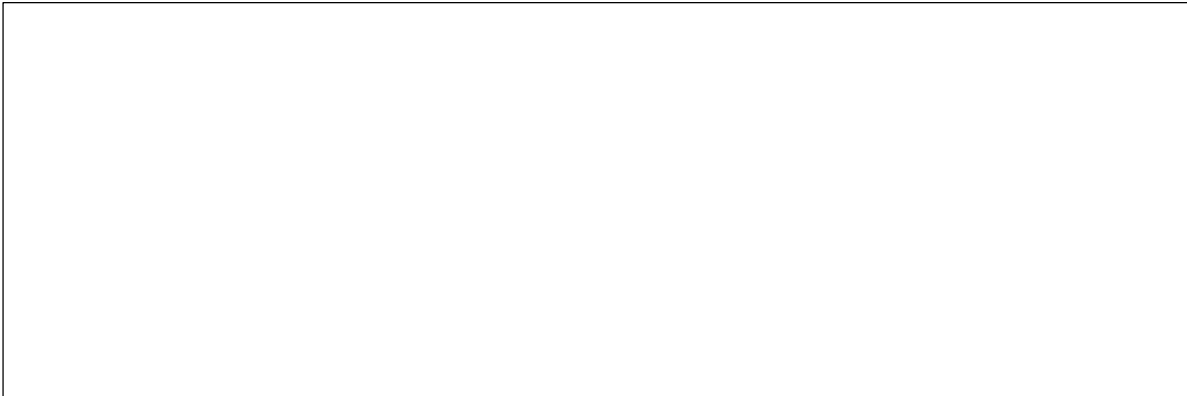
Evento vital:
❖ ❖ ❖ ❖ ❖

MENSAJES INTERNOS

Instrucciones: Ahora preste atención a los mensajes internos que regularmente se hace así mismo ante una situación que le provoca estrés y anótelos.



Ahora escriba un mensaje que le diría a un ser querido cuando está pasando por una situación difícil o ha cometido un error.



Apéndice K. Prácticas de atención plena: “Atención plena en la respiración” y “Comer atentamente una pasa”

Práctica formal: “Atención plena en la respiración”

Objetivos:

- Mantener la atención en la respiración en cada momento.
- Moderar las pautas de respiración irregular habitualmente generadas por el estrés, la ansiedad o la irritación.
- Identificar la sensación de ansiedad o estrés y dirigir amablemente la atención a la respiración.
- Centrarse en el momento presente.
- Percatarse de las sensaciones físicas que acompañan la respiración.

Tiempo: 8 a 10 minutos

Postura: acostado(a) o sentado(a)

* Si acostado descubre que se duerme, convendrá que asuma una postura más erguida.

Lugar: entorno tranquilo y sin distracciones.

Foco de atención: respiración.

GUIÓN:

1. *Adopte una postura cómoda, acostado sobre su espalda o sentado. Si elige sentarse, mantenga la columna recta y deje caer los hombros.*
2. *Cierre los ojos y tómese un tiempo para tranquilizarse.*
3. *Fije su atención en el estómago, sienta cómo sube y se expande suavemente al inhalar, y cómo desciende y se contrae al exhalar.*
4. *Manténgase concentrado en la respiración “estando ahí” con cada inhalación y exhalación, como si cabalgase sobre las olas de su respiración.*

5. *Sea sencillamente consciente de su respiración, de la inhalación y exhalación. Observe sin emitir juicio alguno, el vaivén de su respiración.*
6. *Permanezca atento a la entrada y salida de aire. No hay necesidad de imaginar o visualizar su respiración, sino de sentirla.*
7. *Cada vez que se dé cuenta de que su mente se ha alejado de la respiración tome nota de qué es lo que la apartó y amablemente devuélvala a la respiración, tal y como ocurre de manera natural.*
8. *Si su mente se aleja mil veces de la respiración, su "tarea" será sencillamente la de devolverla cada una de esas veces a la respiración sin importar en lo que se haya involucrado, simplemente tome nota y vuelva.*
9. *No hay ningún al que ir, ni nada que hacer, sino tan sólo estar aquí y ahora, sintiendo la respiración, sintiendo la inhalación y exhalación.*
10. *Respire de manera natural, no la forcé de ningún modo. Sea sencillamente consciente del vaivén de su respiración. Lentamente abra los ojos y finalice la práctica.*

Práctica formal: “Comer atentamente una pasa”

Propósitos:

- Entrenar el mantenimiento de la atención en un objeto.
- Desarrollar atención plena.
- Cultivar la atención en el momento presente.
- Combatir el piloto automático empleado habitualmente en el momento presente.

