



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
DOCTORADO EN PSICOLOGÍA Y SALUD

Terapia cognitivo conductual breve domiciliaria
para el manejo de la ansiedad y la depresión
en pacientes con cáncer terminal

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

PRESENTA:
EDGAR LANDA RAMÍREZ

TUTOR PRINCIPAL
DRA. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS
FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN

REVISORA: DRA. GEORGINA CÁRDENAS LÓPEZ/FACULTAD DE PSICOLOGÍA
TUTOR EXTERNO: DR. JOSEPH ANDREW GREER/ MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL-HARVARD
MEDICAL SCHOOL
SUPLENTE: DR. ARIEL VITE SIERRA/ FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. SOFÍA SÁNCHEZ ROMÁN/INCMNSZ

MÉXICO, D. F. SEPTIEMBRE 2015.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos:

Mi profundo agradecimiento y cariño a mi Alma mater, la Universidad Nacional Autónoma de México, con un ardiente orgullo, profeso y sigo tus enseñanzas... ¡Por mi raza hablará el espíritu!

Agradezco a la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital General Manuel Gea González, por brindarme la confianza para trabajar de manera conjunta; por mostrarme la pasión con la cual se puede atender a los pacientes que parten. Especialmente, expreso mi más grande reconocimiento y admiración a la Dra. Magdalena Salado Ávila, la Dra. Adriana Templos Esteban y la Dra. Irma Jiménez Escobar, por ser piezas centrales en el desarrollo de este trabajo y por su constante e incondicional apoyo.

Guardo mucho respeto y admiración del trabajo realizado por mis tutores del doctorado: Dra. Angélica Riveros Rosas, Dra. Georgina Cárdenas López, Dr. Joseph Andrew Greer, Dr. Ariel Vite Sierra, Dra. Sofía Sánchez Román y al Dr. Juan José Sánchez Sosa. De ustedes he aprendido por medio de su ejemplo, paciencia y dedicación. ¡Muchas gracias por sus consejos y sugerencias a lo largo de estos años!

Hago especial mención a mi familia, Luis Landa Bahena, Leticia Ramírez Rosas, Esmeralda Landa Ramírez, Berenice Landa Ramírez y Paola César Landa por tantos años de amor incondicional, por sus constantes sacrificios, por su apoyo altruista, y su gran ejemplo como personas.

De igual forma, dedico este escrito a mis abuelos, tíos, primos, sobrinos...de la familia Landa y la familia Ramírez... ustedes han sido la génesis de mil aventuras, es incomprensible la alegría de mis días sin su maravillosa presencia.

Agradezco y dedico este escrito a todas las alumnos y colegas que participaron en este trabajo, mi mayor reconocimiento a su labor a: Nancy Rangel Dominguez, Alejandra Sánchez Salinas, Daniela Alvarado Barrios, Alejandra Valadez Vergara y Esmeralda Mendoza Aguilera.

Reconozco y admiro la fuerza de todos y cada uno de los pacientes y familiares que participaron en esta investigación, los cuales mostraron el profundo deseo de generar esperanza, que ayude a hacer más llevadero los últimos pasos que recorreremos en nuestra existencia.

Finalmente, te escribo esto a ti...Aime Edith Martínez Basurto, por todas las dulzuras y sin sabores; por las cálidas primaveras y fríos inviernos; por los tropiezos y redenciones; por las pasiones apaciguadas y por el paroxismo de nuestras emociones; por los días de magia y las noches de realidades...Por orgullosamente ser quien eres y por orgullosamente invitarme a ser quien soy. En fin, esto como el resto de las cosas, te lo dedico a ti, me lo dedico a mí y lo dedico a nosotros...¡Te amo!

ÍNDICE

I. Resumen	5
II.- INTRODUCCIÓN.....	6
II.- Terapia cognitivo conductual breve domiciliaria para el manejo de la ansiedad y la depresión en pacientes con cáncer terminal	
Marco teórico.....	11
Objetivo	16
Método	17
Diseño	17
Participantes	18
Variables	19
Instrumentos.....	23
Escenarios.....	26
Procedimientos	27
Análisis de datos.....	38
Resultados	39
Discusión	68
Referencias	79
Anexos.....	96

Resumen

La ansiedad y la depresión se han convertido en los problemas emocionales más comunes entre los pacientes con cáncer terminal. La terapia cognitivo conductual (TCC) podría ser una buena opción para el tratamiento de la ansiedad y la depresión en esta población, sin embargo, las características avanzadas de la enfermedad en los pacientes mexicanos con cáncer terminal hacen necesaria la implementación y evaluación de estrategias adecuadas a las necesidades de esta población. El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de la terapia cognitivo-conductual breve en el hogar sobre la ansiedad y la depresión en pacientes con cáncer terminal. Se utilizó un diseño experimental de línea base múltiple no concurrente entre participantes con seguimiento de hasta un mes. Nueve pacientes participaron en el estudio y recibieron de 4 a 6 sesiones de TCC. Los principales componentes utilizados fueron: principios psicoeducación y TCC en el cáncer avanzado. Entrenamiento en relajación. Identificación y cambio de pensamientos negativos. Planificación de actividades de ocio / desarrollo de actividades de acuerdo a las posibilidades del paciente. El tamaño del efecto de la intervención (índice NAP) en los nueve pacientes fue del 10% al 37%, lo que significa que la intervención tuvo un impacto positivo para la ansiedad y la depresión, pero con efectos débiles. TCC alentó a los nueve pacientes a aumentar sus conductas de ocio o a incrementar su actividad comportamental. También TCC ayudó a los pacientes a modificar los pensamientos negativos. La TCC breve domiciliaria mostró buenos efectos para ayudar a esta población en los problemas del estado de ánimo, se discuten las implicaciones.

Palabras Claves: Cáncer terminal; Ansiedad; Depresión; Terapia Cognitivo Conductual.

Abstract

Anxiety and depression have become the most common emotional problems among patients with terminal cancer. Cognitive behavioral therapy (CBT) could be a good option for treating anxiety and depression in this population. Nevertheless, the advanced characteristics of Mexicans terminal cancer patients make necessary the implementation and evaluation of strategies suited to the needs of this specific population. The purpose of this study was to assess the effect of brief home-based cognitive behavioral therapy on anxiety and depression in terminal cancer patients. A multiple baseline experimental design non-concurrent between subjects was used with follow-up of up to one month. Nine patients participated in the study and they received from 4 to 6 sessions of CBT. The main components used were: Psychoeducation and CBT principles in advanced cancer. Training in relaxation. Identification and change of negative thoughts. Planning of leisure activities/development of activities according to the possibilities of a patient. The effect size of intervention range (NAP index) in the nine patients was between 10% and 37%, which means that the intervention had a positive impact for anxiety and depression but with weak effects. CBT encouraged all nine patients to increase their leisure behaviors or to carry out behavioral activities. Also CBT helped the patients to modify negative thoughts. The brief Home-based CBT showed effects for helping this population in mood problems when they are facing their death. Implications are discussed.

Key words: Terminal Cancer; Depression; Anxiety; Cognitive behavioral therapy.

I.- INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1978) en su declaración del “Alma Ata” define a la salud como: “un estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” y declara que es una prioridad política y económica, el tratar de promover la salud en las personas del mundo de una manera equitativa y justa. Esta definición, ha cambiado y dirigido la forma en la cual se prepara al personal de salud, se generan políticas gubernamentales y económicas para abordar la salud mundial.

El llegar a esta definición de salud, no ha sido una casualidad, ya que de acuerdo con la teoría de la transición epidemiológica de Omran (1971, 1983), han existido cambios demográficos, económicos y sociales los cuales han influido estrechamente en la forma en la cual se concibe y define la salud y la enfermedad. De acuerdo con esta teoría, existen cinco proposiciones en las que se explica la relación entre los cambios sociales y las concepciones de salud y enfermedad, a saber:

Primera proposición: la mortalidad es un aspecto importante de la dinámica poblacional, en los últimos años la mortalidad ha disminuido y la tasa de nacimientos se ha incrementado, lo cual ha ocasionado altas tasas de crecimiento poblacional. Segunda proposición: existen cambios en los patrones de enfermedad, con un marcado cambio gradual de las enfermedades infecciosas hacia enfermedades degenerativas y no transmisibles como causas principales de morbilidad y mortalidad, en esta segunda proposición, se distinguen tres etapas:

- 1) La era de las pestes y la hambruna, en la cual la mortalidad es alta y fluctuante, no hay un crecimiento uniforme de la población y la expectativa de vida en promedio está entre 20 y 40 años.
- 2) La era de las pandemias en retroceso, las tasas de mortalidad disminuyen progresivamente y cada vez hay menos frecuencia de epidemias e inclusive se da su desaparición, la expectativa de vida promedio radica entre 30 y 50 años.

3) La era de las enfermedades degenerativas y hechas por el hombre, la mortalidad disminuye más y se estabiliza a niveles bajos, la población envejece y la expectativa de vida se eleva a más de 50 años. Las principales causas de mortalidad, recaen en enfermedades crónicas y degenerativas.

De manera reciente autores como Armelagos, Brown & Turner (2005) hablan de una transición epidemiológica, la cual se caracteriza por la yuxtaposición de enfermedades crónicas degenerativas con enfermedades infecciosas resistentes a los antibióticos, las cuales actualmente son un gran peligro de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. En cada uno de los cambios de las etapas Omran (1971) reconoció al menos tres grandes categorías que influyen en la enfermedad: factores ecobiológicos (agentes de enfermedad o características hostiles del ambiente), factores socioeconómicos y culturales (estilos de vida, hábitos de higiene y nutrición) y factores públicos y médicos (desarrollo de vacunas, terapias curativas y sanidad pública).

Tercera proposición: Durante la transición epidemiológica, el impacto más profundo se da entre los niños y las mujeres jóvenes, esto deriva en la disminución de la mortalidad materno-infantil y en una disminución de la fertilidad. Cuarta proposición: los cambios en los patrones de la salud y la enfermedad están asociados con los cambios demográficos y socioeconómicos.

Quinta proposición: se reconocen tres modelos básicos de transición epidemiológica a nivel mundial: modelo occidental o modelo clásico, en donde existe una marcada revolución educativa e industrial, las cuales promovieron los cambios en la morbilidad y mortalidad, dichos cambios comenzaron aproximadamente hace 100 años en países de Europa occidental, Canadá y Estados Unidos de América. Modelo de transición epidemiológica acelerada, se dan los mismos procesos que en el modelo clásico, pero llevó muchísimo menos tiempo, este modelo se aplica generalmente a lo que ocurrió en Japón, en donde se disminuyó la mortalidad en un tiempo muy corto. Finalmente, se habla del modelo de la transición epidemiológica retardado, en donde se ha logrado disminuir la mortalidad entre la población pero todavía existen problemas de mortalidad materno infantil muy elevadas, no existe una revolución educativa e industrial que fomente los

cambios en los patrones de fallecimiento de la población, este patrón se presenta en países en vías de desarrollo.

De acuerdo con Armelagos et al. (2005), en la historia de la humanidad, las enfermedades infecciosas, han sido las principales causa de morbilidad y mortalidad entre la población, y los esfuerzos educativos e industriales realizados a principios del siglo XX, permitieron el avance científico para combatir dichas enfermedades por medio de vacunas, antibióticos y pesticidas. A mediados de 1960, se creía que se estaba en la ruta correcta para la inminente erradicación de enfermedades infecciosas. En este contexto tenía sentido entender a la salud a partir del modelo biomédico clásico “como ausencia de enfermedad, dolor o defecto”. Ya que si existía alguna enfermedad, simplemente se identificaba el patógeno que lo ocasionaba y se erradicaba el mismo, no había necesidad de considerar dimensiones sociales, psicológicas o comportamentales.

El modelo biomédico tienen sus raíces en el dualismo Cartesiano, en la división entre cuerpo y mente, y se considera a la enfermedad como una falla dentro de la “*soma*” la cual resulta de alguna herida, infección o herencia (Alonso, 2004). A pesar de que el modelo biomédico fue exitoso para tratar enfermedades infecciosas, el reduccionismo propio del modelo ocasionó que éste fuera insuficiente para afrontar exitosamente la transición epidemiológica de enfermedades infecciosas a crónicas degenerativas, las enfermedades crónicas no se podían curar, y un sin fin de nuevos retos emergían al cuidado del personal de salud, ya no es solo el nivel biomolecular de la enfermedad, sino también una gran cantidad de factores comportamentales (se toma o no se toma el medicamento), sociales (qué condiciones institucionales existen para el cuidado de la enfermedad) que desde el reduccionismo biológico del modelo biomédico no tenían cabida.

Fue así, que en la década de 1970, se publicaron dos trabajos de grandísima relevancia para el entendimiento actual de la salud: el primero fue la declaración de la OMS 1978 del “Alma Ata” con la definición actual de salud; el segundo, fue la descripción del modelo biopsicosocial propuesta por Engel en 1977. En dicho trabajo, se habla de cómo a pesar de las evidentes limitaciones del modelo biomédico, para atender problemas crónicos de salud, muchos médicos, asumían que el modelo era el correcto y la enfermedad era

tratada de manera reduccionista (únicamente factores biológicos de la enfermedad) o exclusionista (si la enfermedad no se adecuaba al modelo, simplemente no era un problema de la medicina). Engel, comenta que el modelo pasó de ser una herramienta para describir el fenómeno de la salud y enfermedad, a convertirse en el dogma a seguir, a pesar de tener claras limitaciones para atender diversas enfermedades mentales y sin duda crónico degenerativas. Es así que Engel, propuso un modelo en el cual todo el personal de salud, deba de tomar en cuenta no solo la dimensión biológica, sino también, los aspectos psicológicos, comportamentales, sociales involucrados en el cuidado de los pacientes.

A partir de estos dos escritos, de manera constante y paulatina, el mundo de la salud, tuvo cambios de forma y fondo, se cambiaron los planes de estudio que forman al personal de salud; se integró un mayor trabajo multidisciplinario para atender y tratar diferentes enfermedades, hubo una gran apertura para los factores sociales y culturales involucrados en las enfermedades; y se le dio mayor relevancia a los factores psicológicos involucrados en la salud y la enfermedad (Alonso, 2004; Cooke, Irby, Sullivan & Ludmerer, 2006).

Es en este contexto, es que tiene sentido que diversas disciplinas emergieran para atender las nuevas demandas de salud, fue así que surgen disciplinas como medicina conductual (Schwartz & Weiss, 1977; 1978), la psicología de la salud toma mucha mayor fuerza y se crea la división 38 dentro de la Sociedad Americana de Psicología (Matarazzo, 1980), se reconoce la importancia de los factores psicológicos en distintos padecimientos crónicos, como el cáncer (Holland & Rowland, 1989). E inclusive, se crean y toman fuerza nuevas especialidades médicas como los cuidados paliativos (Saunders, 2001), los cuales están enfocados a mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades terminales, sin alargar o acortar la muerte del paciente y en donde los factores sociales y psicológicos son especialmente relevantes para el abordaje de los pacientes y cuidadores primarios en situación de terminalidad.

De acuerdo con la OMS (2015), los cuidados paliativos son:

Un modo de abordar la enfermedad avanzada e incurable que pretende mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes que afrontan una

enfermedad como de sus familias, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento a través de un diagnóstico precoz, una evaluación adecuada y el oportuno tratamiento del dolor y de otros problemas tanto físicos como psicosociales y espirituales.

Los cuidados paliativos constituyen, un área reciente de trabajo multidisciplinario en el cual se trata de controlar el malestar físico, emocional y social que puede surgir en los pacientes o sus familiares cuando enfrentan una situación de terminalidad y especialmente, cuando la enfermedad terminal es de carácter oncológico. La psicología se encuentra en la posición de generar datos empíricos que permitan identificar el efecto la utilidad de diversas terapias que ayuden al control del distrés emocional del paciente en la terminalidad, ayudando así con evidencia empírica en la conformación de guías clínicas para el beneficio de los usuarios de los cuidados paliativos.

La ansiedad y la depresión, constituyen un par de grandes retos para el personal de cuidados paliativos, ya que se les identifican como los principales problemas emocionales que experimentan los pacientes con cáncer terminal, y los resultados de las investigaciones a nivel internacional hacen pensar que aún hay mucho campo de trabajo por hacer en esta área, es así, que el presente escrito, constituye un acercamiento desde la psicología cognitivo conductual, para el abordaje psicoterapéutico en pacientes mexicanos con cáncer terminal, los cuales por lo tardío de sus diagnósticos normalmente experimentan una muy avanzada etapa del cáncer, viven una gran cantidad de problemas físicos y de funcionalidad y además desarrollan problemas emocionales de difícil control. A lo largo de escrito se describirán las características, epidemiología, principales problemas del cáncer terminal, así como, las opciones con evidencia empírica para abordarlo, los problemas de la aplicación de dichas terapias en el paciente oncológico mexicano terminal y una propuesta de trabajo y la evaluación empírica de dicha propuesta, contribuyendo así, desde la trinchera psicológica en la intervención del fenómeno en el paciente mexicano terminal.

II.- Terapia cognitivo conductual breve domiciliaria para el manejo de la ansiedad y la depresión en pacientes con cáncer terminal

El concepto de cáncer terminal es utilizado para todos aquellos cánceres que no se les puede dar tratamiento curativo y únicamente se les trata con fines de control de síntomas, mientras paralelamente, se deja la libre evolución de la enfermedad hasta el fallecimiento del paciente en un período generalmente no mayor a seis meses (Brooksbank, 2009; Organización Mundial de la Salud [OMS] 2007).

Los datos más recientes indican que en el 2008 se diagnosticaron 12.7 millones de casos de cáncer de los cuales el 56% ocurrieron en países en vías de desarrollo. Ese mismo año 7.6 millones de personas fallecieron en el mundo debido a algún tipo de cáncer y el 64% de dichas muertes una vez más ocurrieron en países en vías de desarrollo (Jemal et al., 2011). El panorama actual muestra que existe una transición epidemiológica del cáncer que se caracteriza por la disminución de la enfermedad en países desarrollados y el incremento de la misma en países en vías de desarrollo (Jemal, Center, DeSantis, & Ward, 2010). De seguir la tendencia actual, para el año 2030, habrá 22 millones de nuevos casos de cánceres, de los cuales el 60% ocurrirán en países en vías de desarrollo (Bray, Jemal, Grey, Ferlay, & Forman, 2012; Jemal et al., 2011). En América Latina, se calcula que para el año 2020, habrá un incremento de la incidencia anual del 33%, lo que significa aproximadamente 17 millones de casos (Goss et al., 2013).

La Secretaría de Salud de México en su Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS, 2013), informó que el cáncer se encuentra entre las primeras tres causas de mortalidad entre los mexicanos (70 mil muertes por año), solo por debajo de la diabetes (80 mil muertes al año) y las enfermedades isquémicas del corazón (71 mil muertes al año). Si se toma en cuenta la proyección de crecimiento del cáncer a nivel mundial, no sería extraño entonces que esta enfermedad en poco tiempo se convirtiera en la segunda o primera causa de muerte en nuestro país.

Los problemas que experimentan las personas con cáncer terminal van más allá de los números previamente presentados, en una revisión reciente que tuvo como objetivo obtener la prevalencia de síntomas en 25,074 pacientes con cáncer no curable, se encontró

que la fatiga, dolor, falta de energía, debilidad y pérdida de apetito se presentaban en más del 50% de los pacientes (Teunissen et al., 2007).

