



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

**Intervención Cognitivo Conductual para Síntomas de Ansiedad,
Depresión y Dolor en Pacientes de Cuidados Paliativos**

TESIS

que para optar por el grado de

Maestro en Psicología

Presenta

Juan Luis Murillo Cruz

Tutor: Dr. Samuel Jurado Cárdenas, *Facultad de Psicología, UNAM*

Miembros del comité:

Dra. Angélica Riveros Rosas, *Facultad de Contaduría y Administración, UNAM*

Dra. Iris Mabel Narváez Sarmiento, *Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE*

Dr. Héctor Rafael Velázquez Jurado, *Instituto Nacional de Nutrición y Ciencias Médicas Salvador Zubirán*

Dra. Nancy Caballero Suárez, *Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*

CDMX, Junio, 2021.



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.

Dedicatorias:

A mis papás y mis hermanos, por su amor y apoyo incondicional en todos mis proyectos.

A Brenda, por ser siempre una inspiración en mi vida.

Agradecimientos:

A la Dra. Iris, por su confianza en mi proyecto.

A Liz, por ser una guía durante mi estancia en el hospital.

A Esme, por ser una gran amiga y maestra.

A Caro, por presentarme a la DBT.

A Tania, por siempre dar un consejo preciso.

A Elisa, por contagiarme siempre de su energía.

A Clau, por ser un ejemplo de empatía y compromiso.

A Eli, por su compañía y apoyo.

A Isela, por siempre darme ánimos.

ÍNDICE

RESUMEN	4
Cuidados Paliativos	6
Dolor y factores psicosociales	14
Modelo biopsicosocial del dolor.....	16
<i>Historia de aprendizaje y dolor</i>	18
<i>Factores cognitivos y dolor</i>	22
<i>Estrategias de afrontamiento y dolor</i>	28
<i>Factores afectivos y dolor</i>	29
Atención psicológica en el área de Cuidados Paliativos	37
<i>Terapia cognitivo conductual para ansiedad y depresión</i>	38
<i>Terapia cognitivo conductual para dolor</i>	40
<i>Mindfulness y Aceptación en Cuidados Paliativos</i>	41
Fundamentación del estudio	46
MÉTODO	48
Pregunta de investigación	48
Objetivo general	48
Objetivos específicos	48
Participantes	48
Criterios de inclusión	49
Criterios de exclusión	49
Formulación de casos	49
Diseño de investigación	52
Variables e instrumentos	53
Procedimiento	58
Escenario	60
RESULTADOS	61
DISCUSIÓN	83
REFERENCIAS	91
ANEXOS	103

RESUMEN

Dentro de la atención psicológica en cuidados paliativos, las intervenciones basadas en mindfulness y aceptación han demostrado ser efectivas para el tratamiento de síntomas como ansiedad, depresión y dolor, sin embargo, existe la necesidad de continuar con la implementación de intervenciones que permitan aumentar el funcionamiento psicosocial de los pacientes y que al mismo tiempo se adapten a las limitaciones funcionales producto de la enfermedad. El objetivo de esta investigación fue evaluar el efecto de una intervención cognitivo conductual a distancia para el control de síntomas de ansiedad, depresión y dolor en pacientes de cuidados paliativos. Participaron 3 pacientes del servicio de cuidados paliativos diagnosticados con algún tipo de cáncer. Se utilizó un diseño experimental intrasujetos de tipo A-B con seguimiento un mes. Para la medición de las variables se utilizó el Inventario de Depresión de Beck, el inventario de Ansiedad de Beck y un autorregistro de dolor que incluía intensidad del dolor y monitoreo de actividades diarias. A partir del análisis de los resultados con índice no solapamiento de todos los pares (NAP) se pudieron observar tamaños del efecto grandes y medios en los síntomas de ansiedad y depresión. En cuanto al dolor, no hubo un efecto en la intensidad, pero sí hubo efectos medios y grandes en las actividades diarias. Estos resultados permiten contribuir al desarrollo de nuevas modalidades de intervención en pacientes que no tienen las condiciones para acudir a intervenciones presenciales y que tienen necesidades psicosociales que requieren ser atendidas.

Palabras clave: dolor, ansiedad, depresión, cuidados paliativos

ABSTRACT

Mindfulness and acceptance-based interventions have been proven to be effective to address symptoms as depression, anxiety, and pain in palliative care settings. However, palliative care patients still require tailored interventions that could enhance psychosocial functioning and that consider physical limitations. The aim of this study was to assess the effectiveness of a cognitive behavioral therapy for the control of anxiety, depression, and pain symptoms. Three patients of palliative care with a cancer diagnosis were enrolled in the study. This was a single case design (A-B) with one-month follow-up. The Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory and a daily record of pain intensity and activities were used to assess the variables. The results using the NAP index showed mediums and large effects sizes on symptoms and anxiety and depression. Pain intensity showed no effected, whereas daily activities showed medium and large effect sizes. These findings contribute to the development of new ways to deliver psychological interventions considering the specials need of palliative care patients, such as physical limitations of difficulties attending hospitals and clinics.

Keywords: anxiety, depression, pain, palliative care

Cuidados Paliativos

Lo único que podemos decidir es qué hacer con el tiempo que se nos ha dado.

-J. J. R. Tolkien

Los Cuidados Paliativos son un enfoque de atención a la salud que se encarga de mejorar la calidad de vida a través de la prevención y alivio del sufrimiento en pacientes adultos, pacientes pediátricos y sus familias, cuando éstos se enfrentan a los problemas asociados a una condición de salud que pone en riesgo o limita su vida, los cuales pueden ser de índole física, psicosocial y espiritual (World Health Organization, 2018).

Dentro de los cuidados paliativos se busca que el paciente y su familia vean satisfechas las necesidades físicas, psicosociales y espirituales que surgen durante el curso de la enfermedad, y no sólo al final de su vida. Por lo tanto, se asume que los pacientes poseen autonomía y tienen el derecho de involucrarse y participar de forma activa en su cuidado, lo cual les permite desarrollar un mayor sentido de control sobre su salud (Canadian Hospice Palliative Care Association, 2015).

De esta forma, la atención que se ofrece a través de los cuidados paliativos permite que cualquier persona que sea atendida en los diferentes niveles de atención del sistema de salud pueda recibir tratamientos que se orientan a proveer confort y reducir el sufrimiento derivado de alguna enfermedad o condición médica, permitiendo una atención integral a la persona desde las primeras etapas de una enfermedad y no únicamente al final de su vida. Lo anterior posibilita a cualquier profesional de la salud para adoptar e integrar el objetivo de los cuidados paliativos

a su práctica clínica, sin necesariamente tener un entrenamiento altamente especializado en cuidados paliativos.

En cuanto a los equipos especializados de cuidados paliativos, éstos son conformados por distintas disciplinas como la medicina, enfermería, psicología, nutrición, trabajo social, rehabilitación física, entre otros; que en conjunto como equipo tienen la tarea de construir una relación colaborativa con el paciente y su familia para el establecimiento de objetivos, preferencias de tratamiento y cuidados durante las diferentes etapas de una enfermedad; basados en los valores personales del paciente y sobre una base de entendimiento del diagnóstico y pronóstico de la enfermedad además de las diferentes alternativas de tratamiento (Canadian Hospice Palliative Care Association, 2015; Punthakee et al., 2018)

Si bien los cuidados paliativos pueden brindarse en los niveles de atención a la salud, son diferentes los profesionales involucrados y las tareas que llevan a cabo en cada uno de estos. En el primer nivel, la atención paliativa es proporcionada por el personal de atención primaria o especializada que ofrece tratamientos para disminuir la carga de los síntomas de la enfermedad. En un segundo nivel, se incorpora al equipo especializado de cuidados paliativos para dar recomendaciones acerca del tratamiento y acompañar al equipo a cargo del paciente (Cherny et al., 2015).

Finalmente, en el tercer nivel el equipo especializado de cuidados paliativos se involucra en un rol más activo cuando los tratamientos usuales no están permitiendo disminuir la carga de los síntomas, la enfermedad ha progresado, existen síntomas refractarios y los tratamientos curativos ya no tienen el efecto

esperado; lo que supone que el mantenimiento de la calidad de vida a través de brindar cuidados de confort se vuelve el principal objetivo del paciente y su familia (Von Gunten, 2002; World Health Organization, 2018)

Para cumplir el objetivo de prevenir y aliviar el sufrimiento para mantener la calidad de vida, los equipos de cuidados paliativos se realizan distintas tareas, las cuales comprenden (National Consensus Project for Quality Palliative Care, 2018; Radbruch et al., 2020):

- Identificación temprana, evaluación y tratamiento de los problemas del paciente y su familia.
- Proveer confort y dignidad a través del control adecuado del dolor y otros síntomas que generan malestar.
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso natural, y por lo tanto no aceleran la muerte ni prolongan la vida.
- Brinda educación al paciente sobre su enfermedad y los síntomas que la acompaña.
- Provee acompañamiento emocional y espiritual al paciente y su familia para facilitar su afrontamiento durante el curso de la enfermedad.
- Capacitan al paciente y a su familia para el cuidado en casa.
- Proveen de asistencia y orientación en la toma de decisiones sobre tratamientos para prolongar la vida bajo el contexto de los valores del paciente.
- Cuando es necesario, acompañan y apoyan durante el duelo de los familiares una vez que el paciente ha fallecido.

Los beneficios de la implementación de los cuidados paliativos son múltiples. De manera general se ha observado que las personas que son atendidas desde un enfoque de cuidados paliativos muestran mayor control de síntomas físicos, mayor entendimiento de la información médica, mayor satisfacción en cuando a la calidad de la atención, mejora en la calidad de vida, mayor tiempo de sobrevivida, menor uso de tratamientos fútiles en los últimos días de vida como la quimioterapia o radioterapia, mayor número de muertes en casa, menor índice de alteraciones emocionales, reducción en el número de visitas a servicios de urgencias y hospitalizaciones, reducción en los costos de atención, entre otros (Aslakson et al., 2014; Cherny et al., 2015; Dalal & Bruera, 2017; Fulton et al., 2018; Knaul et al., 2018; Schram et al., 2017).

Debido a lo anterior, en las últimas dos décadas los cuidados paliativos han sido promovidos alrededor del mundo debido a su importancia en la atención a la salud y actualmente se consideran como parte de las políticas públicas que forman parte de la Cobertura Universal de Salud que dicta la Organización Mundial de la Salud e incluso los reconoce como un derecho humano, debido a que se considera que cualquier persona tiene derecho a la salud y a estar libre de tratamientos crueles, inhumanos y desagradables (World Health Organization, 2018).

En consecuencia, se han hecho algunas estimaciones acerca de cuántas personas requieren de los cuidados paliativos. De acuerdo con el primer Atlas Mundial de Cuidados Paliativos, para el año 2011 en el mundo 20.4 millones de personas requerían de atención paliativa al final de su vida, de las cuales 69% eran adultos con una edad mayor a 60 años, 25% adultos de edad entre 15 y 59 años y

únicamente 6% eran niños entre 0 y 14 años (World Hospice Palliative Care Alliance, 2014)

Otra investigación calculó que a nivel mundial en el año 2015 aproximadamente 61 millones de personas requerían de Cuidados Paliativos debido al sufrimiento derivado de condiciones de salud que limitaban o amenazaban su vida, pero además este estudio resalta que el 80% de estas personas vivía en un país donde los recursos para la atención al sufrimiento relacionado con la salud son escasos (Knaul et al., 2018).

Datos más recientes estiman que para el 2017 un total de 58.8 millones de personas requerían de Cuidados Paliativos en todo el mundo, de los cuales 25.7 millones eran personas que estaban en una etapa previa a su último año de vida y 31.1 millones estaban durante el último año de su vida, lo que supone que el 40.3% de todas las muertes a nivel mundial se hubieran beneficiado de atención paliativa (World Hospice Palliative Care Alliance, 2020).

En cuanto a México, para el 2011 se estimó que aproximadamente 280 personas por cada 100,000 habitantes necesitaban de atención paliativa en su último año de vida (World Hospice Palliative Care Alliance, 2014). En cuando a la oferta de servicios, se calcula que en el año 2017 entre 500 y 2,900 personas recibieron cuidados paliativos en México por cada millón de habitantes, lo cual lo sitúa en estado preliminar de integración de los cuidados paliativos al resto del sistema de salud pero aún existe una necesidad de aumentar la oferta de la atención paliativa (World Hospice Palliative Care Alliance, 2020).

Cabe señalar que existe una gran diversidad en cuanto a las características sociodemográficas y clínicas de la población que se atiende dentro de los cuidados debido a que estos no se limitan a la atención de una enfermedad o a un grupo de edad específicos y tampoco son exclusivamente para personas con enfermedades en etapa terminal, sino también se incluyen a aquellas que ven limitada su calidad de vida debido a una condición médica.

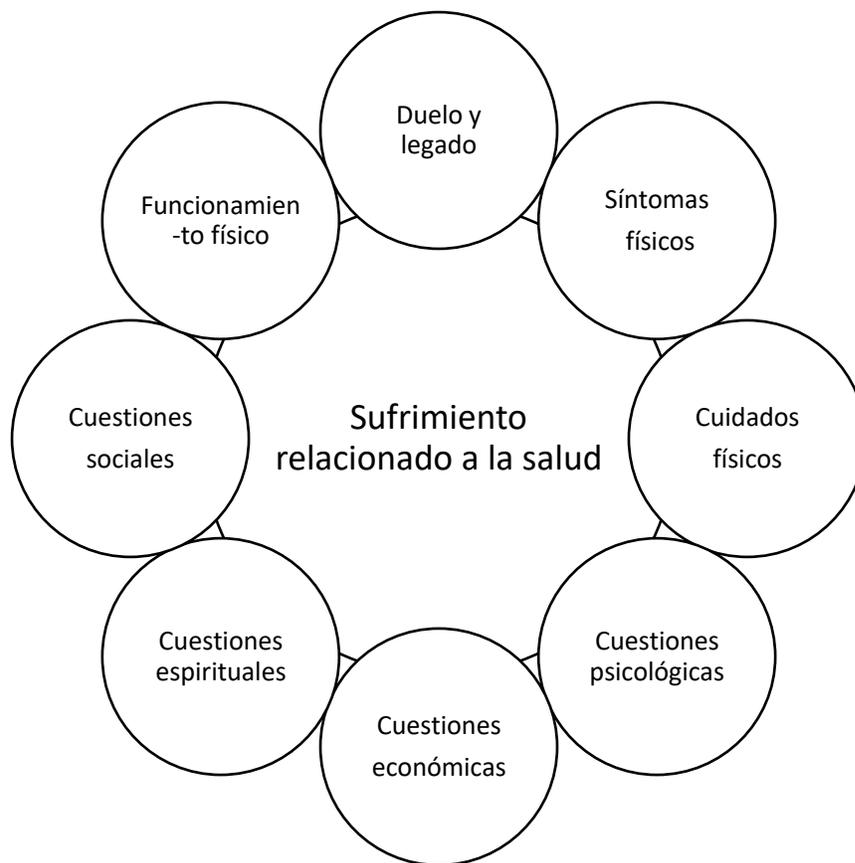
Por grupos de edad, la atención paliativa mayormente es provista a adultos mayores, pues el 40% corresponde a personas de 70 años o más, mientras que el 27.1% es para personas entre 50 y 69 años, el 25.9% a personas entre 20 a 49 años y 7% a personas entre 0 y 19 años. Por tipo de enfermedad en pacientes adultos el mayor porcentaje de atención que fue debido a enfermedades crónico degenerativas (68.9%), de la cuales las más frecuentes fueron cáncer, VIH, enfermedades cerebrovasculares y demencias (World Hospice Palliative Care Alliance, 2020).

En cuanto al aspecto clínico, los problemas que presentan los pacientes paliativos pueden ser múltiples según la propia enfermedad y de diferente nivel de severidad, además de que no se limitan al dominio físico pues también abarcan el ámbito psicológico y espiritual. Estos problemas son clasificados como síntomas, donde los más comunes que son reportados en la literatura científica son la fatiga, náuseas, dolor, vómito, disnea, delirium, anorexia, insomnio, somnolencia, constipación, boca seca, diarrea, animo depresivo, ansiedad y dolor espiritual (Bubis et al., 2018; Moens et al., 2014; Solano et al., 2006; Teunissen et al., 2007).

La presencia de los diferentes síntomas que acompañan a una enfermedad puede generar sufrimiento relacionado a la salud, que es una experiencia aversiva donde la persona reconoce la existencia de múltiples factores que contribuyen a la disminución de la calidad de vida, y cuya intensidad está condicionada por el número y severidad de estos factores (Cherny et al., 2015). Es importante mencionar que el sufrimiento relacionado a la salud en pacientes con alguna enfermedad no se limita a los síntomas físicos y la funcionalidad, pues abarcan una interacción completa entre diferentes factores que se presentan en la figura 1. (Dalal & Bruera, 2017).

Figura 1.

Factores que intervienen en el sufrimiento



Para ejemplificar la interacción que subyace al sufrimiento, se podría suponer que una persona con cáncer puede experimentar preocupaciones intensas acerca de su propósito ahora que ha dejado de trabajar debido a que tiene síntomas como el dolor y fatiga que le impiden hacerlo, además, se pregunta qué hará su familia para solventar los gastos que genera la enfermedad y quién tendrá que realizar las tareas que implica el cuidado, pues ahora se encuentra en cama la mayor parte del día. Todos los días siente una tristeza intensa y piensa que es una carga, ha pensado que morir es una solución al dolor que está sintiendo; y al mismo tiempo, cree que su familia no está preparada para su muerte y que hay muchos pendientes que tiene que hacer todavía.

De acuerdo al modelo de sufrimiento recíproco, durante el proceso de la enfermedad no sólo el paciente puede experimentar sufrimiento, sino que también puede sufrir la familia debido a que se expone directamente a los cambios físicos, emocionales y espirituales que éste presenta, además de la carga física y emocional que implica el cuidado de una persona enferma, lo cual puede traer problemas como ansiedad, depresión, deterioro físico, sobrecarga del cuidado o duelo anticipatorio (Soto-Rubio et al., 2018). Dentro de este modelo, también se reconoce que el personal de salud experimenta sufrimiento, puesto que al igual que la familia, es expuesto a los cambios del paciente, pero también a los cambios de la familia y esto podría implicar un reto para los recursos con los cuales cuenta el personal de salud para afrontar estas situaciones. (Wittenberg-Lyles et al., 2011).

A pesar de que el sufrimiento puede tener múltiples causas, actualmente los datos concluyen que el dolor es el síntoma físico que los pacientes experimentan

como más estresante y el cual genera mayor carga para los pacientes (Dalal & Bruera, 2017; Knaul et al., 2018; Solano et al., 2006).

Dolor y factores psicosociales

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable que se relaciona con un daño actual o potencial sobre el cuerpo (International Association for the Study of Pain, 2020). El dolor es un mecanismo universal que tiene el cuerpo para informar que ha ocurrido o se está en presencia de un daño, por lo cual su función es preservar al organismo (Romera et al., 2000)

El dolor es percibido debido a la activación de los nociceptores, que son receptores sensoriales especializados en responder ante formas de energía que producen una lesión (térmicos, mecánicos o químicos). La función principal de los nociceptores es diferenciar los estímulos inocuos de los lesivos, por lo que éstos ignoran los estímulos de baja intensidad y ante estímulos que alcanzan un umbral determinado, transforman la energía en estímulos eléctricos que llegaran al sistema nervioso central (Koltzenburg et al., 2013).

Los estímulos nerviosos que se producen a partir de la activación de los nociceptores son conducidos por fibras nerviosas hacia la asta dorsal de la medula espinal, donde se activan neuronas que permiten la elaboración de respuestas reflejas. Las neuronas medulares transmiten el estímulo nervioso a través de vías nociceptivas ascendentes hasta estructuras subcorticales implicadas en la nocicepción que están conformados por la formación del retículo bulbar, la formación retículo mesencefálica y el tálamo, que a su vez interactúan con

diferentes áreas la corteza cerebral, donde finalmente se da la percepción de del dolor (Pedrajas-Navas & Molino-González, 2008).

La modulación del dolor comienza una vez que el estímulo nervioso llega al sistema nervioso central, debido a que es donde llega la influencia excitatoria que viene de la periferia y donde se produce la respuesta inhibitoria, entonces la percepción de dolor se genera cuando existe una ruptura del equilibrio a favor de la señal excitatoria y por lo tanto existe un exceso de nocicepción o un déficit inhibición (Romera et al., 2000).

Cuando una persona experimenta dolor, ya sea agudo o crónico, es común que disminuyan sus actividades o eviten hacer algunas tareas debido al miedo a presentar dolor o lastimarse, lo que puede traer consecuencias negativas en el ámbito familiar, social y laboral (Dueñas et al., 2016). Además, el dolor se acompaña de cambios en el funcionamiento cognitivo y emocional, y por lo tanto, las alteraciones en el ámbito afectivo, como depresión y ansiedad son una comorbilidad frecuente cuando el dolor es persistente (Burke et al., 2015; Howe et al., 2015; Laird et al., 2011; Ryan et al., 2013; Smith et al., 2014).

Desde el modelo clásico biomédico, el dolor es considerado como una experiencia que encuentra su origen en alguna alteración física, y por lo tanto, los problemas que típicamente acompañan al dolor, como alteraciones del sueño, síntomas de depresión o aislamiento social son vistos como reacciones secundarias al dolor, y por lo tanto no se consideran relevantes para el tratamiento (Turk & Gatchel, 2002). La mayor crítica a este modelo es que no considera la interacción que existe entre los factores psicológicos y sociales con las alteraciones físicas, y

por lo tanto, es frecuente que el tratamiento médico usual no tenga el efecto clínico buscado, incluso en aquellas situaciones dónde la alteración física ha sido resuelta (Engel, 1977; Gatchel et al., 2007)

Modelo biopsicosocial del dolor

El modelo biopsicosocial postula que el dolor no se manifiesta de forma aislada ni es causado únicamente por una alteración biológica, por el contrario, la experiencia del dolor resulta de la interacción de factores biológicos, cognitivos, afectivos, conductuales, sociales y ambientales; y por lo tanto, las consecuencias no se limitan a una molestia en una parte del cuerpo, sino que se ven afectados también la dimensión psicológica y social del individuo (Fillingim et al., 2014; Turk et al., 2016).

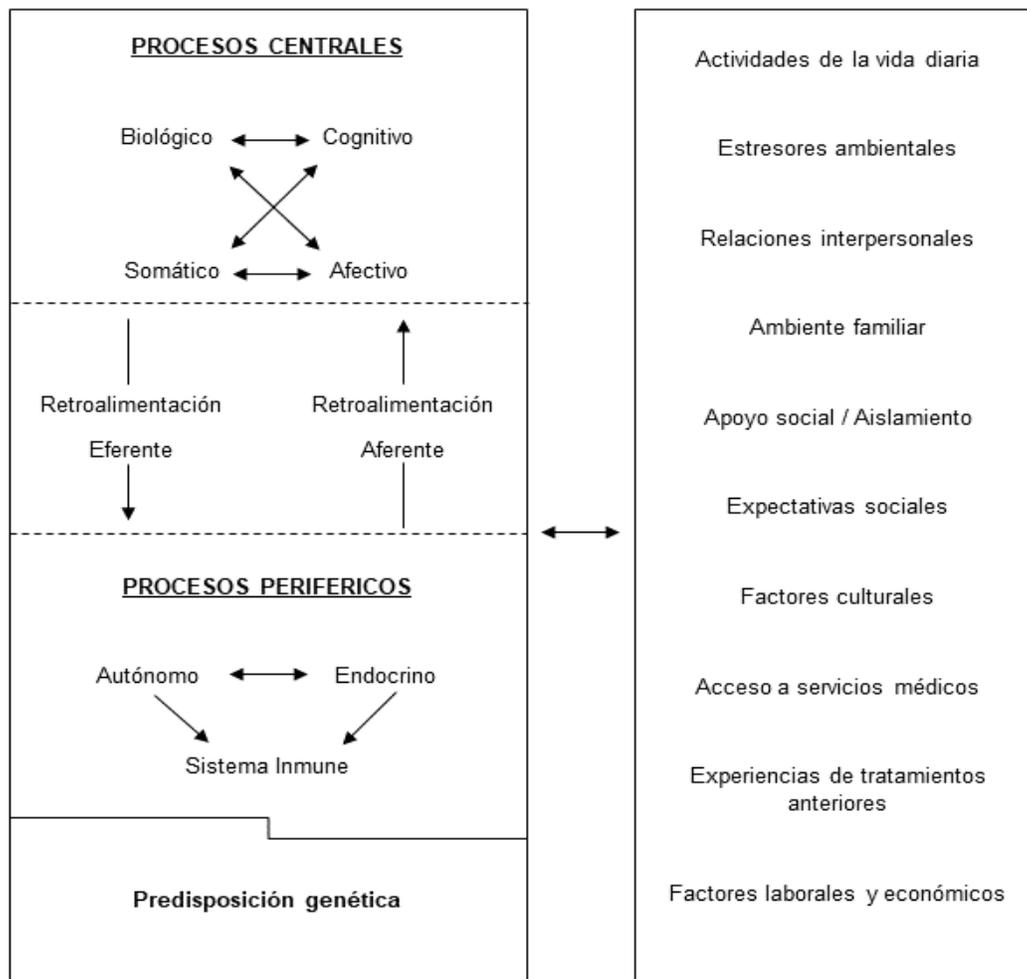
Es importante destacar que la perspectiva biopsicosocial aporta una visión que supera el reduccionismo del modelo biomédico clásico pues se fundamenta en un determinismo recíproco o transacción entre los factores biológicos, psicológicos y sociales. En este sentido se puede hacer una distinción entre enfermedad y malestar o padecimiento. La primera se refiere a un evento biológico que involucra la disrupción de estructuras específicas del cuerpo o de los sistemas de órganos que es causado por cambios anatómicos, patológicos o fisiológicos. La segunda se refiere a la experiencia subjetiva de que la enfermedad está presente y que se está enfermo (Turk & Monarch, 2002).