Tiempo: 5 minutos.

Postura: sentado(a).

Lugar: tranquilo y sin distracciones.

Foco de atención: la pasa.

GUIÓN:

Tome una pasa.

Imagine que proviene de otro planeta y acaba de llegar a la Tierra y ve ese fruto por primera vez. Explore la pasa con todos sus sentidos.

Centre su atención en uno de sus aspectos como si nunca la hubiera visto.

Obsérvela y explórela con mucho detenimiento. Dele vueltas entre sus dedos y tome consciencia de su color.

Explore luego su textura, sienta su blandura, su dureza, su tosquedad y su suavidad.

Aproxime la pasa a su nariz y huélala con mucha atención.

Luego acérquela a su oreja, presionando suavemente, hágala girar entre sus dedos y escuche con mucha atención todos los sonidos que procedan de ella.

Ahora acerque lentamente el objeto a su boca, sin comerlo, tome consciencia de que quizás su boca está empezando a salivar. Ponga el objeto en su boca, sobre su lengua y todavía sin morderla note las sensaciones que ese objeto desencadena en su boca.

Muérdala cuando así lo decida y note como va de un lado a otro de la boca, al tiempo que toma consciencia del sabor que desprende.

Mastíquela lentamente y sienta como va cambiando de consistencia mientras la mastica, todavía no la trague.


Cuando llegué el momento advierta su intención de tragarla y hágalo, vea si puede sentir como desciende por su garganta y penetra en su esófago, hasta llegar a su estómago.

Apéndice L. Infografías de las sesiones en hospitalización.

Infografía de la semana 1: “Atención Plena vs Piloto Automático”

ATENCIÓN PLENA V.S. PILOTO AUTOMÁTICO

Atención Plena



Capacidad de prestar atención a la experiencia del momento presente, con una actitud de aceptación y no juicio.

Atención al momento presente.

Ser consciente de los contenidos de tu mente momento a momento.

Cuando la **mente** está **presente** podemos encontrar un estado de calma interior y disfrutar más plenamente de nuestra vida.

¿Una mente llena?
o
¿Una mente plena?

Tener conciencia de cada momento te permite controlar el flujo de sucesos en el momento en que más predispuesto puedes estar a reaccionar de forma automática.


RESPONDER ante estresores:

- La conciencia reduce la reactividad del momento y contribuye a que recuperes la calma con más rapidez.
- Activación fisiológica acorde con el detonante.
- Responder de una forma nueva y diferente.
- Capacidad de abrazar y aceptar la catástrofe total.
- Tranquilidad, sensación de control y bienestar.

INGREDIENTES:

- Actitud de observador/a
- Receptividad ante las situaciones.
- Aceptación, curiosidad y apertura.
- Observar y experimentar sin juzgar.
- Ver las cosas tal como son.

• Ingrediente secreto: *Tratarnos con cariño, ser compasivos con nosotros mismos.* Evitar la autocrítica.



Piloto automático

¿Sueles tener la mente en otro lugar?
¿Con frecuencia te quedas enredado en tus pensamientos?
¿Alguna vez has llegado a un lugar sin saber cómo o has tenido que volver a comprobar si has cerrado la puerta?



Estás en piloto automático si...

- Estás físicamente presente en algún lugar o situación pero tu mente está **divagando**, pensando en otras cosas.
- Tu **mente está perdida** en recuerdos del pasado o fantasías del futuro.
- **Reaccionas sin conciencia** ante algún evento, sensación o pensamiento.

Piloto automático = dejarse llevar por viejos hábitos de pensamiento = desconectarse del momento presente.