Algunos de los principales síntomas antes mencionados coinciden con los descritos por Laugsand et al. (2009) quienes realizaron un estudio multicéntrico que tenía como objetivo describir la intensidad y tratamiento de síntomas físicos en pacientes europeos en cuidados paliativos, en el estudio participaron 143 unidades y tuvieron una muestra de 3,030 pacientes. Los síntomas que coincidieron fueron astenia (debilidad y fatiga), anorexia, constipación, falta de coordinación y dificultades para respirar (disnea). Recientemente, una revisión sistemática describió que la fatiga, el dolor, la astenia, la constipación y la anorexia, fueron los síntomas más comunes en pacientes adultos mayores con cáncer terminal (Van Lancker et al., 2014). Es así que los pacientes en situación de cáncer terminal experimentan una gran cantidad de síntomas físicos, siendo los relacionados con la debilidad y dolor los más frecuentes.

La ansiedad y depresión son los síntomas emocionales más comunes en pacientes con enfermedades en etapa terminal y en específico cáncer terminal (Laugsand et al. 2009; Teunissen et al., 2007; Van Lancker et al., 2014). Wasteson et al. (2009) comentan que no es posible tener un porcentaje de depresión sin considerar cómo se entiende al concepto, el método utilizado para evaluarlo, las variaciones del instrumento (aunque sea el mismo) en distintos países y sus distintos puntos de corte, así como los objetivos y diseños de los distintos estudios que han evaluado la depresión y de la dificultad que conlleva el consenso de cómo entender la depresión en la población paliativa. Aunque la autora no se enfoca en el estudio de la ansiedad, los criterios que menciona pueden aplicarse a la misma.

Es así, que en aquellos estudios en los que la depresión se aborda como un trastorno acorde con criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (por sus siglas en inglés DSM-IV, López-Ibor y Valdés, 2002) se han reportado rangos de prevalencia que oscilan entre el 9% y el 16% (Mitchell, 2011). Cuando se trata como un problema del estado de ánimo medido por preguntas directas (ejemplo: ¿estás deprimido?), se obtiene una media del 40% de prevalencia (Hotopf, Chidgey, Addington-Hallm, & Ly, 2002). Cuando se explora la presencia de sintomatología depresiva a través de cuestionarios con propiedades psicométricas se obtiene una media de 29% (Hotopf et al., 2002).

La ansiedad se ha reportado como el problema emocional más común que enfrentan los pacientes con cáncer terminal, se calcula que se presenta en un rango del 7% al 48% (Mitchell et al., 2011; Spencer, Nilsson, Wright, Pirl, & Prigerson, 2010). Cuando se mide con el DSM-IV, dos estudios reportan porcentajes de 7,6% y 9,8% de ansiedad (Mitchell et al., 2011; Spencer et al., 2010). Pero cuando se mide por medio de instrumentos de auto-reporte o preguntas directas, se presentan porcentajes entre el 18% y 48% (Laugsand et al. 2009; Teunissen et al., 2007).

Independientemente de los diversos porcentajes obtenidos a partir de los diferentes criterios de evaluación, parece claro que tanto la ansiedad como la depresión, se han convertido en los problemas emocionales más comunes entre los pacientes que reciben atención médica por cáncer terminal. Lo anterior representa un doble problema, el primero es la ansiedad y depresión como reacciones negativas a tratar para el control y alivio de las mismas. El segundo, es que los pacientes que presentan ansiedad, depresión o su combinación, suelen informar mayor frecuencia e intensidad de distintos síntomas físicos, en comparación de aquellos pacientes que no las presentan (Delgado-Guay, Parsons, Li, Palmer & Bruera, 2009; Lloyd-Williams, Dennis & Taylor, 2004). Sin embargo, actualmente también existen trabajos que aseguran que dicha relación no existe (Kai-hoy, Wong, Lo & Woo, 2000; Teunissen, de Graeff, Voest, & de Haes 2007). Un estudio con población mexicana, describió que tanto la ansiedad como la depresión se relacionan con la presencia e intensidad de síntomas físicos como: dolor, debilidad, ansiedad, náusea, problemas bucales, insomnio y anorexia (Landa-Ramírez, Pérez-Sánchez, Sánchez-Román y Covarrubias, 2014). Es claro que existen una mayor cantidad de trabajos que mencionan la relación entre la ansiedad, la depresión y los síntomas físicos, una razón que podría explicar por qué en dos trabajos no se encontraron dichas relaciones, es el tipo de instrumentos y sus diversas características que se emplearon para evaluar dichas variables.

Los tratamientos médicos con antidepresivos, ansiolíticos o benzodiazepinas constituyen en la población con cáncer terminal, la primera línea para tratar los problemas del estado de ánimo (Rayner, et al., 2011; Rayner, Price, Hotopf & Higginson, 2011) sin embargo, el paciente padece tantos síntomas que corre el riesgo de consumir una gran

cantidad de medicamentos, haciendo más costoso y complicado el tratamiento de sus síntomas además incrementa la probabilidad de efectos secundarios asociados a los medicamentos que consume (Henderson, MacGregor, Sykes & Hotopf, 2006; Roth & Massie, 2007).

En el caso de la depresión en cáncer terminal, una revisión sistemática mostró que las psicoterapias tienen moderada evidencia de su efectividad para tratar el estado de ánimo depresivo y carecen de evidencia para poder hablar de su efectividad en pacientes con depresión diagnosticada de manera clínica, por lo cual se recomienda su uso junto con medicamentos (Akechi, Okuyama, Onishi, Morita & Furukawa, 2008). Sin embargo, en dicha revisión el concepto psicoterapia fue utilizado para referirse a una amplia gama de intervenciones, entre ellas la terapia cognitivo conductual ([TCC] Edelman, Bell & Kidman, 1999) terapia de consejería (Linn, Linn, & Harris, 1982), terapia de apoyo psicosocial individual o grupal (Classen et al., 2001; Goodwin, 2001; Spiegel, Bloom, & Yalom, 1981) o se utilizó para referirse a técnicas psicológicas como la hipnosis (Laidlaw, Bennett, Dwivedi, Naito, & Gruzelier, 2005; Lioffi & White, 2001) solución de problemas (Wood & Mynors-Wallis, 1997) imaginación guiada y relajación muscular (Sloman, 2002). El problema de utilizar diferentes terapias como si fueran una sola psicoterapia es que en muchas de ellas, no se comparten los principios epistemológicos, ontológicos, teóricos y tecnológicos, por lo cual constituye un error realizar dicha mezcla.

De acuerdo con un par de revisiones (Candy, Jackson, Jones, Tookman, & King, 2012; Jackson & Lipman, 2004) no existen datos claros sobre la efectividad de los medicamentos o de la psicoterapia para el manejo de la ansiedad en pacientes en fase terminal; aún así se ha recomendado usar medicamentos como inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y benzodiazepinas junto con psicoterapia para el tratamiento del síntoma (Miovic & Block, 2007; Roth & Massie, 2007). De igual forma que en la depresión, el uso del término psicoterapia se ha empleado para abarcar una gran cantidad de intervenciones entre ellas la terapia de grupo expresiva (Classen et al., 2001) TCC (Edelman et al., 1999) o la terapia de apoyo psicosocial (Goodwin, 2001).

Dos trabajos han recomendado utilizar la TCC como primera línea de tratamiento psicológico para abordar a la ansiedad y depresión en poblaciones oncológicas (Rayner, et al., 2011; Traeger, Greer, Fernandez-Robles, Temel, & Pirl, 2012). En el caso de la población oncológica terminal, una revisión narrativa reportó que la TCC ha tenido efectos positivos para tratar ambos problemas; siendo la ansiedad la que ha reportado mejores resultados que la depresión, sin embargo, dichos efectos parecen mantenerse únicamente en la post evaluación y no se pueden hacer conclusiones en los seguimientos, debido a que se reportan muertes experimentales mayores al 60% de los participantes en los estudios (Greer et al., 2012; Landa-Ramírez, Greer, Vite-Sierra, Sánchez-Román y Riveros-Rosas, 2014; Moorey et al., 2009). Llama la atención que en las investigaciones se tuvieron que adecuar los componentes de la TCC a las necesidades y características de los pacientes, por lo cual, se redujo la duración de la TCC a un promedio de 6.8 sesiones, se adaptaron componentes particulares a los miedos de los pacientes y se adecuó la terapia al nivel de funcionalidad de los pacientes.

En el caso del contexto mexicano, un estudio reportó que los pacientes con cáncer terminal tuvieron una media de nivel de funcionalidad de 53/100 en la escala de funcionalidad paliativa (por su siglas en inglés PPS) cuando asistieron por primera vez a su consulta de cuidados paliativos; lo que representa para el paciente un nivel de funcionalidad reducido, con poca movilidad y posibilidad de trabajar o realizar actividades diarias (Landa-Ramírez et al., 2014). De igual forma, los pacientes, presentaron varios síntomas físicos, entre ellos: la debilidad, el dolor, la somnolencia, disnea, anorexia y náusea; y se describió que los pacientes reportaron altos niveles de ansiedad (40%) y de depresión (67%) (Covarrubias-Gómez, Hernández-Martínez, Ruiz-Ramírez, & Collada-Estrada, 2014; Landa-Ramírez et al., 2014).

Las condiciones particulares de los pacientes mexicanos, difieren de las características de los pacientes en que se han realizados las investigaciones de TCC y cáncer terminal a nivel internacional; primordialmente en el hecho de que los pacientes mexicanos tienen un bajo nivel de funcionalidad, poca posibilidad de movilidad y menor expectativa de vida. Lo anterior se relaciona con diagnóstico tardío por la identificación de

la enfermedad del paciente hasta etapas muy avanzadas (Goss et al., 2013). Dichos datos suponen condiciones muy diferentes de los pacientes oncológicos terminales, oscureciendo la pertinencia de los hallazgos sobre aplicación clínica de la información reportada en los estudios internacionales para pacientes mexicanos y demanda la implementación y evaluación de estrategias adecuadas a las necesidades de la población en particular.

Con base en la literatura, la TCC vía remota se podrían implementar para trabajar con la población de cáncer terminal con las características extremas previamente descritas, aplicada por teléfono o videoconferencia (Cluver, Schuyler, Frueh, Brescia, & Arana 2005; Kornblith et al., 2006). Sin embargo, para aplicar la TCC vía remota, se necesita de condiciones tecnológicas y económicas que una gran cantidad de pacientes mexicanos con cáncer terminal que asisten a hospitales públicos de México no tienen, ya que de acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2008) al menos 53.8 millones de mexicanos viven en pobreza o pobreza extrema, por lo cual no tienen ingresos con los que puedan cubrir sus necesidades básicas en la salud, transporte, educación, alimentación, vivienda y vestido.

Una opción viable para trabajar con esta población, sería la aplicación de TCC a través de la visita domiciliaria, disminuyendo así, la probabilidad de que se pierdan sesiones porque el paciente no pudo asistir al hospital ya sea por enfermedad o por falta de recursos económicos (Anderson, Watson, & Davidson, 2008). La TCC impartida en casa ha sido reportada como una opción viable (Carter, Mikan, & Simpson, 2009) y en el contexto paliativo, Moorey et al. (2009) reportaron que la TCC impartida de manera domiciliaria disminuía la ansiedad en los pacientes con cáncer terminal que las recibían, aunque no del todo a la depresión. Si bien la TCC domiciliaria, parece ser una opción promisorio para aplicarse en la población mexicana, no existen datos empíricos que posibiliten identificar los efectos de dicha modalidad de terapia en pacientes con cáncer terminal de México, por tal razón en el presente trabajo se tuvo como objetivo evaluar el efecto de la TCC breve domiciliaria sobre la ansiedad y depresión en pacientes con cáncer terminal.

Método

Diseño

Se utilizó un diseño experimental de línea base múltiple no concurrente entre participantes (A-B; Kazdin, 2011) con seguimientos hasta de un mes; o antes si la salud de los pacientes empeoraba. Se decidió utilizar este diseño debido a que se ha reportado como una opción válida para evaluar efectos de intervenciones de TCC en distintos problemas (Feldner, Smith, Monson, & Zvolensky, 2013; Lumpkin, Silverman, Weems, Markham & Kurtines, 2002), además de que el tiempo de vida tan corto de los pacientes con cáncer terminal en México podría ocasionar que fallecieran los pacientes esperando que se completaran las líneas bases concurrentes de los otros participantes.

La fase A, correspondió a la línea base: en un primer momento se realizó una evaluación retrospectiva de los últimos siete días tanto de la ansiedad como de la depresión de los pacientes al momento de la primera evaluación, dicha evaluación se realizó por medio del el cuestionario HADS. Posteriormente, se realizó la línea base de manera convencional, y se asignó aleatoriamente entre los participantes la misma para determinar la duración de las líneas bases.

Durante esta fase, no se dio ningún tipo de intervención, pero se entrenó al participante y cuidador primario para que llenaran sus diarios de actividades de manera diaria y el cuestionario HADS de manera semanal. Una vez terminada la línea base, se inició con los componentes de la intervención, los cuales se impartieron en el hogar del paciente con una duración aproximada de dos a tres semanas, dos sesiones psicológicas por semana (fase B). Durante la fase B y una vez terminada la misma, los pacientes continuaron llenando sus registros de comportamientos, pensamientos, y estado de ánimo de ansiedad y depresión de manera diaria; también llenaron el cuestionario HADS de manera semanal hasta que sus salud se los permitiera o como máximo un mes.

El estudio fue evaluado y aceptado por el comité de investigación y ética del Hospital General Manuel Gea González, con el número de registro: 47-01-2014.

Participantes

En un estudio previo que utilizó el diseño de línea base múltiple concurrente en población con cáncer terminal, se trabajó con seis participantes y debido al tiempo de espera y lo avanzado de la enfermedad de los pacientes, se reportó la muerte experimental de dos de ellos (Lévesque, Savard, Simard, Gauthier, & Ivers, 2004). Dado el tiempo de vida reportado en pacientes con cáncer terminal en México, se decidió utilizar la línea base múltiple no concurrente de máximo 3 participantes para disminuir la muerte experimental durante el estudio, de igual forma, se propuso realizar el estudio, con 9 pacientes, número que se conseguiría realizando tres “series” de líneas base múltiple: línea base 1 (cinco días) línea base 2 (diez días) línea base 3 (quince días). Se utilizó aleatorización simple computarizada para asignar a los participantes a cada una de sus líneas base, se utilizó el programa <http://www.randomization.com> para la aleatorización en cada uno de los bloques (véase tabla 1).

Tabla 1.- Días y secuencia de aleatorización por bloque

Bloque	Aleatorización
1	Línea base de 5 días Línea base de 10 días Línea base de 15 días
2	Línea base de 15 días Línea base de 10 días Línea base de 5 días
3	Línea base de 15 días Línea base de 5 días Línea base de 10 días

En el período de enero 2014 a marzo de 2015, se recibieron 117 pacientes con cáncer terminal en la clínica del dolor y cuidados paliativos del Hospital General Manuel Gea González. Se evaluó si cumplían con los siguientes criterios de inclusión: pacientes mayores a 18 años, con diagnóstico de cáncer terminal, con ansiedad y/o depresión acorde a puntajes HADS para población mexicana (Depresión 7; ansiedad 8). Se excluyeron los

pacientes si presentaban un nivel de funcionalidad bajo (igual o menor a 30) medido por la escala funcional paliativa (PPS), si presentaban confusión, medido por medio del mini mental para pacientes geriátricos > de 65 años) puntaje de 24/35; el punto de corte para pacientes no geriátricos (menor de 65 años) fue de 28/35. Si presentaban delirium medido por medio de la escala diagnóstica de delirium (CAM) o que estuvieran recibiendo algún tratamiento psicoterapéutico.

108 pacientes no cumplieron con los criterios de ingreso al protocolo de investigación, las principales razones fueron: sin evaluación debido a lo avanzado de la enfermedad (90), paciente en delirium (4), sin ansiedad o depresión (5), no vivían en el área metropolitana (3), no quisieron entrar al protocolo (1), ya recibían apoyo psicológico (1), no escuchaba (1), sin cáncer terminal (3).

Nueve pacientes cumplieron los criterios de inclusión y participaron en el estudio, sus principales características fueron: seis mujeres y tres hombres; tres presentaron únicamente depresión, y seis depresión y ansiedad; la edad promedio fue de 63.33 años (rango: 40-83 años); el promedio de sobrevivida fue de 119.75 días o 3.9 meses (véase tabla 2).

Variables.

Depresión: El concepto puede hacer referencia a un problema psiquiátrico “depresión mayor” identificado a partir de la conjunción de cierto número de síntomas (cinco de nueve síntomas, caracterizados por anhedonia, disminución o falta de actividades que el paciente realiza, síntomas físicos y síntomas cognitivos) en un periodo (15 días o más, DSM-IV). También, puede hacer referencia a un estado de ánimo caracterizado por un predominio de anhedonia dejando de lado la identificación de la depresión por medio de la disminución de actividades, estado físico o cognitivo (Landa-Ramírez, Cárdenas-López, Greer, Sánchez-Román, & Riveros-Rosas, 2014; Vodermaier, Linden, & Siu, 2009).

Tabla 2.- Características de los participantes

Paciente	Cáncer primario	Nivel de funcionalidad (PPS)	Estudios	Tratamiento	Tiempo de sobrevida
1.- Mujer 81 años. Católica Bloque 1 Línea base 1. Depresión	Cáncer renal con metástasis a pulmón e hígado.	40: mayoritariamente en cama, sin movilidad de la pierna y el brazo derecho. Movilidad reducida del brazo izquierdo y sin fuerza para sostener cosas.	Primaria incompleta	Primordialmente Morfina/dolor. Sin anti depresivos o ansiolíticos.	Se le evaluó por primera vez el 13-03-14. Falleció el 09-06-14. 2 meses y 22 días. 88 días.
2.- Mujer 49 años. Católica Bloque 1 Línea base 2. Depresión y ansiedad	Cáncer cervicouterino con metástasis a estómago y con nefrostomía percutánea	PPS: 60: Incapacidad para realizar actividades en el hogar. Deambulacion lenta y reducida.	Primaria incompleta	Primordialmente Morfina/dolor. Sin anti depresivos o ansiolíticos	Se le evaluó por primera vez el 12-03-14. Falleció el 16-05-14. 2 meses y 3 días. 64 días.
3.- Masculino 69 años. Cristiano Bloque 1 Línea base 3. Depresión y ansiedad	Cáncer de colón con metástasis a hígado	PPS: 60: Incapacidad para realizar actividades en el hogar. Deambulacion lenta y reducida.	Primaria incompleta	Primordialmente Morfina/dolor y para las náuseas. Sin anti depresivos o ansiolíticos	Se le evaluó por primera vez el 13-03-14. Falleció el 31-05-14. 2 meses y 18 días. 79 días.
4.-Masculino 44 años. Católico. Bloque 2 Línea base 3. Depresión y ansiedad	Cáncer de páncreas con metástasis a hígado.	PPS: 90: Sin evidencia de enfermedad	Preparatoria	Primordialmente Morfina/dolor y para las náuseas. Con ISRS para la depresión y ansiedad. Recibe quimioterapia paliativa (Cisplatino).	Se le evaluó por primera vez el 30-04-14. Falleció el 26-02-15. 9 meses y 25 días. 302 días.