Esta distinción entre enfermedad y padecimiento nos permite también diferenciar la nocicepción y el dolor, dónde la primera involucra la estimulación de

nervios que transmiten información al cerebro sobre un daño potencial a los tejidos mientras que el dolor es la percepción subjetiva que resulta de la transducción, transmisión y modulación de la información sensorial (Gatchel et al., 2007)

Figura 2.

Modelo biopsicosocial del dolor



Así, el modelo biopsicosocial del dolor (figura 2) propone que la información sensorial que se produce ante un estímulo nociceptivo por sí mismo no causa la experiencia del dolor, si no que esta información se ve filtrada por factores genéticos, biológicos, cognitivos, afectivos y somáticos, que a su vez interactúan

con factores como la historia de aprendizaje, ambiente familiar, ambiente social, experiencias previas del tratamiento, factores culturales, apoyo social, relaciones personales, estresores en el ambiente y actividades diarias (Turk & Gatchel, 2002).

Los factores biológicos, psicológicos y sociales que interactúan dentro del modelo no son estáticos, por el contrario, se asume que durante el curso de la evolución del padecimiento y la presencia del dolor, estos factores pueden tener un mayor o menor peso sobre el malestar general de la persona, por ejemplo, durante la fase aguda de la enfermedad los factores biológicos pueden tener el mayor peso relativo, en cambio, durante una fase de estabilidad biológica, los factores psicológicos podrían contribuir en mayor medida al malestar (Gatchel, 2004).

Cabe señalar que a pesar de que se han identificado los factores que interactúan para contribuir a la presencia y mantenimiento del dolor, aún no se han identificado relaciones causales entre los diferentes elementos del modelo biopsicosocial (Edwards et al., 2016). A continuación, se describen algunos de los elementos del modelo que contribuyen a explicar la dimensión psicosocial del dolor. Es importante resaltar que para entender el dolor es preciso evaluar de forma extensa los factores que intervienen y no reducirlo sólo a una parte del modelo.

Historia de aprendizaje y dolor

Aprendizaje social

Desde esta perspectiva, las conductas de dolor pueden ser adquiridas a través de aprendizaje social y modelado por medio de la observación de otros que presentan expresiones de dolor (Bandura et al., 1987). Basado en estas

experiencias, se desarrollan estrategias que permiten establecer patrones de respuestas cuando existe la presencia de dolor. Por ejemplo, una investigación encontró que los niños cuyos padres tenían dolor crónico reportaban mayores respuestas relacionadas al dolor cuando se les presentaban escenarios sobre dolor, en comparación con niños que no tenían padres con dolor crónico (Rickard, 1988).

Aprendizaje operante

Desde esta teoría del aprendizaje, cuando las personas se exponen a estímulos que causan daños en los tejidos su respuesta inmediata será retirarse del estímulo que causa la sensación nociceptiva. Estas respuestas observables son manifestaciones de dolor y por lo tanto están sujetas a los principios del reforzamiento (Gatchel et al., 2007).

Las conductas de dolor que son reforzadas van a incrementar su frecuencia y serán mantenidas, por el contrario, las conductas que no sean reforzadas se extinguirán, por ejemplo, aquellas conductas que permite evitar eventos aversivos tienen mayor probabilidad de presentarse debido al reforzamiento negativo. De esta forma, las expresiones de dolor son analizadas desde las contingencias ambientales e internas de cada conducta (Turk & Gatchel, 2002).

Cuando el dolor es agudo, las conductas de dolor en un principio son respuestas orgánicas, pero conforme el dolor se mantiene y transita hacia un estado crónico, las conductas de dolor que se presentan son en parte debido al reforzamiento ambiental, lo que permite explicar por qué a pesar de que las causas

originales del dolor se han resuelto o se presenta un periodo de estabilidad biológica, las conductas de dolor se mantienen en el tiempo (Fordyce et al., 1985).

En ocasiones, cuando se presentan casos donde existe un uso excesivo de medicamentos, largos periodos de descanso o una disminución significativa de actividades, se puede suponer que estas conductas están siendo reforzadas de manera negativa a través del escape de la estimulación nociceptiva, o de manera positiva a través de alguna tipo de ganancia secundaria, donde incluso también se involucran factores afectivos (Turk & Gatchel, 2002)

El modelo del aprendizaje operante sobre el dolor ha sido probado en diferentes investigaciones, uno de ellos videograbó a pacientes con dolor crónico y a sus parejas mientras hacían actividades juntos en su casa. Se realizó un análisis de secuencias de las conductas de ambos y se encontró que las conductas de dolor de los pacientes eran precedidas o seguidas de conductas solícitas, como ofrecer ayuda, de sus parejas, en comparación con los participantes del grupo control donde ambas personas no tenían problemas de dolor, lo cual representa como la expresión de dolor es reforzada por el ambiente, y por lo tanto la conducta se mantiene incluso cuando ya no existe una causa orgánica que genere la nocicepción (Romanno,1992).

Aprendizaje respondiente

Se ha observado que las conductas de evitación se relacionan con la ansiedad y el miedo, por lo cual una vez que un problema de dolor agudo está presente, el miedo a realizar actividades que el paciente cree que resultaran en

presencia o aumento de la intensidad de dolor puede ser un factor que desarrolle y motive la evitación de actividades (Gatchel et al., 2007)

Las conductas evitativas son respuestas incondicionadas en presencia del estímulo incondicionado de dolor o nocicepción. En presencia del dolor también se activan emociones de ansiedad y miedo que se emparejan con el dolor. A raíz de este proceso el miedo y la ansiedad se vuelven estímulos condicionados que mantendrán las respuestas condicionadas de evitación a pesar de que el estímulo incondicionado (dolor debido a una lesión física) se haya recuperado (Lethem et al., 1983).

Así, cuando se realiza una actividad que en condiciones normales serían neutrales o placenteras, el movimiento puede provocar o exacerbar dolor y, por lo tanto, la actividad es asociada como una experiencia aversiva, lo cual lleva a una evitación sistemática de una actividad o varias. Esta asociación de estímulos y respuestas se puede extender a otras actividades aumentando la evitación y el decondicionamiento físico y mental (Turk & Gatchel, 2002).

Así, las personas con dolor aprenden a asociar el incremento del dolor con diferentes tipos de estímulos que originalmente eran neutrales pero que en presencia de dolor adquieren propiedades que generan conductas evitativas. Cabe resaltar que la evitación no es una conducta problemática debido a que es útil en situaciones donde la reducción de movimiento puede acelerar la recuperación física pero cuando el dolor es crónico, la evitación genera consecuencias negativas para la persona en diferentes ámbitos de su vida (Gatchel et al., 2007)

Factores cognitivos y dolor

Cuando una persona experimenta dolor, el procesamiento cognitivo de la experiencia sensorial es de igual relevancia que los factores de aprendizaje. Las personas no tienen una actitud pasiva ante la nocicepción, por el contrario, ante una estimulación sensorial comienzan a buscar el sentido de su experiencia, realizan evaluaciones de las condiciones en que se encuentran y cómo se relacionan con las sensaciones para determinar si la experiencia nociceptiva es un síntoma de alguna alteración física que requiere de atención o si se ignora (Turk & Gatchel, 2002).

Desde esta perspectiva, los factores cognitivos intervienen en la modulación del dolor, y pueden conducir a estilos de afrontamiento desadaptativos, exacerbación del dolor, sufrimiento, decondicionamiento físico y discapacidad o, por el contrario, disminuir su impacto en la calidad de vida de las personas.

Las cogniciones sobre el dolor se relacionan con la percepción del malestar o padecimiento que tiene una persona y, considerando que el dolor es un fenómeno subjetivo que se experimenta de manera única por una persona, de esta forma las creencias idiosincráticas, las evaluaciones, expectativas, actitudes y los estilos de afrontamiento deben ser integrados en la evaluación del dolor y en los tratamientos (Edwards et al., 2016)

Creencias sobre el dolor

Las creencias que una persona desarrolla sobre el dolor pueden generar mayor dificultad para controlar el dolor, por ejemplo, si una persona cree que su dolor va a

persistir a pesar de las acciones que pueda llevar a cabo, esto genera un afrontamiento pasivo y, por lo tanto, la persona no utilizará estrategias cognitivas con instrumentales para reducir el dolor (Gatchel et al., 2007). Otro factor es la dificultad para atribuir una causa al dolor, pues aquellos pacientes que no pueden encontrar una causa específica al dolor que experimentan tienen menor probabilidades de hacer uso de habilidades de afrontamiento para controlar y disminuir el dolor debido a la creencia de que el dolor es algo fuera de sus capacidades (Williams & Keefe, 1991).

Algunas interpretaciones de dolor también pueden contribuir al aumento de su intensidad, por ejemplo, los pacientes que atribuyen su dolor a la progresión de la enfermedad experimentan mayor dolor en comparación con aquellos pacientes que no presentan estas atribuciones, a pesar de tener el mismo nivel de progresión de la enfermedad (Spiegel & Bloom, 1983). Además, las expectativas de las personas sobre las consecuencias de un evento y su habilidad para afrontarlo afectan su funcionamiento en dos direcciones: 1) de manera directa sobre el estado de ánimo y 2) manera indirecta influyendo en las habilidades de afrontamiento. Ambas direcciones afectan la activación fisiología asociada al dolor como la tensión muscular y la producción de opioides endógenos (Bandura et al., 1987).

Otro punto relevante es que la presencia de dolor puede cambiar como las personas procesan la información sobre el dolor, el ambiente y el organismo, por lo cual se propone que las personas con dolor tienen una tendencia a ser más vigilantes e hipersensibles a los síntomas físicos que pueden llegar a presentar, los cuales interpretan como estimulación nociceptiva y lo perciben como dolor, por

ejemplo, el sentir tensión en los músculos puede ser percibido como dolor, a pesar de que no haya un estímulo nociceptivo, que en consecuencia trae una la sensación de estar enfermo o lesionado, y por lo tanto esto se traduce en una conducta de evitación del dolor que resulta de inactividad o en aumento de la toma de medicamentos (Turk & Okifuji, 1999)

Lo anterior permite establecer que la evitación de las actividades no es en todas las ocasiones debido a la presencia de dolor, sino debido a la creencia aprendida de que el dolor aumentará cuando se realice alguna actividad o trabajo, lo cual a su vez puede mantener la creencia que debido al dolor existe una discapacidad (Edwards et al., 2016)

Otras investigaciones han podido establecer que las creencias sobre el rol que adquieren una vez que se ha detectado una enfermedad es importante, por ejemplo se ha demostrado que las creencias que otros tienen que ser solícitos cuando se experimenta dolor o que tiene una discapacidad por dolor se ha asociado con una mayor disfunción psicológica, además las creencias que una persona posee sobre su propia capacidad para funcionar a pesar del dolor resultan importantes, ya que se ha encontrado que aquellos tratamientos que son más exitosos en mejorar la funcionalidad del paciente también se puede observar un cambio a nivel cognitivo sobre creencias de desesperanza y pasividad a creencias sobre la habilidad para funcionar a pesar del dolor y de capacidad para resolver las dificultades (Gatchel et al., 2007).

Por lo tanto, se puede establecer que las creencias pueden funcionar como mediador entre la presencia de dolor y la funcionalidad de los pacientes, por lo que

desarrollar creencias adaptativas sobre el dolor, la discapacidad, y las estrategias de afrontamiento puede regular el funcionamiento de una persona, de esta forma en la medida en que las personas creen que pueden regular su dolor y las respuestas que lo acompañan se puede producir una mejoría clínica, lo que sugiere que en algunos casos únicamente a través de un cambio cognitivo se puede regular el impacto del dolor sobre la funcionalidad de una persona (Jensen et al., 1999)

Creencias sobre el control percibido y autoeficacia

En relación con lo anterior, las creencias que puede tener una persona sobre la falta de control sobre el dolor facilitan que, en presencia de un estímulo nociceptivo, la percepción de su intensidad sea mayor, en comparación con personas que no tienen esta creencia de falta de control. De la misma manera, cuando las personas han asociado realizar alguna actividad con la presencia de dolor, cuando ésta se lleva a cabo la persona percibirá mayores niveles de dolor o incluso tendrá mayor probabilidad de tener una conducta de evitación (Gatchel et al., 2007)

De esta forma, las personas que padecen de dolor crónico tienen una tendencia a percibir falta de control sobre sí mismos, lo cual probablemente se relaciona con intentos previos no exitosos de regular el dolor. Por lo cual, las creencias y evaluaciones desadaptativas sobre los eventos de dolor y su propia eficacia para afrontar estas situaciones puede reforzar la desmoralización, inactividad y sobrerreacción a la estimulación nociceptiva (Murphy et al., n.d.). Por el contrario, cuando las personas tienen creencias positivas sobre su propia capacidad para controlar el dolor y otras respuestas fisiológicas asociadas al dolor,

su funcionalidad y bienestar psicológico aumenta, además otras conductas como el uso de medicación se ven afectadas (Turk & Gatchel, 2002)

El control percibido sobre el dolor se refiere a la creencia que una persona tiene sobre la influencia que puede ejercer en la duración, frecuencia, intensidad o aversión del dolor, por lo cual, cuando existe mayor control percibido, el dolor será experimentado como menor intenso o menos aversivo (Bandura et al., 1987).

Relacionado al control percibido, se encuentra el concepto de autoeficacia, que puede definirse como la convicción personal sobre la capacidad para realizar alguna tarea de manera exitosa y producir un resultado deseado en una situación específica. Desde esta perspectiva, un afrontamiento adaptativo surge de si la persona tiene la suficiente motivación para engancharse en una conducta específica, y la autoeficacia funciona como mediador que determina qué actividades iniciar, cuánto esfuerzo utilizar, la persistencia en conseguir la meta y la persistencia ante los obstáculos (Bandura, 1997).

De esta forma, cuando una persona tiene altos niveles de autoeficacia, estará más motivado a actuar y a poner en práctica conductas de afrontamiento para controlar el dolor, además será menos probable que desista de sus esfuerzos de afrontamiento activo cuando se presenten obstáculos. De esta forma, las creencias de autoeficacia pueden funcionar como un factor protector ante la presencia de dolor crónico para mantener las conductas que contribuyen a realizar acciones valiosas para las personas que padecen de dolor (Ahlstrand et al., 2017).

Errores cognitivos

Otro factor importante a considerar en la modulación del dolor son los errores cognitivos, que se refieren a una creencia distorsionada sobre uno mismo o una situación, que en el contexto del dolor pueden afectar la percepción del dolor, generar distrés y discapacidad (Turk & Gatchel, 2002).

El principal error cognitivo que se ha estudiado en la presencia de dolor es la catastrofización, que se refiere como una orientación negativa y exagerada sobre experiencias actuales o anticipadas del dolor, que se ha asociado con un aumento de la percepción de dolor, presencia de conductas de dolor, y disfunción física y psicológica, además de menos resultados clínicos positivos (Meints & Edwards, 2018)

La catastrofización es una respuesta cognitiva que involucra también una respuesta emocional, en dónde se magnifican las sensaciones de dolor, existe rumiación acerca de dolor y preocupaciones relacionadas, y se presenta desesperanza y pesimismo sobre la propia capacidad para manejar el dolor, y por lo tanto, cuando hay pensamientos catastróficos acerca del dolor se da una activación fisiológica y una respuesta conductual en forma de evitación, lo cual ha sido relacionado con mayor disfunción física y menor control de dolor (Edwards et al., 2016; Gatchel et al., 2007).

Otros errores cognitivos frecuentes en personas con dolor es la sobregeneralización, que significa asumir que los resultados de un evento previo serán iguales en eventos futuros o similares, la personalización que implica

interpretar un evento negativo como directamente atribuible a la propia responsabilidad y bajo el control de la persona, y abstracción selectiva, que refleja como selectivamente se enfoca la atención en los aspectos negativos de una experiencia (Turk & Gatchel, 2002)

Estrategias de afrontamiento y dolor

Las estrategias de afrontamiento implican el uso de técnicas cognitivas, conductuales o emocionales para manejar el estrés generado por una situación específica y suponen el uso intencionado de estas técnicas con propósitos definidos (Lazarus & Folkman, 1984) .

En cuanto al dolor, podemos distinguir dos tipos de afrontamiento: el pasivo y el activo. El afrontamiento activo implica el uso de técnicas para controlar el dolor o para mantener el funcionamiento a pesar de la presencia de dolor, mientras que el afrontamiento pasivo involucra delegar el control del dolor a factores externos, como los familiares o el equipo. Otra forma de diferenciar el afrontamiento al dolor puede ser entre el enfocado al problema contra el enfocado a la emoción. El primero involucra intentos directos para manejar reducir el dolor, mientras que el segundo involucra manejar las reacciones emocionales al dolor (Snow-Turek et al., 1996).

El afrontamiento efectivo al dolor puede ser traducido a estrategias como distracción, reinterpretar el dolor, replanteamiento de la situación, ignorar el dolor, estrategias de relajación, aumento de actividades, actividades pausadas, descanso, disminución de conductas de dolor, toma de medicamentos analgésicos, entre otras técnicas (Meints & Edwards, 2018; Turk & Gatchel, 2002).

Es así que a partir de diferentes estudios empíricos y teóricos se puede establecer una relación entre los factores cognitivos y la modulación del dolor, pero además se puede observar una relación con factores conductuales y fisiológicos, que en conjunto pueden generar una disminución del funcionamiento físico y bienestar psicológico, pero también pueden tener la función de factores protector para evitar el deterioro causado por el dolor.

Factores afectivos y dolor

En los primeros estudios sobre el dolor, las alteraciones emocionales suponían una consecuencia natural del dolor, pero investigaciones recientes han identificado diversos factores psicosociales como factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad a experimentar dolor, así mismo se han identificado también factores protectores que aumentan la probabilidad de obtener resultados clínicos positivos cuando una persona presentado dolor crónico o agudo, por ejemplo, la exposición a eventos traumáticos aumenta la probabilidad de experimentar dolor crónico, mientras que la aceptación se relaciona con resultados positivos al tratamiento para el dolor (Edwards et al., 2016; Hagarty et al., 2020; Turk et al., 2016).

Además, como se mencionó previamente, la presencia de dolor se acompaña de alteraciones en el funcionamiento afectivo, e incluso, la modulación del dolor y la regulación emocional comparten algunas vías neuronales, es así que se considera al dolor como una experiencia privada que tiene una dimensión sensorial y emocional (Koltzenburg et al., 2013). Al igual que con los factores cognitivos, no hay evidencia solida que permita establecer una relación causa y efecto entre los

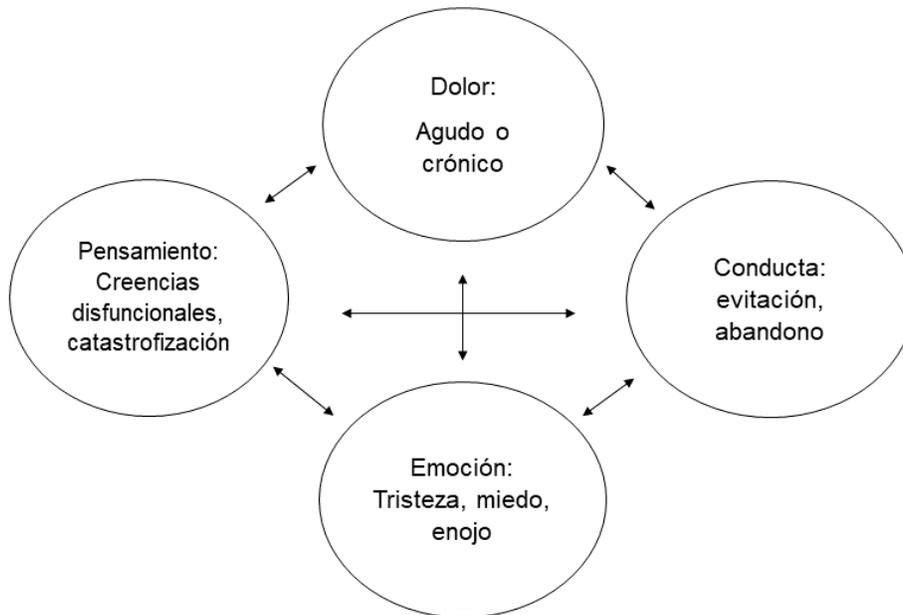
factores afectivos y el dolor, pero el modelo biopsicosocial asume una retroalimentación entre los factores biológicos y los factores psicológicos, que esta mediada por factores sociales (Gatchel, 2004).

Se han propuesto algunos modelos que explican esta retroalimentación, el primero de ellos está fundamentado en el modelo cognitivo conductual (figura 3) supone una interrelación entre pensamiento, conducta, afecto y dolor, a partir del cual se considera que el dolor es el aspecto primario pero no más importante que los otros dominios debido a la relación bidireccional entre ellos (Jensen et al., 1999)

A partir de este modelo es posible entender cómo las respuestas ante el dolor interactúan entre sí, y como propone el modelo biopsicosocial, no se limita únicamente al aspecto físico, sino por el contrario, incluye una serie de afectaciones conductuales, afectivas y cognitivas, de esta forma las intervenciones estarán orientadas a cambiar los patrones de respuesta en los dominios del modelo, por ejemplo a modificar los pensamientos catastróficos o desarrollar conductas como la activación física. Una limitación del modelo anterior es que no esclarece cómo es el inicio de conductas disfunciones en las personas que padecen algún tipo de dolor, y específicamente del dolor crónico.

Figura 3.

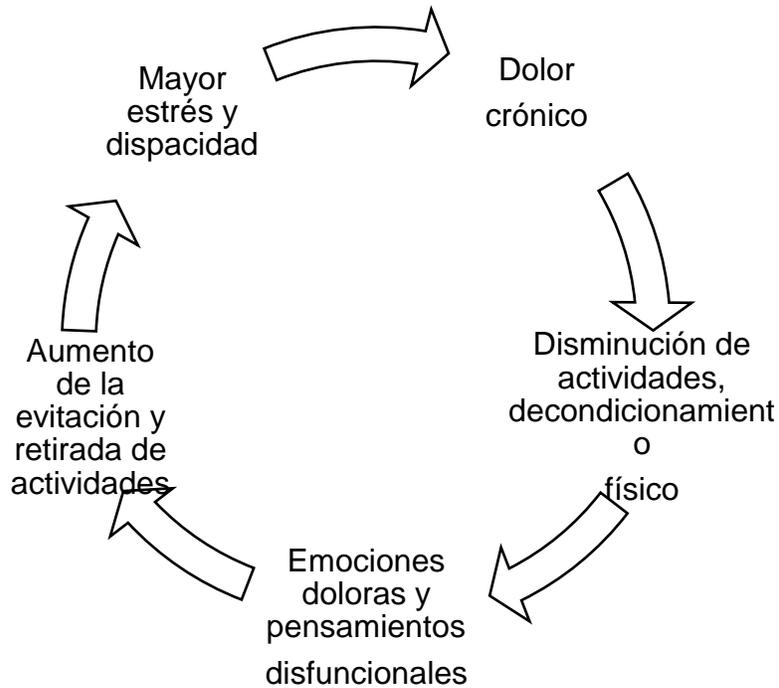
Modelo Cognitivo Conductual del dolor



El segundo modelo es sobre el ciclo del dolor crónico (ver figura 4), en el cual se asume que el dolor persistente impacta de manera significativa la capacidad de funcionamiento diario, que se traduce en una disminución de actividades en áreas significativas de las personas. A su vez, esto trae como consecuencia emociones dolorosas y pensamientos disfuncionales que generan evitación y retirada de actividades importantes para las personas, y como consecuencia, la persona disminuye su funcionamiento físico y social, lo cual genera distrés y discapacidad. El resultado del distrés y discapacidad es una mayor vulnerabilidad y sensibilidad al dolor, y por lo tanto el ciclo del dolor crónico se repite (Gatchel et al., 2007)

Figura 4.