Implica REACCIONAR ante estresores:

- Huir o luchar.
- Sentirte casi siempre tenso o nervioso.
- Hiperactivación fisiológica e incluso crónica.
- Malestar emocional o angustia.
- Descenso en la función inmunológica.

Darte cuenta de que estás en piloto automático representa una **oportunidad de practicar la atención plena**, de despertar tus sentidos, vivir con plenitud y de conectarte contigo mismo y con los demás.



Infografía de la semana 2: "Actitudes básicas para la práctica de Atención Plena"

ACTITUDES BÁSICAS PARA LA PRÁCTICA DE ATENCIÓN

PLENA

- ⇒ **Mente y cuerpo.**
- ⇒ **Receptividad + aceptación = aprendizaje y cambio.**



⇒ **Es tiempo de ser y no de hacer.**




⇒ **Simplemente prestar atención a las cosas y verlas tal como son, sin intentar controlarlas.**



⇒ **El esfuerzo por lograr algo sólo producirá tensión y frustración.**

⇒ **Hay que cultivarlas con conciencia.**



⇒ **Mantener presentes estas actitudes es parte del entrenamiento.**

⇒ **Dirigen y canalizan la energía durante la práctica.**



⇒ **Se encuentran relacionadas.**

⇒ **Junto con el compromiso son la base para la práctica de la atención plena.**

No juzgar

Se trata de asumir la postura de ser testigos imparciales, OBSERVADORES, de nuestra propia experiencia: tomar conciencia de nuestros juicios y reacciones ante nuestras experiencias internas y externas, y aprender a salir de ellos, sin juzgarlos sólo observarlos y dejarlos pasar. El hábito de juzgar nuestras experiencias nos limita a reacciones mecánicas de las que no nos damos cuenta.



Paciencia

Estar totalmente abierto a cada momento, aceptándolo tal como es, sabiendo que cada cosa tiene su momento. Se trata de cultivar la paciencia hacia nuestra propia mente y nuestro propio cuerpo, a veces nuestros pensamientos distraen nuestra atención del momento actual y hacen que perdamos la conexión con el momento presente.



Mente de principiante

Se trata de tener una mente dispuesta a ver todo como si fuese la primera vez. Estar libres de las expectativas basadas en experiencias previas. Implica estar receptivos a las situaciones, sensaciones, pensamientos, personas, etc. Ningún momento es igual a otro, hay que observarlo con curiosidad.



Confianza

Se trata de ser nosotros mismos y aprender a escuchar las señales de nuestro cuerpo siendo sensibles a ellas. Estar abiertos a aprender del exterior y a la vez asumir una actitud de confianza en nosotros mismos.



No esforzarse

La mejor manera de alcanzar nuestros objetivos practicando atención plena, es huir de esforzarnos en lograr resultados y comenzar a concentrarnos en ver y aceptar las cosas como son en cada momento. Se trata de ser y no de hacer.

Aceptación

Significa ver las cosas como son en el momento presente. Intentar forzar que las situaciones sean como nos gustaría sólo genera más tensión e impide que se produzcan cambios positivos. No implica resignarnos o abandonar nuestros principios y valores, sino ver las cosas como son y mostrarnos receptivos y abiertos a lo que sentimos, pensemos o veamos, sin imponer nuestras ideas, y a aceptarlo porque está aquí y ahora.



Ceder

Implica no apegarnos, no aferrarnos y más bien soltarnos, tanto de ideas, sensaciones y experiencias agradables o desagradables. Cada vez que nos hallemos juzgando nuestras experiencias dejemos que esas ideas enjuiciadoras se vayan, del mismo modo cuando nos vengan ideas del pasado o futuro, reconozcámoslas y dejémoslas pasar.



Infografía de la semana 3: "Autocompasión y Autocrítica"

AUTOCOMPASIÓN VS AUTOCRÍTICA

Autocompasión:

- Ser bondadoso, amable y comprensivo con uno mismo.
- Aceptarse a uno mismo.
- Reconocer que el ser humano es imperfecto.
- Aceptar que es inevitable experimentar dificultades en la vida.
- Reconocer que no siempre se puede ser o conseguir exactamente lo que uno quiere.

Incluso cuando comete errores, cuando se siente incapaz, cuando se enfrenta a experiencias dolorosas o cuando experimenta emociones como la culpa, la vergüenza o la autocrítica.