Paciente	Cáncer primario	Nivel de funcionalidad (PPS)	Estudios	Tratamiento	Tiempo de sobrevida
5.-Mujer 65 años. Católica. Bloque 2 Línea base 2. Depresión	Cáncer de páncreas con metástasis a tiroides.	PPS, 80: Actividad normal con esfuerzo, alguna evidencia de la enfermedad.	Primaria incompleta	Primordialmente Morfina/dolor y para las náuseas. Sin anti depresivos o ansiolíticos	Se le evaluó por primera vez el 19-05-14. Falleció el 31-07-14. 2 meses y 3 días. 64 días.
6.- Mujer 83 años. Católica. Bloque 3 Línea Base 1. Depresión	Cáncer cervicouterino con metástasis a vertebras.	PPS, 50: Principalmente en sillón y cama. En el transcurso de las sesiones sufrió colapso de vertebrae, lo cual la mantuvo mayoritariamente en cama.	Carrera Técnica	Primordialmente Morfina/dolor. Sin anti depresivos o ansiolíticos	Se le evaluó por primera vez el 10-07-14. No ha Fallecido
7.- Hombre 63 años. Creyente. Bloque 3 Línea base 3. Depresión y ansiedad	Cáncer de hígado con metástasis a estómago.	PPS, 70: Incapacidad para trabajar en el hogar, evidencia significativa de la enfermedad.	Primaria	Primordialmente Tramadol y Morfina/dolor y para las náuseas. Sin anti depresivos o ansiolíticos	Se le evaluó por primera vez el 07-11-14. Falleció el 16-04-15. 5 meses y 9 días. 160 días.
8.- Hombre 76 años. Católico. Bloque 3 Línea base 2. Depresión y ansiedad	Cáncer de hígado con metástasis a estómago.	PPS, 80: Actividad normal con esfuerzo, alguna evidencia de la enfermedad.	Primaria	Primordialmente Pubrenorfina /dolor y Fluoxetina 20 mg. al día.	Se le evaluó por primera vez el 11-01-15. Falleció el 10-04-15. 2 meses y 24 días. 89 días.
9.- Mujer 40 años. Católica. Bloque 3 Línea base 1. Depresión y ansiedad	Cáncer de ovario con metástasis a útero.	PPS, 50: Principalmente en sillón y cama	Carrera técnica	Primordialmente Morfina/dolor y senósidos.	Se le evaluó por primera vez el 26-01-15. No ha Fallecido.

Dado que los pacientes en cuidados paliativos suelen experimentar síntomas como cansancio, problemas cognitivos o disminución de actividades por el simple hecho de estar enfermos y no necesariamente deprimidos, en este estudio se concibió la depresión como la evaluación del estado de ánimo caracterizado por la anhedonia en el paciente con cáncer terminal evaluada por medio del HADS. De igual forma, se llevaron a cabo registros comportamentales de la frecuencia de pensamientos negativos y frecuencia de actividades comportamentales acorde al estado físico de los pacientes.

Ansiedad

La ansiedad se ha descrito como un problema psiquiátrico denominado de manera genérica “trastornos de ansiedad” con diferentes sub clasificaciones tales como: trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad generalizada, entre otros. De manera general se caracteriza por un estado displacentero de miedo o aprensión, que se presenta en ausencia de un peligro o amenaza identificable, o bien cuando dicha alteración es desproporcionada en relación a la intensidad real de la situación. Se caracteriza por una gran variedad de síntomas somáticos como palpitaciones, temblores, rigidez muscular, hiperventilación, sudoraciones, piloerección. También se identifican síntomas cognitivos como pensamientos relacionados con aprensión, preocupación, dificultades para concentrarse, inquietud, preocupación exagerada de muerte e hipervigilancia, entre otros (Stark et al., 2002).

Al igual que la depresión, la ansiedad como problema psiquiátrico es difícil de evaluar en pacientes en cuidados paliativos, ya que resulta complicado juzgar cuándo la ansiedad es desproporcionada a la amenaza real de la enfermedad terminal (Greer, Park, Prigerson, & Saffren, 2010; Stark & House, 2000). La opción que se propone es evaluar a la ansiedad como estado de ánimo ansioso retomando síntomas cognitivos y físicos primordialmente dejando de lado el carácter real o imaginario de las amenazas del paciente. En este estudio la ansiedad fue evaluada por medio del instrumento HADS considerando a un paciente con estado de ánimo ansioso si obtiene una puntuación mayor o igual a 8 en la subescala de ansiedad (véase descripción del instrumento HADS más adelante). De igual

forma, se realizaron registros comportamentales de la frecuencia de pensamientos negativos y frecuencia de actividades comportamentales acorde al estado físico de los pacientes.

Instrumentos

Se recolectaron datos médicos y sociodemográficos a partir de una entrevista semiestructurada creada “ex profeso” para su aplicación en pacientes con cáncer terminal. Se utilizó el expediente médico clínico de los pacientes para corroborar información, así como para obtener datos sobre el estatus de funcionalidad e informe de síntomas físicos.

Con base en dos revisiones (Vodermaier et al., 2009; Wasteson et al., 2009), se decidió evaluar las variables de interés combinando preguntas de uno o dos reactivos, instrumentos de auto reporte y registros comportamentales. A continuación se hará una descripción de los mismos (véase anexos para identificar los instrumentos).

Preguntas de dos reactivos de ansiedad y depresión: Se midió por medio del sistema de evaluación de síntomas de Edmonton (por sus siglas en inglés, ESAS). Es una escala en la que se evalúan los nueve primordiales síntomas que se presentan en pacientes paliativos, así como, la intensidad de los mismos (Bruera, Kuehn, Miller, Selmsler & Macmillan, 1991; Chang, Hwang, Feuerrman, 2000). En México se utiliza una versión que evalúa diez síntomas: (Ansiedad, depresión, dolor, debilidad, anorexia, somnolencia, disnea, náusea, bienestar e insomnio) la intensidad de cada síntoma se evalúa por medio de una escala numérica que va del 0 (ausencia del síntoma) al 10 (la peor gravedad posible). Para decir que un síntoma está presente, el paciente debe de hacer referencia a que tiene el síntoma en al menos una intensidad igual o mayor a 1. Noguera et al. (2009) recomiendan para las poblaciones hablantes del castellano, usar el término “desanimado” en lugar de “deprimido” ya que existe una connotación cultural negativa con respecto al segundo término que ocasiona que los pacientes no reporten sentirse de esa manera.

Diario de actividades y pensamientos: es un diario en el cual se le pidió a los paciente que anotaran –por pequeñas o breves que sean- la frecuencia de actividades lúdicas o de ayuda que realizaban en el hogar o en su vida diaria. De igual forma, se le

pidió que escribieran la frecuencia de pensamientos negativos que estaban asociados con la depresión y ansiedad. Finalmente, se les pidió a los pacientes que registraran los eventos tanto positivos como negativos más significativos en su vida diaria, lo anterior tuvo la finalidad de llevar un registro de eventos que permita identificar posible explicaciones en datos anómalos durante la investigación. Registros similares han sido utilizado en estudios con pacientes con cáncer terminal (Lévesque et al., 2004).

Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS, por sus siglas en inglés) Es una escala ampliamente utilizada para medir el estado de ánimo ansioso o deprimido en pacientes en cuidados paliativos, y aunque recientemente se ha cuestionado su uso en la práctica clínica diaria (debido a tres factores: el tiempo que toma contestar el instrumento, respuestas inversas que aumenta la complejidad de calificación y la entre mezcla de los reactivos de ansiedad y depresión que hacen más difícil identificar las puntuaciones), sigue siendo el instrumento que más se utiliza en la práctica clínica y de investigación (Mitchell, Meader & Symonds, 2010), consta de 14 reactivos (7 para ansiedad, 7 para depresión) tipo Likert de 4 opciones de respuesta, la calificación de cada reactivo entre los valores 0 y 3. En México se ha realizado la aplicación y validación de esta escala obteniendo un punto de corte para depresión de 7, y un punto de corte de 8 para ansiedad (López- Alvarenga, et al., 2002).

De igual forma, se decidió utilizar otros instrumentos para evaluar el nivel de funcionalidad del paciente, así como, el nivel de confusión de los pacientes. A continuación, la descripción de ambos:

Escala paliativa de desempeño (por su siglas en ingles, PPS) Es una escala que primordialmente se usa para evaluar el nivel de funcionalidad del paciente paliativos (Anderson, Downing, Hill, Casorso & Lerch, 1996). Más recientemente se ha documentado su utilidad para predecir el tiempo de vida de los pacientes (Lau et al., 2009). Las escalas evalúan cinco áreas (deambulacion, actividad y evidencia de enfermedad, autocuidado, ingesta y nivel de conciencia). Se califica identificando en cada una de las cinco áreas qué porcentaje (0-100%) de actividad puede realizar el paciente, es así, que de las cinco áreas

habrá cinco puntajes (por ejemplo: deambulaci3n 40%, actividad y evidencia de enfermedad 50%, autocuidado 50%, ingesta 30% y nivel de conciencia 40%), el 1rea que puntu3 m1s bajo es el porcentaje que se toma en cuenta para determinar el nivel de funcionalidad en ese momento (en el caso del ejemplo el puntaje tomado ser1a el de 30%)

Test mini examen cognitivo Minimental: Es una escala estructurada que se utiliza para detectar el avance o progreso de trastornos cognitivos asociados a enfermedades cr3nicas por medio de la evaluaci3n de 5 1reas: orientaci3n, fijaci3n, concentraci3n y c1lculo, memoria y lenguaje (Folstein, Folstein & McHugh, 1975). Existe una versi3n adaptada al castellano cuya sensibilidad es del 89,8% y una especificidad del 75,1%. El punto de corte es: pacientes geri1tricos (> de 65 a1os), de 24/35 y para paciente no geri1trico (menor de 65 a1os) es de 28/35 cuando los puntajes son menores a los especificados se considera que el paciente presenta alteraciones cognitivas (Lobo et al., 1999).

M3todo de Valoraci3n de la Confusi3n: (por sus siglas en ingl3s CAM) Es un instrumento de cuatro reactivos con respuestas categoriales (lo presenta o no lo presenta) ampliamente utilizado en la pr1ctica cl1nica y en la investigaci3n para identificar de manera r1pida y sencilla a pacientes con delirium. Se ha reportado que tiene una sensibilidad entre el 94-100% y una especificidad del 89-95% (Wei, Fearing, Eliezer, Sternberg, & Inouye, 2008).

Escenarios:

La terapia se impartió en el domicilio de los pacientes, los cuales se encontraba en el 1rea metropolitana de la Ciudad de M3xico (Magdalena Contreras, Ecatepec, Chimalhuac1n, Iztapalapa, Nezahualc3yotl, Benito Ju1rez y Tlalpan). En ocho de los nueve pacientes, los domicilios fueron las casas de los mismos y solo en un caso, el domicilio fue un asilo privado de ancianos. La terapia se impartió mayoritariamente en las salas de las casas y en algunos casos (si el paciente se encontraba muy cansado o no se pod1a mover) en el cuarto del paciente. Todos los domicilios contaban con servicios b1sicos (luz, agua, drenaje y tel3fono). Para llegar a los hogares, se buscaron las direcciones en internet

(google maps), se usaron servicios de GPS (Waze) y se transportó al equipo en carros particulares o en transporte público (metros y microbuses). En promedio el menor tiempo de recorrido del hospital a la casa del paciente fue de 25 minutos y el más largo fue de 70 minutos. Para los pacientes que vivían en Chimalhuacán y Nezahualcóyotl, fue necesario utilizar autopistas privadas (Circuito Exterior Mexiquense) para poder acceder más rápido a los hogares.

Procedimiento

Pre tratamiento

Se corroboró por medio de una entrevista y por medio de la evaluación que los pacientes cumplieran con los criterios de inclusión. Si los pacientes aceptaban participar en la investigación, se les pedía que leyeran y firmaran el consentimiento informado. De igual forma, se aplicaron los registros retrospectivos del HADS en línea base; y se entrenó a los participantes y cuidadores primarios, para pudieran llenar los registros de la línea base. La evaluación se realizó en la consulta externa o en hospitalización, en aquellos pacientes que hacían uso del servicio de la clínica de dolor y cuidados paliativos del Hospital General Manuel Gea González.

Tratamiento

El tratamiento fue impartido por el titular de la presente investigación y fue ayudado por psicólogos de la clínica de dolor y paliativos. Antes de ayudar en el tratamiento, los psicoterapeutas recibieron entrenamiento en práctica basada en la evidencia y en aspectos psicológicos en pacientes oncológicos y paliativos. Los psicoterapeutas, leyeron el manual de tratamiento de la intervención (Landa-Ramírez, no publicado) en el que podían consultar las técnicas empleadas en cada sesión de la terapia.

Dado el avance de la enfermedad de los pacientes y su poco nivel de funcionalidad la intervención se adecuó para ser impartida en corto tiempo, en promedio se dio en 4.6 sesiones (rango 4-6 sesiones) las cuales se impartieron en promedio en 19 días (rango 11-26

días: 2.8 semanas) con una duración de 101 minutos (rango de 90 a 180 minutos). Aunque originalmente estaba contemplado impartir la terapia únicamente al paciente, con ocho de los nueve pacientes ocurrió que a la terapia asistieron familiares (esposas, hermanas, hijas, sobrinas) por lo cual en las sesiones siempre hubo cuidadores primarios que las tomaron. Con algunos pacientes, los familiares pidieron una sesión informativa de cáncer terminal exclusiva para ellos. De igual forma, con una de las pacientes se integró el componente de cómo hablar de la muerte con mi hijo de tres años, ya que su principal preocupación relacionada con la ansiedad era cómo su hijo iba a tomar su muerte. Finalmente la terapia se impartió en cualquier día de la semana que funcionara para el paciente (incluyendo fines de semanas, véase tabla 3).

Con respecto a los contenidos, la intervención cognitivo conductual estuvo conformada por cuatro módulos, los cuales se impartía por sesión, sin embargo, en caso de ser necesario, un contenido se podía retomar varias veces para que le quedara claro al paciente y cuidadores. A continuación, se hará una descripción general de las principales características de los módulos (para una descripción exhaustiva de los módulos véase el manual de tratamiento).

Módulo 1.- Psicoeducación y principios de la terapia cognitivo conductual en cáncer terminal.

Este módulo tuvo tres objetivos primordiales:

- 1.-Se trabajó en el desarrollo del vínculo terapéutico entre el paciente y el terapeuta a través de las metas en común, la empatía y la alianza.
- 2.-Que el paciente identificará la información sobre la relación entre el cáncer terminal y los estados de ánimos ansiosos y deprimidos, así como, la relación que existe con sus pensamientos, comportamientos y emociones.
- 3.-El paciente o cuidador primario desarrollaran habilidades para poder llenar los registros de estado de ánimo.

Se ocupó una sesión para dar los contenidos de este módulo, la sesión posterior a los contenidos del módulo uno siempre comenzó recordando los contenidos vistos. Véase la sección de resultados para identificar las sesiones y el tiempo que se utilizó en cada sesión.

Tabla 3.- Características de la terapia por paciente

Paciente	Número de sesiones	Principales componentes utilizados	Promedio Duración de la terapia días	Promedio Duración de la sesión minutos	Comentarios
1.- Mujer 81 años. Católica Línea base 1. Depresión	4 sesiones de TCC + 1 sesión informativa exclusiva para familiares.	Psicoeducación de pensamientos emociones y conductas (1 sesión) Relajación autógena (1 sesión) Modificación de pensamientos negativos (2 sesiones) Información para los familiares (1 sesión)	16 días. 2.2 semanas	105.5 minutos rango de 90-120 minutos	La paciente mostró problemas para entender y recordar la relación entre pensamientos y emociones, los hijos se encargaron de continuamente recordárselos.
2.- Mujer 49 años. Católica Línea base 2. Depresión y ansiedad	4 sesiones de TCC + 1 sesión post mortem para los familiares.	Relajación autógena + imaginación guiada (1.5 sesiones). Psicoeducación de pensamientos emociones y conductas (1 sesión) Modificación de pensamientos negativos (1 sesión) Estrategias para el manejo de síntomas físicos y activación comportamental (1 sesión) Información post mortem para los familiares (1 sesión)	18 días. 2.5 semanas	97.5 minutos Rango 90-120 minutos	En la última sesión, la paciente se mostró muy cansada.
3.- Masculino 69 años. Cristiano. Línea base 3. Depresión y ansiedad	4 sesiones de TCC	Psicoeducación de pensamientos emociones y conductas (1 sesión) Relajación autógena + respiración de labios fruncidos (1.5 sesiones). Modificación de pensamientos negativos (1 sesión) Estrategias para el manejo de síntomas físicos y activación comportamental (1 sesión)	11 días. 1.5 semanas	112.5 minutos Rango de 90-180 minutos.	Hubo muchas quejas por parte del paciente y familiares de que los oncólogos no les habían dado una información clara de la enfermedad. El paciente mostró problemas para entender y recordar los la relación entre pensamientos y emoción, la esposa y nueras se encargaron de continuamente recordárselos.

Paciente	Número de sesiones	Principales componentes utilizados	Promedio Duración de la terapia días	Promedio Duración de la sesión minutos	Comentarios
4.- Masculino 44 años. Católico. Línea base 3. Depresión y ansiedad	5 sesiones de TCC + 1 sesión informativa para los familiares.	Relajación autógena + imaginación guiada (1.5 sesión). Psicoeducación de pensamientos emociones y conductas (1 sesión) Modificación de pensamientos negativos (1 sesión) Estrategias para el manejo de síntomas físicos y activación comportamental(1 sesión) Solución de problemas (1 sesión) Información de cáncer terminal para los familiares (1 sesión)	26 días. 3.7 semanas	102 minutos. rango 90-150	En las primeras dos sesiones, el paciente vomitaba constantemente durante las mismas, por eso se decidió utilizar la relajación para ayudar al control de náusea y vómito. La imaginación guiada, le ayudó a poder “ir” a lugares que les gustaban mucho o a olvidarse de todo por un momento (Sic paciente).
5.-Mujer 65 años. Católica. Línea base 2. Depresión	5 sesiones de TCC	Relajación autógena + respiración diafragmática (2 sesiones). Psicoeducación de pensamientos emociones y conductas (1 sesión) Estrategias para el manejo de síntomas físicos y activación comportamental(1 sesión) Modificación de pensamientos negativos (1 sesión)	27 días. 3.8 semanas	90 minutos	En la última sesión la paciente se mostró más calmada pero con náusea exacerbada
6.- Mujer 83 años. Católica. Línea Base 1. Depresión	6 sesiones	Psicoeducación de pensamientos emociones y conductas (1 sesión) Relajación autógena + respiración de labios fruncidos (1.5 sesiones). Modificación de pensamientos negativos (2 sesiones) Estrategias para el manejo de síntomas físicos y activación comportamental (1 sesión) Resumen de las técnicas vistas (1 sesión)	21 días. 3 semanas	110 minutos rango: 90-180	Durante la terapia la paciente tuvo un colapso de vertebras lo cual la dejó en cama casi todo el tiempo, aun así, se mostraba ecuánime al respecto.

Paciente	Número de sesiones	Principales componentes utilizados	Promedio Duración de la terapia días	Promedio Duración de la sesión minutos	Comentarios
7. Hombre 63 años. Creyente. Bloque 3 Línea base 3. Depresión y ansiedad	5 sesiones + 1 sesión informativa del autocuidado de la esposa con hiperglucemia.	Psicoeducación de pensamientos emociones y conductas (1 sesión) Relajación autógena + Imaginación guiada (1.5 sesiones). Estrategias para el manejo de síntomas físicos y activación comportamental (1 sesión) Modificación de pensamientos negativos (1.5 sesiones)	18 días. 2.5 Semanas	108 minutos rango:90-120	Durante la terapia y el seguimiento al paciente se le murió la mamá, le robaron el coche y desapareció uno de sus hermanos.
8. Hombre 76 años. Católico. Bloque 3 Línea base 2. Depresión y ansiedad	4 sesiones de TCC	Psicoeducación de pensamientos emociones y conductas (1 sesión) Relajación autógena + Imaginación guiada (1.5 sesiones). Estrategias para el manejo de síntomas físicos y activación comportamental (1 sesión) Modificación de pensamientos negativos (1 sesión)	14 días. 2 semanas	97.5 minutos rango: 90-105	El paciente reportó sentirse mucho más tranquilo con las técnicas de relajación.
9.- Mujer 40 años. Católica. Bloque 3 Línea base 1. Depresión y ansiedad	5 sesiones + 1 sesión informativa de cómo manejar su muerte con su hijo de 3 años	Psicoeducación de pensamientos emociones y conductas (1.5 sesión) Relajación autógena + Imaginación guiada (1.5 sesiones). Modificación de pensamientos negativos (2 sesión) Estrategias para el manejo de síntomas físicos y activación comportamental (1 sesión)	21 días. 3 semanas	93 minutos. rango: 90-105	Durante la terapia y el seguimiento la paciente mencionó estar muy preocupada por su hijo.