Ciclo del dolor crónico



El modelo del ciclo del dolor permite explicar cómo es que la disfunción física, psicológica y social se mantiene cuando existe la presencia de dolor crónico, sin embargo, no clarifica cómo es el proceso de transición de un problema de dolor agudo hacia el dolor crónico. Si bien, la clasificación del dolor establece que el dolor crónico es aquel que tiene una duración mayor a tres meses, las implicaciones no se limitan a una experiencia física y, por lo tanto, para entender la transición del dolor agudo al dolor crónico es necesario diferenciar entre el dolor crónico primario y el dolor crónico secundario.

El dolor crónico primario es un padecimiento en el cual una persona experimenta dolor en alguna región de su cuerpo, presente por al menos tres meses, y que no puede ser explicado por alguna condición médica, además de asociarse con una alteración y discapacidad funcional para llevar a cabo sus actividades de la vida cotidiana; por su parte, el dolor crónico secundario se refiere a la presencia de dolor persistente por al menos tres meses que es explicado con una enfermedad subyacente, como el cáncer, e inicialmente es considerado un síntoma de la enfermedad o de los tratamientos (Treede et al., 2019).

De esta forma, la transición hacia el dolor crónico, ya sea primario o secundario, se explica a partir del modelo del decondicionamiento físico y mental, que está compuesto por tres etapas (Gatchel, 1991). En la etapa 1 se presenta el dolor agudo que, debido a su naturaleza aversiva, genera reacciones emocionales miedo o preocupación y se observan las primeras manifestaciones de las conductas de dolor, como la evitación. El dolor, en esta fase aguda, es asociado por la persona con la presencia de alguna enfermedad o lesión y, por lo tanto, de manera natural genera estas emociones y conductas que puede ser analizadas como respuestas incondicionadas al dolor debido a la función de protección que tiene el dolor (Romera et al., 2000).

Si el dolor persiste en el tiempo, incluso cuando la lesión o el daño ha sido resuelto, se hace una progresión a la etapa 2, en la cual comienzan los problemas conductuales, emocionales y cognitivos, por ejemplo, síntomas de depresión, desesperanza, síntomas de ansiedad, hipervigilancia, distrés, catastrofización, decondicionamiento físico, evitación de actividades, etc. Estos problemas

conductuales son el resultado de la falta de conductas efectivas dentro del repertorio conductual de las personas.

Finalmente, en la tercera etapa, debido a las contingencias de las conductas de dolor y a la falta de conductas efectivas para afrontar el dolor, se consolidan los patrones de comportamiento que causan discapacidad funcional, emocional y social, y por lo tanto existe la adopción del rol de enfermo, generando un decondicionamiento físico y mental que se traduce en el abandono de las actividades, responsabilidades y obligaciones que eran parte de la vida personal previas al inicio del dolor (Gatchel, 1991).

Es importante mencionar que por sí mismo el dolor no genera estos patrones de comportamiento disfuncional, si no que involucra la interacción de factores preexistentes o premórbidos en las características psicológicas y de personalidad de las personas que enfrentan una condición de dolor, además de la influencia de las condiciones económicas, sociales y ambientales en las cuales ocurre esta transición (Gatchel et al., 2007).

Los modelos presentados previamente explican cómo puede surgir y mantenerse en el tiempo un problema afectivo ante la presencia de dolor, de cualquier forma, es importante reconocer cuando estos dos problemas interactúan, la discapacidad funcional y psicoemocional es mayor.

A pesar de que los problemas afectivos pueden ser de distinta naturaleza y severidad, especialmente la depresión y la ansiedad son los problemas con mayor

prevalencia y que más sufrimiento y discapacidad generan cuando interactúan con el dolor (Howe et al., 2015; Knaul et al., 2018).

La depresión es un alteración en el estado de ánimo que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (World Health Organization, 2017). Por su parte, la ansiedad es una emoción que se caracteriza por tensión, pensamientos preocupantes y cambios fisiológicos. Las personas que sufren de trastornos de ansiedad frecuentemente tienen pensamientos intrusivos o preocupaciones que traen como consecuencia una disminución significativa en el funcionamiento de distintas áreas de su vida (American Psychological Association, 2017).

Cuando hay dolor crónico, como en el caso de los pacientes de cuidados paliativos, las personas tienen mayor probabilidad de padecer cualquiera de estas dos alteraciones afectivas en comparación con población general, aunado al hecho de que por sí misma la enfermedad y sus implicaciones también son factores de riesgo para presentar ansiedad o depresión (Burke et al., 2015; Cherny et al., 2015; Howe et al., 2015).

Ante este panorama, es importante reconocer que clínicamente existe una dificultad al poder reconocer un diagnóstico de depresión o de ansiedad, ya como un trastorno, puesto que la manifestación de estas alteraciones emocionales tienen componentes somáticos que en muchas ocasiones pueden confundirse con los efectos que también pueden derivarse del dolor crónico, o de la misma enfermedad primaria subyacente al dolor, por lo cual, en ocasiones los pacientes no ven

satisfechas todas sus necesidades de atención, especialmente cuando se habla de salud mental (Howe et al., 2015).

La interacción entre ansiedad, depresión y dolor se ha relacionado con mayor probabilidad de transición de dolor agudo a dolor crónico, mayor percepción en la intensidad del dolor, menor bienestar, mayor discapacidad física, presencia de problemas laborales, alteraciones en el sueño, mayores costos de atención, aumento de la mortalidad, aumento en el deseo de muerte y menor respuesta al tratamiento farmacológico (Bair et al., 2003; Baker et al., 2016; Hall et al., 2011; Hassett et al., 2014; Hung et al., 2015; Linton et al., 2011; Piquart & Duberstein, 2010; Smith et al., 2014).

Los párrafos anteriores muestran como una persona que padece alguna enfermedad ve afectada diferentes ámbitos de su vida, además como distintos síntomas que puede experimentar a raíz de la enfermedad o los tratamientos médicos interactúan entre sí, de tal forma que, en ausencia de estrategias de afrontamiento efectivos, generan sufrimiento limitando la calidad de vida de forma significativa, por lo cual, actualmente existe un reconcomiendo de que la atención en Cuidados Paliativos no se limita al ámbito médico-farmacológico, y por lo tanto, se opta por un abordaje interdisciplinario, donde la atención psicológica adquiere un rol indispensable (Rosenblat et al., 2020).

Atención psicológica en el área de Cuidados Paliativos

El objetivo de la atención psicológica en pacientes de cuidados paliativos tiene el propósito de hacer un acompañamiento para abordar las necesidades psicológicas y espirituales ante las condiciones médicas que presentan, pero además en algunos casos se han desarrollado intervenciones que permiten complementar el manejo de síntomas físicos (Kasl-Godley et al., 2014).

Actualmente existen distintas intervenciones psicológicas utilizadas en Cuidados Paliativos que han surgido desde perspectivas teóricas diferentes. La Terapia de Dignidad tiene el objetivo de incrementar el sentido de significado, dignidad y propósito, y reducir el sufrimiento al final de la vida. Permite dar un espacio para que las personas expresen lo que es importante para ellos, explorar momentos importantes, aprendizajes, motivos de orgullo, roles en su vida, palabras para la familia, consejos y deseos para los seres queridos del paciente (Chochinov et al., 2005, 2011).

La Terapia Centrada en el Significado, ya sea grupal o individual, fue diseñada para pacientes con cáncer avanzado y busca brindar sentido de vida, paz y propósito ante la enfermedad al recordar momentos significativos en la vida para explorar el legado del paciente, aborda los cambios de identidad a partir del diagnóstico de cáncer, identifica fuentes de significado en la vida, alienta a elegir la actitud ante las limitaciones que conlleva el cáncer y busca conectar con la vida a través de los valores del paciente para aliviar el distrés emocional y el deseo de muerte que experimentan los pacientes al final de su vida (Breitbart et al., 2015).

La Terapia Breve de Revisión de Vida, similar a la Terapia de Dignidad, tiene por objetivo incrementar el bienestar espiritual y alentar la aceptación del final de la vida, explora momentos importantes de su vida, roles, consejos y deseos hacia la familia y finalmente genera un álbum de imágenes que es entregado al paciente (Ando et al., 2010).

El programa Manejo del Cáncer y Viviendo Significativamente (CALM) está diseñado para entrenar a los pacientes a afrontar el estrés que puede generarse a partir del cáncer avanzado. Específicamente se busca entrenar a los pacientes a manejar los síntomas de la enfermedad y mejorar la comunicación con su equipo médico, trabajar en el autoconcepto y relaciones con otras personas, generar bienestar espiritual y buscar valores y creencias que den sentido a la vida, además ayudar a la preparación para el futuro manteniendo la esperanza vivir (Rodin et al., 2018).

Estas intervenciones han demostrado su efectividad para mejorar el bienestar espiritual y atender las necesidades existenciales de los pacientes en cuidados paliativos. A pesar de esto, aún no hay resultados concluyentes acerca de los efectos que tienen sobre en el ámbito afectivo, el control de síntomas y el funcionamiento físico.

Terapia cognitivo conductual para ansiedad y depresión

Por su parte la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se ha desarrollado como una opción de tratamiento que permite atender las necesidades complejas que poseen los pacientes en cuidados paliativos. Actualmente, la TCC es el enfoque

psicoterapéutico que ha demostrado tener mayor eficacia con población paliativa para tratar problemas de ansiedad y depresión, ya sea que se presenten de forma independiente o en comorbilidad (Fulton et al., 2018; Okuyama et al., 2017; Von Blanckenburg & Leppin, 2018b).

Por ejemplo, se realizó una investigación para evaluar la aceptabilidad y la efectividad de la TCC en pacientes en cuidados paliativos atendidos en un hospicio, sobre las variables de ansiedad y depresión evaluadas con la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria y con una escala visual análoga para felicidad, relajación, dolor, energía y náusea, en la cual se encontró una mejoría estadísticamente significativa entre las evaluaciones pre y post intervención (Anderson et al., 2008). En esta investigación las técnicas utilizadas buscaban entrenar en habilidades de relajación, reestructuración cognitiva y planeación de actividades.

Otra investigación realizada específicamente para tratar ansiedad en pacientes con cáncer terminal utilizó la Escala de Ansiedad de Hamilton para evaluar el efecto de una intervención TCC de 4 módulos que buscaban brindar psicoeducación al paciente sobre ansiedad, entrenar en habilidades de relajación, habilidades para afrontar miedos sobre la enfermedad y, planeación y espaciado de actividades, mostrando una mejoría estadísticamente significativa en cuanto a los puntajes de la escala (Greer et al., 2012).

Por su parte, otro equipo de investigación llevó a cabo una intervención a distancia con pacientes con esclerosis lateral múltiple para síntomas de depresión. La intervención fue vía telefónica y consistió en un programa para afrontar la esclerosis múltiple basado en TCC de 8 sesiones utilizando técnicas de

reestructuración cognitiva y activación conductual. Los resultados a partir de la Escala de Depresión de Hamilton mostraron una disminución de los síntomas de depresión en los pacientes que recibieron la intervención en comparación con el grupo control (Mohr et al., 2000)

Existen otros ejemplos de intervenciones TCC en personas con enfermedades que limitan su vida, de cualquier forma, estos estudios comparten el uso de técnicas para la solución de problemas, entrenamiento en relajación, modificación de creencias, activación conductual, psicoeducación, distracción cognitiva, espaciado de actividades, entre otras (Carlson, 2017; Kunik et al., 2008; Arthur M. Nezu et al., 2003; Savard et al., 2006).

Terapia cognitivo conductual para dolor

La TCC también ha sido utilizada para el manejo del dolor, incluso, actualmente se considera como un tratamiento complementario para el manejo del dolor oncológico y para pacientes en cuidados paliativos.

El entrenamiento en relajación es un componente de las intervenciones de TCC que ha demostrado ser efectivo para el control del dolor, específicamente cuando se utiliza la relajación muscular progresiva y la relajación autógena (De Paolis et al., 2019). La relajación muscular progresiva es un procedimiento que busca tensar y relajar los músculos de manera voluntaria para aprender la diferencia entre ambas sensaciones, mientras que la relajación autógena busca que la persona se concentre en frases que sugieren cambios corporales en su cuerpo que se asocian con relajación (Jensen, 2011).

Otro tratamiento efectivo es la terapia conductual, que busca extinguir las conductas desadaptativas y potenciar las conductas adaptativas, a través del análisis de contingencias de las conductas de dolor, reforzando aquellas que contribuyen a mejorar el funcionamiento físico, por ejemplo tomar su medicamento, espaciar actividades, y castigando o extinguiendo aquellas conductas que generan evitación como la inactividad o solicitar ayuda (Gatzounis et al., 2012). La terapia conductual ha demostrado ser efectiva para problemas como funcionamiento social, intensidad de dolor, estado de ánimo y catastrofización (Williams et al., 2012).

De manera general, los tratamientos que son clasificados como TCC parten del modelo biopsicosocial del dolor, y buscan generar conductas adaptativas para afrontar al dolor. Típicamente, las intervenciones basadas en TCC incluyen componentes cognitivos que buscan las creencias y pensamientos que resultan desadaptativos sobre el dolor y su controlabilidad, además incluyen también el entrenamiento en relajación, la psicoeducación, intervenciones conductuales y recientemente se han añadido tratamientos basados en mindfulness y aceptación que también han tenido efectos benéficos en el tratamiento del dolor, alteraciones emocional y funcionamiento físico (Ehde et al., 2014; Jensen, 2011; Sturgeon, 2014).

Mindfulness y Aceptación en Cuidados Paliativos

Los nuevos modelos terapéuticos que ha adoptado la TCC, como mindfulness y aceptación, proponen modificar el comportamiento de las personas ante el contenido cognitivo y afectivo que puedan experimentar, sin intentar modificar directamente el pensamiento o el afecto (Leahy,2015), buscando lograr

un balance entre el cambio y la aceptación por parte del paciente y del terapeuta sobre los problemas que reporta el paciente (Linenhan, 1993), permitiendo que las personas modifiquen sus patrones de comportamiento problemáticos en función de alcanzar sus valores y sus metas para que puedan vivir una vida más completa y significativa (Ellis, 2002; Leahy, 2015).

Específicamente la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y las Terapias Basadas en Mindfulness (TBM) han sido implementadas en población de cuidados paliativos mostrando un efecto importante en la reducción de síntomas de ansiedad, depresión y dolor, además que resultan tener mejores resultados clínicos sobre la terapia TCC tradicional (Fulton et al., 2018; Jensen, 2011; Von Blanckenburg & Leppin, 2018a; Williams et al., 2020; Zimmermann et al., 2018)

Aunque tanto la ACT como las TBM pertenecen a la familia de la TCC, se diferencian en que sus métodos tienen como objetivo promover conducta para participar y abstenerse. Participar significa tomar acciones orientadas a cumplir con objetivos aunque esto incluya exponerse sentimientos, pensamientos o sensaciones no deseadas, mientras que abstenerse implica dejar de intentar controlar las experiencias privadas cuando estos intentos de control impiden lograr los objetivos que se han establecido y generan conductas desadaptativas (L. M. McCracken & Vowles, 2014).

Uno de los diferenciadores más importantes de las terapias basadas en mindfulness y aceptación es que adoptan estrategias experienciales y de cambio indirecto, que se suman a las de cambio directo, además de estar menos orientadas

a lograr un cambio, buscando un equilibrio entre la aceptación y el cambio (Linehan et al., 2004).

Ambos, tanto la aceptación como el mindfulness son conceptos en los cuales no existe un consenso sobre su definición. La aceptación puede ser vista como una actividad y también como un resultado, la experiencia de aceptar resulta de entender al mundo de una forma contextual y dialéctica, adoptando una postura de apertura al contexto y a reconocer que los hechos que construyen la realidad se encuentran en constante cambio (Linehan et al., 2004).

Por su parte, mindfulness puede ser considerado como un conjunto de habilidades que permiten concentrar la atención en el momento presente, sin juicios y sin apego al momento con el objetivo de disminuir el sufrimiento, aumentar la felicidad, aumentar el control de la atención y estar más presente para sí mismos y para otras personas (Linehan, 2015).

La aceptación y mindfulness han tomado una posición relevante debido a que actualmente en el área de la salud y la medicina conductual son una opción que permite un manejo novedoso ante enfermedades crónicas y su aplicación se extiende a diferentes enfermedades, como cáncer, diabetes, dolor crónico, trastornos neurológicos, obesidad, entre otras (McCracken, 2011). Sin embargo, es importante destacar que no sólo la ACT y La TBM son las únicas intervenciones con componentes de aceptación y mindfulness.

Una terapia, que también pertenece la familia de la TCC, es la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) que inicialmente fue diseñada con el objetivo de

ofrecer un tratamiento efectivo para personas con conductas suicidas diagnosticadas con Trastorno Límite de la Personalidad. La función del tratamiento en la TDC es aumentar los comportamientos efectivos, mejorar y mantener la motivación del paciente para cambiar y participar en el tratamiento, asegurar la generalización de los cambios que han ocurrido durante el tratamiento en contextos relevantes para el paciente, mejorar la motivación del terapeuta para brindar tratamiento eficaz, y para ayudar al paciente a reestructurar o cambiar su entorno de tal manera que apoye y mantenga el progreso y el avance hacia las metas (Linehan, 1993).

La TDC busca cumplir los objetivos del tratamiento a través de 4 modalidades en que es provista: terapia individual, coaching telefónico, grupo de entrenamiento en habilidades y grupo de consultoría. De cualquier forma, cuando no es viable ofrecer las 4 modalidades de tratamiento estándar, se pueden buscar otras formas de asegurar que se cumplan las funciones del tratamiento (Linehan, 2015).

Actualmente, la TDC se ha consolidado como un tratamiento efectivo para pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (Bloom et al., 2012; Linehan et al., 1991; Panos et al., 2014), además, debido a la flexibilidad de sus componentes, se han realizado algunas adaptaciones para evaluar su efectividad con otros problemas de salud mental, demostrando tener resultados clínicos positivos en condiciones como trastorno por estrés postraumático, trastornos alimenticios, abuso de sustancias y depresión (Bohus et al., 2013; Hirvikoski et al., 2011; Linehan et al., 1999; Lynch et al., 2007; Safer & Jo, 2010).

Adicionalmente, se han realizado algunas adaptaciones que utilizan únicamente la modalidad de entrenamiento en habilidades como tratamiento psicológico, encontrando resultados positivos en la reducción de la depresión, disminución de la desesperanza, control en la expresión del enojo, regulación emocional, trastornos alimenticios, reducción de conductas desadaptativas e incremento de conductas positivas, problemas de abuso de alcohol, disminución de los síntomas del trastorno por déficit de atención, disminución de la impulsividad y aumento de la funcionalidad global (Linehan, 2015; Neacsiu et al., 2014; Valentine et al., 2015; Van Dijk et al., 2013).

En el contexto médico, la TDC se ha utilizado como tratamiento psicológico para atender las alteraciones emocionales que acompañan a la enfermedad, encontrando efectos positivos del entrenamiento en habilidades sobre la adherencia al tratamiento, conductas de autocuidado, control de respuestas fisiológicas, menor somatización de síntomas, disminución del distrés emocional, reducción del dolor, aceptación del dolor, menor catastrofización del dolor, disminución de síntomas de ansiedad y depresión, y aumento de la funcionalidad (Anderson et al., 2013; Faraji, 2015; Linton, 2010; Sysko et al., 2016; Tavakoli et al., 2019).

A pesar de que no existen estudios empíricos que hayan probado la TDC en el población de cuidados paliativos, se ha utilizado de manera clínica la tecnología que propone para la atención a personas con diferentes afecciones médicas, e incluso en casos dónde las personas están al final de su vida debido a la progresión de la enfermedad (Carlson, 2017; Cohn & Linehan, 2020).

Fundamentación del estudio

La evidencia actual permite concluir que la TCC resulta ser un tratamiento efectivo para ansiedad, depresión y dolor en pacientes de cuidados paliativos que enfrentan una enfermedad que limita su vida. A pesar de esto una limitación actual es que las intervenciones están diseñadas para trabajar únicamente con síntomas afectivos, como ansiedad y depresión o con síntomas físicos como el dolor, y aunque en ocasiones evalúan ambos indicadores, los contenidos no están dirigidos a atender las necesidades específicas de cada paciente, tanto físicas, como afectivas.

Aunado a lo anterior, los tratamientos disponibles para población paliativa con componentes de aceptación y mindfulness requieren del uso de medidas conductuales, puesto que la mayoría se enfoca en una evaluación de reportes verbales, por lo cual se requiere un tratamiento que involucre el aumento de actividades de la vida diaria como uno de los objetivos de la intervención.

Por otro lado, la población paliativa tiene características que aumentan su fragilidad física lo que dificulta la atención presencial debido a la imposibilidad de acudir constantemente a consultas presenciales además, sumado a la situación de contingencia sanitaria por la pandemia Covid-19, en la cual se ha visto una disminución en el acceso a los servicios de cuidados paliativos, especialmente en aquellos que pueden considerarse como no esenciales como la salud mental, lo que por sí solo aumenta el riesgo de presentar alteraciones emocionales como ansiedad y depresión (Rao et al., 2020).

Es así como actualmente, dentro de la atención paliativa existe la necesidad de implementar medidas que permitan ajustarse a las necesidades individuales de los pacientes y al mismo tiempo implementar medidas que permitan facilitar el acceso a los servicios de atención, por lo cual, la adopción de modelos como la atención a distancia se plantea como una modalidad de atención que puede ser útil clínicamente y que permite superar las barreras físicas que han acompañado a la contingencia sanitaria.

Es debido a esto que la presente investigación tiene por objetivo evaluar el efecto de una intervención cognitivo conductual vía telefónica para el control de síntomas de ansiedad, depresión y dolor en pacientes de cuidados paliativos.

MÉTODO

Pregunta de investigación

¿Cuál es el efecto de una intervención cognitivo conductual vía telefónica sobre los síntomas de ansiedad, depresión y dolor en pacientes de cuidados paliativos?

Objetivo general

Evaluar el efecto de una intervención cognitivo conductual a distancia sobre los síntomas de ansiedad, depresión y de dolor en pacientes de cuidados paliativos.

Objetivos específicos

1. Disminuir el nivel de catastrofización del dolor crónico
2. Aumentar el nivel de aceptación al dolor crónico
3. Aumentar el nivel de actividad de los pacientes

Participantes

Participaron 3 pacientes del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” atendidas por el Servicio de Cuidados Paliativos, todas con un diagnóstico de cáncer. En la tabla 1 se detallan sus características.

Tabla 1

Características sociodemográficas de las participantes

Identificador	Sexo	Edad	Diagnóstico	Ocupación	Estado civil	Escolaridad
Caso 1	Mujer	51	Cáncer de mama Hipertiroidismo DM2	Empleada	casada	Preparatoria
Caso 2	Mujer	76	Mielo Múltiple	Ama de casa	casada	Primaria
Caso 3	Mujer	59	Cáncer de recto	Empleada	casada	Universidad

Criterios de inclusión

- Participantes referidos al servicio de cuidados paliativos.
- Ser mayor de edad.
- Presentar síntomas depresivos y/o ansiosos.
- Presentar dolor.
- Aceptar participar en el estudio a través de la firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Tener algún trastorno neurológico.
- No poder comunicarse de forma autónoma.
- Estar bajo un tratamiento psicológico.

Criterios de eliminación

- Participantes que deseen abandonar el estudio.
- Participantes que desarrollen deterioro neurológico que impida continuar con el tratamiento.
- Participantes fallezcan durante el tratamiento.

Formulación de casos

De acuerdo a los datos que fueron recogidos durante las sesiones de evaluación y durante el módulo de inducción al tratamiento, se decidió formular los casos de cada participante para esquematizar las variables que interactúan en la

presencia y manteniendo de sus problemas, utilizando la propuesta del mapa clínico de patogénesis (Nezu et al., 2006).