- Mejora su bienestar físico y mental.
- Experimenta más satisfacción con sus relaciones interpersonales del día a día.
- Vive un mayor bienestar emocional.







Autocrítica
Mensajes que nos damos a nosotros mismos, pretendiendo producir un cambio en nuestro comportamiento para conseguir nuestros objetivos y evitar equivocarnos.
AUTOEXIGENCIA DE CAMBIAR

↔

Sufrimiento	Tristeza
Frustración	Enojo
Más autocrítica	Depresión
Autoconcepto negativo	Ansiedad


VIVIR CON ESTRÉS, ANSIEDAD, DOLOR Y/O ENFERMEDAD= SUFRIMIENTO

- Proviene de la dureza con la que las personas se tratan a sí mismas.
- ¿Qué pasaría si trataras a los demás como te tratas a ti mismo? Posiblemente perderías a todos tus amigos.





APRENDEMOS A NO ESTAR BIEN CON NOSOTROS MISMOS

- ⇒ El sufrimiento y la inadecuación personal es una experiencia humana compartida: "algo que todos pasamos".
- ⇒ Los **pensamientos, sentimientos y acciones** se ven afectadas por factores "externos", como la educación y el ambiente.
- ⇒ Aprender a tomar las dificultades de la vida sin prejuicios, con aceptación y con compasión.



Date cuenta y observa tus pensamientos y emociones negativas tal como son, sin tratar de suprimirlos, negarlos o cambiarlos.

APRENDIENDO A SER AUTOCOMPASIVO(A)

Desarrollar sensibilidad al sufrimiento de los otros y de uno mismo, y el compromiso de aliviar ese sufrimiento.

Cultivando la compasión y el amor hacia uno mismo y expandiéndolo luego a los demás.

Infografía de la semana 4: "Dolor"

TÚ NO ERES TU DOLOR



Disposición a abrirse al dolor y aprender de él.

Sintonizar con la experiencia real de los propios síntomas en ese momento en que dominan nuestro cuerpo y nuestra mente.

Tener una enfermedad crónica grave = estar muy preocupados e inquietos, incluso asustados y deprimidos, pensando en el futuro.

Síntoma= uno de los mensajeros más importantes de nuestro cuerpo.

Antiguamente cuando a un rey no le agradaba el mensaje que recibía, a veces mandaba a matar al mensajero.

Es el equivalente a eliminar nuestros síntomas o sensaciones porque no los deseamos.



Idea de que los síntomas son molestos e inconvenientes. Indeseables.

La mayoría de la gente diría que el dolor es malo.

De inmediato buscar algo que los alivie.

Es nuestra forma de pensar la que no quiere aceptar sus sensaciones porque no le gustan y quiere que se vayan.

ATENCIÓN REACTIVA, CRÍTICA Y TEMEROSA= más preocupación

Forma en que vemos al dolor + reacción = nivel de sufrimiento que experimentamos.

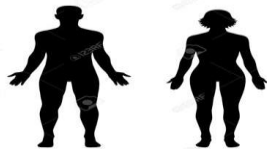
ATENCIÓN PLENA = tomar la experiencia con curiosidad y aceptación.

Para poder alcanzar niveles más elevados de salud y bienestar,
hay que empezar desde donde estamos en realidad hoy y no desde nos gustaría estar.

SUFRIMIENTO una de las numerosas respuestas ante el dolor ya sea físico o emocional.

Pensamientos, emociones y el significado que le damos a nuestras experiencias.

A lo que de verdad tememos es al sufrimiento no al dolor.



Intentar algo por sí mismo para enfrentar el dolor u otro síntoma.

Existen en el interior de nuestro cerebro y sistema nervioso central rutas a través de las que se puede modificar la percepción del dolor.

Nuestro cuerpo y nuestra mente no están separados.

Podemos influir de alguna manera en la experiencia del dolor u otro síntoma movilizándolo los recursos internos de la mente.

Observar y dejar pasar:

- Dolor, ideas, sentimientos, sensaciones.
- Sin emitir algún juicio.