Módulo 2.- Entrenamiento en relajación

Objetivo.- Que el paciente fuera capaz de utilizar técnicas de relajación (relajación autógena, imaginación guiada y respiración de labios fruncidos) para el control de ansiedad y depresión, o para emplearse como técnica de distracción para el control de síntomas físicos negativos como la disnea y el dolor.

Se ocupó una sesión para dar los contenidos de este módulo, sin embargo, siempre se dejó un disco con grabaciones de relajación autógena, para que el paciente las escuchara durante 20 minutos diarios.

Módulo 3.- Cambio de pensamientos negativos

Objetivo.- El paciente identificó y empleó estrategias para modificar pensamientos asociados con su enfermedad que podían ser reales, irreales, indeterminados o muy negativos.

Se utilizaron una o dos sesiones para cumplir dicho objetivo. Se comenzaba la sesión revisando las tareas acordadas en las sesiones anteriores, se resolvían dudas y preocupaciones del paciente con respecto a las actividades realizadas. El terapeuta junto con el paciente y el cuidador primario tenían mucho cuidado en identificar posibles pensamientos negativos de los pacientes que podrían estar relacionados con la ansiedad y depresión y se trabajaba directamente con dichos pensamientos y la propuesta de pensamientos alternativos de los mismos.

Siguiendo las recomendaciones de Greer et al. (2010) y Greer et al. (2012) se fue muy cuidadoso en identificar en los pacientes con cáncer, aquellos pensamientos que pudieran ser reales y racionales pero disruptivos (*voy a morir de cáncer y con mucho dolor*) y o irracionales, y a partir de dicho análisis comenzar a emplear componentes pertinentes en la modificación de dichos pensamientos. En caso de que el pensamiento sea irreal, se identificaban los errores cognitivos y se utilizaban técnicas convencionales de la TCC para abordarlos desarrollando respuestas cognitivas racionales. En caso de que el pensamiento era real, se identificaba si había algo que se pudiera hacer, en caso de que la respuesta fuera

afirmativa, se buscaba que el paciente aplicara solución de problemas para tratar de resolverlo. En caso de que la respuesta fuera negativa, se trabajaba con el paciente para aplicar estrategias de distracción, y modificación de pensamientos alternativos positivos (véase algoritmo para el cáncer avanzado manual de tratamiento).

Moorey et al. 2009 y Greer et al. 2010 recomiendan pedir a los pacientes que lleven registros de los pensamientos que los están molestando, buscando siempre que estos contengan los siguientes criterios (véase anexo):

- 1.-Sean breves:
- 2.-Se distingan entre pensamientos, situaciones y emociones
- 3.-Escriban oraciones y no preguntas
- 4.-Se escriban separados
- 5.-Realmente contengan pensamientos

Módulo 4.- Estrategias para el manejo de síntomas físicos

Objetivo.- Se buscaba que el paciente desarrollara habilidades para no centrar su atención en los síntomas físicos, particularmente el dolor.

De manera reciente, la literatura ha presentado evidencia de que la depresión y el dolor comparten factores genéticos, procesos biológicos y neurotransmisores que podrían explicar por qué coinciden ambos síntomas (Bair, Robinson, Katon & Kroenke, 2003; Gambassi, 2009). Una posible razón, de que no se haya logrado disminuir la depresión en los pacientes con cáncer terminal, es que no se ha enfocado la terapia al desarrollo de habilidades para el manejo de síntomas físicos particularmente el dolor crónico, el cual podría estar influyendo en el poco éxito al tratar la depresión.

Como primer paso, se le recordaba al paciente la asociación que existe entre la presencia de los síntomas físicos que experimenta (dolor, fatiga, náusea) y el desarrollo de la ansiedad y depresión. Se le recomendaba al paciente que identificara el inicio de las

señales de los episodios de los síntomas físicos que más distrés le ocasionaban; y una vez identificados, que fuera capaz de aplicar las técnicas de distracción para afrontarlos. Se le explicaba al paciente que la distracción, es una de las opciones que tiene para ayudar a disminuir síntomas como el dolor y que inclusive cuando se emplean dicha distracción, las investigaciones han mostrado cambios neurológicos que descienden por la médula espinal y favorecen la reducción del dolor (Sprenger et al., 2012)

Se hacía énfasis en que las técnicas se emplearan antes de que los síntomas físicos se exacerbaban, ya que una técnica de distracción no sirve como un rescate para disminuir la intensidad del síntoma. Las técnicas de distracción, se pueden emplear cuando los síntomas son considerados como leves o moderados. De acuerdo con Li, Harris, Hadi & Chow (2007) se pueden utilizar los siguientes puntos de corte, cuando se emplean escalas verbales numéricas que va del 0-10 en pacientes paliativos: 1-4 síntomas con distrés leve; 5-6 síntomas con distrés moderado; y 7-10 síntomas con distrés grave.

Se le enseñaba al paciente a que identificaran aquellas situaciones físicas, psicológicas y sociales relacionadas con la exacerbación de sus síntomas. A continuación se presentan algunas señales que de acuerdo con investigaciones (Gonge, Jensen & Bonde, 2001; Vehling et al., 2012: véase tabla 4) están asociadas con la emergencia e intensidad de los síntomas:

Tabla 4.- Señales que predicen la exacerbación de síntomas físicos

Físicas	Psicológicas	Sociales
Esfuerzos físicos desproporcionados. Estrés por alguna actividad. Varios síntomas	Al inicio de pensamientos catastróficos “no voy a aguantar más todo esto” “esto es lo peor que me puede estar pasando” “¿por qué me tuvo que pasar esto a mí?” Pensamientos enfocados en los síntomas: “mejor no hago nada porque me va a doler” “no puedo dejar de pensar en lo cansado que estoy” “no hay nada que sirva para controlar este dolor”	Presiones de tiempo para realizar alguna actividad. Falta de percepción de apoyo

Se le hizo un gran énfasis al paciente, en que los pensamientos que tenía con respecto a sus síntomas, también pueden exacerbar la intensidad de los mismos, razón por la cual, se le solicitaba que identificaran dichos pensamientos negativos y que los cambiaran por pensamientos alternativos no catastróficos que se relacionaran con la exacerbación de los síntomas, lo anterior se hizo porque dichos pensamientos están altamente asociados con la presencia e intensidad de síntomas físicos como el dolor (Severeijns, Vlaeyen, van den Hout & Weber, 2001; Severeijns, van den Hout & Vlaeyen, 2005).

Se le pedía al paciente que eligiera una gran cantidad de técnicas de distracción que le permitieran distraer su atención de estímulos nocivos (Hudson, Ogden, & Whiteley, 2015; Schreiber et al., 2014). En la tabla 5, se describe una lista de actividades que se proponía como distractores a los pacientes.

Tabla 5.- Actividades de distracción

Actividades
Practicar una afición
Limpiar la casa u objetos
Salir a dar una vuelta
Llamar o visitar a un amigo
Juegos de video o en celulares
Tomarse un café o un té
Arreglar cosas de la casa
Ayudar a alguien dentro de sus capacidades
Ver series de televisión
Leer periódicos o revistas de preferencia
Ver películas
Escuchar música
Jugar con los nietos
Dejar de lado situaciones negativas
Hacer rompecabezas.
Sostener hielo en la mano
Apretar una bola de goma con la mano
Ducharse con agua muy caliente

Meter la mano en bolsa de legumbres crudas
Ponerse una liga en la muñeca estirar y soltar de repente.
Picar cebolla o alimentos

Dejar de lado la situación durante un rato a nivel de imaginación:

Construir un muro imaginario entre uno mismo y los síntomas
Bloquear la situación en la mente
Rechazar pensar en los aspectos negativos de la situación
Poner el dolor, fatiga, disnea en una caja y dejarlos ahí durante un rato
Contar hasta 10
Contar los colores de un cuadro o cualquier cosa policromática.

Finalmente, se trabajaba con los pacientes para que identificaran el nivel de energía que tenían en su día a día y con base en dicha categoría planeaban el tipo de actividades que podían realizar durante ese día. Greer et al. (2010) han propuesto que tanto el terapeuta como el paciente, de manera conjunta realicen categorías que correspondan a la fuerza que tiene el paciente ese día para realizar actividades. En dicha categorías, se propone que se diga día “A” cuando el paciente es capaz de realizar del 75-100% de actividades. Día “B” cuando puede realizar del 50-75%. Finalmente un día “C” cuando el paciente puede hacer menos del 50% de actividades durante ese día.

Post evaluación y seguimientos

Se consideró como post evaluación, a los registros que los pacientes presentaron una semana después de haber finalizado los componentes de la intervención. Durante un mes, se dio seguimiento semanal a los pacientes ya que siguieron llenando el diario del estado de ánimo y realizando la evaluación del HADS. En cuatro casos, los pacientes no finalizaron el mes de seguimiento debido a que el avance de la enfermedad, hizo que perdieran contacto con la realidad o que fallecieran. Estos registros fueron llenados por el cuidador primario o el paciente.

Análisis de datos

Dado el diseño empleado se consideró pertinente realizar los siguientes análisis de información:

Análisis visual de los datos entre las fases: en la inspección visual se buscó juzgar la consistencia y confiabilidad de los efectos de la intervención por el análisis gráfico de los datos (Kazdin, 2011). Se inspeccionó el incremento o reducción del comportamiento durante la intervención, seguimiento y se comparó con los datos durante la línea base, los datos fueron graficados en un programa Excel 2011 acorde a lo recomendado por Dixon et al. (2009). Para evitar que existiera errores en la apreciación de la información, se utilizó “el índice de la no superposición de todos los pares” (Non Overlap of All Pairs [NAP]) ya que ha mostrado ser muy útil para obtener el tamaño del efecto de la intervención (Parker, Vannest & Davis, 2011) además de que ha mostrado buena precisión para calcular los cambios entre fases. El cálculo del NAP, se hizo de manera manual y se consideraron los siguientes rangos para interpretar el tamaño del efecto obtenido: efecto débil: 0-.65; efecto medio: .66-.92; efecto fuerte: .93-1.0 (Parker & Vannest, 2009).

Significancia Clínica: Hace referencia al cambio en el funcionamiento del paciente que es significativo para el individuo que está asistiendo a una intervención psicológica o médica (Bauer, Lambert & Nielsen, 2004; Jacobson, Follette & Revenstorff, 1984).

Se retomaron cuatro criterios utilizados por Lévesque et al. (2004) para evaluar la significancia clínica en pacientes con cáncer avanzado que tenían depresión y ansiedad, se proponen los siguientes criterios para evaluar significancia clínica:

1.- satisfacción del paciente con respecto a los efectos del tratamiento: dicha evaluación se realizó preguntando al paciente una vez terminado el tratamiento, qué tanto el tratamiento le ayudó a mejorar su estado de ánimo, la evaluación se dará en una escala del cero (le hizo daño) 1-4 (cambio leve) 5-8 (cambio mediano) 9-10 (cambio grande).

2.- Evaluación del psicólogo y familiares con respecto a los efectos del tratamiento: dicha evaluación se realizó preguntando a los familiares y al psicólogo encargado del caso

una vez terminado el tratamiento, qué tanto el tratamiento ayudó a mejorar el estado de ánimo del paciente. Se usó la misma evaluación descrita en la parte de arriba.

3.-Puntajes de ansiedad y depresión dentro de rangos normativos: la evaluación se realizó utilizando los puntajes del HADS, y se comparó el pre tratamiento y el post tratamiento; se consideró como un cambio con significancia clínica, si el puntaje obtenido durante el post tratamiento se da por debajo del punto de corte de ansiedad (<8) y depresión (< 7).

4.-Disminución de puntajes fuera de rangos normativos: Kazdin (1999) reportó que en ciertos pacientes la significancia clínica, no necesariamente significa el obtener puntajes dentro de rangos normativos, por el contrario se puede disminuir los puntajes de los síntomas particulares, sin llegar a los rangos de la normalidad y aun así, ser significativo para el paciente, siguiendo esa lógica, se utilizó el criterio de reducción de 50% del puntaje de ansiedad y depresión para considerarlo clínicamente significativo (Lévesque et al., 2004). Finalmente, se preguntó si la intervención ocasionó algún daño o perjuicio al paciente, lo anterior para evaluar la seguridad del tratamiento.

Finalmente, se utilizó la prueba no paramétrica de Wilcoxon para determinar las diferencias de las medianas en los niveles de ansiedad y depresión medidas por ESAS y la activación comportamental durante el pre y post tratamiento, se utilizó un nivel de significancia de $p = \leq 0.05$ para reconocer el dato como estadísticamente significativo. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 17 para realizar el análisis.

Resultados

En las figuras uno y dos se muestran los datos de los tres participantes del primer grupo que recibieron la intervención, cada uno de los puntajes del HADS de depresión (HADS-D) y HADS de ansiedad (HADS-A) fueron recolectados y graficados para su inspección visual durante la línea base, tratamiento y seguimiento. Dado el avance de la enfermedad, ninguno de los participantes finalizó el mes de seguimiento, dos de ellos murieron en dicho periodo (participantes dos y tres) y la otra participante entró en delirium y perdió contacto con la realidad (participante uno).

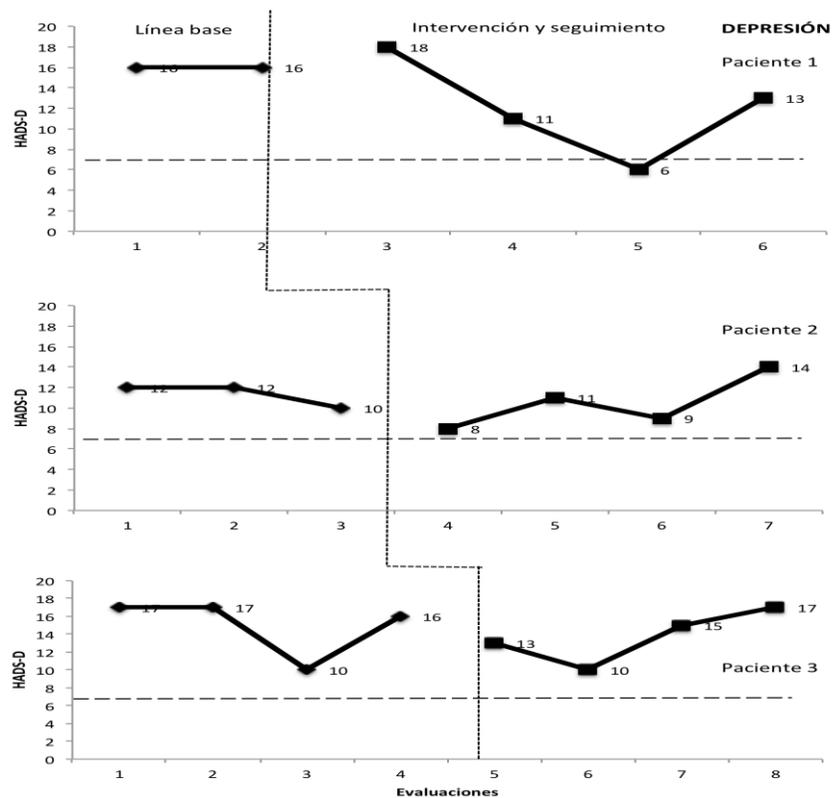


Figura 1.- Datos de depresión en los tres participantes del primer grupo.

El análisis visual de los datos, muestra que durante la línea base, en los tres participantes existieron problemas de depresión, los puntajes se encontraban fuera del rango de normalidad. Durante las dos semanas del tratamiento, existió una ligera disminución en los puntajes de depresión, sin embargo, ninguno de esos puntajes llegó a estar cerca del rango de normalidad de depresión. Durante la post evaluación, la participante uno, consiguió disminuir su depresión a un puntaje seis, el cual quedó justo en el rango de sin depresión, los otros dos participantes mantuvieron puntajes por debajo de los reportados en la línea base, pero por arriba de lo que habían obtenido en el tratamiento. Finalmente, en la única evaluación de seguimiento, es notoria la tendencia a incrementar los puntajes de la depresión, en dos casos en puntajes incluso por arriba de los obtenidos en la línea base. En la discusión se retoma este dato como posible regresión a la media o como la exacerbación de los síntomas al acercarse la muerte física.

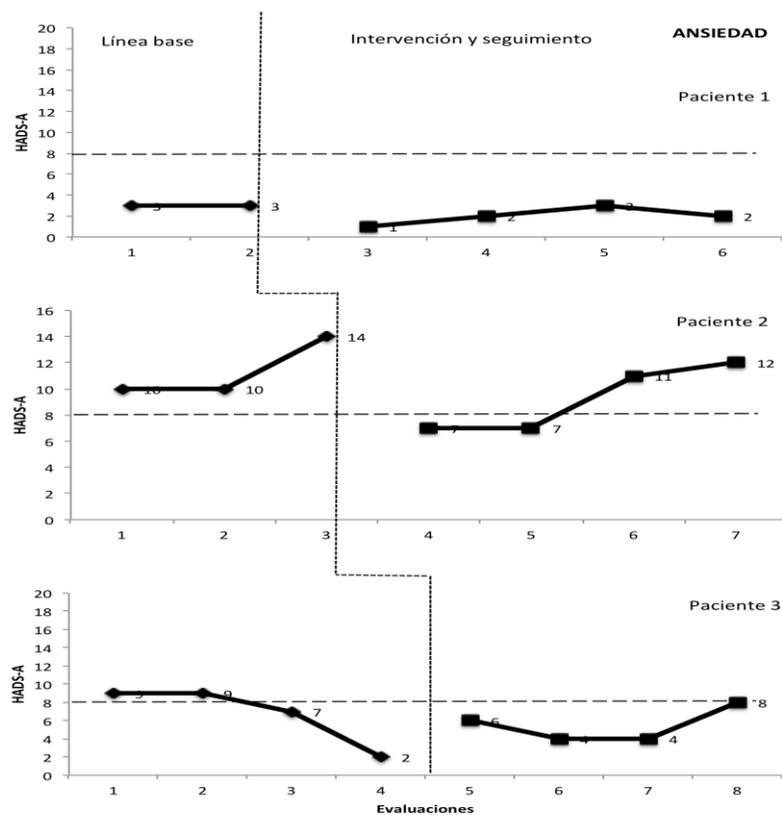


Figura 2.- Datos de ansiedad en los tres participantes del primer grupo.

El análisis visual de los datos, muestra que durante la línea base, solo en dos de los participantes existieron problemas de ansiedad (participantes 2 y 3), los puntajes de ambos participantes se encontraban ligeramente arriba del rango de normalidad. Durante las dos semanas del tratamiento, se logró disminuir la ansiedad por debajo del rango de normalidad en ambos pacientes, sin embargo, en el paciente tres, la disminución se dio desde la línea base previo a la intervención. Al igual que con la depresión, durante la post evaluación y seguimiento, los puntajes de la ansiedad muestran una tendencia a la alza. En la discusión se retoma esta información como posible regresión a la media o como la exacerbación de los síntomas al acercarse la muerte física.