Tabla 2

Mapa clínico de patogénesis del Caso 1

VARIABLES DISTALES	VARIABLES ANTECEDENTES	VARIABLES ORGANÍSMICAS	VARIABLES DE RESPUESTA	VARIABLES DE CONSECUENCIAS
Madre con alcoholismo	Sensación de dolor	Sensibilidad e hipervigilancia al dolor	Baja adherencia al medicamento	Inmediatas: Síntomas de ansiedad y depresión
2 intentos suicidas a lo largo de su vida	Llamadas de su trabajo para solicitar productos	DM2	Abandono de actividades placenteras	Ideación suicida Baja autoeficacia
Infidelidad su esposo	Comentarios de su esposo sobre ella: "siempre te estás quejando"	Alteraciones hormonales debido a hipertiroidismo	Cogniciones negativas sobre sí misma	Descontrol del dolor Conductas solícitas de su familia
Violencia física por parte de su esposo	Conductas de sus hijos: "llegar alcoholizado a su casa"	Cáncer de mama en tratamiento	Aumento de percepción de dolor	Problemas laborales con su jefe
Embarazo no planeado de riesgo	Hacer tareas del hogar: "hacer la comida"	Cogniciones negativas sobre sí misma, los demás y el mundo	Aumento de intensidad de ansiedad, culpa y tristeza	Largo plazo: Desregulación emocional
Historial de autolesiones	Pagar servicios su hogar o deudas	Déficit en habilidades de comunicación	Disminución de conductas de autocuidado	Descontrol de síntomas de la enfermedad
		Falta de interés por las personas	Discusiones con su esposo e hijos	Deterioro de las relaciones familiares
		Catastrofización del dolor	evitación actividades laboral	Deseo de abandono laboral
		Vulnerabilidad emocional		

Tabla 3*Mapa clínico de patogénesis del Caso 2*

Variables Distales	Variables antecedentes	Variables orgánicas	Variables de respuesta	Variables de consecuencias
Padres con estilo de crianza autoritario	Discusiones entre su esposa e hija	Mieloma múltiple	Emociones intensas de culpa y angustia	Inmediatas: Síntomas de ansiedad y depresión
Violencia psicológica por parte de los hermanos	Sensación de dolor	Síntomas de fatiga	Cogniciones negativas sobre sí misma: "ya mejor me debería morir"	Baja adherencia a la medicación
Problemas de pareja	Su hija se va al trabajo	Sensibilidad al dolor	Evitación de actividades placenteras	Disminución del dolor y fatiga
Abandono del trabajo por situación de pandemia	Realizar labores del hogar	Cogniciones negativas sobre sí misma: "soy una carga para mi hija"	Discusiones con su esposo e hija	Aumento de atención de su hija
Historia de invalidación en su familia	Estas sola en casa	Creencias distorsionadas sobre la enfermedad: "la enfermedad es mi culpa"	Aislamiento	Largo plazo: Descontrol de los síntomas de la enfermedad
		Problemas de visión	Hipervigilancia a los síntomas físicos	Catastrofización del dolor
				Deterioro en sus redes sociales
				Sensación de ser una carga

Tabla 4*Mapa clínico de patogénesis del Caso 3*

Variables Distales	Variables antecedentes	Variables orgánsmicas	Variables de respuesta	Variables de consecuencias
Abandono del trabajo debido a complicaciones la enfermedad	Comentarios del esposo e hija sobre su funcionamiento físico	Diagnóstico de cáncer de recto Uso de oxígeno suplementario	Peleas con su esposo e hija Aumento de irritabilidad	Inmediatas: Sensación de agotamiento generalizado Síntomas de ansiedad y depresión Conductas compensatorias de su familia
Muerte de su hermana debido a covid-19	Sensación de dolor o falta de aire Realizar labores del hogar	Cogniciones negativas sobre sí misma, los demás y el mundo	Distanciamiento de su esposo e hija Disminución de actividades en casa	Largo plazo: Deterioro de su relación familiar Baja autoeficacia Sensación de invalidación
Historial de invalidación familiar	Cogniciones sobre la progresión de la enfermedad: "no sé qué voy a hacer sin una operación"	Vulnerabilidad emocional por el duelo Sensibilidad al dolor	Cogniciones negativas sobre los demás Aumento de emociones como tristeza y ansiedad	
Fuera de tratamiento oncológico y quirúrgico	Comentarios de su esposo sobre su duelo	Déficit de habilidades de aceptación de la realidad		
Reincidencia del cáncer	Recuerdos sobre su funcionamiento previo a la enfermedad: ir al trabajo, realizar actividades del hogar, manejar, etc.			
Mamá con diagnóstico reciente de cáncer				

Diseño de investigación

Se llevó a cabo un diseño experimental intrasujeto de tipo A-B con seguimiento a un mes. Durante la fase A se realizaron evaluaciones semanales para conformar la línea base con al menos 3 mediciones dependiendo de la variable y en la fase B se administró la intervención, para posteriormente realizar un seguimiento a una semana y un mes finalizada la intervención.

Variables e instrumentos

Variables dependientes

1. Depresión:

La depresión es un alteración en el estado de ánimo que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (World Health Organization, 2017).

Para evaluar depresión se aplicó el Inventario de Depresión de Beck (BDI) estandarizado para población mexicana (Jurado et al., 1998) que comprende 21 reactivos con opciones de respuesta tipo Likert que van del 0 al 3. A mayor puntaje, mayor es la presencia de síntomas depresivos (Anexo 1).

2. Ansiedad:

La ansiedad es una emoción que se caracteriza por tensión, pensamientos preocupantes y cambios fisiológicos. Las personas que sufren de trastornos de ansiedad frecuentemente tienen pensamientos intrusivos o preocupaciones que traen como consecuencia una disminución significativa en el funcionamiento de distintas áreas de su vida (American Psychological Association, 2017).

Para evaluar la sintomatología ansiosa se usó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) que ha sido validado para población mexicana (Robles et al., 2001). Está compuesto por 21 reactivos con opciones de respuesta tipo Likert que van entre el 0 y el 3. A mayor puntaje, mayor es la presencia de síntomas depresivos (Anexo 2).

3. Dolor:

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable que se relaciona con un daño actual o potencial sobre el cuerpo (International Association for the Study of Pain, 2020).

Se construyó un autorregistro que evalúa en una escala del 0 al 10 el promedio de dolor en el día, la mayor intensidad de dolor, la menor intensidad de dolor, y el número de horas que se tuvo dolor. El cero representa la ausencia del síntoma y el 10 la mayor intensidad o interferencia posible (Anexo 3).

Además de la percepción de dolor, en el autorregistro se tenían que reportar 4 actividades diarias: consumo de alimentos, actividades del hogar o trabajo, tiempo con familia y tiempo de actividades placenteras. Las dos primeras son de frecuencia y las dos últimas de duración (Ver Anexo 3).

Consumo de alimentos se definió operacionalmente como el consumo de cualquier alimento o conjunto de alimentos que representará el desayuno, comida, cena o colación durante el día sin importar la cantidad.

Actividades diarias del hogar o trabajo se definió operacionalmente como cualquier tarea que se realizó para cubrir una necesidad del hogar o el trabajo que implicará la movilización física y el uso de al menos 10 minutos de tiempo.

Tiempo con familia se definió operacionalmente como el número de horas que se pasaba en compañía de algún familiar o amigo realizando alguna actividad de recreación o compañía.

Tiempo de actividades placenteras se definió operacionalmente como el número de horas en que una persona realizaba alguna actividad, ya sea de manera individual o en compañía, que le generaba placer.

4. Catastrofización del dolor:

La catastrofización es una respuesta cognitiva que involucra también una respuesta emocional, en dónde se magnifican las sensaciones de dolor, existe rumiación acerca de dolor y preocupaciones relacionadas, y se presenta desesperanza y pesimismo sobre la propia capacidad para manejar el dolor (Gatchel et al., 2007)

Para evaluar la catastrofización se utilizó la versión validada para población mexicana de la Escala de Catastrofización del Dolor (Seyler et al., 2013) que consiste en 13 afirmaciones sobre el dolor y se evalúa en el grado en que se está de acuerdo con cada afirmación a través de 5 opciones de respuesta tipo Likert que van de nada en absoluto hasta todo el tiempo (Anexo 4).

5. Aceptación del dolor:

La aceptación del dolor crónico implica que el individuo reduzca los intentos fallidos de evitar o controlar el dolor y, en cambio, se concentre sobre la participación en actividades valiosas y la búsqueda de metas personalmente relevantes (McCracken et al., 2004).

Para evaluar la aceptación del dolor se utilizó el Cuestionario de Aceptación del Dolor Crónico (CADC) en su versión validada al español (Rodero et al., 2010). El cuestionario se compone de 20 afirmaciones relacionadas al dolor y se evalúa en

qué grado la afirmación es cierta para la persona a través a una escala tipo Likert que oscila entre nunca cierta hasta siempre cierta (Anexo 5).

6. Adherencia al tratamiento analgésico

Se puede definir a la adherencia al tratamiento analgésico como el grado en que el paciente realiza la toma de la medicación de acuerdo con las prescripciones del personal médico (World Health Organization, 2003)

Para evaluar el uso de medicación analgésica se utilizó un autorregistro diario de consumo de medicamentos para el control del dolor durante el día (Anexo 6).

Variable Independiente

La variable independiente de esta investigación fue una intervención cognitivo conductual vía telefónica. El contenido de la intervención se fundamentó en el entrenamiento en habilidades de la TDC debido a que ha demostrado ser efectiva para diferentes problemas, entre ellos alteraciones el estado de ánimo y también incluye entrenamiento en relajación (Linehan, 2015).

Debido a que el entrenamiento en habilidades de la TDC originalmente está diseñado para una intervención grupal, se hizo la adaptación para entrenar estas habilidades de manera individual. Adicionalmente se construyó un módulo sobre dolor y un módulo psicoeducativo sobre cuidados paliativos y atención psicológica.

La intervención constó de 5 módulos. El primer módulo permite orientar al participante sobre las generalidades del tratamiento en cuidados paliativos y el tratamiento psicológico. Los cuatro módulos restantes comprenden el entrenamiento en las habilidades para desarrollar con las participantes.

El orden de los módulos y la cantidad de módulos que se revisaron fue elegido de forma conjunta entre el participante y el terapeuta considerando las necesidades y prioridades del paciente.

Para la intervención se construyó un manual para el participante donde contenía la información relevante sobre el contenido de cada módulo y además incluía ejercicios que el participante debió hacer durante la sesión o como tarea tomando como referencia el material propuesto por la intervención original. El tratamiento se diseñó para tener sesiones con una frecuencia semanal y una duración aproximada de 70 minutos cada sesión.

A continuación, se presenta una descripción de los objetivos generales de cada módulo:

Tabla 5.

<i>Descripción de los módulos de la intervención</i>	
Módulo	Objetivo general
Inducción al tratamiento	Orientar sobre las características del tratamiento y generar compromiso con el tratamiento, además de brindar psicoeducación sobre cuidados paliativos.
Conciencia plena	Entrenar al paciente en la práctica de las habilidades de conciencia plena.
Regulación emocional	Entrenar al paciente para que desarrolle habilidades para identificar, validar y regular sus respuestas emocionales.
Tolerancia al malestar	Desarrollar en el paciente la habilidad para sobrevivir a las crisis y generar habilidades de aceptación.
Control del dolor	Brindar psicoeducación sobre el dolor y generar estrategias para manejar el dolor.

Debido a que la intervención fue de tipo modular, no se tuvo un número fijo de sesiones para la fase B del experimento, ya que esto dependió de las necesidades y avance que tuvo cada participante.

Para asegurar la integridad del tratamiento se construyó un manual para el terapeuta, dónde se adaptaron únicamente los módulos de conciencia plena, regulación emocional y tolerancia al malestar del manual de entrenamiento en habilidades DBT (Linehan, 2015) y además se especificaron los contenidos del módulo de control del dolor y del módulo de cuidados paliativos.

Procedimiento

El reclutamiento inicial de los participantes fue llevado a cabo por un médico paliativista durante la consulta externa. Si durante la evaluación de la consulta, el paciente refería a través de la ESAS dolor, ansiedad o depresión con un puntaje igual o mayor a 4 se le explicaba que podría ser candidato a una intervención psicológica y se le tomaban sus datos para ponerse en contacto vía telefónica. Se seleccionaron esos puntos de corte debido a que han sido correlacionados con la presencia de sintomatología ansiosa o depresiva, además de la presencia de dolor clínicamente significativo (Oldenmenger et al., 2013).

Posteriormente se llamó a los pacientes por teléfono para explicarles que debido a sus resultados en la consulta con el médico paliativista eran candidatos a una evaluación e intervención psicológica. Se explicó el objetivo y la modalidad de la intervención psicológica, así como los procedimientos de recolección de datos y la información correspondiente a la confidencialidad y privacidad de los datos. Si el paciente accedía a la evaluación se programa una llamada para realizar dicha

evaluación, así como a enviar el consentimiento informado para que pudiera ser firmado por el paciente (Anexo 7).

En la primera llamada de evaluación se aplicó el BAI y BDI. Si los resultados mostraban al menos síntomas leves de ansiedad y depresión, se procedía a darle la devolución de los resultados al paciente de manera verbal y se le indicaba que era candidato para realizar la intervención a distancia. Si el paciente aceptaba, se fijaba un día y un horario para realizar dos llamadas más para cubrir las evaluaciones restantes.

Previamente a la segunda llamada de evaluación se enviaba al participante de forma digital el material de los autorregistros y durante la segunda llamada se explicaba a detalle cómo llenarlos de manera diaria. Además, en la segunda llamada de evaluación se aplicó la Escala de Catastrofización del Dolor, además del BDI y el BAI. En la tercera llamada de evaluación se procedía a aplicar el DBI, el BAI y el Cuestionario de Aceptación del Dolor Crónico. Al finalizar se indicaba que se enviaría de forma digital un manual para la intervención y se solicitaba que pudiera imprimirse para hacer el contenido más accesible.

Una vez que se cumplieron las mediciones de la línea base se comenzaba con la fase B que consistió en la aplicación de la intervención psicológica a distancia, vía telefónica. Las instrucciones para las participantes eran encontrar un lugar en su casa donde pudieran estar en privado durante la sesión y además contar con el uso de manos libres y el manual para el participante en físico.

Una vez concluidos los contenidos del entrenamiento se procedía a la fase de seguimiento. Después de un mes de la última sesión, se realizaba una llamada para evaluar las variables de catastrofización del dolor, aceptación del dolor, síntomas de depresión y ansiedad.

Es importante mencionar que los pacientes que no cumplían con los criterios de inclusión durante la primera llamada de evaluación eran excluidos de la investigación, pero se les brindaba atención psicológica de acuerdo con sus necesidades individuales. Además, aquellos que no aceptaban participar se incluían a una lista de espera para recibir atención psicológica presencial.

Escenario

Debido a la modalidad a distancia de la intervención, tanto las sesiones de evaluación como las sesiones de intervención se llevaron a cabo en el domicilio particular de los participantes. Para asegurar su privacidad y confidencialidad, se les instruyó a buscar un espacio en su casa donde pudieran estar solas y además se les pidió el uso de manos libres para evitar el cansancio por la posición del brazo durante la llamada y el uso del altavoz del dispositivo móvil.

RESULTADOS

Para analizar los datos de los participantes y debido al diseño de la investigación se eligió el Índice de No Solapamiento de Todos los Pares (NAP) para estimar el tamaño del efecto de la intervención. Se seleccionó el método NAP debido a que ha mostrado ser una medida más objetiva que el análisis visual de los datos y supera algunas limitaciones de otros índices de no solapamiento (Sanz & García-Vera, 2015). De acuerdo con los autores, la interpretación del tamaño del efecto es débil (0 a 0.65), medio (0.66 a 0.92) o grande (0.93 a 1); siendo aquellos tratamientos efectivos los que alcanzan un valor superior a .90 en el cálculo del estadístico NAP (Parker & Vannest, 2009).

Los tamaños del efecto fueron estimados con una calculadora virtual propuesta por los autores del NAP, que permite conocer datos como el tamaño del efecto, intervalos de confianza y el valor de p (Vannest, et al., 2016.).

Caso 1

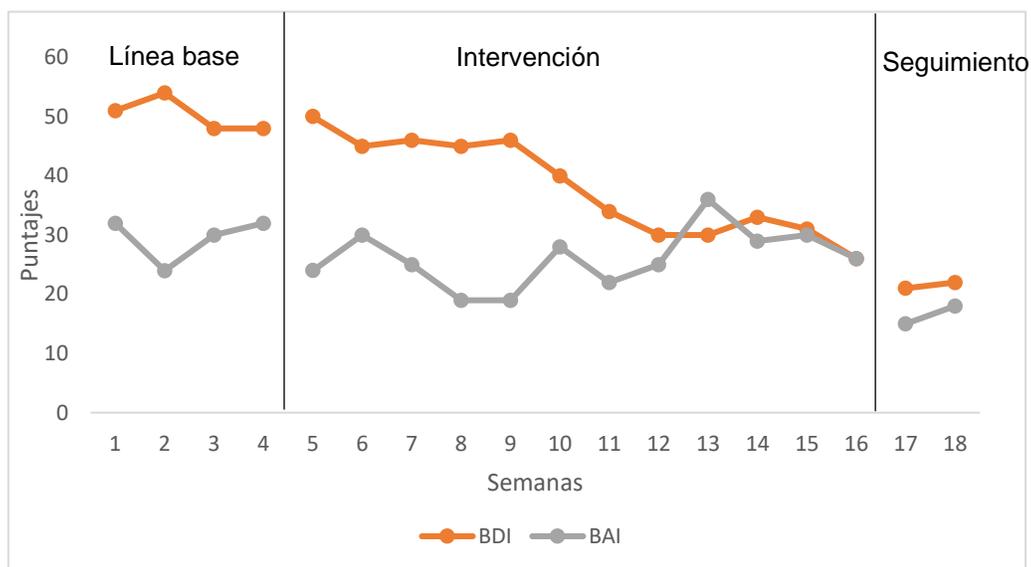
El análisis visual de los datos para las variables de síntomas de ansiedad y depresión se realizó a partir del BDI y el BAI. Como se puede observar en la figura 3, durante la línea base del BDI no hay presencia de algún patrón de mejoría o empeoramiento, mientras que en la línea base del BAI se observa ligeramente inestable con una tendencia a empeorar.

Durante la fase de intervención y seguimiento, es posible observar una disminución de los puntajes en comparación con la línea base para la variable de síntomas de depresión. Para la variable de síntomas de ansiedad, durante la fase

de intervención se observa un patrón inestable llegando a obtener un puntaje en la medición número 13 (36) que fue superior a las cuatro mediciones de la línea base (32, 24, 30, 32,). Esta tendencia a aumentar que se observa en los datos a partir de la semana 12 se presentó al mismo tiempo que hubo un cambio en la medicación para hipertiroidismo además de un aumento en la carga de trabajo.

Figura 5.

Puntajes BDI y BAI del Caso 1



En cuanto al tamaño del efecto sobre las variables de síntomas de ansiedad y depresión, el índice NAP mostró un efecto medio no significativo y un efecto grande significativo, respectivamente (Ver tabla 6).

Tabla 6.

<i>Tamaño del efecto (NAP)</i>			
Variable	NAP	Valor de p	Tamaño del efecto
Depresión	0.96	0.005**	Grande
Ansiedad	0.77	0.09	Medio

** $p \leq .01$

Con respecto a las variables de intensidad promedio de dolor, intensidad mínima de dolor, intensidad máxima de dolor, número de horas con dolor y número de uso de rescatares analgésicos, el análisis visual de los datos no mostró una reducción durante la fase de intervención, por el contrario, se observó un aumento en la intensidad de estas variables, por lo que se optó por no realizar un análisis del tamaño del efecto.

Figura 6.

Intensidad promedio de dolor en el día

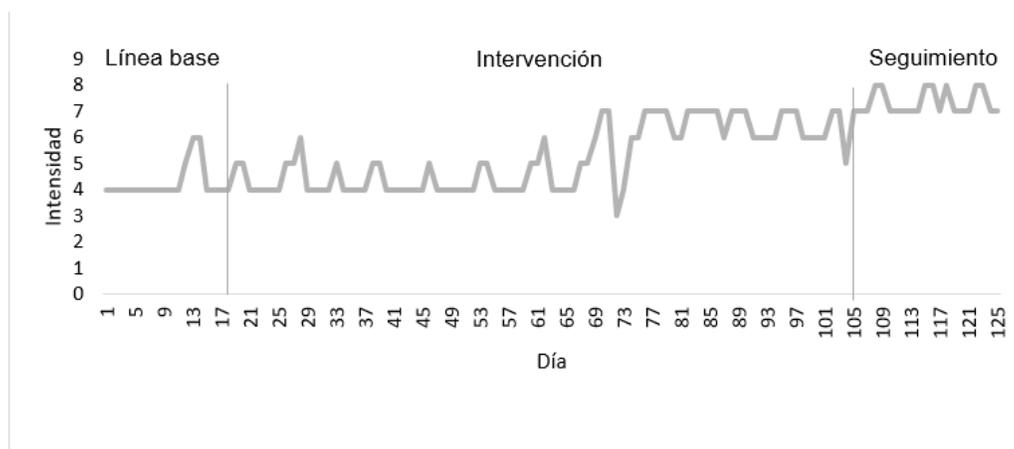


Figura 7.

Mayor intensidad de dolor en el día

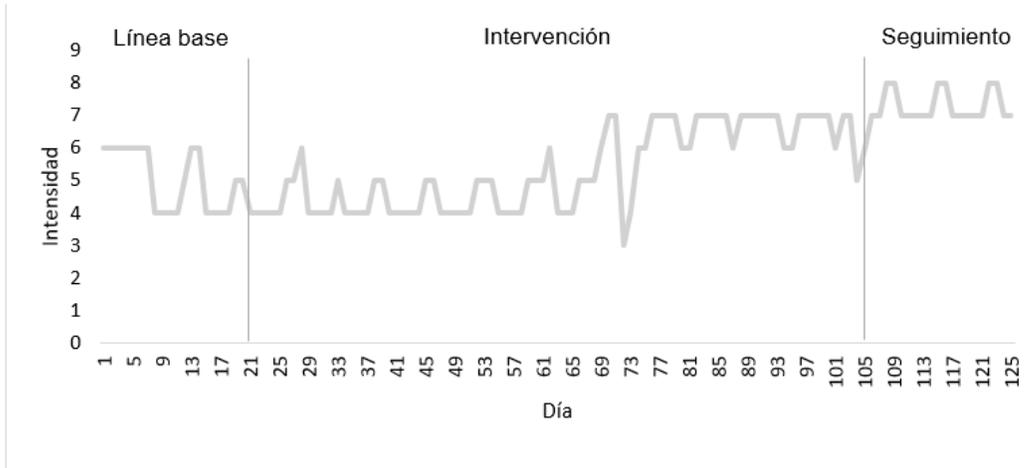


Figura 8.

Número de horas con dolor en el día

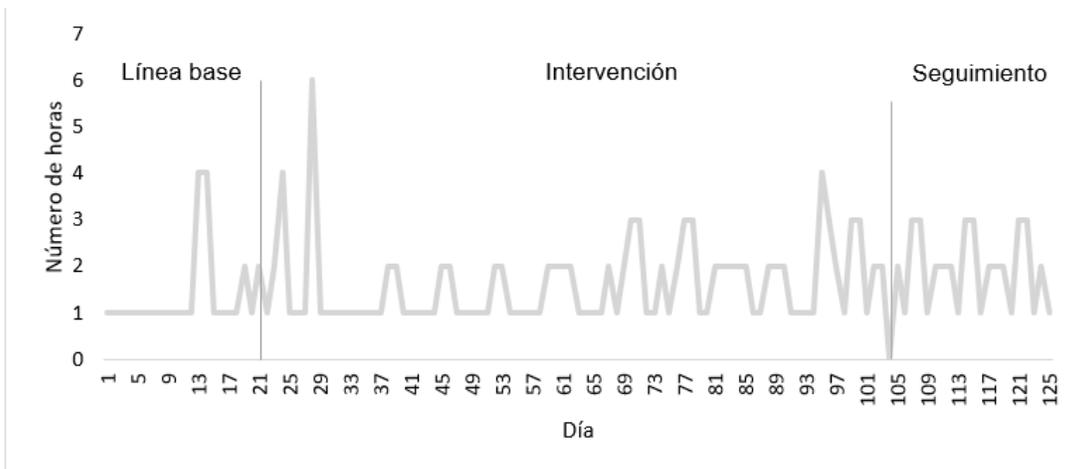


Figura 9.