"PONER LA ALFOMBRA ROJA"

- Hacer lo posible por aceptar el dolor.
- Mostrarse abierto.
- Darle la bienvenida, porque ya está ahí.

Dolor

- Capacidad de controlarlo
- Cambiar la relación que tiene con él

Exploración corporal
Respiración con atención plena
Yoga
Atención plena a la vida diaria

Sintonizar con las sensaciones es una forma más útil de disminuir el nivel de dolor experimentado, que intentar no pensar en él.

Infografía de la semana 5: “Atención Plena en la vida cotidiana”

ATENCIÓN PLENA EN LA VIDA COTIDIANA



La esencia de la atención plena es estar atentos de forma consciente al momento presente con aceptación y sin juicio.

- ⇒ Prestar atención
- ⇒ Ser dueño de tus momentos
- ⇒ Tomar tiempo del día para ser, para no hacer.



¿Sé lo que hago en este momento? ¿Estoy totalmente presente mientras lo hago?
 ¿Cómo se siente mi cuerpo en este instante? ¿Y mi respiración? ¿Para qué se esta preparando mi mente?

Apagar el piloto automático

En el mismo instante en que se da cuenta que no está presente, vuelve a estar presente.

Involúcrese en cada momento con todos sus sentidos y su mente, con curiosidad sin juicios.

Vea la totalidad del momento.

Sea consciente de sus sensaciones, emociones y pensamientos.

Note el impacto que las situaciones le generan y la respuesta o reacción que tiene ante ellas.

Con la práctica lo que parecía impenetrable
 se convierte en penetrable,
 lo que parecía turbio se aclara.



PRÁCTICA FORMAL

Respiración atenta
 Meditación Sentada
 Exploración Corporal
 Hatha Yoga

PRÁCTICA INFORMAL

Darse un baño
 Pasar el tiempo en compañía de alguien
 Comer
 Escuchar a los demás
 Bañarse

Caminar
 Subir las escaleras
 Leer
 Dibujar
 Decir “te quiero”
 En realidad cualquier actividad que realice durante el día.



Observar y dejar estar, observar y dejar pasar.

“Poner la alfombra roja”

Todo tipo de pensamientos son bienvenidos.

No juzgue ni evite sus pensamientos o sensaciones.

Sea amable y gentil consigo mismo.