En las figuras tres y cuatro se muestran los datos de los tres participantes del segundo grupo que recibieron la intervención, cada uno de los puntajes del HADS-D y del HADS-A, fueron recolectados y graficados para su inspección visual durante la línea base,

tratamiento y seguimiento. En este grupo dos de los participantes completaron el seguimiento (participantes uno y tres), dado el avance de la enfermedad la participante dos falleció un par de semanas después de haber terminado el tratamiento.

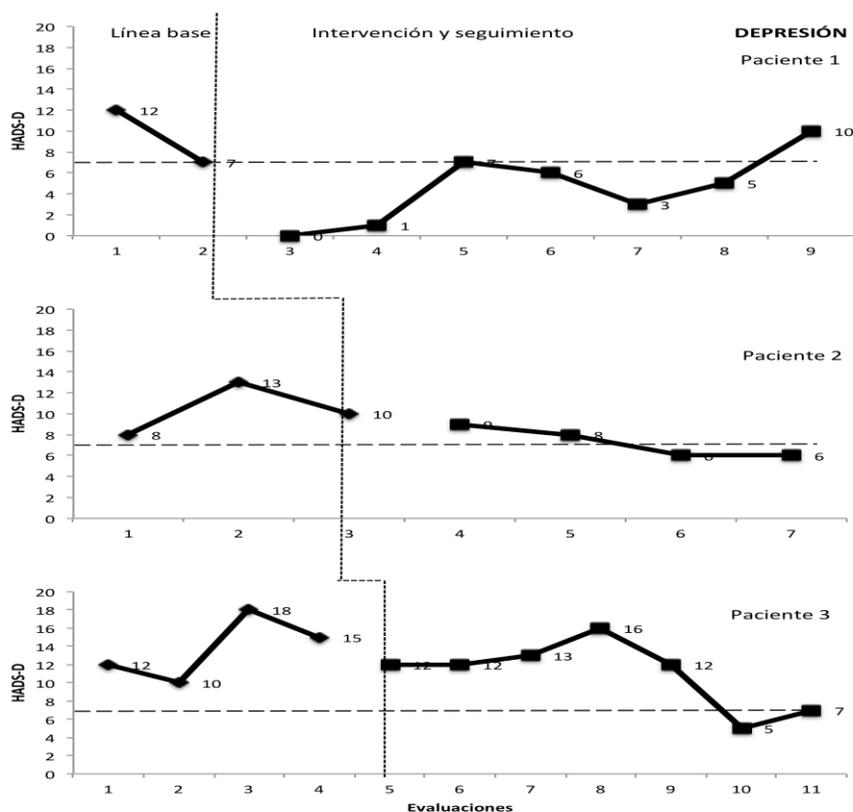


Figura 3.- Datos de depresión en los tres participantes del segundo grupo.

El análisis visual de los datos, muestra que durante la línea base, en los tres participantes existieron problemas de depresión, los puntajes se encontraban fuera del rango de normalidad. Durante las dos semanas del tratamiento, existió una marcada tendencia a disminuir la depresión en los tres pacientes, sin embargo, solo en la participante uno los puntajes disminuyeron por debajo del rango de normalidad en puntajes muy cercanos a cero. Para la post evaluación, dos de los pacientes reportaron puntajes dentro del rango de normalidad (pacientes uno y dos) y el paciente tres tuvo un ligero incremento. En los seguimientos se puede notar que la paciente dos, solo reportó un seguimiento, ya que falleció, su puntaje se mantuvo ligeramente por debajo del rango de normalidad. En el caso

de la participante 1, los puntajes se mantuvieron dentro del rango de normalidad, en el caso del participante tres, tuvo un ligero incremento en el seguimiento uno y posteriormente hubo una tendencia a disminuir, quedando muy cerca de los rangos de normalidad.

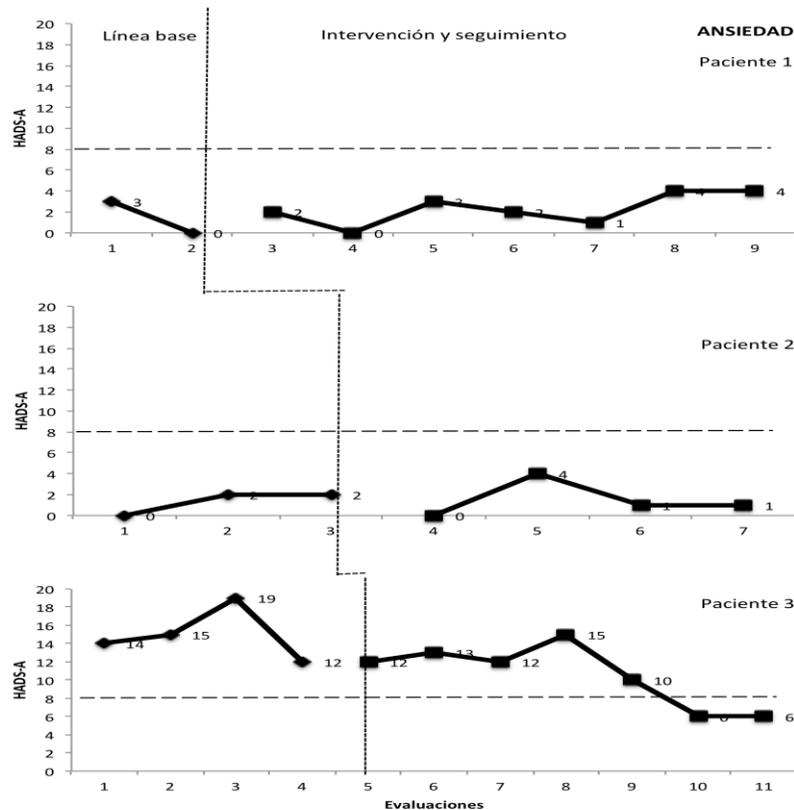


Figura 4.- Datos de ansiedad en los tres participantes del segundo grupo.

El análisis visual de los datos, muestra que únicamente el paciente tres presentó problemas de ansiedad durante la línea base. Durante las dos semanas del tratamiento, se logró disminuir la ansiedad en comparación con los puntajes de la línea base, pero no por debajo del rango de normalidad. Durante el seguimiento, los puntajes de la ansiedad mostraron una tendencia a la baja, con la excepción del seguimiento uno, en donde hubo un repunte, sin embargo, en las últimas dos evaluaciones los puntajes lograron permanecer por debajo del rango de normalidad.

En las figuras cinco y seis se muestran los datos de los tres participantes del tercer grupo que recibieron la intervención, cada uno de los puntajes del HADS-D y del HADS-A, fueron recolectados y graficados para su inspección visual durante la línea base, tratamiento y seguimiento. En el grupo tres los tres participantes completaron la intervención y seguimiento.

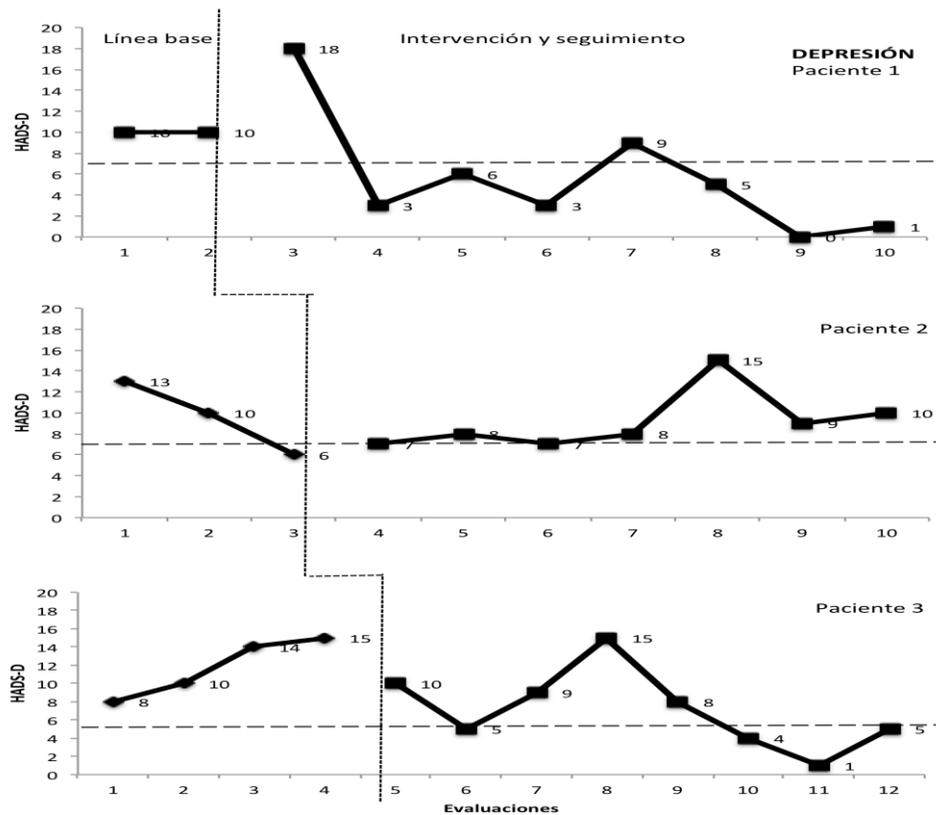


Figura 5.- Datos de depresión en los tres participantes del tercer grupo.

El análisis visual de los datos, muestra que durante la línea base, en los tres participantes existieron problemas de depresión, los puntajes se encontraban fuera del rango de normalidad, únicamente el paciente 2, obtuvo en su puntaje de línea base 3, un dato dentro de la normalidad de depresión. Durante las semanas del tratamiento y seguimiento en los pacientes uno y tres, existió una ligera tendencia a disminuir la depresión en los rangos de normalidad, sin embargo, el paciente tres, mostró una exacerbación de sus

puntajes en la evaluación ocho, este incremento coincidió con la desaparición de uno de sus hermanos. De igual forma, un punto relevante de este paciente es que durante el proceso terapéutico al paciente se le murió la mamá, le robaron el coche y se le desapareció un hermano. El paciente dos, mostró la tendencia a mantener puntajes de depresión cercanos al punto de corte pero nunca disminuyeron a rangos de normalidad.

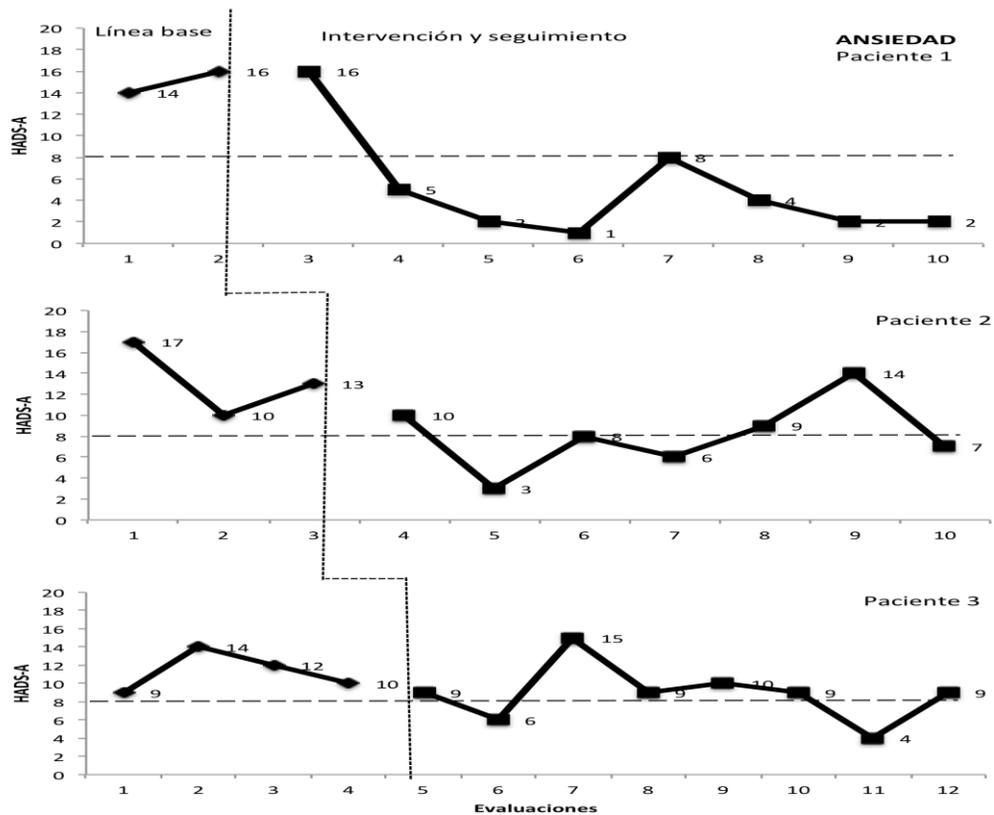


Figura 6.- Datos de ansiedad en los tres participantes del tercer grupo.

El análisis visual de los datos, muestra que los tres participantes presentaron problemas de ansiedad durante la línea base. Durante la intervención y seguimiento, en los tres pacientes disminuyeron los puntajes de ansiedad, en el caso de la paciente uno, estos puntajes siempre se mantuvieron dentro del rango de normalidad. En el caso del paciente

dos, la ansiedad se mantuvo en puntajes limítrofes inferiores de normalidad con exacerbaciones en tres sesiones. Finalmente, el paciente tres, mantuvo puntajes limítrofes superiores a la normalidad.

Tamaño del efecto por el PAND y NAP

Acorde a lo descrito por Parker & Vannest (2009), se compararon todos los valores de la fase A con los de la fase B y se asignaron valores de 1, .5 y 0, a la superposición de los pares. Debido a que como resultado de la intervención se esperaba la disminución de depresión y ansiedad, se asignaron los valores de la siguiente manera: sin superposición en la fase B (1); mismo valor (.5) y con superposición (0). En la tabla cinco, se puede observar que en los nueve pacientes el rango de NAP se presentó entre el 10% y 37% lo cual significa que en los seis pacientes, la intervención tuvo un impacto positivo, pero con efectos débiles (Véase tabla cinco).

Algo similar ocurrió con la ansiedad, ya que se puede observar que solo seis de los nueve pacientes presentaron problemas de ansiedad, con estos pacientes se obtuvo el índice NAP, los rangos que se presentaron fueron del 9% al 33% lo cual significa que en los seis pacientes, la intervención tuvo un impacto positivo, pero con efectos débiles. (Véase tabla seis).

Tabla 5.-Tamaño del efecto en la depresión

Pacientes	Puntajes Fases A y B		(N - Σ valores no superpuestos)	Valor NAP (NAP= La diferencia del valor de superposición/N)	Interpretación
	Valores A	Valores B			
Paciente 1; grupo 1, línea base 1. Depresión.	16	18 (0),11(1),6(1),13(1)= 3	N= (N _A x N _B) N= (N ₂ x N ₄) N=8 8-6=2	NAP = 2/8 = <u>25%</u> .	Efecto débil
	16	18 (0),11(1),6(1),13(1)= 3			
Paciente 2; grupo 1, línea base 2. Depresión.	Valores A	Valores B	N= (N _A x N _B) N= (N ₃ x N ₄) N=12 12-8= 4	NAP = 4/12 = <u>33%</u> .	Efecto débil
	12	8(1), 11(1), 9 (1), 14 (o)=3			
	12	8(1), 11(1), 9 (1), 14 (o)=3			
Paciente 3; grupo 1, línea base 3. Depresión.	10	8(1), 11(0), 9 (1), 14 (o)=2	N= (N _A x N _B) N= (N ₄ x N ₄) N=16 16 - 10= 6	NAP = 6/16 = <u>37%</u> .	Efecto débil
	Valores A	Valores B			
	17	13(1), 10(1), 15 (1), 17 (.5)=3.5			
	17	13(1), 10(1), 15 (1), 17 (.5)=3.5			
	10	13(0), 10(.5), 15 (0), 17 (o)=0			
	16	13(1), 10(1), 15 (1), 17 (o)=3			

Pacientes	Puntajes Fases A y B		(N - E valores no superpuestos)	Valor NAP	Interpretación
Paciente 1; grupo 2, línea base 1. Depresión.	<u>Valores A</u>	<u>Valores B</u>	$N = (N_A \times N_B)$ $N = (N_2 \times N_7)$ $N=14$	$NAP = 1.5/14$ $= \underline{10\%}$.	Efecto débil
	12	0(1),1(1),7(1),6(1),3(1),5(1),10(1)= 7			
	7	0(1),1(1),7(.5),6(1),3(1),5(1),10(0)= 5.5	$14 - 12.5 = 1.5$		
Paciente 2; grupo 2, línea base 2. Depresión	<u>Valores A</u>	<u>Valores B</u>	$N = (N_A \times N_B)$ $N = (N_3 \times N_4)$ $N=12$	$NAP = 2.5/12$ $= \underline{20\%}$.	Efecto débil
	8	9(0), 8 (.5), 6 (1), 6 (1)=2.5			
	13	9(1), 8 (1), 6 (1), 6 (1)= 4	$12 - 10.5 = 2.5$		
	10	9(1), 8 (1), 6 (1), 6 (1)=4			
Paciente 3; grupo 2, línea base 3. Depresión	<u>Valores A</u>	<u>Valores B</u>	$N = (N_A \times N_B)$ $N = (N_4 \times N_7)$ $N=28$	$NAP = 9.5/28$ $= \underline{33\%}$.	Efecto débil
	12	12(.5),12(.5),13(0),16(0),12(.5),5(1),7(1)= 3.5			
	10	12(0),12(0),13(0),16(0),12(0),5(1),7(1)= 2	$28 - 18.5 = 9.5$		
	18	12(1),12(1),13(1),16(1),12(1),5(1),7(1)= 7			
	15	12(1),12(1),13(1),16(0),12(1),5(1),7(1)= 6			

Pacientes	Puntajes Fases A y B		(N - Σvalores no superpuestos)	Valor NAP	Interpretación
	<u>Valores A</u>	<u>Valores B</u>			
Paciente 1; grupo 3, línea base 1. Depresión.	10 18(0),3(1),6(1),3(1),9(1),5(1),0 (1), 1(1)= 7 10 18(0),3(1),6(1),3(1),9(1),5(1),0 (1), 1(1)= 7		N= (N _A x N _B) N= (N ₂ x N ₈) N=16 16-14=2	NAP = 2/16 = <u>12%</u> .	Efecto débil
	<u>Valores A</u>	<u>Valores B</u>			
Paciente 2; grupo 3, línea base 2. Depresión	13 7(1), 8(1),7 (1), 8 (1), 8 (.5), 7 (1), 8 (1)=7 10 7(1), 8(1),7 (1), 8 (1), 8 (1), 7 (1), 8 (1)=7 6 7(0), 8(0),7 (0), 8 (0), 8 (0), 7 (0), 8 (0)=0		N= (N _A x N _B) N= (N ₃ x N ₇) N=21 21 - 14= 7	NAP = 7/21 = <u>33%</u> .	Efecto débil
	<u>Valores A</u>	<u>Valores B</u>			
Paciente 3; grupo 3, línea base 3. Depresión	8 10(0),5(1),9(0),15(0),8(.5),4(1),1(1), 5(1)= 4.5 10 10(.5),5(1),9(1),15(0),8(1),4(1),1(1), 5(1)= 6.5 14 10(1),5(1),9(1),15(0),8(1),4(1),1(1), 5(1)= 7 15 10(1),5(1),9(1),15(.5),8(1),4(1),1(1), 5(1)= 7.5		N= (N _A x N _B) N= (N ₄ x N ₈) N=32 32 - 25.5= 6.5	NAP = 6.5/32 = <u>20%</u> .	Efecto débil