Menor intensidad de dolor en el día

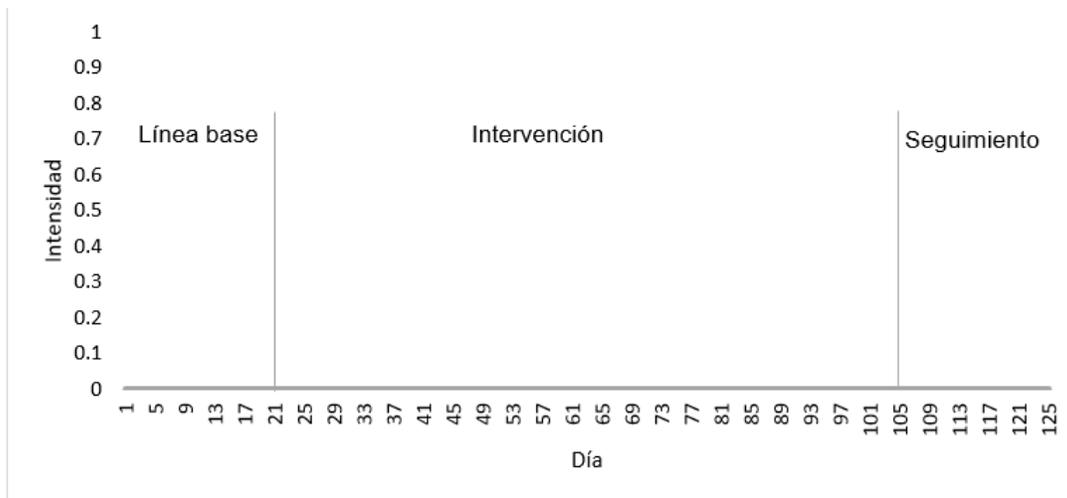
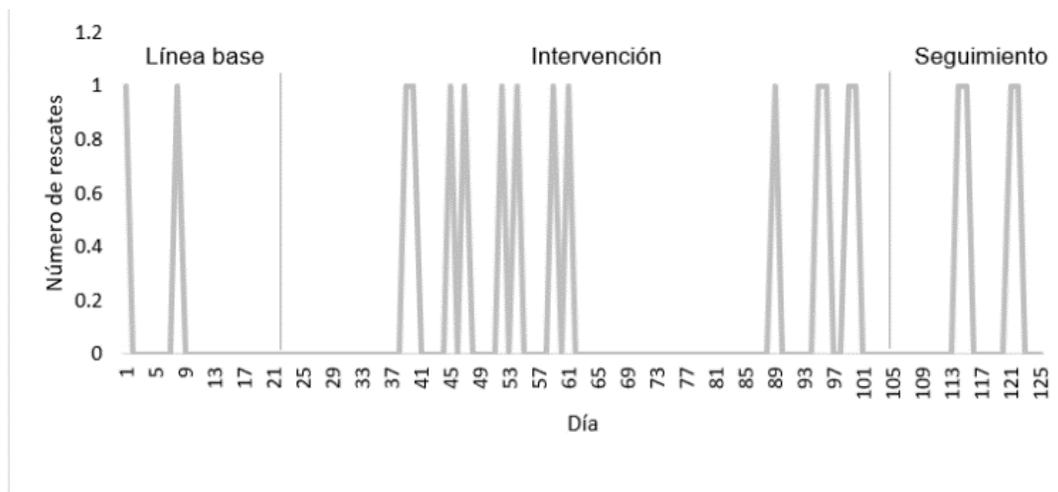


Figura 10.

Número de rescates por día



En cuanto a las variables de actividad (ver figuras 11 a 14), el consumo de alimentos no mostró en el análisis visual un cambio entre la línea base y la fase de intervención. Para las variables de labores del hogar/trabajo, tiempo con la familia y tiempo de actividades placenteras visualmente se puede observar un cambio entre la línea base y la fase de intervención, el índice NAP (Tabla 7) sugiere un efecto débil para la primera variable, y medio las dos variables restantes.

Tabla 7.

<i>Tamaño del efecto (NAP)</i>			
Variable	NAP	Valor de p	Tamaño del efecto
Labores del hogar/trabajo	0.17	0.000**	Débil
Tiempo con la familia	0.82	0.000**	Medio
Tiempo de actividades placenteras	0.89	0.000**	Medio

** $p \leq .01$

Figura 11.

Tiempo de actividades placenteras



Figura 12.

Tiempo con familia

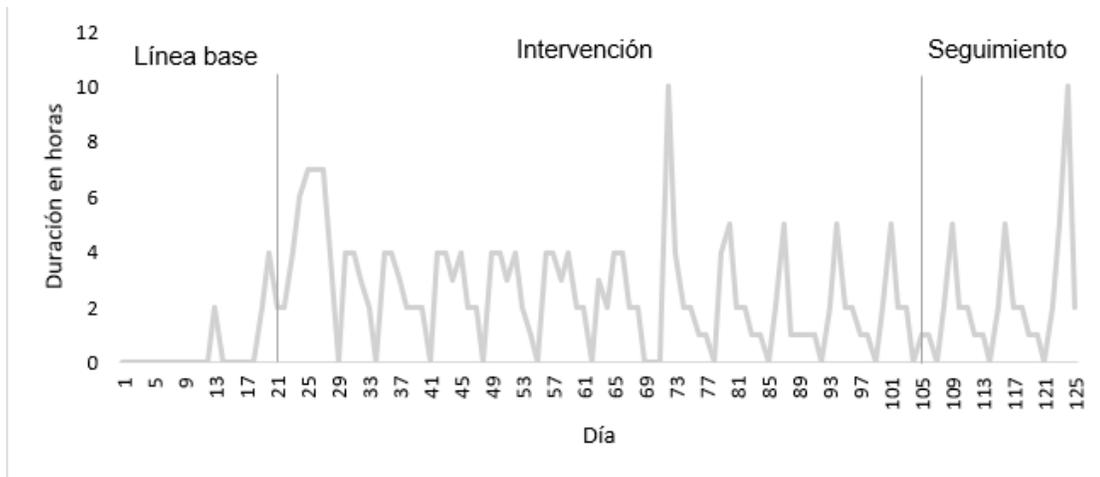


Figura 13.

Frecuencia de consumo de alimentos

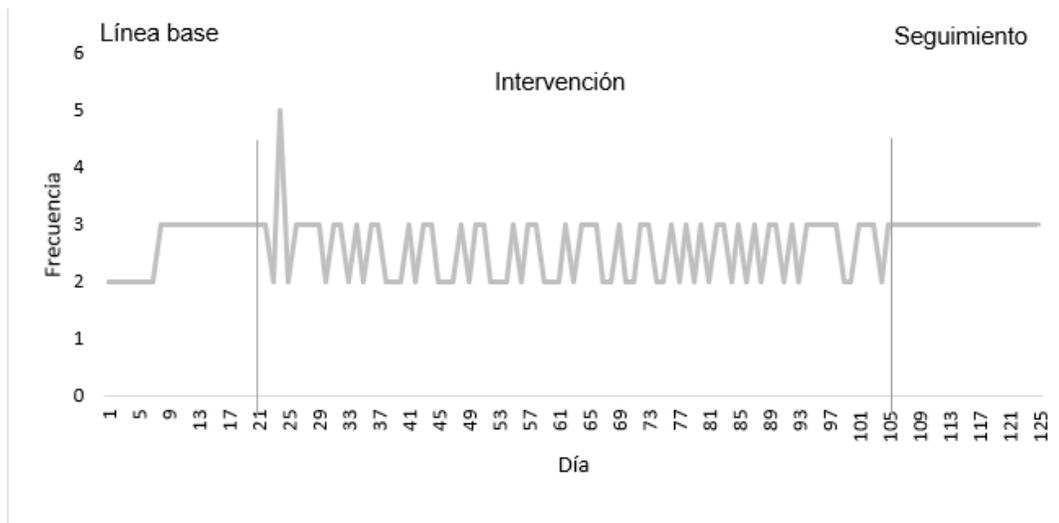


Figura 14.

Frecuencia de labores del hogar/trabajo



Caso 2

De la misma forma, el análisis visual de los datos para las variables de síntomas de ansiedad y depresión del Caso 2 se realizó a partir de los puntajes del BDI y el BAI (Ver figura 15). Durante la línea base del BDI se observa una línea base sin patrones de cambio significativos, mientras que la línea base del BAI se observa inestabilidad con una tendencia a mejorar.

En las mediciones de la fase de intervención se puede observar que ningún dato fue mayor a los de la línea base tanto para el DBI como para el BAI. Por otro lado, en el seguimiento a una semana y un mes estos puntajes se mantuvieron por debajo de la línea base, pero en el seguimiento a un mes se observa un ligero aumento.

Por su parte, el tamaño del efecto sobre las variables de síntomas de ansiedad y depresión mostró un efecto grande significativo y un efecto grande significativo, respectivamente (Ver tabla 8).

Figura 15.

Puntajes BDI y BAI del Caso 2

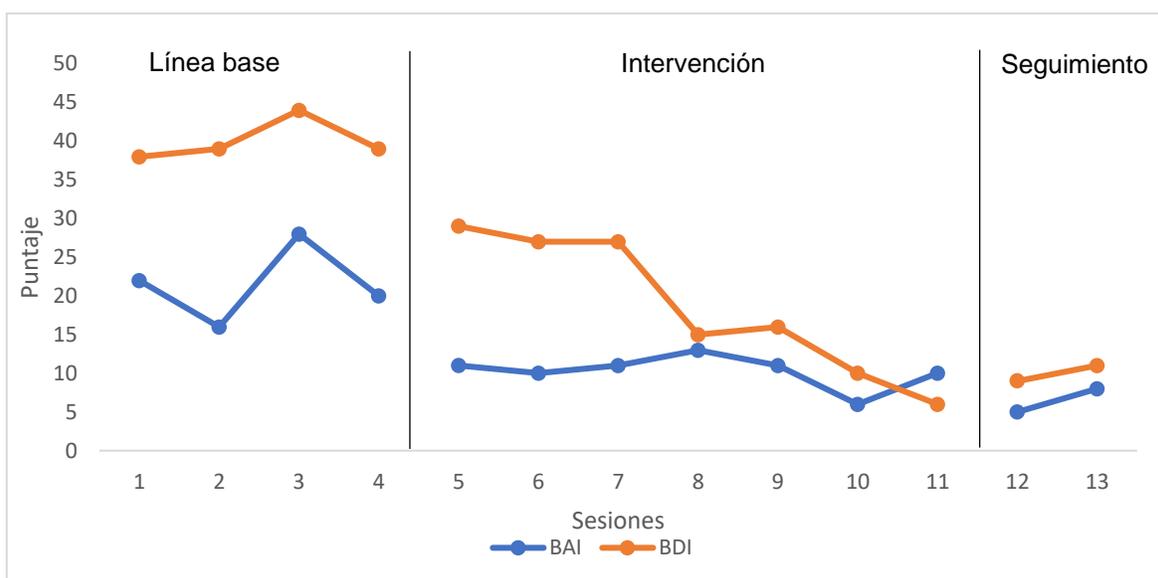


Tabla 8

Tamaño del efecto (NAP)

Variable	NAP	Valor de p	Tamaño del efecto
Depresión	1	0.05*	grande
Ansiedad	1	0.005**	grande

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$

Para las variables de intensidad promedio de dolor, intensidad mínima de dolor, número de horas con dolor y número de uso de rescatares analgésicos, el análisis visual de los datos señalaron una reducción entre las fases de línea base e intervención (Ver figuras 16 a 20), pero en el análisis del tamaño del efecto, únicamente la variable de intensidad máxima tuvo una reducción significativa con un tamaño del efecto medio (Ver Tabla 9).

Tabla 9.

<i>Tamaños del efecto (NAP)</i>			
Variable	NAP	Valor de p	Interpretación
Intensidad promedio	0.4808	0.798	Débil
Intensidad mínima	0.576	0.311	débil
Intensidad máxima	0.7482	0.001**	Medio
Número de horas con dolor	0.6136	0.130	débil
Número de rescates	0.6158	0.123	débil

** $p \leq .01$

Figura 16.

Intensidad promedio de dolor en el día

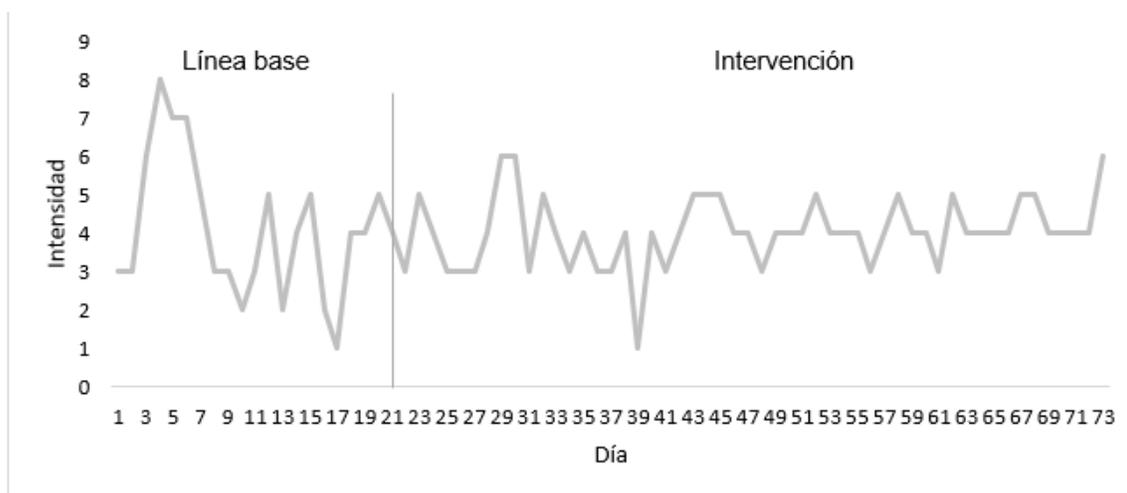


Figura 17.

Menor intensidad de dolor en el día

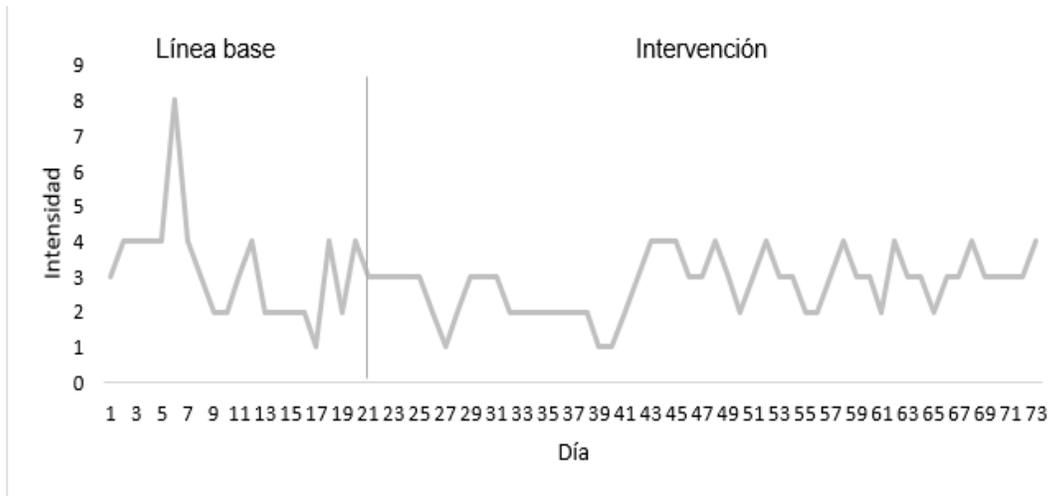


Figura 18.

Mayor intensidad de dolor en el día

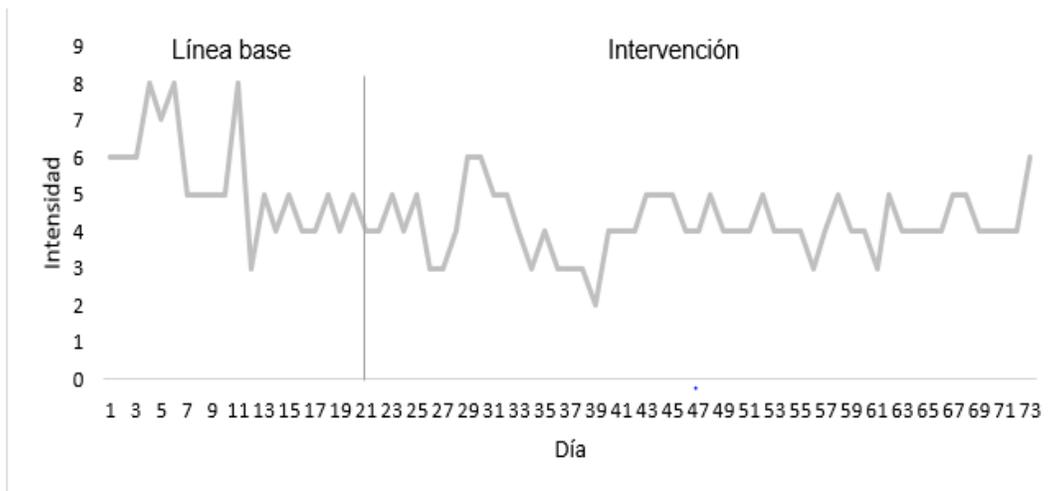


Figura 19.

Número de horas con dolor en el día

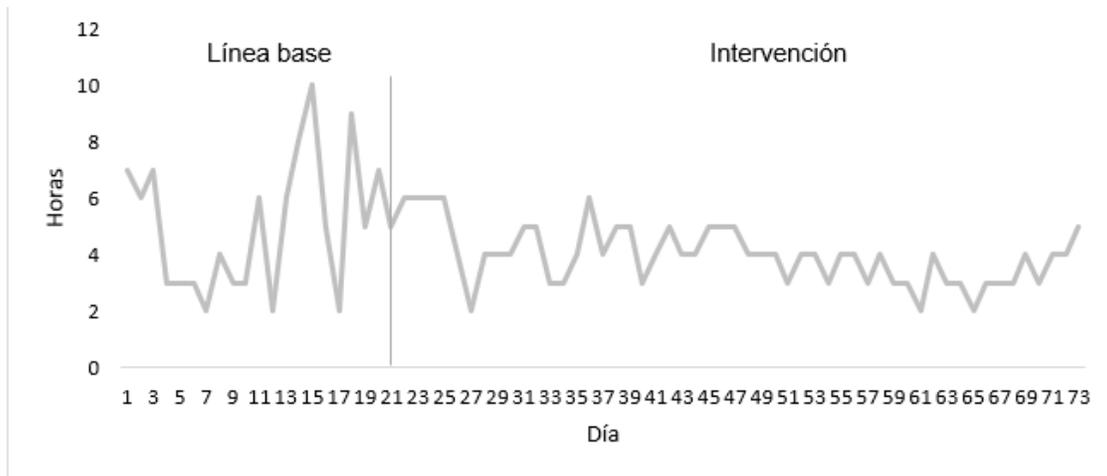
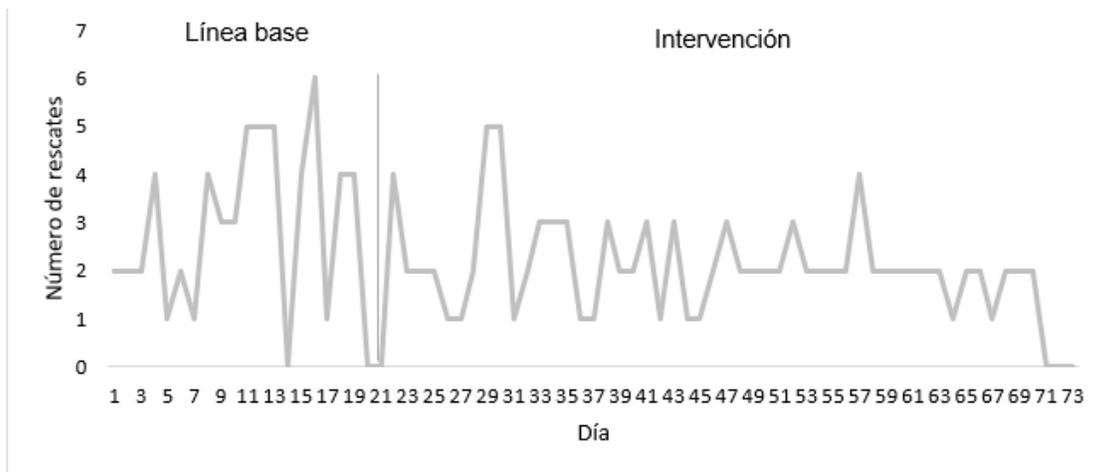


Figura 20.

Número de rescates en el día



En las variables de actividad (figuras 21 a 24), el consumo de alimentos, de igual forma que en el caso 1, no mostró en el análisis visual un cambio entre la línea y fase de intervención. Para las labores del hogar/trabajo, tiempo con la familia y

tiempo de actividades placenteras, visualmente se observó un cambio entre las fases y el índice NAP (Tabla 10) mostró efectos medios y significativos para las tres variables.

Tabla 10.

Tamaños del efecto (NAP)

Variable	NAP	Valor de p	Interpretación
Labores del hogar/trabajo	0.6854	0.01*	medio
Tiempo con familia	0.7234	0.002*	medio
Tiempo de actividades placenteras	0.9029	0.01*	Medio

** $p \leq .01$

Figura 20.

Frecuencia de consumo de alimentos

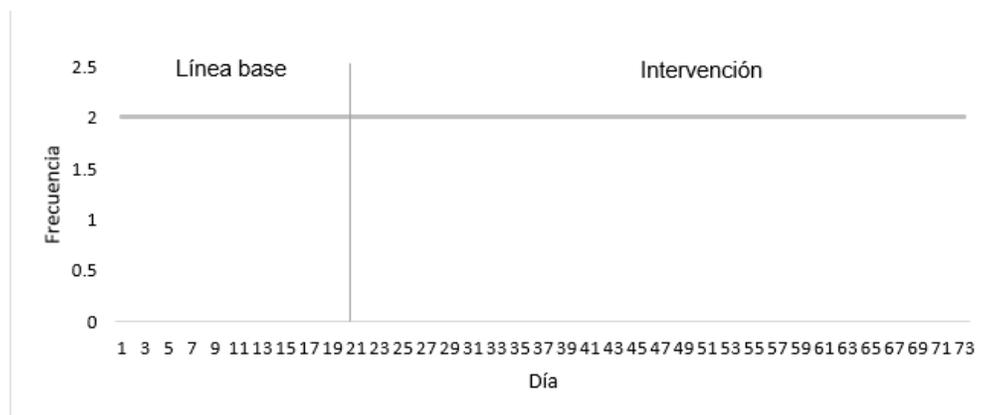


Figura 18.

Frecuencia de actividades del hogar/trabajo

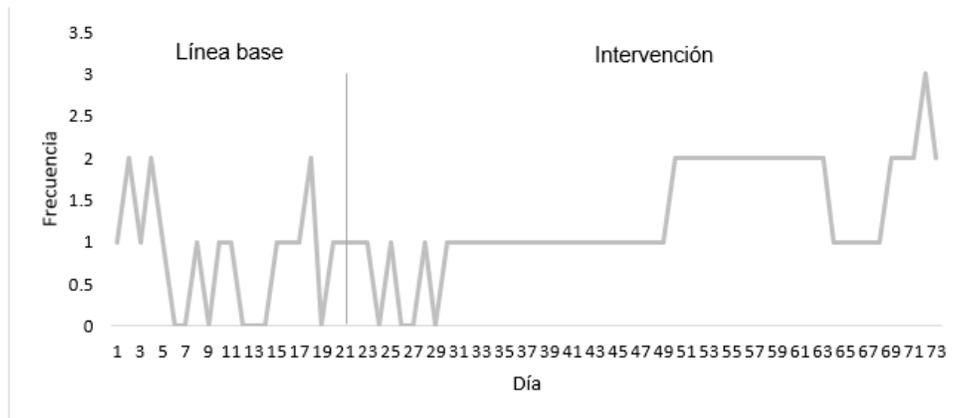


Figura 19.

Tiempo con familia

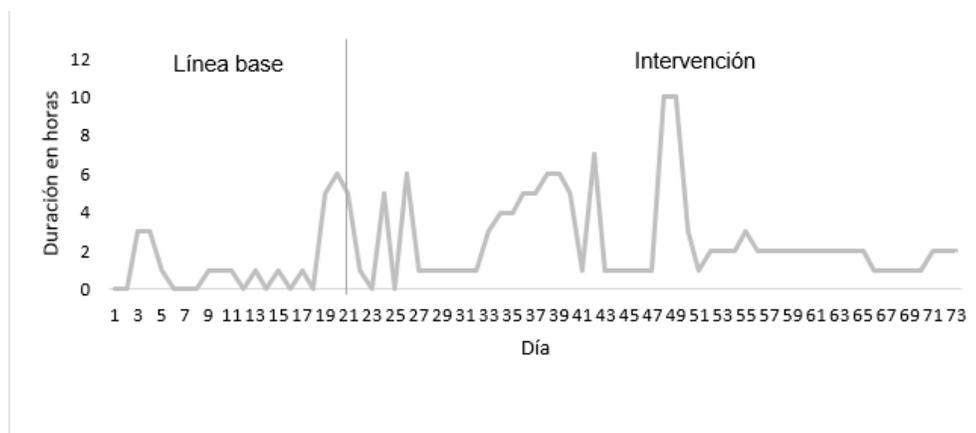
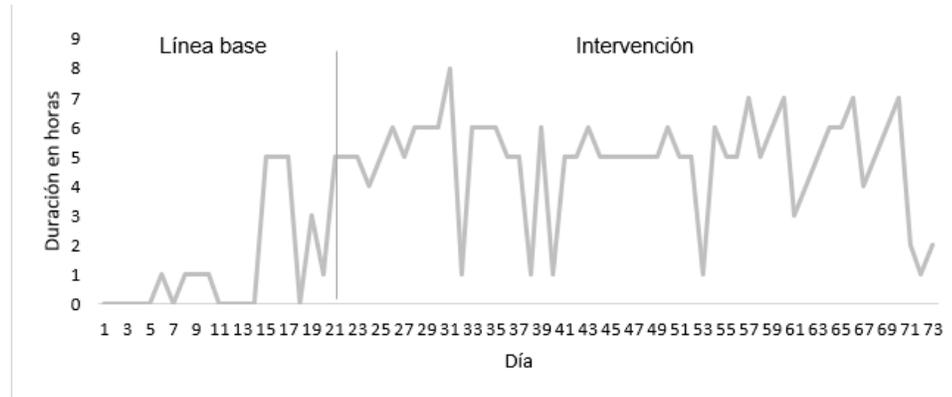


Figura 20.