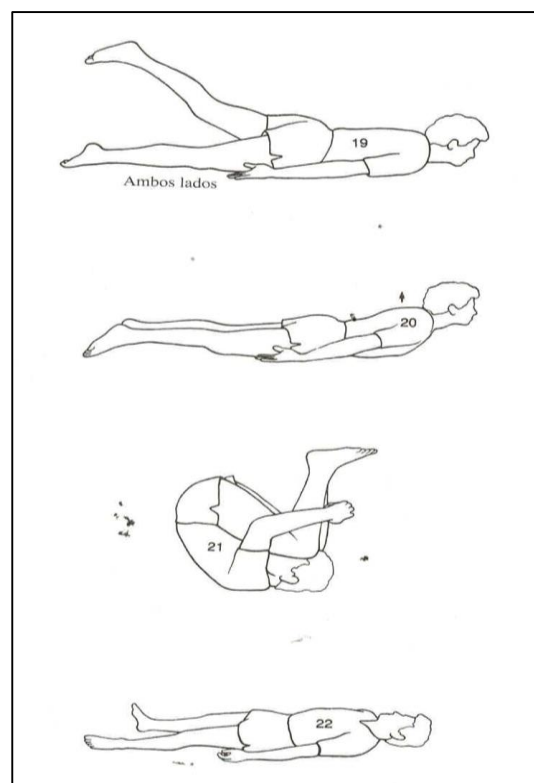
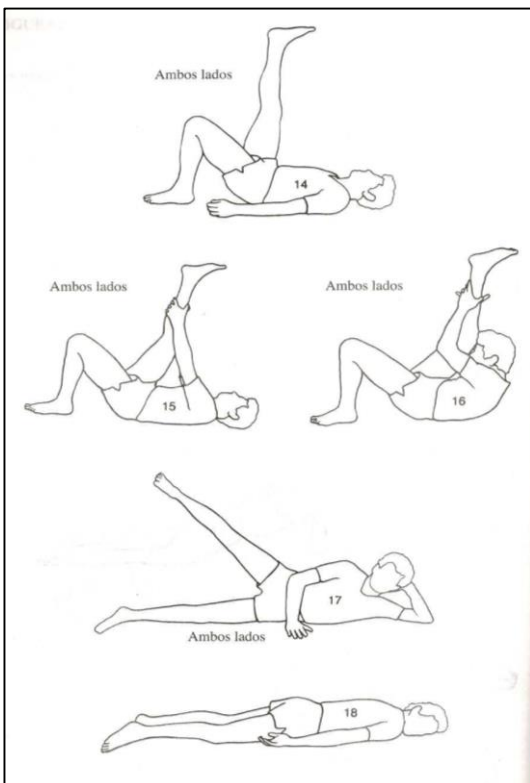
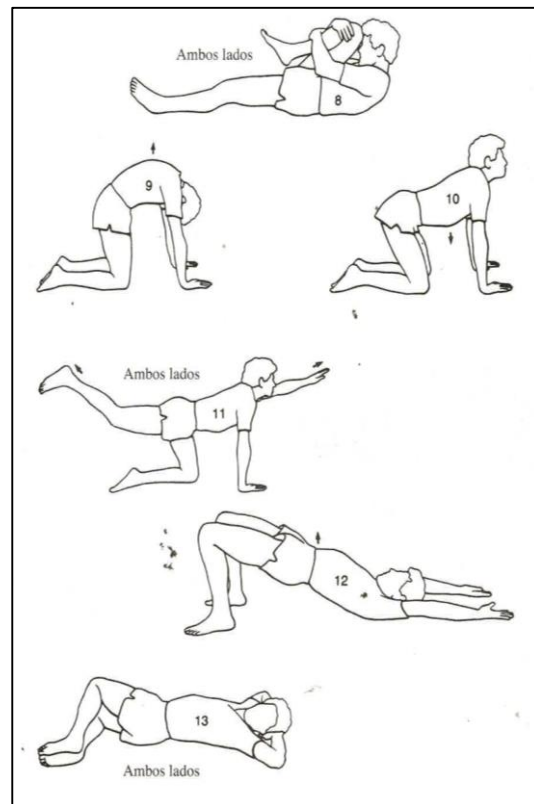
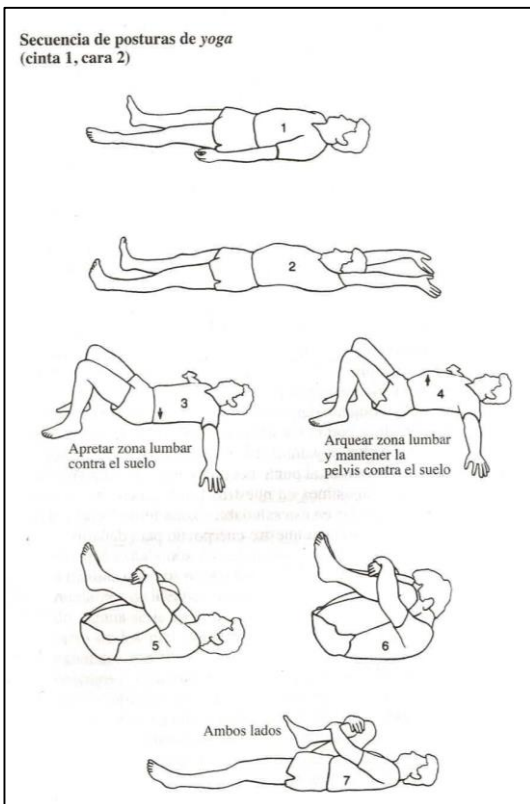
Permanezca receptivo a cualquier momento y a lo que éste le puede aportar.