Tabla 6.- Tamaño del efecto en la ansiedad

Pacientes	Puntajes Fases A y B		(N - Σvalores no superpuestos)	Valor NAP	Interpretación
Paciente 1; grupo 1, línea base 1. Ansiedad.			Sin ansiedad		
Paciente 2; grupo 1, línea base 2. Ansiedad.	<u>Valores A</u> 10 10 14	<u>Valores B</u> 7(1), 7(1), 11 (0), 12 (0)=2 7(1), 7(1), 11 (0), 12 (0)=2 7(1), 7(1), 11 (1), 12 (1)=4	N= (N _A x N _B) N= (N ₃ x N ₄) N=12 12-8= 4	NAP = 4/12 = <u>33%</u> .	Efecto débil
Paciente 3; grupo 1, línea base 3. Ansiedad.	<u>Valores A</u> 9 9 7 2	<u>Valores B</u> 6(1), 4(1), 4 (1), 8 (1)=4 6(1), 4(1), 4 (1), 8 (1)=4 6(1), 4(1), 4 (1), 8 (0)=4 6(0), 4(0), 4 (0), 8 (0)=0	N= (N _A x N _B) N= (N ₄ x N ₄) N=16 16 - 12= 4	NAP = 4/16 = <u>25%</u> .	Efecto débil
Paciente 1; grupo 2, línea base 1. Ansiedad.			Sin ansiedad		
Paciente 2; grupo 2, línea base 2. Ansiedad.			Sin ansiedad		

Pacientes	Puntajes Fases A y B		(N - Σvalores no superpuestos)	Valor NAP	Interpretación
Paciente 3; grupo 2, línea base 3. Ansiedad.	<u>Valores A</u>	<u>Valores B</u>	N= (N _A x N _B) N= (N ₄ x N ₇) N=28	NAP = 4.5/28 = <u>16%</u> .	Efecto débil
	14	12(1),13(1),12(1),15(0),10(1),6(1),6(1)= 6			
	15	12(1),13(1),12(1),15(.5),10(1),6(1),6(1)= 6.5			
	19	12(1),13(1),12(1),15(1),10(1),6(1),6(1)=7			
	12	12(.5),13(0),12(.5),15(0),10(1),6(1),6(1)= 4	28 - 23.5= 4.5		
Paciente 1; grupo 3, línea base 1. Ansiedad.	<u>Valores A</u>	<u>Valores B</u>	N= (N _A x N _B) N= (N ₂ x N ₈) N=16	NAP = 1.5/16 = <u>9%</u> .	Efecto débil
	14	16(0),5(1), 2(1),1 (1),8(1),4(1),2(1), 2(1)= 7			
	16	16(.5),5(1), 2(1),1 (1),8(1),4(1),2(1), 2(1)=7.5	16 -14.5= 1.5		
Paciente 2; grupo 3, línea base 2. Ansiedad.	<u>Valores A</u>	<u>Valores B</u>	N= (N _A x N _B) N= (N ₃ x N ₇) N=21	NAP = 3.5/21 = <u>16%</u> .	Efecto débil
	17	10(1),3(1), 8(1),6 (1),9(1),14(1),7(1)= 7			
	10	10(.5),3(1), 8(1),6 (1),9(1),14(0),7(1)= 5.5			
	13	10(0),3(1), 8(1),6 (1),9(1),14(0),7(1)= 5	21-17.5= 3.5		
Paciente 3; grupo 3, línea base 3. Ansiedad.	<u>Valores A</u>	<u>Valores B</u>	N= (N _A x N _B) N= (N ₄ x N ₈) N=32	NAP = 7.5/21 = <u>23%</u> .	Efecto débil
	9	9(.5),6(1), 15(0),9 (.5),10(0),9(.5),4(1), 9(.5)= 4			
	14	9(1),6(1), 15(0),9 (1),10(1),9(1),4(1), 9(1)= 7			
	12	9(1),6(1), 15(0),9 (1),10(1),9(1),4(1), 9(1)= 7			
	<u>10</u>	9(1),6(1), 15(0),9 (1),10(.5),9(1),4(1), 9(1)= 6.5	32-24.5= 7.5		

Preguntas de dos reactivos para ansiedad y depresión

En este tipo de evaluación, se le pidió a los pacientes y cuidadores que llenaran diario los registros ESAS, la mayoría de los pacientes llenaron las primeras semanas del tratamiento los registros, sin embargo, en las últimas semanas de la intervención ya no lo hicieron, algunas de las razones que mencionaron fueron: que se les olvidó, o que estaban muy cansados para aplicarlos, o que les quitaba tiempo, o que el paciente no estaba en condiciones de responder las preguntas, un par de cuidadores no entregaron los últimos registros a pesar de que dijeron haberlos llenados. El personal de psicología trató de llenarlos de manera retrospectiva, sin embargo, se invertía mucho tiempo que acababa cansando a los cuidadores y pacientes, por lo cual en varias ocasiones se prescindió del registro para dar pie al resto de actividades contempladas en las sesiones en turno.

Debido a la imposibilidad de contar con los registros en cada una de las sesiones, en la figura 6, se presentan los promedios de ansiedad y depresión antes de la intervención y después de la intervención. En la pre evaluación los pacientes reportaron 6.2 de depresión y 5.4 de ansiedad, para la post intervención, el promedio de los dos valores disminuyeron, depresión 4.3 y ansiedad 2.9.

Se aplicó la prueba estadística de Wilcoxon para comparar las medianas de los valores durante la pre evaluación y la post evaluación, el resultado mostró que la reducción tanto en ansiedad como en depresión no fue estadísticamente significativo (ansiedad, $Z = -1.244$, $p < .214$; depresión, $Z = -1.125$, $p < .260$).

Ansiedad y depresión ESAS

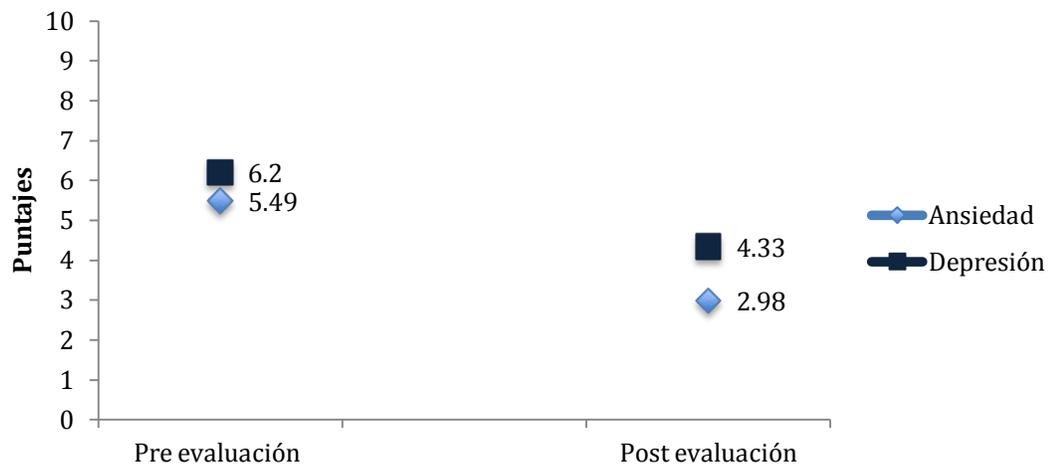


Figura 7.- Promedio de ansiedad y depresión de los pacientes.

Activación comportamental

Se consideró como activación comportamental la respuesta que los pacientes realizan en correspondencia con su nivel de funcionalidad, es así que, para un paciente con un bajo nivel de funcionalidad ver tele y escuchar la radio era considerada una actividad comportamental lúdica, sin embargo, para pacientes con mayor nivel de funcionalidad se acordaban otro tipo de actividades (por ejemplo, caminar cerca de su casa), cuando la enfermedad avanzaba y la salud de los pacientes empeoraba, se les proponían nuevas actividades propias de su nuevo estado de salud.

Es importante mencionar que al igual que en los registros ESAS, hubo una gran cantidad de problemas para que los pacientes o los cuidadores llenaran las hojas de registros de comportamientos, ya que lo hacían de manera intermitente o de una manera poco descriptiva, además de que mencionaron, que no siempre tenían tiempo o energía para para llenar los registros. Una vez más, el personal de psicología trató de llenarlos de manera retrospectiva, sin embargo se invertía mucho tiempo que acababa cansando a los cuidadores y pacientes, por lo cual se prescindió del registro para continuar con el trabajo de la sesión.

Debido a la imposibilidad de contar con los registros en cada una de las sesiones, en la figura 7, se presentan los promedios de comportamientos que realizaban los pacientes por semana, antes de la intervención y después de la intervención. Se puede notar que en los nueve pacientes, la TCC fomentó el incremento de comportamientos lúdicos o la realización de actividades comportamentales.

Se aplicó la prueba estadística de Wilcoxon para comparar las medianas de los valores durante la pre evaluación y la post evaluación, el resultado mostró que el incremento de comportamientos fue estadísticamente significativo ($Z = -2.668$, $p < .008$).

Tabla 6.- Actividades acordadas por paciente.

Paciente	Funcionalidad	Actividades acordadas
1.- Mujer 81 años. Cáncer renal con metástasis a pulmón e hígado. Línea base 1. Depresión	PPS: 40: Al inicio de la terapia mayoritariamente en cama, en el curso de la terapia totalmente en cama sin poder sentarse. Sin movilidad de la pierna y el brazo derecho. Movilidad reducida del brazo izquierdo y sin fuerza para sostener cosas.	Ver películas de la época de oro (aunque las viera únicamente por 20 minutos) Platicar historias de su vida con sus familiares Escuchar estaciones del radio favorita Ver televisión Oír cantos religiosos Oír el disco de relajación Recibir visitas familiares
2.- Mujer 49 años. Cáncer cervicouterino con metástasis a estómago y con nefrostomía percutánea Línea base 2. Depresión y ansiedad	PPS: 60: Incapacidad para realizar actividades en el hogar. Deambulación lenta y reducida. Marcado deterioro en el transcurso de la sesión.	Caminar con su hermana en el parque cercano a su casa Oír el disco de relajación Ayudar a realizar una comida (picando alimentos) Limpiar cosas pequeñas de la casa. Barrer y trapear áreas pequeñas de la casa. Atender video llamadas de sus hijos en Estados Unidos Recibir visitas familiares
3.- Masculino 69 años. Cáncer de colón con metástasis a hígado Línea base 3. Depresión y ansiedad	PPS: 60: Incapacidad para realizar actividades en el hogar. Deambulación lenta y reducida.	Caminar solo al mercado (tres cuadras) Ayudar a vender gelatinas afuera de la escuela de la colonia Ayudar a preparar gelatinas en su casa Barrer un poco la acera de la casa Leer la biblia Oír el disco de relajación Ver noticias o fútbol en la tele Recibir visitas familiares

Paciente	Funcionalidad	Actividades acordadas
<p>4.-Masculino 44 años. Cáncer de páncreas con metástasis a hígado. Línea base 3. Depresión y ansiedad</p>	<p>PPS: 90: Al inicio de la sesión no mostraba evidencia de enfermedad, Marcado deterioro físico en el transcurso de la sesión, sobre todo con poco control de dolor y fatiga.</p>	<p>Ir a caminar al parque cercano a su casa Salir por un helado Ir al cine con su esposa Arreglar cosas en la casa Ver videos de “Natgeo” Ver partidos del mundial de fútbol con sus hijos Dar vueltas en su calle Ver películas Aplicar imaginación guiada Escuchar música Recibir visitas familiares</p>
<p>5.-Mujer 65 años. Cáncer de páncreas con metástasis a tiroides. Línea base 2. Depresión</p>	<p>PPS, 80: Actividad normal con esfuerzo, alguna evidencia de la enfermedad. Marcado deterioro físico en el transcurso de la terapia.</p>	<p>Salir a caminar al mercado, parque o centro comercial. Ayudar a levantar trastes Ayudar a cocinar Escuchar radio novelas en internet (chucho el roto, Calimán, Pedro Prado) Tejer, limpiar cosas que tengan polvo, contar historias de su vida a nietos y familiares. Que le lean la biblia Recibir visitas familiares Jugar con el alpiste para el control del dolor</p>
<p>6.- Mujer 83 años. Cáncer cervicouterino con metástasis a vertebras. Línea Base 1. Depresión</p>	<p>PPS, 50, Principalmente en sillón y cama. En el transcurso de las sesiones sufrió colapso de vertebras, lo cual la mantuvo mayoritariamente en cama.</p>	<p>Dar vueltas en el jardín de su asilo Salir a comprar cosas en el centro comercial Salir a caminar en la cuadra Ir a una cantina que le gusta Salir a comer con sus amigas Leer libros Escribir una carta a amigos Oír discos de relajación Cantar Recibir visitas familiares</p>

Paciente	Funcionalidad	Actividades acordadas
7.- Hombre 63 años. Creyente. Bloque 3 Línea base 3. Depresión y ansiedad	PPS, 70: Incapacidad para trabajar en el hogar, evidencia significativa de la enfermedad.	Sembrar y cosechar en el jardín Caminar en el parque y calles cercanas Ayudar en el aseo de la casa Ver películas del cine de oro Oír el disco de relajación Ayudar a vender “gorditas de chicharrón” Tomar el sol
8.- Hombre 76 años. Católico. Bloque 3 Línea base 2. Depresión y ansiedad	PPS, 80: Actividad normal con esfuerzo, alguna evidencia de la enfermedad.	Supervisar la construcción del baño de su casa Barrer y trapear por completo Dar vueltas por las calles acompañado Ver peleas clásicas de box o de lucha libre en internet Ver novelas Jugar con alpiste Practicar la relajación Contar historias de su vida a sus nietos
9.- Mujer 40 años. Católica. Bloque 3 Línea base 1. Depresión y ansiedad	PPS, 50: Principalmente en sillón y cama	Jugar con su hijo de tres años Llevar a sus hijo a los juegos del vecindario Ayudar a hacer tarea a su hijo Ver películas Tejer Practicar la relajación Ayudar a cocinar Ayudar a limpiar la casa Tomar el sol Lavar los platos Acompañar a sus familiares a hacer compras

PPS= Nivel de funcionalidad.

Activación comportamental

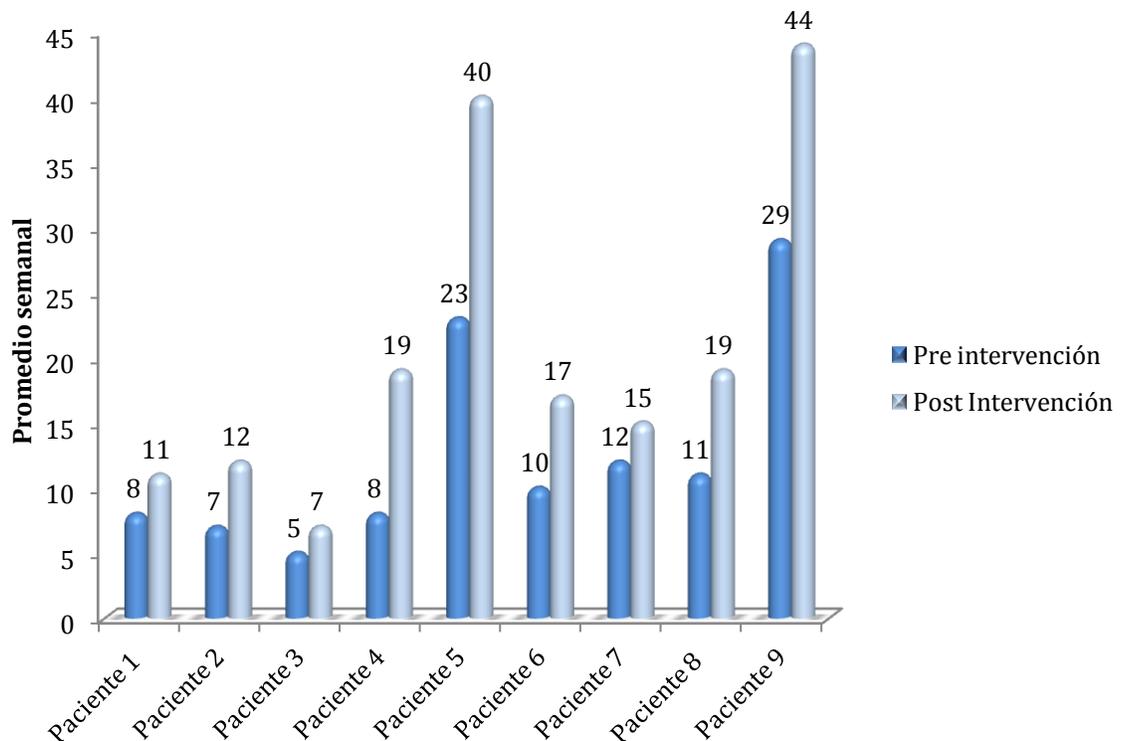


Figura 8.- Promedio semanal de actividades comportamentales de los pacientes.

Cambio de pensamientos negativos

Uno de los resultados de la aplicación de la terapia, fue la identificación y modificación de pensamientos negativos, relacionados con la enfermedad y que estaban fomentando el desarrollo de la ansiedad o la depresión. De todos los pensamientos negativos identificados se proponen cuatro clasificaciones para agruparlos, a continuación la descripción de los mismos:

A) relacionados con el avance de la enfermedad y el desarrollo de los síntomas físicos relacionados, por ejemplo: “ya ni me sabe la comida, es como si tuviera un fierro en la boca” “yo lo que quiero saber es ¿qué es esto? –haciendo referencia al cáncer- ¿por qué lo tengo?” “siempre me cuidé ¿por qué me dio cáncer a mí?” “para qué tomo mucho medicamento si no me curo” “ya no quiero seguir sintiendo este dolor y náuseas” “me

preocupa mucho estar así de delgada, me preocupa mi peso” “me preocupa mucho el ya no poder comer” “ya ni tengo fuerzas”

B) Relacionados con la funcionalidad y actividades diarias, algunos representativo fueron: “casi todo el tiempo me la paso encerrado en la casa” “ya no puedo moverme, ya ni al hospital puedo ir” “ya no puedo ayudar a cocinar o ayudar a barrer” “por la enfermedad comienzo hacer cosas y me canso mucho y tengo que dejarlas” “ya quiero estar como antes para poder hacer mis cosas” “era un hombre muy activo y ahora ya no puedo hacer nada” “ya no puedo ayudar en las tareas de la casa” “no soy el de antes, ya no puedo trabajar” “no me preocupa mucho la enfermedad, lo que me pone triste es que debo depender de otras personas, me da cosa pedirle a la enfermera que me ayude a levantar cosas, aunque sea su trabajo”

C) Relacionados con los seres queridos, en los cuales se preocupaban mucho por los seres queridos que los cuidaban o por lo que pasaría con el ser querido cuando los pacientes fallecieran, algunos de los ejemplos fueron: “acepto mi enfermedad y lo que va a pasar –aunque sigo luchando- pero me preocupa mucho, cómo lo vamos a manejar con mi hijo de tres años” “A mí lo que me preocupa es qué va a pasar con ella –haciendo referencia a la esposa- cuando yo me vaya” “ya no quiero hacer del baño para que mis hijas no trabajen tanto” “Le digo a mi esposa que se cuide, ella tienes diabetes y por cuidarme se está poniendo mal” “ella también debe de cuidarse –haciendo referencia a la esposa- padece de dolores y se pone mal” “me preocupa mucho el saber cómo le voy a decir a mi madre que tengo el cáncer, quizá ella ya lo sospecha, pero ella es muy ansiosa y depresiva y lo va a tomar muy mal” “falleció mi mamá y a mí ni me avisaron que estaba en el hospital, por tratar de protegerme ya ni pude despedirme de ella”.