Tiempo de actividades placenteras



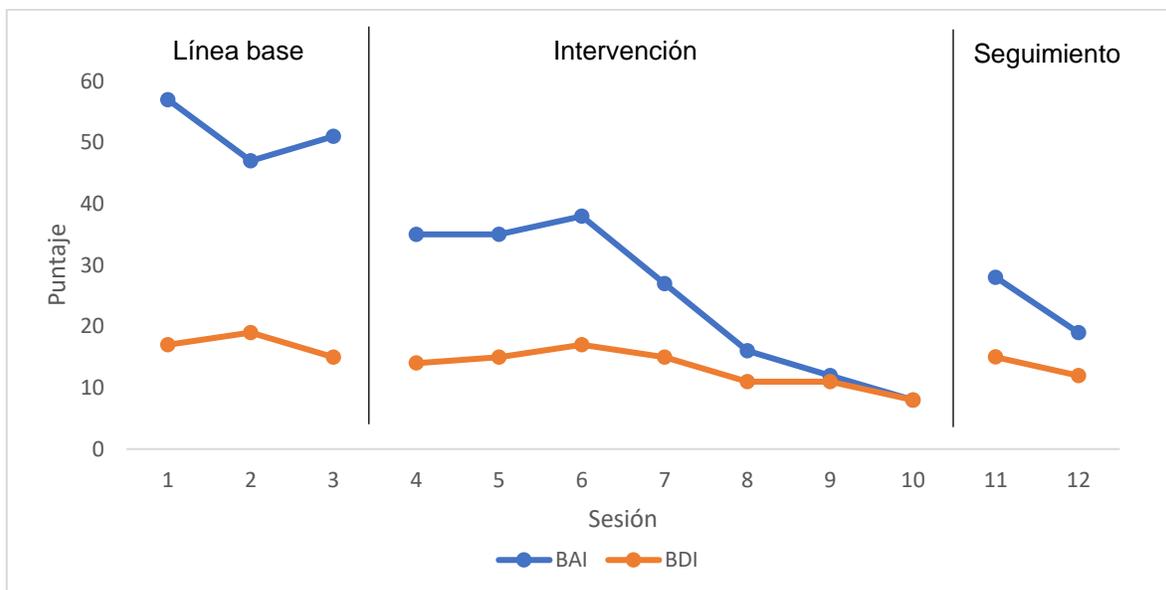
Caso 3

A partir del análisis visual de los datos para las variables de síntomas de ansiedad y depresión con los puntajes del BDI y el BAI (Ver figura 20), se encontró una ligera tendencia a la mejoría con respecto a la variable de síntomas de ansiedad, mientras que en la línea base de la variable de síntomas de depresión no se observó ningún patrón de cambio significativo.

Durante la fase de intervención es posible ver visualmente como los datos muestran una mejoría en cuanto a los síntomas de ansiedad, por su parte, para los síntomas de depresión, a pesar de que hay algunos puntos de mediciones durante la intervención que son menores a la línea base, no se observa un cambio significativo. Sin embargo, en ambas variables durante el seguimiento a una semana se observa un aumento en los puntajes de los inventarios, pero en el seguimiento a un mes disminuyen.

Figura 21

Puntajes BDI y BAI del caso 3



Por su parte, el tamaño del efecto de las variables de síntomas de ansiedad y depresión mostraron un efecto grande significativo y un efecto grande no significativo, respectivamente.

Tabla 11.

<i>Tamaño del efecto (NAP)</i>			
Variable	NAP	Valor de p	Tamaño del efecto
Depresión	0.88	0.052	medio
Ansiedad	1	0.01*	grande

** $p \leq .01$

En cuanto a las variables de dolor, la intensidad promedio, intensidad mínima, intensidad máxima y el número de uso de rescatares analgésicos no mostraron cambios durante la inspección visual (Figuras 22 a 26). Únicamente en la variable

de número de horas con dolor visualmente se pudo observar una diferencia y en el análisis con el índice se encontró un tamaño fuerte y significativo (NAP= 0.98, p= 0.000).

Figura 22.

Intensidad promedio de dolor en el día

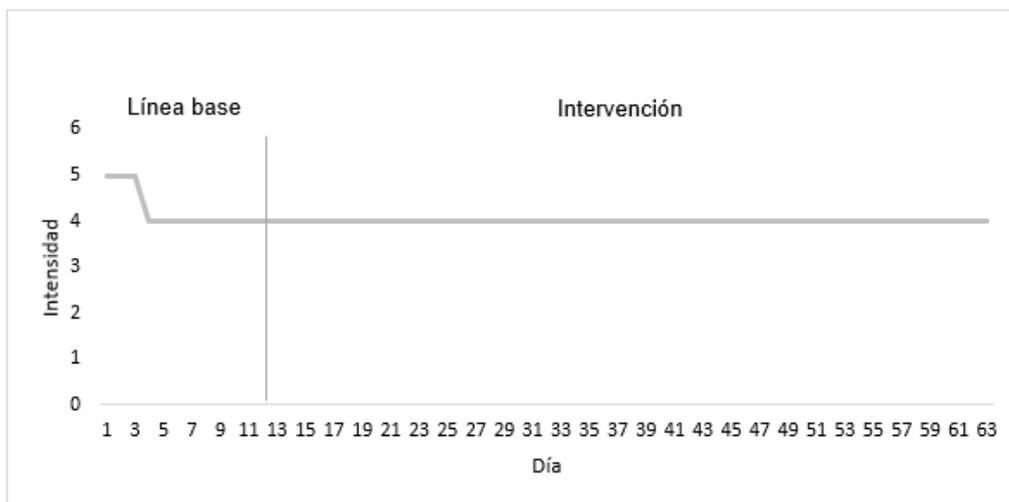


Figura 23.

Menor intensidad de dolor en el día

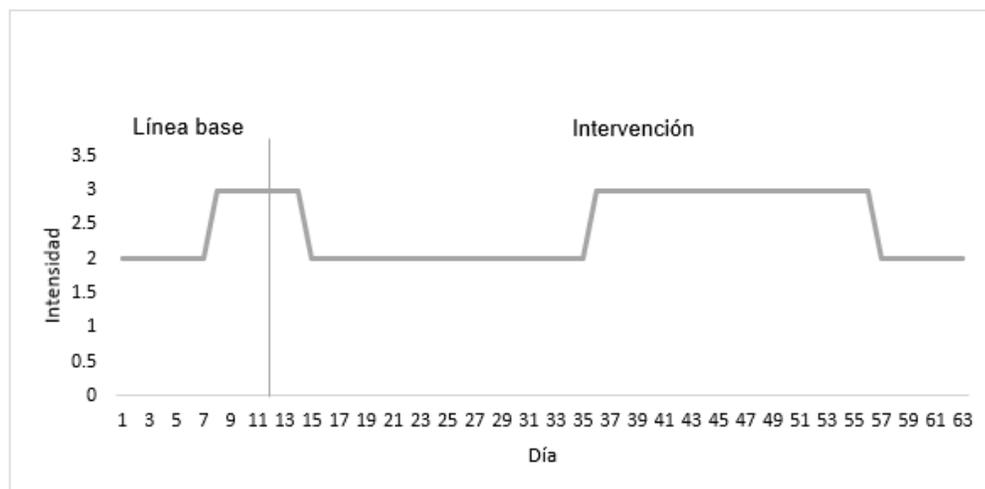


Figura 24.

Mayor intensidad de dolor en el día

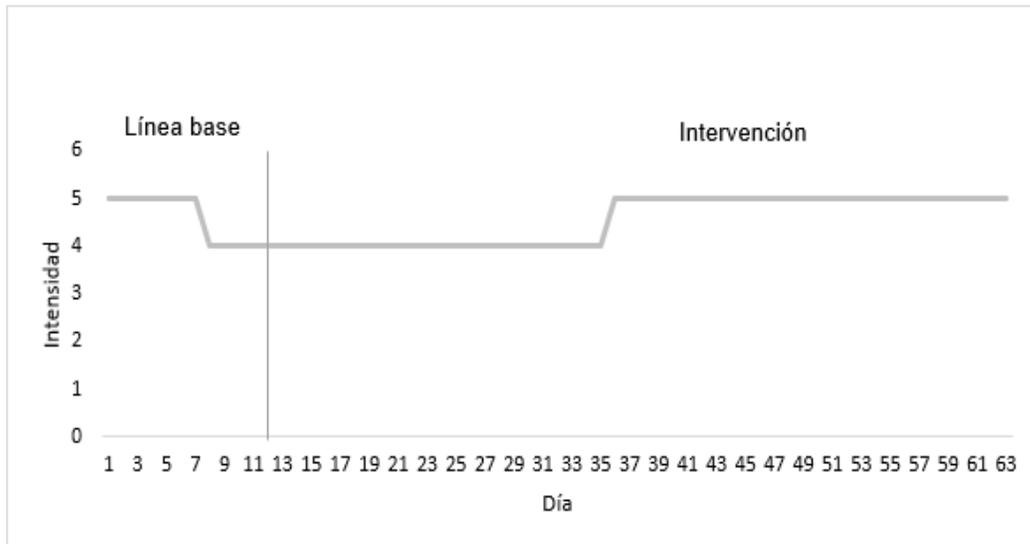


Figura 25.

Número de horas con dolor en el día

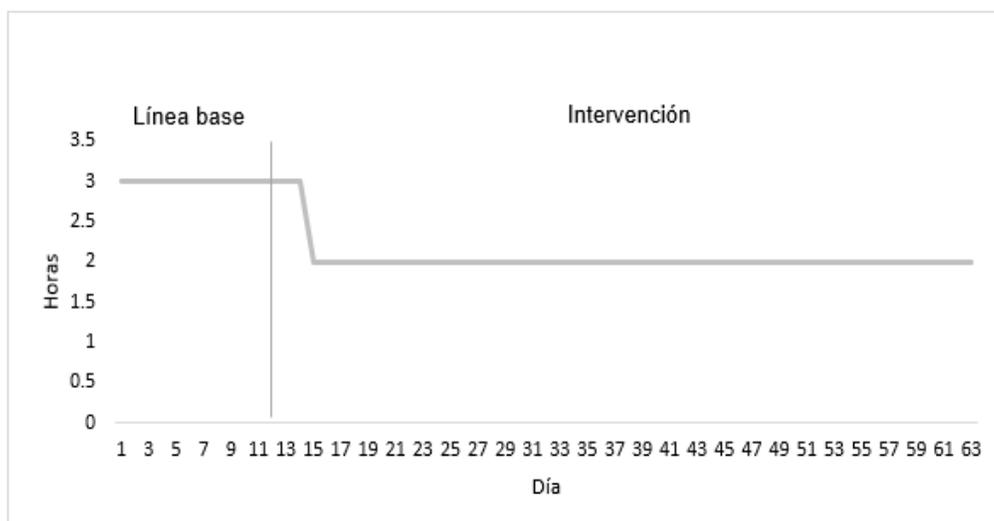
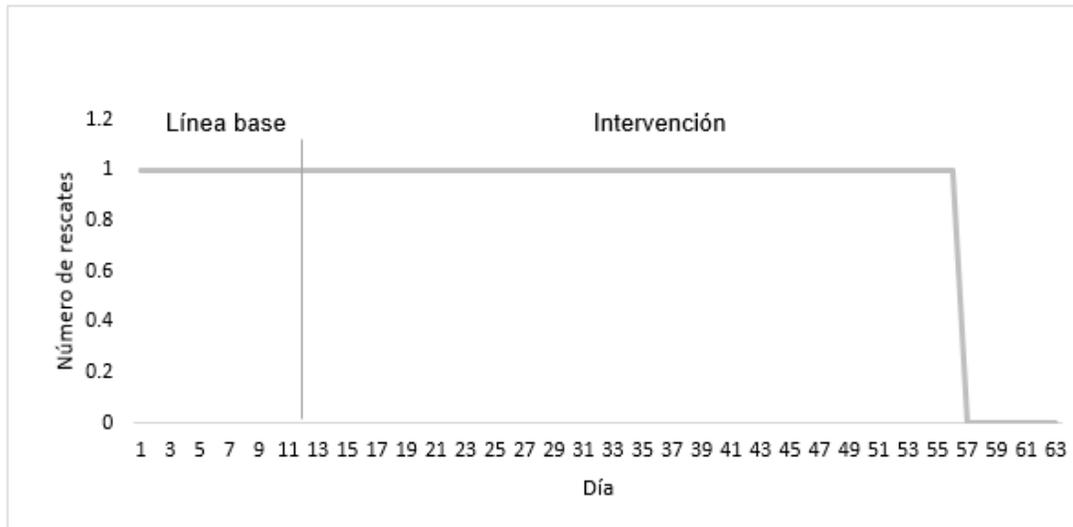


Figura 26.

Número de rescates en el día



Para las variables de actividad (Figuras 27 a 30), la frecuencia de labores del hogar/trabajo no mostró un cambio entre la línea y fase de intervención a partir del análisis visual. Para las variables de consumo de alimentos, tiempo con la familia y tiempo de actividades placenteras, visualmente se observó un cambio entre las fases y el índice NAP mostró efectos medios y grandes significativos para las tres variables.

Figura 27.

Frecuencia de consumo de alimentos

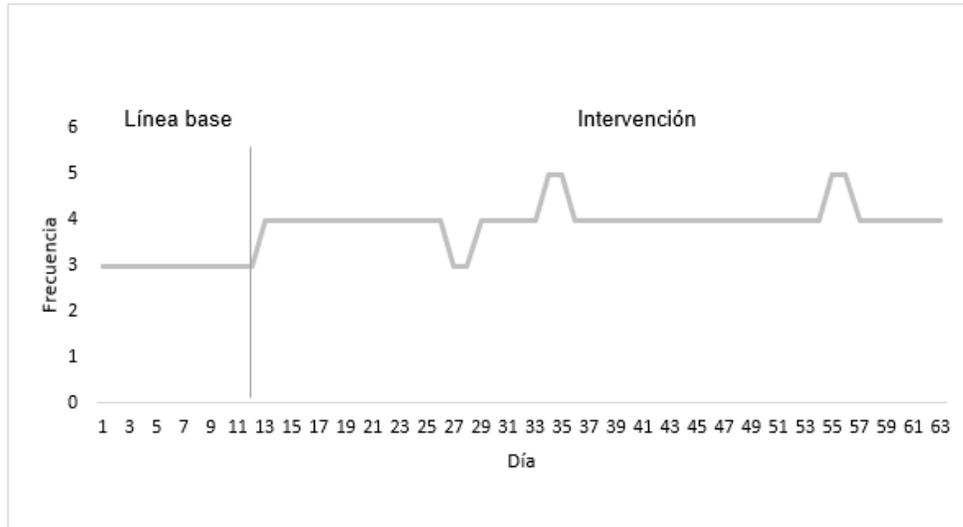


Figura 28.

Labores del hogar/trabajo

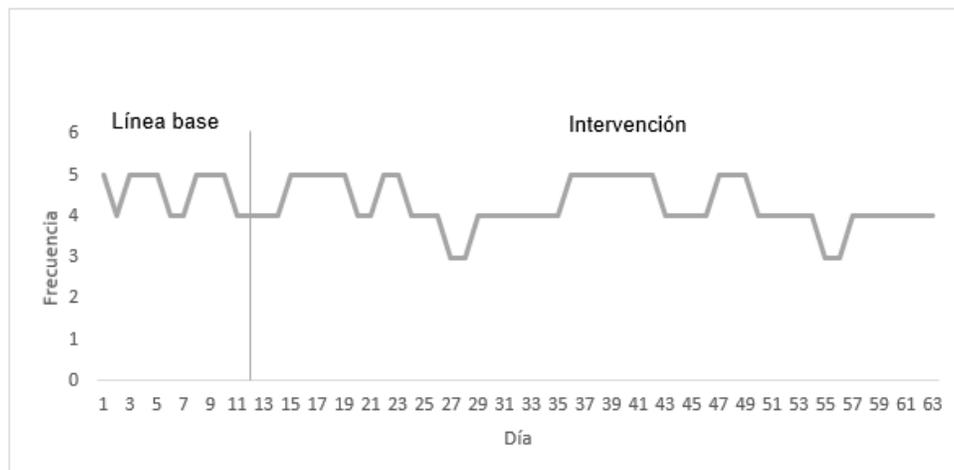


Figura 29.

Tiempo con familia

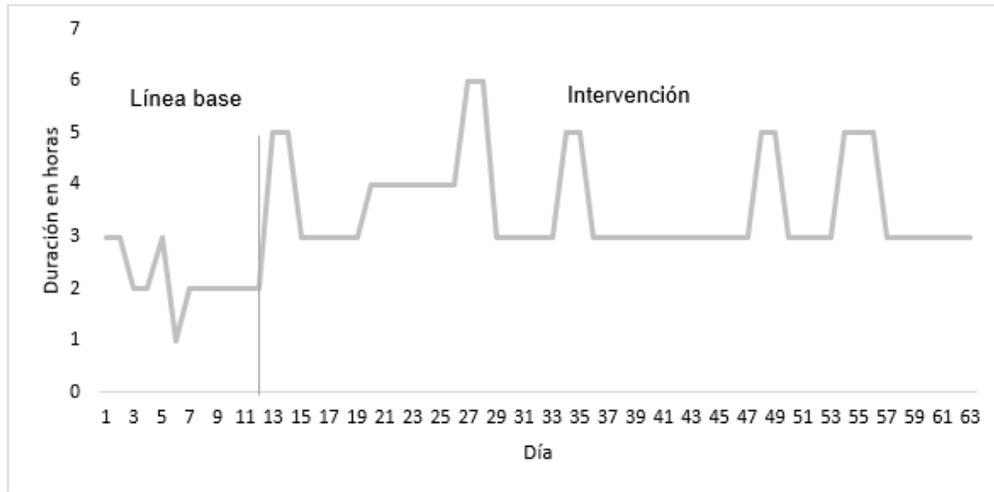


Figura 30.

Tiempo de actividades placenteras

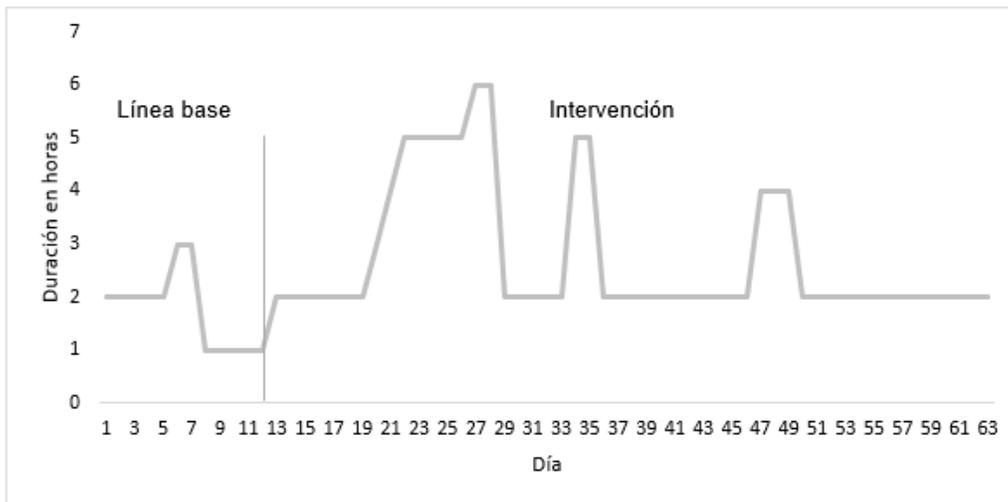


Tabla 12

<i>Tamaños del efecto (NAP)</i>			
Variable	NAP	Valor de <i>p</i>	Interpretación
Consumo de alimentos	0.9804	0.000**	Grande
labores del hogar/trabajo	0.3587	0.13	Débil
Tiempo con familia	0.9191	0.000**	Medio
Tiempo de actividades placenteras	0.7263	0.015*	Medio

***p* ≤ .01, **p* ≤ .05

Para complementar al análisis de los datos se decidió utilizar el cambio clínico objetivo, considerando como cambios clínicos significativos aquellos que fueran mayores a .20 (Cardiel, 1994). Para las variables de síntomas de depresión, síntomas de ansiedad, catastrofización del dolor; se pudo observar que la intervención logró cambios mayores al 20%, lo cual, de acuerdo con Cardiel (1994), representan una mejoría clínica de las tres participantes. Cabe mencionar que la intervención no logro un cambio mayor al 20% en la variable de aceptación del dolor, y en el caso tres no hubo un cambio entre la evaluación pre y post intervención. A continuación, se presentan las tablas para cada una de las participantes y las 4 variables que fueran análisis a través de este método.

Tabla 13

	<i>Porcentaje de cambio clínico objetivo</i>					
	Caso 1		Caso 2		Caso 3	
	Cardiel	Significancia	Cardiel	Significancia	Cardiel	Significancia
Síntomas de depresión	-0.56	sí	-0.71	sí	-0.66	sí
Síntomas de ansiedad	-0.43	sí	-0.63	sí	-0.29	sí
Catastrofización del dolor	-0.35	sí	-0.66	sí	-0.37	sí
Aceptación del dolor	0.18	no	0.16	no	0.01	no

DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue evaluar el efecto de una intervención cognitivo conductual para síntomas de ansiedad, dolor y depresión en pacientes de cuidados paliativos. Con base en los resultados del análisis visual y el análisis de significancia clínica se puede observar que esta intervención obtuvo efectos positivos en la reducción de síntomas de ansiedad y síntomas de depresión, así como en la mayoría de las variables de cambio en conductual. Por el contrario, los análisis no mostraron tener un efecto positivo y significativo sobre la intensidad del dolor.

La intervención mostró un efecto grande y significativo para los casos 1 y 2 al reducir los puntajes del BDI, lo cual es similar a lo reportado en la literatura, por ejemplo, una intervención basada en ACT para pacientes con cáncer en fase terminal encontró una disminución en los síntomas de depresión al finalizar el tratamiento y en los seguimientos (Rost et al., 2012). Por su parte, otro estudio basado en el entrenamiento en habilidades de la TDC hizo una intervención con un grupo de mujeres con diagnóstico de cáncer, las cuales durante 8 sesiones fueron entrenadas en habilidades de mindfulness, regulación emocional y efectividad interpersonal, mostrando al final de la intervención menos síntomas de depresión y ansiedad (Anderson et al., 2013).

Por su parte el caso 3, a pesar de tener disminución de los síntomas de depresión durante la fase de intervención y seguimiento en comparación con la línea base, no mostró un tamaño del efecto significativo en los puntajes del BDI, lo cual puede estar explicado debido a que desde la línea base sus puntajes reflejaban

síntomas leves, además de considerar que el BDI tiene reactivos que pueden ser confundidos con síntomas de la enfermedad base, por ejemplo el cansancio, o como efectos adversos a los tratamiento, como la disminución del apetito sexual (Howe et al., 2015), lo que podría enfrentar a la medición a un efecto de techo, al no poder disminuir debido a los síntomas físicos presentes.

En cuanto a la sintomatología ansiosa, la intervención tuvo efectos grandes y significativos para los casos 2 y 3. Estos resultados son similares a los que se encontraron en una intervención TDC de 8 sesiones para pacientes con dolor crónico y trastornos gastrointestinales, en la cual se dieron habilidades de regulación emocional, mindfulness, efectividad interpersonal y tolerancia al malestar (Sysko et al., 2016). Sin embargo, en el caso 1 no se pudo observar un efecto positivo sobre la sintomatología ansiosa, algo que corresponde con una investigación a distancia basada en mindfulness para pacientes con cáncer de próstata en la cual tampoco hubo un efecto al final de la intervención (Chambers et al., 2017).

La ausencia de mejoría clínica en cuanto a la variable de síntomas de ansiedad en el caso 1 puede estar explicado por diferentes motivos. El primero de ellos tiene que ver a la aparición de eventos externos durante el curso de la intervención que pudieron afectar el resultado, puesto que el aumento en los síntomas de ansiedad durante la intervención coincidió con sucesos como el fallecimiento de personas cercanas, además del cambio de medicamentos para el hipertiroidismo. Lo anterior supone, como propone Gatchel (2007), que la presencia de alteraciones a nivel emocional en ocasiones es debido a manifestaciones físicas

de la enfermedad, pero en otras ocasiones se relaciona directamente con el contexto social en el cual vive a la persona y a los eventos ambientales que se produzca.