La práctica cotidiana de la atención plena le ayuda a:

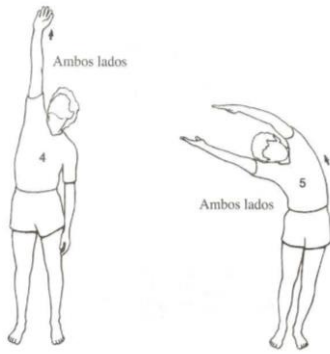
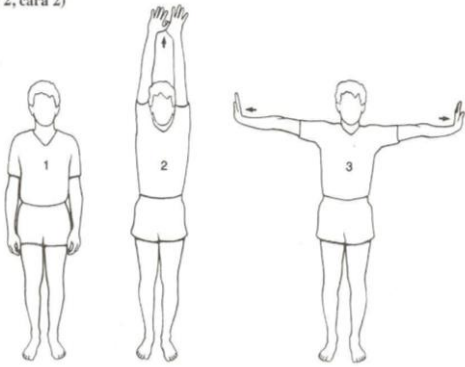
- Darse cuenta más rápidamente de la presencia del estrés y facilitar la recuperación de la calma.
- Participar de forma activa en el proceso de su salud y bienestar.
- Identificar las situaciones estresantes, estar atento a ellas y responder en lugar de reaccionar ante ellas.



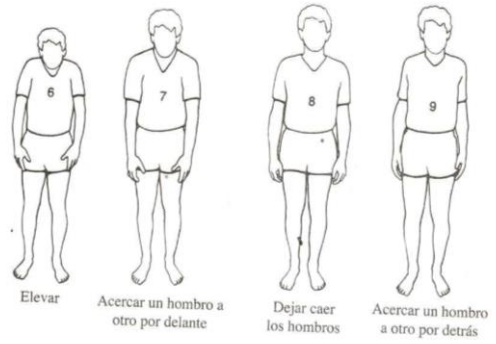
Apéndice M. Práctica de Atención Plena: "Hatha Yoga"



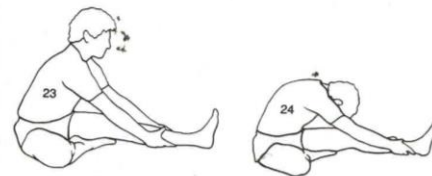
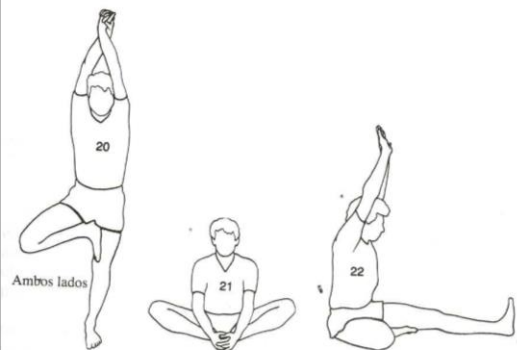
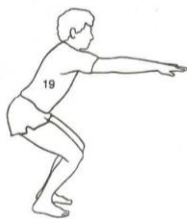
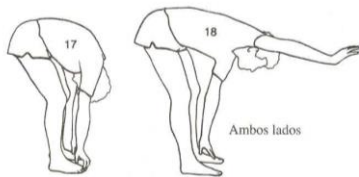
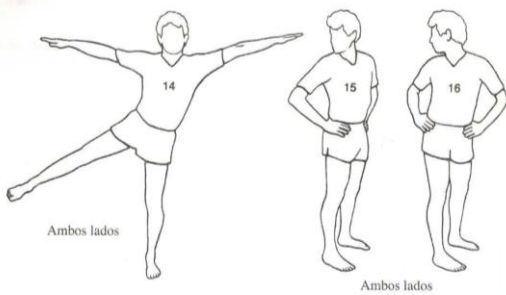
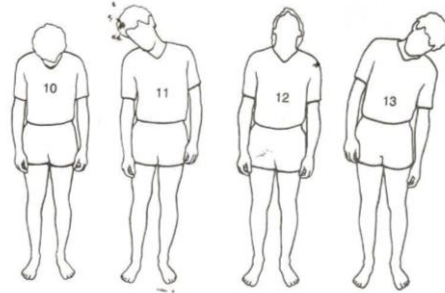
Secuencia de posturas de yoga
(cinta 2, cara 2)



Rotar los hombros: primero hacia adelante y luego hacia atrás



Hacer girar el cuello: primero en un sentido y luego en el contrario



Repetir de la 22 a la 24 con el otro lado del cuerpo