D) Relacionados con problemas sociales o económicos que vivían durante la enfermedad, por ejemplo: “solamente estamos gastando dinero y no me compongo” “Ya no puedo salir a vender gelatinas y ya no doy dinero para la economía familiar” “nos estamos quedando sin dinero, ya no sé cómo hacerle” “llevo un rato sin tomar medicamento para el dolor, se acabaron las pastillas y pues ¿de dónde? ya no las compré” “unos familiares nos quieren quitar la casa pero tenemos todos los papeles”. “parece que todo nos

pasa a nosotros, ahora me robaron el coche” “ya no quiero pedirle dinero a mis hijos, trabajan mucho y apenas si les alcanza”

Con cada uno de los pacientes se identificaron los pensamientos negativos más frecuentes asociados con su depresión o ansiedad y se trabajó en la modificación de los mismos. A continuación, se describen los pensamientos más representativos que presentaron los pacientes y las opciones que los pacientes mismos propusieron para modificarlos, es importante mencionar que si el paciente mostraba dificultades para proponer pensamientos alternativos a sus pensamientos negativos, se utilizaba la técnica de que el paciente diera consejos a pacientes hipotéticos con cáncer terminal que tenían situaciones similares. Esta técnica ayudó mucho a que los pacientes se desligaran de la situación y vieran un panorama más amplio del problema. De igual forma, los familiares y psicólogos ayudaban a los pacientes a proponer pensamientos alternativos si al paciente se le dificultaba hacerlo (véase tabla 7).

Tabla 7.- Pensamientos negativos y alternativos de los pacientes

Paciente	Pensamiento Negativo	Pensamiento alternativo
1.- Mujer 81 años. Cáncer renal con metástasis a pulmón e hígado. Línea base 1. Depresión	“Soy una carga para mis hijas.” “Ya no quiero hacer del baño para que mis hijas no trabajen tanto.” “Ya no puedo moverme, ya ni al hospital puedo ir.”	“Afortunadamente tengo quién me apoye ahora que estoy enferma” “Mis hijas me atienden con cariño y entre todas me apoyan” “Aunque no pueda moverme, hay síntomas que sí estoy controlando y hay muchas cosas que aún puedo hacer, como platicar con mis seres queridos”
2.- Mujer 49 años. Cáncer cervicouterino con metástasis a estómago y con nefrostomía percutánea Línea base 2. Depresión y ansiedad	“Ya no puedo ayudar a cocinar o ayudar a barrer” “Por la enfermedad comienzo hacer cosas y me canso mucho y tengo que dejarlas”	“Aunque ya no puedo cocinar una comida completa, puedo ayudar a hacer parte de la comida” “Aunque me canso mucho hay actividades que puedo hacer que no requieren que haga mucho esfuerzo”
3.- Masculino 69 años. Cáncer de colón con metástasis a hígado Línea base 3. Depresión y ansiedad	“Ya no puedo salir a vender gelatinas y ya no doy dinero para la economía familiar” “Casi todo el tiempo me la paso encerrado en la casa”	“Cuando estaba bien, me tocó trabajar mucho tiempo de mi vida y ahora debo de descansar para estar tranquilo” “Hay varias cosas que puedo hacer en la casa para ayudar a la familia”
4.-Masculino 44 años. Cáncer de páncreas con metástasis a hígado. Línea base 3. Depresión y ansiedad	“Era un hombre muy activo y ahora ya no puedo hacer nada” “Me preocupa mucho el saber cómo le voy a decir a mi madre que tengo el cáncer, quizá ella ya lo sospecha, pero ella es muy ansiosa y depresiva y lo va a tomar muy mal” “Ya no quiero seguir sintiendo este dolor”	“Ya no trabajó ni hago ejercicio como antes, pero ahora puedo ayudar en varias tareas de la casa” “Aunque no va a recibir bien la noticia de que tengo cáncer, ella hará lo posible para mostrar fortaleza y apoyarme en lo que necesite” “Estoy tomando medicamento y puedo usar otras estrategias que me ayuden a distraerme del dolor”

Paciente	Pensamiento Negativo	Pensamiento Alternativo
5.-Mujer 65 años. Cáncer de páncreas con metástasis a tiroides. Línea base 2. Depresión	“Ya ni me sabe la comida es como si tuviera un fierro en la boca” “quiero estar bien pero no puedo”	“Trato de ya no poner atención a los sabores y me concentro en otras cosas” “Estoy haciendo todo lo necesario por estar más tranquila y he podido mejorar o controlar algunos síntomas que me molestan” “Dentro de lo malo que pasa, hay cosas positivas que puedo sacar provecho, ya que puedo encargarme de pendientes que tengo”
6.- Mujer 83 años. Cáncer cervicouterino con metástasis a vertebras. Línea Base 1. Depresión	“No me preocupa mucho la enfermedad, lo que me pone triste es que debo depender de otras personas, me da cosa pedirle a la enfermera que me ayude a levantar cosas, aunque sea su trabajo” “llegué a la misa del asilo y sentí mucha tristeza al ver a todos los viejitos ahí, preferí subirme al cuarto y dormir”	“Las enfermeras son muy profesionales y me ayudan mucho con mis necesidades, para eso me mudé al asilo” “Aunque prefiero estar rodeada de gente joven, tengo algunas compañeras que son agradables en su trato” “Aunque colapsaron mis vertebras y ahora estoy en cama todo el tiempo, trato de sacar provecho de las actividades que aún puedo hacer como leer y escribir cartas a mis amigos”
7.- Hombre 63 años. Creyente. Grupo 3 Línea base 3. Depresión y ansiedad	“Falleció mi mamá y a mí ni me avisaron que estaba en el hospital, por tratar de protegerme ya ni pude despedirme de ella” “parece que todo nos pasa a nosotros, ahora me robaron el coche”	“En esa época mi esposa me vio muy mal emocionalmente y trató de protegerme de ponerme peor con lo de mi madre” “estas cosas pasan todos los días y ahora nos tocó a nosotros hay que seguir adelante”

Paciente	Pensamiento Negativo	Pensamiento Alternativo
8.- Hombre 76 años. Católico. Grupo 3 Línea base 2. Depresión y ansiedad	“A mí lo que me preocupa es qué va a pasar con ella –haciendo referencia a la esposa- cuando yo me vaya” “unos familiares nos quieren quitar la casa pero tenemos todos los papeles” “llevo un rato sin tomar medicamento para el dolor, se acabaron las pastillas y pues ¿de dónde? ya no las compré”	“Afortunadamente tenemos el apoyo de mis hijos los cuales la van a cuidar cuando yo falte” “En el mundo hay gente aprovechada, pero ya tengo la asesoría con abogados y todo está a mi favor” “Mis hijos siempre me han apoyado y ellos están dispuestos a darme el poco dinero que tengan para comprar mis pastillas”
9.- Mujer 40 años. Católica. Grupo 3 Línea base 1. Depresión y ansiedad	“Acepto mi enfermedad y lo que va a pasar – aunque sigo luchando- pero me preocupa mucho, cómo lo vamos a manejar con mi hijo de tres años” “no quiero acercarme a mi hijo -3 años- para que no se encariñe conmigo y resienta mi muerte” “me da angustia esta enfermedad”	“Estoy recibiendo el apoyo para que mi hijo puedo tomarlo de la mejor manera y tengo el apoyo de mis familiares para cuidarlo cuando yo parta” “Voy a demostrar el amor a mi hijo y los días que me queden los voy a disfrutar con él” “no sé si funcione el tratamiento –tratamiento alternativo que estaba tomando- pero quiero disfrutar lo que me quede de vida con mis seres queridos”

Significancia Clínica.

En el caso de la significancia clínica, se encontró que los pacientes, familiares y terapeutas valoraron el efecto de la terapia con promedios muy similares: pacientes (7.5/10) familiares (7.8/10) y terapeutas (7.5/10). Dichos valores pueden ser interpretado como cambios positivos medianos (véase tabla 8). En el caso de la depresión, se encontró que tres pacientes (1,5 y 6) disminuyeron sus puntajes en la post evaluación, por debajo de la norma. En el caso de la ansiedad, se encontró que sólo tres pacientes (2, 3 y 4) presentaron este problema y únicamente un paciente (paciente 3) disminuyó sus niveles de ansiedad por debajo de la norma en la post evaluación. Ninguno de los pacientes reportó que el tratamiento le haya causado algún daño físico o emocional en su persona.

Tabla 8.- Significancia clínica del paciente

Participantes	Criterios			Puntajes HADS dentro de la norma	Comentarios de los pacientes
	<i>Satisfacción del paciente</i>	<i>Satisfacción del cuidador</i>	<i>Satisfacción del terapeuta</i>		
1.- Mujer 81 años. Católica Línea base 1. Depresión	8/10	7/10	7/10	Depresión: Sí Ansiedad: No aplica	Sin comentarios
2.- Mujer 49 años. Católica Línea base 2. Depresión y ansiedad	7/10	9/10	8/10	Depresión: No Ansiedad: No	La terapia me ayudó a disminuir frustración por no poder hacer muchas cosas que antes realizaba
3.- Masculino 69 años. Cristiano Línea base 3. Depresión y ansiedad	6/10	7/10	7/10	Depresión: No Ansiedad: Sí	Sin comentarios
4.-Masculino 44 años. Católico. Línea base 3. Depresión y ansiedad	9/10	8/10	8/10	Depresión: No Ansiedad: No	La terapia me ayudó a salir de la depresión en la que había caído.
5.-Mujer 65 años. Católica. Línea base 2. Depresión	5/10	8/10	7/10	Depresión: Sí Ansiedad: No aplica	Los ejercicios que se vieron fuero de gran ayuda, se practicaron constantemente y ayudaron a mejorar mi estado de ánimo.

Participantes	Satisfacción del paciente	Satisfacción del Cuidador	Satisfacción del terapeuta	Puntajes HADS dentro de la norma	Comentarios de los pacientes
6.- Mujer 83 años. Católica. Línea Base 1. Depresión	10/10	8/10	8/10	Depresión: Sí Ansiedad: No aplica	En mis 83 años jamás quise recibir apoyo psicológico pero la terapia me ayudó a modificar ideas que me hacían daño.
7. Hombre 63 años. Creyente. Bloque 3 Línea base 3. Depresión y ansiedad	6/10	7/10	6/10	Depresión: Sí Ansiedad: No aplica	La terapia me ayudó en estos momentos complicados
8.- Hombre 76 años. Católico. Grupo 3 Línea base 2. Depresión y ansiedad	7/10	8/10	7/10	Depresión: No Ansiedad: Sí	La terapia me ayudó a pensar y actuar diferente ya no estoy tan ansioso.
9.- Mujer 40 años. Católica. Grupo 3 Línea base 1. Depresión y ansiedad	7/10	9/10	8/10	Depresión: Sí Ansiedad: Sí	Todas las secciones han estado bien, no he tenido ningún problema y sí me ayuda porque sola no hubiera podido salir de mi depresión.

Resultados cualitativos

Existen resultados expresados por los pacientes y cuidadores que no fueron medidos cuantitativamente pero que se considera indispensable hacer del conocimiento del lector, a continuación se describen estos.

Todos los pacientes consideraron útiles los componentes abordados en la terapia, la gran mayoría de los pacientes 8/9 expresaron que la relajación autógena y la imaginación guiada, fueron sus componentes favoritos de la terapia, ya que les producía efectos inmediatos de tranquilidad, además de que les hacía olvidarse de los síntomas físicos negativos como el dolor, náusea o fatiga y la consideraron fácil de aplicar. En el caso de los pacientes con limitada capacidad para salir a caminar, expresaron que la imaginación guiada les permitía estar en lugares que les gustaban (sus pueblos de origen, una playa, un terreno en el bosque) y vivir una sensación muy agradable en el momento.

De igual forma, el componente de cambio de pensamientos negativos, fue un componente que más trabajo les costó realizar a los pacientes, fue muy notorio que en los pacientes con mayor nivel educativo les costó menos trabajo entender la relación entre pensamientos, emociones, comportamientos y síntomas físicos, sin embargo, en el resto de los pacientes (seis de nueve) fue un componente en el cual se tuvo que poner mucho énfasis y para el que se requirió de mucha ayuda de los cuidadores primarios para que le recordaran a los pacientes que esos pensamientos les estaban provocando emociones negativas. Solo una familiar de una paciente, comentó que le parecía inaceptable el uso de este componente “en la depresión te sientes muy mal, no solo se trata de que pienses de una u otra forma” para el resto de los cuidadores y pacientes, eventualmente fue un componente que tuvo sentido y que adaptaron para sentirse mejor.

En cuanto a la modalidad, los nueve participantes se mostraron muy complacidos en recibir la terapia domiciliaria, en algunos casos remarcaron que de no haber sido la terapia de esta forma, ellos no hubieran tomado tantas sesiones psicológicas, refiriendo que el cansancio, la pérdida de funcionalidad, lo complicado del transporte o la falta de recursos económicos hubiesen sido los principales factores que hubiesen impedido que ellos tomaran la terapia psicológica en el hospital. Algunas frases que dijeron los pacientes al respecto fueron: “no hubiera ido, cada vez que me subo a un coche es un verdadero show, tiene que ir muy despacio porque cada bache o cada tope significa para mí un dolor indescriptible” “Me hago dos horas y media –ida- para llegar al hospital y dos horas y

media a tres horas de regreso, todo ese tiempo para tomar una hora de terapia, no lo hubiera hecho”.

Se les preguntó a los pacientes si encontraron la terapia domiciliaria invasiva para su intimidad familiar y en ningún caso se consideró que lo fuera, por el contrario los pacientes se mostraron amables y agradecidos de haber recibido la terapia a domicilio, “Ojalá sigan dando la terapia porque sí es una gran ayuda” “Deseamos sigan colaborando con pacientes como mamá, para hacer diferente los procesos que parecen imposibles de entender”.

Otro efecto que se pudo observar fue el impacto de la terapia sobre las habilidades emocionales y de afrontamiento en los cuidadores primarios del paciente terminal, en ocho de los nueve pacientes, la terapia se brindó tanto al paciente como al cuidador primario o familiares del paciente, por lo cual ellos también desarrollaron estrategias para enfrentar la enfermedad de su paciente, también practicaban las técnicas de relajación, y también trabajaron en la modificación de pensamientos negativos sobre la enfermedad y el cómo ellos la estaban viviendo, “los ejercicios que se realizaron fueron de gran ayuda para la paciente y para la familia, se practicaron con frecuencia y apoyó a mejorar el estado de ánimo”. “La terapia fue muy útil para mi hermana, a pesar de que ella era una persona muy cerrada logró abrirse en la terapia y a nosotras nos mantuvo más tranquilas y eso y con ayuda de Dios, vamos a salir adelante ahora que ya no está mi hermana” “por cuidarlo a él –paciente- dejé de cuidarme a mí y el otro día me revisé y tenía mis niveles de azúcar muy altos, con lo que hemos visto en la terapia me recuerdan que es muy importante que yo esté bien para poder seguir cuidándolo”.

Finalmente, fue muy notorio el agradecimiento de los pacientes y familiares por recibir el apoyo emocional en una etapa tan complicada de su vida, el acompañamiento y orientación para la toma de decisiones vitales durante este proceso, pueden ser por sí mismas variables a considerar estudiar en esta población.

Discusión

El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de la TCC breve domiciliaria sobre la ansiedad y depresión en pacientes con cáncer terminal. De acuerdo con la información obtenida, es factible mencionar que la intervención tuvo efectos positivos débiles sobre la depresión de los pacientes oncológicos terminales. Este dato implica una reducción general en los puntajes de depresión posterior a la intervención impartida. Lo anterior coincide con tres estudios pilotos, en donde se evaluó el efecto de la TCC para la ansiedad o la depresión en pacientes con diversos tipos de cáncer avanzado, y en donde se reportó la disminución de los puntajes en la depresión posterior a la intervención (Anderson, Watson, & Davidson, 2008; Chambers, Foley, Galt, Ferguson, & Clutton, 2012; Cocker, Bell, & Kidmans, 1994). En dos de estos estudios, estos datos fueron estadísticamente significativos (Anderson et al., 2008; Cocker et al., 1994). Sin embargo, por la naturaleza del diseño empleado en dichas investigaciones, no se puede estar seguros de que los cambios se debieron a la intervención, o de que los estudios estuvieron libres de variables extrañas o sesgos que pudieron influir en los resultados obtenidos (Altman et al., 2001).

Los principales problemas que se presentaron en dichos estudios pilotos, fueron el uso de mediciones pre post sin uso de grupo control, lo anterior impide identificar causalidad entre la intervención y los efectos reportados, ya que variables como regresión a la media o cambios por el simple paso del tiempo, podrían explicar el cambio en los resultados en la post evaluación. El estudio de Savart et al. (2006) reportó que los pacientes del grupo control disminuyeron puntajes de depresión y ansiedad –sin que el cambio fuera estadísticamente significativo- aún sin haber recibido la intervención. En este trabajo, para evitar esos problemas se recurrió al uso de la línea base múltiple, y así identificar la tendencia de la ansiedad y depresión previo a la intervención, y poder descartar al paso del tiempo o regresión a la media, como variables que expliquen los cambios en los puntajes.

En el caso de estudios experimentales que han evaluado variables similares a las de este estudio, los puntajes de depresión disminuyeron posterior a la intervención (Edelman, Bell, & Kidman, 1999; Greer et al., 2012; Lévesque, Savard, Simard, Gauthier, & Ivers,

2004; Moorey et al., 2009; Savard et al., 2006), sin embargo, dichos cambios solo fueron estadísticamente significativos en un solo estudio (Edelman et al., 1999). La tendencia de los datos obtenidos en este estudio, parece coincidir con la tendencia reportada a nivel internacional, disminución de puntajes de depresión post evaluación, sin que estos necesariamente sean estadísticamente significativos, algo similar encontramos en este estudio cuando se hizo el análisis estadístico para la depresión y ansiedad medida por medio de dos reactivos.

Llaman fuertemente la atención los resultados obtenidos en esta investigación y otras investigaciones en el área, debido a que revisiones sistemáticas con metaanálisis recientes, han reportado que distintas modalidades de TCC tienen efectos de moderados a fuertes para atender a la depresión en la población general (Cuijpers, van Straten, van Schaik, & Andersson, 2009; Linde et al., 2015) y efectos de pequeños a moderados en población oncológica (Newell, Sanson-Fisher, & Savolainen, 2002; Parahoo et al., 2013). Una revisión de publicada en Cochrane señala que la psicoterapia en general tiene un efecto moderado para tratar la depresión en pacientes con cáncer incurable (Akechi et al., 2008). Sin embargo, dicha revisión fue realizada de manera previa a la publicación de tres ensayos controlados aleatorizados en el área (Greer et al., 2012; Moorey et al., 2009; Savard et al., 2006) en cuyos trabajos no se obtuvieron datos que corroboraran efectos moderados para el tratamiento de depresión, por el contrario, no reportaron diferencias estadísticamente significativas en la depresión.

Algunas de las razones por las cuales se están reportando efectos tan discretos de la TCC en pacientes con cáncer terminal, podría deberse a la combinación de los siguientes factores: A) un proceso de desmoralización y desesperanza relacionado con el diagnóstico de cáncer terminal. Se ha reportado en la literatura (Baile et al., 2000) y fue especialmente reportado por los pacientes de este estudio, que el oncólogo encargado del tratamiento curativo, al no ver mejoría con el tratamiento, se comunicó con el paciente para decirles que “no había nada más que hacer por ellos” lo anterior podría estar influyendo en que el paciente tenga una tendencia a la desesperanza y desmoralización con respecto a cómo vive

su enfermedad y por lo cual sea necesario adaptar componentes que aborden desesperanza y desmoralización (Greer et al., 2012).