A pesar de que los resultados para los tres casos no fueron homogéneos, se puede destacar que la intervención resultó efectiva para el tratamiento de los síntomas afectivos, esto principalmente por que como ya te ha mencionado, la TDC es una opción, que debido a sus componentes de mindfulness y aceptación equilibrados con componentes de cambio conductual, resultan tener efectos positivos para el tratamiento de problemas de desregulación emocional, ya sea de manera estándar, con los diferentes modalidades de tratamiento que involucran o con la adaptación a terapia individual del entrenamiento en habilidades (Neacsiu et al., 2014).

La regulación emocional que se logra a partir de la exposición a un tratamiento TDC puede estar explicado por los propios componentes que lo integran. Específicamente la TDC busca que los pacientes puedan identificar y validar sus experiencias emocionales al mismo tiempo que evalúan las acciones que pueden poner en marcha para cambiar o disminuir la intensidad de la emoción (Linehan, 2015).

Por otro lado, la intervención no tuvo en efecto significativo sobre la intensidad de dolor, ya sea la intensidad promedio, mínima o máxima, así como con el uso de medicación analgésica. Un resultado similar fue encontrado por Barret y sus colaboradores (2020), en el cual aplicaron un tratamiento basado en TDC de 8 sesiones para síntomas afectivos y dolor encontrando, reducciones significativas

tanto para ansiedad y depresión, pero sin cambios para en la intensidad e interferencia del dolor.

El no encontrar efectos significativo sobre la intensidad del dolor es un tema controversial en la literatura actual debido que una revisión sistemática ha sugerido que los tratamientos cognitivo conductuales, a pesar de ser los más reportados, han mostrado ser efectivos pero con tamaños del efecto débiles, e incluso en ocasiones no han visto diferencias entre el tratamiento usual comparado con la TCC (Williams et al., 2020).

Lo anterior supone un cambio en cuanto a los objetivos de la TCC sobre el tratamiento del dolor, ya que como propone McCracken (2014), se debe partir del supuesto de que la experiencia del dolor y los aspectos emocionales, así como el funcionamiento social y físico están relacionados, pero no son inseparables, lo que supone que los problemas de funcionamiento psicosocial relacionado al dolor pueden ser atendidos incluso cuando el dolor no se tiene como objetivo principal y además no se observen cambios en su intensidad.

Esta propuesta de McCracken (2014) para el abordaje del dolor es consistente con las nuevas perspectivas de la TCC que proponen tratamientos psicológicos que puedan producir cambios significativos que estén relacionados con los procesos o mecanismos de cambio, de esta forma se superan las limitaciones de los cambios de primer orden que se enfocan a modificar la morfología sin centrarse en los procesos que subyacen a ésta, por lo cual un cambio de segundo orden puede ser un aporte significativo que hacen las terapia basadas en mindfulness y aceptación, centrando más su atención en la función de la conducta

en un contexto particular y prestando menor relevancia a la morfología (Linehan et al., 2004).

De esta forma, como se pudo observar en esta intervención, a pesar de que la intensidad del dolor no disminuyó de forma significativa, sí se logró un aumento de conductas en los tres casos presentados, la mayoría de ellos con un tamaño medio y significativo. Especialmente, tanto las actividades de pasar tiempo con familia y tiempo de actividades placenteras fueron las que mejores resultados tuvieron, lo cual es similar a los resultados presentados en la intervención de Barret y colaboradores (2020), donde los pacientes reportaron un aumento en el pensamiento dialéctico, donde eran capaces de reconocer que, a pesar de tener dolor, podían realizar actividades significativas para ellos, sin necesariamente tener que dejar de experimentar el dolor.

Estos resultados pueden ser explicados a partir diferentes objetivos que tiene la práctica de las habilidades de mindfulness, puesto que algunas de sus metas son lograr que las personas pueden estar en el momento presente para sí mismas y para otros significativos, lo que implica estar abierto a aceptar experiencias, incluso cuando pueden ser aversivas o doloras, pero además, desde la TDC, una de las habilidades que se enseña es a participar en la vida, que se traduce en realizar acciones que implican un proceso de planeación, aceptación del riesgo, puesta en práctica y dejar ir los resultados.

La implicación que tiene el alentar a las personas a participar involucra también una modificación cognitiva indirecta, ya que se reestructuran algunas creencias que previamente estaban establecidas, y que desde el mindfulness puede

ser conceptualizadas como juicios, o reglas rígidas que una persona realiza sobre sí mismo, los demás o el mundo (Linehan, 2015). Esto puede traducirse en que las personas se enganchan de nuevo en actividades que previamente habían abandonado, pues con la práctica de habilidad de mindfulness se enfocan más en participar al mismo tiempo que son capaces de observar y describir sus experiencias privadas sin presentar reacciones emocionales o conductuales negativas.

Otro punto importante a destacar es que en la intervención se observaron cambios clínicamente significativos en la variable de catastrofización del dolor, que sumado a los cambios afectivos y conductuales, corresponde con diversas investigaciones que han reportado que una disminución en la catastrofización del dolor genera un aumento en el funcionamiento físico, emocional y social (Edwards et al., 2016).

Por otro lado, contrario a lo que puede ser esperado sobre la aceptación del dolor, el Cuestionario de Aceptación del Dolor Crónico no mostró cambios clínicamente significativos, que en otras investigación sí se han observado (Barrett et al., 2020; Edwards et al., 2016; L. M. McCracken et al., 2004). Al respecto, una posible explicación es que el cuestionario utilizado no ha sido estandarizado y validado para población mexicana, además, a pesar de que la intervención tenía un módulo de control del dolor, éste estaba más enfocado a brindar psicoeducación y planeación de estrategias conductuales para afrontar el dolor y en menor medida se enfocó a la aceptación del dolor.

Una de las limitaciones del presente estudio es en cuanto a la medición de las variables, que por un lado se utilizó medidas de autorreporte, además, las

medidas conductuales únicamente fueron reportadas por las participantes, sin tener medidas de confiabilidad de algún observador externo, como un familiar. Aunado a esto, como menciona Dios-Carretero (2005), el proceso de desarrollo de instrumentos de evaluación en psicología requiere de criterios que en ocasiones no satisfechos, lo cual afecta de manera directa la confiabilidad y validez.

Otra limitación tiene que ver con el uso de índice NAP, ya que a pesar de brindar mayor objetividad en la interpretación de los resultados que el análisis visual de los datos, únicamente nos proporciona información sobre el tamaño del efecto de la intervención pero éste no necesariamente se relaciona con un efecto clínico (Sanz & García-Vera, 2015).

La elección del diseño de caso único también puede ser una limitación, ya que a pesar de ser útil para investigaciones donde el contexto no permite la formación de grupos, no existe una forma de comparar los resultados contra un grupo control o contra otro tipo de intervención, por lo cual, no se pueden generar conclusiones que permitan generalizar los resultados (Bono Cabré & Arnau Gras, 2014).

Sin embargo, a pesar de las limitaciones de este estudio, es importante mencionar que se observaron efectos medios y fuertes significativos en las variables de intervención, además de cambios clínicos. Por otro lado, se debe reconocer que este estudio cubrió algunas de las limitaciones de otros estudios, como la implementación de un material escrito para los participantes, además de reducir la duración de las sesiones y al mismo tiempo aumentar el número de sesiones, ya que la mayoría de las intervenciones reportadas en la literatura utilizan un número

de 8 sesiones para dar la intervención, sin considerar el avance individual de cada paciente en las variables de síntomas de ansiedad, depresión y funcionamiento psicosocial, ya que sus diseños son intersujetos (Von Blanckenburg & Leppin, 2018b).

Además, esta intervención se llevó a cabo en el contexto de la situación de emergencia Covid-19, y adoptó una modalidad a distancia a través de llamadas telefónicas con las participantes, lo cual es un precedente importante para la flexibilización a adaptación de los servicios de cuidados paliativos a las necesidades físicas de los pacientes, pero también como medida para disminuir el riesgo de exposición que se puede encontrar en los hospitales y clínica.

En conclusión, la presente investigación muestra que una intervención cognitivo conductual a distancia, basada en el entrenamiento en habilidades de la TDC es viable y efectiva para el manejo de síntomas de ansiedad y depresión, además de aumentar el funcionamiento social y físico de personas que experimentan dolor. Sin embargo, los resultados aquí presentados deben ser tomados con cautela, puesto que no se pretende una generalización, además se propone que futuras investigaciones consideren la inclusión de más medidas conductuales, algunas medidas fisiológicas relevantes, además la incorporación de la familia al tratamiento, pues como ya se ha visto, las relaciones interpersonales y el ambiente son factores que interactúa en la manifestación y control de los efectos de una enfermedad.

REFERENCIAS

- Ahlstrand, I., Vaz, S., Falkmer, T., Thyberg, I., & Björk, M. (2017). Self-efficacy and pain acceptance as mediators of the relationship between pain and performance of valued life activities in women and men with rheumatoid arthritis. *Clinical Rehabilitation*, 31(6), 824–834.
<https://doi.org/10.1177/0269215516646166>
- American Psychological Association. (2017). *Anxiety*.
<http://www.apa.org/topics/anxiety/>
- Anderson, R. C., Jensik, K., Peloza, D., & Walker, A. (2013). Use of the dialectical behavior therapy skills and management of psychosocial stress with newly diagnosed breast cancer patients. *Plastic Surgical Nursing*, 33(4), 159–163.
<https://doi.org/10.1097/PSN.0000000000000018>
- Anderson, T., Watson, M., & Davidson, R. (2008). The use of cognitive behavioural therapy techniques for anxiety and depression in hospice patients: A feasibility study. *Palliative Medicine*, 22(7), 814–821.
<https://doi.org/10.1177/0269216308095157>
- Ando, M., Morita, T., Akechi, T., & Okamoto, T. (2010). Efficacy of Short-Term Life-Review Interviews on the Spiritual Well-Being of Terminally Ill Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(6), 993–1002.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.11.320>
- Aslakson, R., Cheng, J., Vollenweider, D., Galusca, D., Smith, T. J., & Pronovost, P. J. (2014). Evidence-Based Palliative Care in the Intensive Care Unit: A Systematic Review of Interventions. *Journal of Palliative Medicine*, 17(2), 219–235. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0409>
- Bair, M. J., Robinson, R. L., Katon, W., & Kroenke, K. (2003). Depression and Pain Comorbidity: A Literature Review. In *Archives of Internal Medicine* (Vol. 163, Issue 20, pp. 2433–2445). Arch Intern Med.
<https://doi.org/10.1001/archinte.163.20.2433>
- Baker, T. A., Krok-Schoen, J. L., & McMillan, S. C. (2016). Identifying factors of psychological distress on the experience of pain and symptom management among cancer patients. *BMC Psychology*, 4(1).
<https://doi.org/10.1186/s40359-016-0160-1>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman.
- Bandura, A., O’Leary, A., Taylor, C. B., Gauthier, J., & et al. (1987). Perceived self-efficacy and pain control: Opioid and nonopioid mechanisms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(3), 563–571.
<https://doi.org/10.1037//0022-3514.53.3.563>
- Barrett, D., Brintz, C. E., Zaski, A. M., & Edlund, M. J. (2020). Dialectical Pain

Management: Feasibility of a Hybrid Third-Wave Cognitive Behavioral Therapy Approach for Adults Receiving Opioids for Chronic Pain. *Pain Medicine*.
<https://doi.org/10.1093/pm/pnaa361>

- Bloom, J. M., Woodward, E. N., Susmaras, T., & Pantalone, D. W. (2012). Use of Dialectical Behavior Therapy in Inpatient Treatment of Borderline Personality Disorder: A Systematic Review. *Psychiatric Services*, 63(9), 881–888.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100311>
- Bohus, M., Dyer, A. S., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., Niedtfeld, I., & Steil, R. (2013). Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: A randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(4), 221–233. <https://doi.org/10.1159/000348451>
- Bono Cabré, R., & Arnau Gras, J. (2014). *Diseños de caso único en ciencias sociales y de la salud*. Editorial Síntesis.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Applebaum, A., Kulikowski, J., & Lichtenthal, W. G. (2015). Meaning-Centered Group Psychotherapy: An Effective Intervention for Improving Psychological Well-Being in Patients With Advanced Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 33(7), 749–754.
<https://doi.org/10.1200/JCO.2014.57.2198>
- Bubis, L. D., Davis, L., Mahar, A., Barbera, L., Li, Q., Moody, L., Karanicolas, P., Sutradhar, R., & Coburn, N. G. (2018). Symptom burden in the first year after cancer diagnosis: an analysis of patient-reported outcomes. *Journal of Clinical Oncology*, 36(11), 1103–1111. <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.76.0876>
- Burke, A. L. J., Mathias, J. L., & Denson, L. A. (2015). Psychological functioning of people living with chronic pain: A meta-analytic review. In *British Journal of Clinical Psychology* (Vol. 54, Issue 3, pp. 345–360). John Wiley and Sons Ltd.
<https://doi.org/10.1111/bjc.12078>
- Canadian Hospice Palliative Care Association. (2015). *The way forward national framework: a roadmap for an integrative palliative approach care*. The Way Forward Initiative.
- Cardiel, R. (1994). La medición de la calidad. In F. Moreno, F. Cano-Valle, & H. García-Romero (Eds.), *Epidemiología clínica* (pp. 189–199). Interamericana-McGraw-Hill.
- Carlson, M. (2017). *CBT for Psychological Well-Being in Cancer: A Skills Training Manual Integrating DBT, ACT, Behavioral Activation and Motivational Interviewing*. Wiley. <https://books.google.com.mx/books?id=9YwgCwAAQBAJ>
- Chambers, S. K., Occhipinti, S., Foley, E., Clutton, S., Legg, M., Berry, M., Stockler, M. R., Frydenberg, M., Gardiner, R. A., Lepore, S. J., Davis, I. D., & Smith, D. P. (2017). Mindfulness-based cognitive therapy in advanced prostate cancer: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 35(3), 291–297. <https://doi.org/10.1200/JCO.2016.68.8788>

- Cherny, N., Fallon, M., Kaasa, S., Portenoy, R. K., & Currow, D. C. (Eds.). (2015). *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (Vol. 1). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199656097.001.0001>
- Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S., & Harlos, M. (2005). Dignity therapy: A novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *Journal of Clinical Oncology*, *23*(24), 5520–5525. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.08.391>
- Chochinov, H. M., Kristjanson, L. J., Breitbart, W., McClement, S., Hack, T. F., Hassard, T., & Harlos, M. (2011). Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *The Lancet Oncology*, *12*(8), 753–762. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70153-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70153-X)
- Cohn, E., & Linehan, M. (2020). *Coping with CanCer DBT Skills to Manage Your Emotions— and Balance Uncertainty with Hope*. The Guilford Press.
- Dalal, S., & Bruera, E. (2017). End-of-Life Care Matters: Palliative Cancer Care Results in Better Care and Lower Costs. *The Oncologist*, *22*(4), 361–368. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2016-0277>
- De Paolis, G., Naccarato, A., Cibelli, F., D’Alete, A., Mastroianni, C., Surdo, L., Casale, G., & Magnani, C. (2019). The effectiveness of progressive muscle relaxation and interactive guided imagery as a pain-reducing intervention in advanced cancer patients: A multicentre randomised controlled non-pharmacological trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *34*, 280–287. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.12.014>
- Dueñas, M., Ojeda, B., Salazar, A., Mico, J. A., & Failde, I. (2016). A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. In *Journal of Pain Research* (Vol. 9, pp. 457–467). Dove Medical Press Ltd. <https://doi.org/10.2147/JPR.S105892>
- Edwards, R. R., Dworkin, R. H., Sullivan, M. D., Turk, D. C., & Wasan, A. D. (2016). The Role of Psychosocial Processes in the Development and Maintenance of Chronic Pain. *Journal of Pain*, *17*(9), T70–T92. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.01.001>
- Ehde, D. M., Dillworth, T. M., & Turner, J. A. (2014). Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain: Efficacy, innovations, and directions for research. *American Psychologist*, *69*(2), 153–166. <https://doi.org/10.1037/a0035747>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.)*, *196*(4286), 129–136. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/847460>
- Faraji, M. (2015). The effectiveness of dialectical behavior therapy (DBT) in reducing distress and increased life expectancy in patients with breast cancer. *Cumhuriyet Science Journal*, *36*(3), 1340–1346.

<https://doi.org/10.17776/CSJ.18280>

- Fillingim, R. B., Bruehl, S., Dworkin, R. H., Dworkin, S. F., Loeser, J. D., Turk, D. C., Widerstrom-Noga, E., Arnold, L., Bennett, R., Edwards, R. R., Freeman, R., Gewandter, J., Hertz, S., Hochberg, M., Krane, E., Mantyh, P. W., Markman, J., Neogi, T., Ohrbach, R., ... Wesselmann, U. (2014). The ACTION-American Pain Society Pain Taxonomy (AAPT): An evidence-based and multidimensional approach to classifying chronic pain conditions. *Journal of Pain*, *15*(3), 241–249. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2014.01.004>
- Fordyce, W. E., Roberts, A. H., & Sternbach, R. A. (1985). The behavioral management of chronic pain: A response to critics. In *Pain* (Vol. 22, Issue 2, pp. 113–125). Pain. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(85\)90172-1](https://doi.org/10.1016/0304-3959(85)90172-1)
- Fulton, J. J., Newins, A. R., Porter, L. S., & Ramos, K. (2018). Psychotherapy targeting depression and anxiety for use in palliative care: A meta-analysis. In *Journal of Palliative Medicine* (Vol. 21, Issue 7, pp. 1024–1037). Mary Ann Liebert Inc. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0576>
- Gatchel, R. J. (1991). Early development of physical and mental deconditioning in painful spinal disorders. In R. J. Gatchel, V. Mooney, & G. Mayer (Eds.), *Contemporary conservative care for painful spinal disorders* (pp. 278–289). Lea & Febiger.
- Gatchel, R. J. (2004). Comorbidity of chronic pain and mental health disorders: The biopsychosocial perspective. In *American Psychologist* (Vol. 59, Issue 8, pp. 795–805). Am Psychol. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.795>
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions. *Psychological Bulletin*, *133*(4), 581–624. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>
- Gatzounis, R., Schrooten, M. G. S., Crombez, G., & Vlaeyen, J. W. S. (2012). Operant learning theory in pain and chronic pain rehabilitation. In *Current Pain and Headache Reports* (Vol. 16, Issue 2, pp. 117–126). Curr Pain Headache Rep. <https://doi.org/10.1007/s11916-012-0247-1>
- Greer, J. A., Traeger, L., Bemis, H., Solis, J., Hendriksen, E. S., Park, E. R., Pirl, W. F., Temel, J. S., Prigerson, H. G., & Safren, S. A. (2012). A Pilot Randomized Controlled Trial of Brief Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety in Patients with Terminal Cancer. *The Oncologist*, *17*(10), 1337–1345. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2012-0041>
- Hagarty, A. M., Bush, S. H., Talarico, R., Lapenskie, J., & Tanuseputro, P. (2020). Severe pain at the end of life: A population-level observational study. *BMC Palliative Care*, *19*(1), 60. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00569-2>
- Hall, A. M., Kamper, S. J., Maher, C. G., Latimer, J., Ferreira, M. L., & Nicholas, M. K. (2011). Symptoms of depression and stress mediate the effect of pain on disability. *Pain*, *152*(5), 1044–1051. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.01.014>

- Hassett, A. L., Aquino, J. K., & Ilgen, M. A. (2014). The risk of suicide mortality in chronic pain patients. In *Current Pain and Headache Reports* (Vol. 18, Issue 8). Current Medicine Group LLC 1. <https://doi.org/10.1007/s11916-014-0436-1>
- Hirvikoski, T., Waaler, E., Alfredsson, J., Pihlgren, C., Holmström, A., Johnson, A., Rück, J., Wiwe, C., Bothén, P., & Nordström, A. L. (2011). Reduced ADHD symptoms in adults with ADHD after structured skills training group: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, *49*(3), 175–185. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.01.001>
- Howe, C. Q., Robinson, J. P., & Sullivan, M. D. (2015). Psychiatric and Psychological Perspectives on Chronic Pain. In *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America* (Vol. 26, Issue 2, pp. 283–300). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2014.12.003>
- Hung, C. I., Liu, C. Y., & Fu, T. S. (2015). Depression: An important factor associated with disability among patients with chronic low back pain. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *49*(3), 187–198. <https://doi.org/10.1177/0091217415573937>
- International Association for the Study of Pain. (2020). *IASP Announces Revised Definition of Pain - IASP*. <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=10475&navItemNumber=643>
- Jensen, M. P. (2011). Psychosocial approaches to pain management: An organizational framework. In *Pain* (Vol. 152, Issue 4, pp. 717–725). Pain. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.09.002>
- Jensen, M. P., Romano, J. M., Turner, J. A., Good, A. B., & Wald, L. H. (1999). Patient beliefs predict patient functioning: Further support for a cognitive-behavioural model of chronic pain. *Pain*, *81*(1–2), 95–104. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(99\)00005-6](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(99)00005-6)
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, *21*(3), 26–31. http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/706
- Kasl-Godley, J. E., King, D. A., & Quill, T. E. (2014). Opportunities for psychologists in palliative care: Working with patients and families across the disease continuum. *American Psychologist*, *69*(4), 364–376. <https://doi.org/10.1037/a0036735>
- Knaul, F. M., Farmer, P. E., Krakauer, E. L., De Lima, L., Bhadelia, A., Jiang Kwete, X., Arreola-Ornelas, H., Gómez-Dantés, O., Rodríguez, N. M., Alleyne, G. A. O., Connor, S. R., Hunter, D. J., Lohman, D., Radbruch, L., del Rocío Sáenz Madrigal, M., Atun, R., Foley, K. M., Frenk, J., Jamison, D. T., ... Zimmerman, C. (2018). Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission

- report. *The Lancet*, 391(10128), 1391–1454. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8)
- Koltzenburg, M., McMahon, S. B., Tracey, I., & Turk, D. C. (viaf)34735813. (2013). *Wall and Melzack's textbook of pain* (6th ed.). Philadelphia. <http://lib.ugent.be/catalog/rug01:002183404>
- Kunik, M. E., Veazey, C., Cully, J. A., Soucek, J., Graham, D. P., Hopko, D., Carter, R., Sharafkhaneh, A., Goepfert, E. J., Wray, N., & Stanley, M. A. (2008). COPD education and cognitive behavioral therapy group treatment for clinically significant symptoms of depression and anxiety in COPD patients: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 38(3), 385–396. <https://doi.org/10.1017/S0033291707001687>
- Laird, B. J. A., Scott, A. C., Colvin, L. A., McKeon, A. L., Murray, G. D., Fearon, K. C. H., & Fallon, M. T. (2011). Pain, depression, and fatigue as a symptom cluster in advanced cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(1), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.10.261>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.
- Lethem, J., Slade, P. D., Troup, J. D. G., & Bentley, G. (1983). Outline of a fear-avoidance model of exaggerated pain perception-I. *Behaviour Research and Therapy*, 21(4), 401–408. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(83\)90009-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(83)90009-8)
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT Skills Training Manual* (Second Edi). The Guilford Press.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Archives of General Psychiatry*, 48(12), 1060–1064. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810360024003>
- Linehan, M. M., Hayes, S. C., & Follette, V. : (2004). *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition*. The Guilford Press.
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addictions*, 8(4), 279–292. <https://doi.org/10.1080/105504999305686>
- Linton, S. J. (2010). Applying dialectical behavior therapy to chronic pain: A case study. *Scandinavian Journal of Pain*, 1(1), 50–54. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2009.09.005>
- Linton, S. J., Nicholas, M. K., MacDonald, S., Boersma, K., Bergbom, S., Maher, C., & Refshauge, K. (2011). The role of depression and catastrophizing in musculoskeletal pain. *European Journal of Pain*, 15(4), 416–422.

<https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2010.08.009>

Lynch, T. R., Cheavens, J. S., Cukrowicz, K. C., Thorp, S. R., Bronner, L., & Beyer, J. (2007). Treatment of older adults with co-morbid personality disorder and depression: A dialectical behavior therapy approach. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 22*(2), 131–143. <https://doi.org/10.1002/gps.1703>

McCracken, L. (2011). *Mindfulness and Acceptance in Behavioral Medicine: Current Theory and Practice*. New Harbinger Publications. https://books.google.com.mx/books?id=NcP37%5C_rcW5kC

McCracken, L. M., & Vowles, K. E. (2014). Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: Model, process, and progress. *American Psychologist, 69*(2), 178–187. <https://doi.org/10.1037/a0035623>

McCracken, L. M., Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method. *Pain, 107*(1–2), 159–166. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2003.10.012>

Meints, S. M., & Edwards, R. R. (2018). Evaluating psychosocial contributions to chronic pain outcomes. In *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* (Vol. 87, Issue Pt B, pp. 168–182). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2018.01.017>

Moens, K., Higginson, I. J., & Harding, R. (2014). Are there differences in the prevalence of palliative care-related problems in people living with advanced cancer and eight non-cancer conditions? a systematic review. In *Journal of Pain and Symptom Management* (Vol. 48, Issue 4, pp. 660–677). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.11.009>

Mohr, D. C., Likosky, W., Bertagnolli, A., Goodkin, D. E., Van Der Wende, J., Dwyer, P., & Dick, L. P. (2000). Telephone-administered cognitive-behavioral therapy for the treatment of depressive symptoms in multiple sclerosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(2), 356–361. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.68.2.356>

Murphy, J. L., McKellar, J. D., Raffa, S. D., Clark, M. E., Kerns, R. D., & Karlin, B. E. (n.d.). *Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Pain: therapist manual*. Department of Veterans Affairs.

National Consensus Project for Quality Palliative Care. (2018). *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care* (4th ed.). National Coalition for Hospice and Palliative Care.

Neacsiu, A. D., Eberle, J. W., Kramer, R., Wiesmann, T., & Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 59*, 40–51. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.005>

Nezu, A M, Nezu, C. M., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: Un enfoque basado en problemas*.

Editorial El Manual Moderno.

<https://books.google.com.mx/books?id=mLjHCQAAQBAJ>

- Nezu, Arthur M., Nezu, C. M., McClure, K. S., Felgoise, S. H., & Houts, P. S. (2003). Project Genesis: Assessing the Efficacy of Problem-Solving Therapy for Distressed Adult Cancer Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(6), 1036–1048. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.6.1036>
- Okuyama, T., Akechi, T., Mackenzie, L., & Furukawa, T. A. (2017). Psychotherapy for depression among advanced, incurable cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Treatment Reviews, 56*, 16–27. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2017.03.012>
- Oldenmenger, W. H., De Raaf, P. J., De Klerk, C., & Van Der Rijt, C. C. D. (2013). Cut points on 0-10 numeric rating scales for symptoms included in the edmonton symptom assessment scale in cancer patients: A systematic review. In *Journal of Pain and Symptom Management* (Vol. 45, Issue 6, pp. 1083–1093). J Pain Symptom Manage. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.06.007>
- Panos, P. T., Jackson, J. W., Hasan, O., & Panos, A. (2014). Meta-Analysis and Systematic Review Assessing the Efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DBT). *Research on Social Work Practice, 24*(2), 213–223. <https://doi.org/10.1177/1049731513503047>
- Parker, R. I., & Vannest, K. (2009). An Improved Effect Size for Single-Case Research: Nonoverlap of All Pairs. *Behavior Therapy, 40*(4), 357–367. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.10.006>
- Pedrajas-Navas, J. M., & Molino-González, Á. (2008). Bases neuromédicas del dolor. *Clínica y Salud, 19*(3), 277–293.
- Pinquart, M., & Duberstein, P. R. (2010). Depression and cancer mortality: A meta-analysis. *Psychological Medicine, 40*(11), 1797–1810. <https://doi.org/10.1017/S0033291709992285>
- Punthakee, Z., Goldenberg, R., & Katz, P. (2018). *2018 Clinical Practice Guidelines Definition, Classification and Diagnosis of Diabetes, Prediabetes and Metabolic Syndrome Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee*. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2017.10.003>
- Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., Blanchard, C., Bruera, E., Buitrago, R., Burla, C., Callaway, M., Munyoro, E. C., Centeno, C., Cleary, J., Connor, S., Davaasuren, O., Downing, J., Foley, K., Goh, C., ... Pastrana, T. (2020). Redefining Palliative Care—A New Consensus-Based Definition. *Journal of Pain and Symptom Management, 60*(4), 754–764. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
- Rao, S., Spruijt, O., Sunder, P., Daniel, S., Chittazhathu, R., Nair, S., Leng, M., Sunil, M. M., Raghavan, B., Manuel, A., Rijju, V., Vijay, G., Prabhu, A., Parameswaran, U., & Venkateswaran, C. (2020). Psychosocial aspects of

- COVID-19 in the context of palliative care - A quick review. In *Indian Journal of Palliative Care* (Vol. 26, Issue 5, pp. S116–S120). Wolters Kluwer Medknow Publications. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_183_20
- Rickard, K. (1988). The occurrence of maladaptive health-related behaviors and teacher-rated conduct problems in children of chronic low back pain patients. *Journal of Behavioral Medicine*, *11*(2), 107–116. <https://doi.org/10.1007/BF00848259>
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Páez, F. (2001). Versión mexicana del inventario de ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana De Psicología*, *18*, 211–218.
- Rodero, B., García-Campayo, J., Casanueva, B., del Hoyo, Y. L., Serrano-Blanco, A., & Luciano, J. V. (2010). Validation of the Spanish version of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) for the assessment of acceptance in fibromyalgia. *Health and Quality of Life Outcomes*, *8*, 37. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-37>
- Rodin, G., Lo, C., Rydall, A., Shnall, J., Malfitano, C., Chiu, A., Panday, T., Watt, S., An, E., Nissim, R., Li, M., Zimmermann, C., & Hales, S. (2018). Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM): A randomized controlled trial of a psychological intervention for patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *36*(23), 2422–2432. <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.77.1097>
- Romera, E., Perena, M., & Perena, M. (2000). Neurofisiología del dolor. *Revista de La Sociedad Española de Dolor*, *7*(Suplemento 2), 11–17.
- Rosenblat, J. D., Kurdyak, P., Cosci, F., Berk, M., Maes, M., Brunoni, A. R., Li, M., Rodin, G., McIntyre, R. S., & Carvalho, A. F. (2020). Depression in the medically ill. In *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* (Vol. 54, Issue 4, pp. 346–366). SAGE Publications Inc. <https://doi.org/10.1177/0004867419888576>
- Rost, A. D., Wilson, K., Buchanan, E., Hildebrandt, M. J., & Mutch, D. (2012). Improving psychological adjustment among late-stage ovarian cancer patients: Examining the role of avoidance in treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, *19*(4), 508–517. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.01.003>
- Ryan, T., Ingleton, C., Gardiner, C., Parker, C., Gott, M., & Noble, B. (2013). Symptom burden, palliative care need and predictors of physical and psychological discomfort in two UK hospitals. *BMC Palliative Care*, *12*(1), 11. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-12-11>
- Safer, D. L., & Jo, B. (2010). Outcome From a Randomized Controlled Trial of Group Therapy for Binge Eating Disorder: Comparing Dialectical Behavior Therapy Adapted for Binge Eating to an Active Comparison Group Therapy. *Behavior Therapy*, *41*(1), 106–120. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.01.006>
- Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de

- caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clinica y Salud*, 26(3), 167–180.
<https://doi.org/10.1016/j.clysa.2015.09.004>
- Savard, J., Simard, S., Giguère, I., Ivers, H., Morin, C. M., Maunsell, E., Gagnon, P., Robert, J., & Marceau, D. (2006). Randomized clinical trial on cognitive therapy for depression in women with metastatic breast cancer: psychological and immunological effects. *Palliative & Supportive Care*, 4(3), 219–237.
<https://doi.org/10.1017/s1478951506060305>
- Schram, A. W., Hougham, G. W., Meltzer, D. O., & Ruhnke, G. W. (2017). Palliative Care in Critical Care Settings: A Systematic Review of Communication-Based Competencies Essential for Patient and Family Satisfaction. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 34(9), 887–895. <https://doi.org/10.1177/1049909116667071>
- Seyler, A., Hernández-Guzmán, L., Freyre, M.-Á., González-Montesinos, M., & Sullivan, M. J. (2013). Validez de la Escala de Catastrofización del Dolor. *Dolor*, 18–24.
http://www.ached.cl/upfiles/revistas/documentos/5522ff2905431_original261.pdf
- Smith, D., Wilkie, R., Uthman, O., Jordan, J. L., & McBeth, J. (2014). Chronic pain and mortality: A systematic review. In *PLoS ONE* (Vol. 9, Issue 6). Public Library of Science. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0099048>
- Snow-Turek, A. L., Norris, M. P., & Tan, G. (1996). Active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 64(3), 455–462.
[https://doi.org/10.1016/0304-3959\(95\)00190-5](https://doi.org/10.1016/0304-3959(95)00190-5)
- Solano, J. P., Gomes, B., & Higginson, I. J. (2006). A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. In *Journal of Pain and Symptom Management* (Vol. 31, Issue 1, pp. 58–69). J Pain Symptom Manage. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2005.06.007>
- Soto-Rubio, A., Perez-Marin, M., Miguel, J. T., & Martin, P. B. (2018). Emotional distress of patients at end-of-life and their caregivers: Interrelation and predictors. *Frontiers in Psychology*, 9(NOV).
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02199>
- Spiegel, D., & Bloom, J. R. (1983). Pain in metastatic breast cancer. *Cancer*, 52(2), 341–345. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(19830715\)52:2<341::AID-CNCR2820520227>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/1097-0142(19830715)52:2<341::AID-CNCR2820520227>3.0.CO;2-G)
- Sturgeon, J. A. (2014). Psychological therapies for the management of chronic pain. In *Psychology Research and Behavior Management* (Vol. 7, pp. 115–124). DOVE Medical Press Ltd. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S44762>
- Sysko, H., Thorkelson, G., & Szigethy, E. (2016). P-001 Dialectical Behavior Therapy for Chronic Pain in Gastrointestinal Disorders. *Inflammatory Bowel*

Diseases, 22(suppl_1), S9.
<https://doi.org/10.1097/01.mib.0000480106.40651.21>

- Tavakoli, F., Kazemi-Zahrani, H., & Sadeghi, M. (2019). The effectiveness of dialectical behavior therapy on adherence to treatment and self-caring behavior in patients with coronary heart disease. *ARYA Atherosclerosis*, 15(6), 281–287. <https://doi.org/10.22122/arya.v15i6.1733>
- Teunissen, S. C. C. M., Wesker, W., Kruitwagen, C., de Haes, H. C. J. M., Voest, E. E., & de Graeff, A. (2007). Symptom Prevalence in Patients with Incurable Cancer: A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(1), 94–104. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.10.015>
- Treede, R.-D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Korwisi, B., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., ... Wang, S.-J. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*, 160(1), 19–27. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>
- Turk, D. C., Fillingim, R. B., Ohrbach, R., & Patel, K. V. (2016). Assessment of Psychosocial and Functional Impact of Chronic Pain. *Journal of Pain*, 17(9), T21–T49. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.02.006>
- Turk, D. C., & Gatchel, R. J. (Eds.). (2002). *Psychological Approaches to Pain Management A Practitioner's Handbook* (Second). Guilford Press.
- Turk, D. C., & Monarch, E. S. (2002). Biopsychosocial perspective on chronic pain. In *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook* (pp. 3–29). Guilford Press.
- Turk, D. C., & Okifuji, A. (1999). Fibromyalgia: Search for mechanisms and effective treatments. In D. C. Turk & R. J. Gatchel (Eds.), *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives* (pp. 227–243). The Guilford Press.
- Valentine, S. E., Bankoff, S. M., Poulin, R. M., Reidler, E. B., & Pantalone, D. W. (2015). The Use of Dialectical Behavior Therapy Skills Training as Stand-Alone Treatment: A Systematic Review of the Treatment Outcome Literature. *Journal of Clinical Psychology*, 71(1), 1–20. <https://doi.org/10.1002/jclp.22114>
- Van Dijk, S., Jeffrey, J., & Katz, M. R. (2013). A randomized, controlled, pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 145(3), 386–393. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.054>
- Von Blanckenburg, P., & Leppin, N. (2018a). Psychological interventions in palliative care. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(5), 389–395. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000441>
- Von Blanckenburg, P., & Leppin, N. (2018b). Psychological interventions in

- palliative care. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(5), 389–395.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000441>
- Von Gunten, C. F. (2002). Secondary and tertiary palliative care in US hospitals. In *Journal of the American Medical Association* (Vol. 287, Issue 7, pp. 875–881). American Medical Association. <https://doi.org/10.1001/jama.287.7.875>
- Williams, A. C. d. C., Eccleston, C., & Morley, S. (2012). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2012, Issue 8). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007407.pub3>
- Williams, A. C. d. C., Fisher, E., Hearn, L., & Eccleston, C. (2020). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2020, Issue 8). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007407.pub4>
- Williams, D. A., & Keefe, F. J. (1991). Pain beliefs and the use of cognitive-behavioral coping strategies. *Pain*, 46(2), 185–190.
[https://doi.org/10.1016/0304-3959\(91\)90074-8](https://doi.org/10.1016/0304-3959(91)90074-8)
- Wittenberg-Lyles, E., Demiris, G., Oliver, D. P., & Burt, S. (2011). Reciprocal suffering: Caregiver concerns during hospice care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(2), 383–393.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.04.026>
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long term therapies: evidence for action*.
- World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders*. World Health Organization.
http://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/
- World Health Organization. (2018). *Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers*.
- World Hospice Palliative Care Alliance. (2014). *Global atlas of palliative care at the end of life*. World Health Organization.
- World Hospice Palliative Care Alliance. (2020). *Global Atlas of Palliative care 2020* (2nd Editio). World Hospice and Palliative Care Alliance.
- Zimmermann, F. F., Burrell, B., & Jordan, J. (2018). The acceptability and potential benefits of mindfulness-based interventions in improving psychological well-being for adults with advanced cancer: A systematic review. In *Complementary Therapies in Clinical Practice* (Vol. 30, pp. 68–78). Churchill Livingstone. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.12.014>

ANEXOS

Anexo1

Inventario de Depresión de Beck

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se **SINTIO LA SEMANA PASADA INCLUSIVE EL DIA DE HOY**. Marque con una X el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

- | | |
|---|--|
| 1. 0. ___ Yo no me siento triste | 2. 0. ___ En general no me siento descorazonado por el futuro |
| 1. ___ Me siento triste | 1. ___ Me siento descorazonado por mi futuro |
| 2. ___ Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo | 2. ___ Siento que no tengo nada que esperar del futuro |
| 3. ___ Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo | 3. ___ Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar |
| 3. 0. ___ Yo no me siento como un fracasado | 4. 0. ___ Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo |
| 1. ___ Siento que he fracasado más que las personas en general | 1. ___ Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo |
| 2. ___ Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos | 2. ___ Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada |
| 3. ___ Siento que soy un completo fracaso como persona | 3. ___ Estoy insatisfecho o aburrido con todo |
| 5. 0. ___ En realidad yo no me siento culpable | 6. 0. ___ Yo no me siento que esté siendo castigado |
| 1. ___ Me siento culpable una gran parte del tiempo | 1. ___ Siento que podría ser castigado |
| 2. ___ Me siento culpable la mayor parte del tiempo | 2. ___ Espero ser castigado |
| 3. ___ Me siento culpable todo el tiempo | 3. ___ Siento que he sido castigado |
| 7. 0. ___ Yo no me siento desilusionado de mí mismo | 8. 0. ___ Yo no me siento que sea peor que otras personas |
| 1. ___ Estoy desilusionado de mí mismo | 1. ___ Me crítico a mí mismo por mis debilidades o errores |
| 2. ___ Estoy disgustado conmigo mismo | 2. ___ Me culpo todo el tiempo por mis fallas |
| 3. ___ Me odio | 3. ___ Me culpo por todo lo malo que sucede |
| 9. 0. ___ Yo no tengo pensamientos suicidas | 10. 0. ___ Yo no lloro más de lo usual |
| 1. ___ Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo | 1. ___ Llora más ahora de lo que solía hacerlo |
| 2. ___ Me gustaría suicidarme | 2. ___ Actualmente lloro todo el tiempo |
| 3. ___ Me suicidaría si tuviera la oportunidad | 3. ___ Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo desee |

11. 0. ___Yo no estoy más irritable de lo que solía estar
 1. ___Me enoja o irrito más fácilmente que antes
 2. ___Me siento irritado todo el tiempo
 3. ___Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo
13. 0. ___Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho
 1. ___Pospongo tomar decisiones más que antes
 2. ___Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes
 3. ___Ya no puedo tomar decisiones
15. 0. ___Puedo trabajar tan bien como antes
 1. ___Requiero de más esfuerzo para iniciar algo
 2. ___Tengo que obligarme para hacer algo
 3. ___Yo no puedo hacer ningún trabajo
17. 0. ___Yo no me canso más de lo habitual
 1. ___Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo
 2. ___Con cualquier cosa que haga me canso
 3. ___Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa
19. 0. ___Yo no he perdido mucho peso últimamente
 1. ___He perdido más de dos kilogramos
 2. ___He perdido más de cinco kilogramos
 3. ___He perdido más de ocho kilogramos
- ¿A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos? Si___ No___
21. 0. ___Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
 1. ___Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba
 2. ___Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
 3. ___He perdido completamente el interés por el sexo
12. 0. ___Yo no he perdido el interés en la gente
 1. ___Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar
 2. ___He perdido en gran medida el interés en la gente
 3. ___He perdido todo el interés en la gente
14. 0. ___Yo no siento que me vea peor de cómo me veía
 1. ___Estoy preocupado de verme viejo (a) o poco atractivo (a)
 2. ___Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo (a)
 3. ___Creo que me veo feo (a)
16. 0. ___Puedo dormir tan bien como antes
 1. ___Ya no duermo tan bien como solía hacerlo
 2. ___Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir
 3. ___Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir
18. 0. ___Mi apetito no es peor de lo habitual
 1. ___Mi apetito no es tan bueno como solía serlo
 2. ___Mi apetito está muy mal ahora
 3. ___No tengo apetito de nada
20. 0. ___Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes
 1. ___Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación
 2. ___Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más
 3. ___Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa

Anexo 2

Inventario de Ansiedad de Beck

A continuación, se encuentra una lista de síntomas característicos de la ansiedad. Por favor lea cuidadosamente cada uno de ellos e indique con una X, en el espacio en blanco, el grado en que le hayan molestado durante a última semana incluyendo el día de hoy.

	Nada	Ligeramente Sin molestia significativa	Moderadamente Muy desagradable pero soportable	Severamente Casi insoportable
1. Entumecimiento, Hormigueo				
2. Oleadas de calor o bochornos				
3. Debilidad y temblor en las piernas				
4. Incapaz de relajarme				
5. Miedo a que pase lo peor				
6. Sensación de mareo				
7. Palpitaciones o aceleración cardíaca				
8. Falta de equilibrio				
9. Terror				
10. Nerviosismo				
11. Sensación de ahogo				
12. Temblor de manos				
13. Agitación				
14. Miedo a perder el control				
15. Dificultad para respirar				
16. Miedo a morir				
17. Asustado				
18. Indigestión o molestias abdominales				
19. Desmayos				
20. Enrojecimiento de la cara				
21. Sudoración (no por calor)				

Anexo 3

Autorregistro de dolor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor		Bajo		Moderado		Severo		Intolerable		

Usando la escala de arriba elija un número que describa:	L	M	M	J	V	S	D
Intensidad promedio del dolor el día de hoy							
Menor intensidad de dolor El día de hoy							
Mayor intensidad de dolor El día de hoy							
Número de horas con dolor el día de hoy (de 24 horas)							

Registre el número de veces que hizo la actividad señalada el día de hoy o su duración en horas y minutos.	L	M	M	J	V	S	D
Comer los alimentos del día (ocasiones)							
Labores del trabajo y/o hogar (ocasiones)							
Pasar tiempo con amigos o familia (duración)							
Hacer alguna actividad que me divierta o me guste (duración)							

Anexo 4

Cuestionario de Catastrofización del Dolor

Instrucciones

Todas las personas experimentan situaciones de dolor en algún momento de sus vidas. A continuación, se presentan 13 frases sobre pensamientos y sentimientos que pueden estar relacionados con el dolor. Por favor, indique el grado en usted ha tenido esos sentimientos y pensamientos.

<i>Cuando siento dolor...</i>	Nada en lo absoluto (0)	Un poco (1)	Moderada- Mente (2)	Mucho (3)	Todo el tiempo (4)
1.Estoy preocupado todo el tiempo pensando en si el dolor desaparecerá					
2. Siento que ya no puedo más					
3. Es terrible y pienso que esto nunca va a mejorar					
4.Es horrible y siento que esto es más fuerte que yo					
5.Siento que no puedo soportarlo más					
6.Temo que el dolor empeore					
7.No dejo de pensar en otras situaciones en las que experimento dolor					
8.Deseo desesperadamente que desaparezca el dolor					
9.No puedo apartar el dolor de mi mente					
10. No dejo de pensar en lo mucho que me duele					
11.No dejo de pensar en lo mucho que deseo que desaparezca el dolor					
12.No hay nada que pueda hacer para aliviar la intensidad del dolor					
13.Me pregunto si me puede pasar algo grave					

Anexo 5

Cuestionario de Aceptación del Dolor Crónico

Instrucciones:

A continuación, encontrará una lista de afirmaciones. Puntúe cada una de ellas de acuerdo con el número que mejor defina la frecuencia con la que dicha información es cierta para usted. Utilice la escala de puntuación para hacer su elección. Por ejemplo, si cree que una afirmación es “siempre cierta” para usted, deberá seleccionar un 6 en el espacio para su respuesta.

Nunca cierta	Muy raramente cierta	Raramente cierta	A veces cierta	A menudo cierta	Casi siempre cierta	Siempre cierta
0	1	2	3	4	5	6

1. Continúo haciendo las cosas de la vida diaria sea cual sea mi nivel de dolor	
2. Mi vida va bien, aunque tenga dolor crónico	
3. No importa sentir dolor	
4. Si tuviera que sacrificar cosas importantes de mi vida para controlar mejor este dolor, lo haría con mucho gusto	
5. No necesito controlar el dolor para poder llevar bien mi vida	
6. Aunque las cosas han cambiado, llevo una vida normal a pesar de mi dolor crónico	
7. Tengo que concentrarme para poder librarme del dolor	
8. Hay muchas actividades que hago cuando tengo dolor	
9. Llevo una vida plena aunque tenga dolor crónico	
10. Controlar el dolor es un objetivo menos importante que otros objetivos de mi vida	
11. Antes de poder tomar decisiones importantes en mi vida, mis ideas y sentimientos hacia el dolor deben cambiar	
12. A pesar del dolor, ahora sigo una dirección concreta en mi vida	
13. Tener controlado el nivel de dolor es la primera prioridad cuando hago algo	
14. Antes de poder hacer planes en serio, debo tener algo de control sobre el dolor	
15. Cuando aumenta el dolor, puedo seguir ocupándome de mis responsabilidades	
16. Podría controlar mejor mi vida si pudiera controlar mis pensamientos negativos sobre el dolor	
17. Evito enfrentarme a situaciones en las que el dolor pudiera aumentar	
18. Mis preocupaciones y miedos sobre lo que el dolor puede hacerme son reales	
19. Es un alivio darse cuenta de que no tengo por qué cambiar el dolor para seguir con mi vida	
20. Cuando tengo dolores, me cuesta mucho trabajo hacer cosas	

Anexo 6

Registro de adherencia

Medicamento		L	M	M	J	V	S	D
Mañana 								
Tarde 								
Noche 								
Madrugada 								

Rescates para el Dolor							
Día	L	M	M	J	V	S	D
Número de rescates							

Anexo 7



Ciudad de México a ____ de _____ de 2020

Consentimiento Informado

La Unidad de Cuidados Paliativos del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE y la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México tienen como obligación la protección de datos personales de los participantes en proyectos de investigación. A continuación, encontrará información acerca del proyecto de investigación “Intervención Cognitivo Conductual para síntomas depresivos y control del dolor en pacientes de Cuidados Paliativos”, al cual usted ha sido invitado o invitada a participar.

El propósito de este estudio es evaluar de forma sistemática la efectividad de los contenidos que se revisaran durante las sesiones de psicoterapia. Específicamente, se desea conocer si la intervención propuesta tiene un efecto sobre los síntomas de depresión, descontrol del dolor, catastrofización del dolor, calidad de vida y el bienestar general. Si usted acepta participar en el estudio se le pedirá que conteste algunos cuestionarios, lleve un registro en casa sobre sus síntomas, actividades que realiza, toma de medicamentos y acuda a sesiones de psicoterapia semanalmente con una duración aproximada de 3 meses. Las sesiones de psicoterapia tienen el objetivo de que usted aprenda habilidades para afrontar los síntomas de forma que la enfermedad que padece, esto a través de la revisión y modificación de sus emociones, conductas y pensamientos.

Es importante que usted tenga conocimiento de que los datos que usted proporcione mantendrán en todo momento estricta confidencialidad. La información será utilizada únicamente con fines de investigación y en ningún momento se le podrá identificar a través de ella. De la misma forma, se debe aclarar que en el momento en que usted lo decida podrá abandonar la investigación si sus intereses así lo deciden, sin que esto afecte la atención que se le brinda en el hospital, por lo cual usted pasará al tratamiento estándar de psicoterapia de la Unidad de Cuidados Paliativos.

A partir de lo anterior, declaro conocer los objetivos de la investigación, así mismo doy mi consentimiento para que mis datos sean recolectados y analizados con fines de investigación, además de comprometerme a contestar los cuestionarios y entrevistas que me sean solicitados, y a asistir semanalmente a las sesiones de psicoterapia.

Nombre y firma

Testigo 1

Testigo 2