B) descontrol de síntomas físicos: a pesar de que todos los pacientes de este estudio estuvieron en apoyo de cuidados paliativos y recibían medicamento para el control del dolor y otros síntomas, la evolución de la enfermedad y la cercanía con el fallecimiento del paciente, hicieron necesario que en varios momentos los pacientes tuvieran que modificar dosis o medicamentos por la exacerbación de los síntomas físicos -particularmente el dolor- existen varios estudios en donde se ha documentado la asociación positiva entre el dolor y la depresión, he inclusive la literatura reciente ha mostrado estudios en los que la depresión y el dolor comparten factores genéticos, procesos biológicos y neurotransmisores que podrían explicar dicha relación (Bair et al., 2003; Börsbo, Peolsson y Gerdle, 2008; Gambassi, 2009).

C) Funcionalidad y problemas del contexto social: La mayoría de los pacientes ingresaron con un nivel de funcionalidad bajo y el cual siguió disminuyendo a lo largo de las sesiones, lo anterior se ha relacionado con un mayor incremento de depresión (Jehn et al., 2012). Además de que influía en que los pacientes se vieran así mismos como menos capaces de poder realizar actividades que daban sentido a su día a día (tareas domésticas) afectaban sus necesidades básicas (no poder ir al baño y tener que usar pañal) y afectaban sus actividades sociales y económicas (afectaciones en el trabajo y los problemas relacionados con la capacidad para solventar los gastos asociados a la enfermedad).

En el caso de la ansiedad, la intervención mostró que tuvo efectos positivos débiles, en los pacientes oncológicos terminales, aunque los datos corresponden a solo tres de los participantes ya que el resto no presentó el problema. Los datos de este estudio coinciden con otros estudios en donde la ansiedad tuvo una disminución durante la post evaluación y fue estadísticamente significativo el cambio (Anderson et al., 2008; Chambers, Foley, Galt, Ferguson, & Clutton, 2012; Edelman et al., 1999; Greer et al., 2010; Greer et al., 2012; Moorey et al., 2009). También con en estudios en donde disminuyó la ansiedad en la post evaluación, pero no fue estadísticamente significativo el cambio (Savard et al., 2006;

Sloman, 2002). Llama mucho la atención de que en este estudio se obtuvo un efecto positivo pequeño, mientras en el estudio de Greer et al. (2012), se obtuvo un tamaño del efecto de la intervención de $d=0.80$, el cual en la escala de Cohen, equivale a una intervención con un efecto fuerte. Una posible explicación de por qué se obtuvieron efectos tan distintos a pesar de haber aplicado una intervención tan similar es que los pacientes en esta investigación, tenían una expectativa de vida mucho más corta, la enfermedad estaba más avanzada y el nivel de funcionalidad les impedía realizar una gran cantidad de actividades que daban sentido a su día a día. De igual forma, el hecho de ver el importante deterioro de su cuerpo y el marcado avance de la enfermedad, podía influir en que los pacientes tuvieran las preocupaciones y miedos de un futuro con su muerte segura “qué va a ser del que se queda” “cómo voy a morir” (Neel, Lo, Rydall, Hales, & Rodin, 2013).

Además de las preocupaciones por la enfermedad y futuro fallecimiento, los problemas de ansiedad se pudieron ver afectados por la combinación de estos factores: a) descontrol de síntomas físicos, al igual que la depresión, existe literatura que señala, que los pacientes que experimentan descontrol en la presencia e intensidad de sus síntomas físicos, son más propensos a incrementar la presencia e intensidad de su ansiedad (Delgado-Guay et al., 2009; Landa-Ramírez et al., 2014). En un metaanálisis se concluyó que la ansiedad está fuertemente asociada con el miedo al dolor y con un menor éxito del tratamiento para el dolor en pacientes con dolor crónico, lo cual pudo ocasionar que ayudara al control de otros síntomas (Ocañez, Kathryn-McHugh y Otto, 2010).

B) Tendencia de pensamientos catastróficos con respecto al futuro: A pesar de que la intervención involucró la identificación y modificación de pensamientos negativos de los pacientes con respecto a su enfermedad, el trabajo no se enfocó en modificar creencias profundas o esquemas, por lo que el paciente pudo mantener la tendencia a interpretar eventos a partir del pensamiento catastrófico (Dobson & Dobson, 2009). Un estudio reciente mencionó que se necesitaron 24 sesiones semanales para poder modificar algunos esquemas mal adaptativos y comentaron que dichos cambios se verían entorpecidos, si los pacientes mostraban la tendencia a utilizar esquemas de dependencia a terceras personas o incompetencia en diferentes ámbitos de su vida (Wilhelm, Berman, Keshaviah, Schwartz,

& Steketee, 2015). Sin embargo, dadas las condiciones físicas, cognitivas y el poco tiempo de sobrevivencia del paciente terminal, parece una opción poco aplicable el poder aplicar la terapia enfocada a la modificación de esquemas mal adaptativos en nuestra población, ya que el paciente con cáncer terminal en México vive únicamente en un rango de 10 a 16 semanas y las últimas dos semanas, normalmente se encuentra con una baja reactividad al medio.

C) Funcionalidad y problemas del contexto social: Al igual que en la depresión, el paciente se enfrentó a una gran cantidad de situaciones sociales y económicas que se relacionaban con la preocupación y malestar emocional, “ya no hay dinero” “ya no puedo trabajar y apoyar a la economía familiar”. Además, en el caso de tres pacientes, las visitas hospitalarias, significaban recorridos de extremo a extremo de la ciudad, en ocasiones dichos recorridos podrían tomarles hasta dos horas de sus días para los recorridos de ida y vuelta y en un caso, eso representaba usar transporte público con hasta 5 horas de recorrido total al día lo cual afectaba la condición de paciente y no ayudaba a que asistiera a recibir el apoyo multidisciplinario en la clínica de cuidados paliativos.

La intervención mostró efectos para disminuir en los pacientes evaluados, el promedio de ansiedad y depresión medidos por medio del ESAS, sin embargo, los datos no fueron estadísticamente significativos. Autores como Vodermaier et al. (2009) y Wasteson et al. (2009) han mencionado que medir la ansiedad y depresión por medio de preguntas de uno o dos reactivos, tienen un gran valor clínico, pero no es tan recomendado utilizar este tipo de medición para fines de investigación. Una razón por la cual se debe de tener cuidado con este tipo de medición, es que en el castellano las palabras ansioso y deprimido, pueden traer connotaciones culturales negativas, lo cual puede influir en la percepción que el paciente tiene de la presentación de su ansiedad y depresión, algunas de las opciones que se han recomendado es utilizar palabras como ansioso, nervioso o intranquilo y para deprimido, desanimado o triste (Noguera et al., 2009).

Otro punto importante para considerar, es que seis de los nueve pacientes tenían como nivel de estudio únicamente la primaria y cuatro de ellos, no la terminaron. Lo

anterior puede ser un problema importante a la hora de evaluar la intensidad de la ansiedad y depresión o de síntomas físicos en una escala del cero al diez, ya que se necesita cierto nivel de abstracción para identificar los rangos entre los valores de la escala, y un nivel educativo bajo puede impactar en la percepción, valoración y reporte del paciente en su síntomas físicos y emocionales (Fitzcharles, Rampakakis, Ste-Marie, Sampalis & Shir, 2014; Xu et al., 2003) por lo cual , en investigaciones futuras se podría considerar la adaptación de mediciones y terapias enfocadas en poblaciones con estas características.

Además de efecto sobre los puntajes de ansiedad y depresión, la terapia incrementó de manera estadísticamente significativa, la frecuencia de comportamientos lúdicos y de actividades acorde a las capacidades propias de la enfermedad del paciente, lo anterior resulta relevante ya que en la literatura se ha reportado al incremento de actividades comportamentales, como un indicador de la disminución de depresión (Dimidjian, Martell, Herman-Dunn & Hubley, 2014; Dobson & Dobson, 2009). Además de que en población oncológica, se ha descrito que a pesar del deterioro del paciente, se pueden adecuar actividades para que realice en su día a día y eso sea un coadyuvante para un mejor estado emocional (Moorey & Greer, 2002; Greer et al., 2010; Greer, Graham & Safren, 2009).

De igual forma, posterior a la intervención los participantes, mencionaron cambios en sus pensamientos negativos asociados con la enfermedad y las condiciones sociales que vivían, si bien es cierto, se ha reportado que estos pensamientos, no pueden ser considerados como irreales o irracionales (Greer et al., 2010; Greer et al., 2012), debido a que el paciente verdaderamente está viviendo una situación complicada en la cual el pensamiento describe algo que en realidad puede llegar a suceder (por ejemplo: *“Por la enfermedad comienzo hacer cosas y me canso mucho y tengo que dejarlas”*), también es cierto, que los pacientes identificaron que dichos pensamientos (independientemente de lo real o no de los mismos), no los ayudaban a estar tranquilos, por lo cual propusieron pensamientos alternativos que les ayudaran a estar mucho más en calma en el proceso de su enfermedad, datos similares se han reportado en estudios empíricos anteriores, en donde la modificación de ideas negativas, se volvió en un elemento central para el bienestar

emocional del paciente (Greer et al., 2010; Greer 2012; Lévesque et al., 2004; Savard et al., 2006)

A pesar de lo breve y rápido que fue la terapia impartida (4.6 sesiones), la aplicación de la misma, no estuvo tan alejada de las 6.8 sesiones que en promedio se emplearon las intervenciones de TCC en pacientes con cáncer avanzado en el contexto internacional. En lo que sí difiere mucho la intervención, es que la terapia impartida en esta investigación, debido a las condiciones tan complejas de salud de los pacientes, se dio de manera domiciliaria y en un rango no mayor a tres semanas. Anteriormente, solo un estudio había reportado la viabilidad de dar la intervención en el hogar (Moorey et al., 2009) y en promedio utilizó casi el doble de semanas para poder impartir todos los componentes que utilizó en la terapia. El impartir la terapia de manera domiciliaria se puede considerar como una decisión acertada por parte de los terapeutas y de los pacientes ya que mencionaron que de no haber sido de esta manera, los pacientes no hubiesen tomado una gran cantidad de sesiones debido a su deterioro físico, económico o emocional.

Con base en la observación y experiencia clínica del autor, se puede decir que la intervención domiciliaria constituye una gran aportación por parte de este estudio pero a su vez, constituye una gran necesidad para el trabajo psicoterapéutico con pacientes oncológicos terminales en México. Los pacientes y familiares reportaron sentirse cómodos recibiendo al personal de salud, además de tener la sensación de estar mucho más acompañados y apoyados por el personal de salud cuando los visitaba en la casa. Visitar a los pacientes permitió al terapeuta conocer e identificar dinámicas del paciente en su ambiente real y esto dio la posibilidad de cambiar estímulos del contexto en el que el paciente interactúa para promover comportamientos que le apoyaran a salir de la ansiedad y depresión.

En ninguna de las investigaciones previas, se había reportado que los pacientes con cáncer avanzado estuvieran con un tiempo tan cercano a la muerte, en el presente estudio, constituyó un reto trabajar con los pacientes, ya que su promedio de vida fue de tres meses, y al menos las últimas dos semanas de vida de los pacientes, se caracterizó por un

incremento y exacerbación de los síntomas físicos de los pacientes. Lo anterior coincide con estudios que han reportado que el paciente oncológico terminal tiene un muy difícil control de síntomas (delirium, agitación, ansiedad, disnea, vómito, dolor, distrés emocional) cuando su muerte está muy cercana (Beller, van Driel, McGregor, Truong & Mitchell, 2015; Maltoni et al., 2012). La información anterior, podría incluso explicar, porqué en algunos pacientes de esta investigación, hubiera incremento de ansiedad y depresión en los últimos registros que realizaron, previos a su muerte.

La intervención se benefició de manera importante de la participación de los familiares que tomaban la terapia junto al paciente, lo cual ayudó a que ellos también desarrollaran habilidades que permitieran al paciente recordar los contenidos vistos durante las sesiones terapéuticas. La peculiar estructura familiar en México, en donde los miembros de las familias se encuentran involucrados en lazos y actividades, e incluso en algunos casos, compartían el lugar de habitación, permitió que en la sesiones, particularmente del fin de semana, estuvieran involucrados en la terapia hasta siete miembros de la familia (esposa, hijos, sobrinos, nueras) los cuales participaban de una u otra forma en el cuidado del paciente. La estructura familiar y el cuidado que dan a pacientes con cáncer terminal, podrían constituir una variable importante a retomar en futuras investigaciones, ya que existen trabajos que muestran la asociación de dicha estructura con el desarrollo de problemas de comportamiento y salud (Nobles, 2013; Schmeer, 2013) o incluso como un factor protector o de apoyo para poder hacer que el paciente valore que tiene buenas redes sociales de apoyo, las cuales se han considerado importantes en el tratamiento de la depresión (Dobson & Dobson, 2009).

A pesar de los esfuerzos y el cuidado puesto en el estudio, existen algunas limitaciones de la investigación que deben considerarse para la interpretación de la información aquí presentada. Una limitación importante fue que cuatro participantes no terminaron la sesión de seguimiento, en tres casos la muerte del paciente fue la razón de que no continuaran con los registros, y en un caso, el paciente entró en delirium y ya no fue posible seguir con la recolección de datos. Por lo anterior no fue posible establecer el efecto de la intervención al mes de concluida la terapia. No es raro que existan una alta muerte

experimental en pacientes con cáncer terminal, la condición de salud de los pacientes, influyó en que se presentara en las evaluaciones de seguimiento hasta un 68% de muerte experimental (Moorey et al., 2009). De acuerdo con los criterios de lectura crítica de ensayos controlados aleatorizados (ECA) una muerte experimental en los seguimientos por arriba del 20% debe ser considerada como una posible amenaza a la aleatorización y un posible sesgo a la validez interna de los estudios (Heneghan et al., 2007). Sin embargo, dada las características particulares de la población de cáncer terminal y los datos empíricos de muerte experimental en los seguimientos, parece pertinente preguntarse si es conveniente el uso de ECA como el diseño “gold standard” en los estudios psicológicos en pacientes con expectativa de vida corta o si es necesario, replantear la lógica de investigación pertinente para pacientes oncológico terminales.

Una opción viable para tratar de evaluar efectos de intervenciones psicológicas en esta población, podría ser el uso de diseños de N=1 (Kazdin, 2011), este tipo de estudios permitiría evitar el problema de esperar a juntar grandes muestras para realizar intervenciones, y con esto se podría evitar los problemas que se han descrito, como una larga espera o la muerte del paciente mientras espera que se junten las muestras (Edelman et al., 1999). Otro problema importante, es la baja cantidad de pacientes, que por sus condiciones extremas, pueden ser incluidos en estos estudios, se calcula que en total solo entran a las investigaciones entre 8-9% de los pacientes potenciales (Moorey et al., 2009) y en el caso de este estudio solo entraron 7.6%. El uso de N=1, ayudaría a no depender de grandes muestras, para poder evaluar tamaños del efecto de la intervención aplicada (Parker & Vannest, 2009) además de que en caso de que se adoptara el diseño para este tipo de investigaciones, se tendrían varias réplicas que posibilitarían realizar el metaanálisis de los datos obtenidos y calcular así el tamaño del efecto de las intervenciones, procedimiento que ya se realizó incluso en población con autismo (Ganz et al., 2012).

El uso del NAP, podría ser una gran ayuda para analizar la información obtenida, sin embargo, se recomienda que existan una gran cantidad de datos tanto en la línea base como en la intervención y seguimientos (Parker & Hagan-Buke, 2007; Parker & Vannest, 2009). En el caso de este estudio, no se pudieron obtener grandes cantidades de datos

porque como se mencionó previamente, la muerte física o experimental del paciente impidió que pudieran seguir llenando información, si bien la adecuación de tener una línea base corta, sirvió con fines clínicos, ya que de no haberse hecho de esta manera hubiese implicado que los pacientes murieran llenando registros de línea base, sin recibir ningún tipo de tratamiento. Pero pudo no haber ayudado a los criterios NAP para realizar un análisis más completo y exhaustivo de la información recabada, por lo cual, se deben de tomar con cautela los datos de este estudio.

A pesar de las limitaciones descritas en este estudio, se resalta el hecho de que la terapia produjo a corto tiempo efectos positivos para ayudar al paciente a enfrentar la ansiedad o depresión que padecían previo a su fallecimiento. Quizá estas condiciones que se reportan en la investigación, sean mucho más cercanas a las condiciones de los países en vías de desarrollo en los que al igual que en México, se tiene un diagnóstico tardío del cáncer, falta de infraestructura hospitalaria para atender a los pacientes, pocos recursos humanos formados para brindar apoyo en el manejo de síntomas al final de la vida y poca investigación y difusión de hallazgos en el área (Goss et al., 2013; Pastrana et al., 2009; Torres-Vigil, Aday, De Lima & Cleeland, 2007). Quizá estos datos permitan adaptar la terapia a las condiciones particulares de cada país, mientras paralelamente, se trabaja en una política de salud, que permita disminuir el impacto del cáncer terminal en la población que lo padece.

Futuras investigaciones se pueden derivar de los datos que aquí se presentan, algunas de ellas podrán ir enfocadas a replicar efectos de la TCC en ansiedad y depresión en cáncer avanzado. De igual forma, es relevante evaluar el efecto de nuevas modalidades de TCC (en el hogar, videoconferencia, telefónica) y sus efectos en variables emocionales. Se puede evaluar empíricamente el uso de nuevos componentes (aceptación, contemplación) para abordar el problema de depresión en esta población ya que un estudio reciente han mostrado que la terapia de aceptación y compromiso, ha tenido buenos efectos para disminuir depresión en población con cáncer de ovario en etapa avanzada (Rost, Wilson, Buchanan, Hildebrandt & Mutch, 2012). Además de que actualmente se están generando investigaciones que permiten evaluar el efecto de mindfulness en pacientes con

cáncer testicular avanzado (Chambers, Foley, Galt, Ferguson, & Clutton, 2012; Chambers et al., 2013).

A pesar de que la intervención mostró efectos cuantitativos positivos pero débiles, la intervención mostró buenos efectos percibidos por los cuidadores y familiares, ayudó a resolver dudas sobre la evolución de la enfermedad, modificó pensamientos negativos en los pacientes e incrementó actividades lúdicas y de distracción. Es muy importante recordar que esta intervención se dio como parte del servicio integral de la clínica de dolor y cuidados paliativos del Hospital General Manuel Gea González, y para fines clínicos y del cuidado del paciente debe entenderse como solo una parte, de todo el trabajo que se hace en la clínica para poder mejorar la calidad de vida y estado de ánimo del paciente terminal que acude por apoyo de cuidados paliativos y que los reportes indican se verá beneficiado de dicho cuidado (Temel et al., 2010).

Pasos institucionales futuros, deberán de considerar el fomento de la investigación médica y psicosocial en el área paliativa, la integración formal de psicólogos que atiendan las necesidades clínicas de los pacientes, el desarrollo de campañas enfocadas a la identificación del cáncer en etapas más tempranas (Goss et al., 2013), y la sensibilización e integración de los cuidados paliativo de manera temprana en el cuidado del paciente con cáncer metastásico, ya que la investigación ha mostrado que al hacerlo de esta manera el paciente se va a ver más beneficiado en su calidad de vida, estado emocional e incluso en su tiempo de sobrevivencia (Greer et al., 2012; Temel et al., 2010). Finalmente, se concluye que la TCC breve y domiciliaria, es una opción empíricamente válida como coadyuvante para el abordaje de la ansiedad y depresión en pacientes con cáncer terminal que se encuentran muy cerca de su fallecimiento.

Referencias

- Akechi, T., Okuyama, T., Onishi, J., Morita, T., & Furukawa, T.A. (2008). Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 16 (2), CD005537. doi:10.1002/14651858.CD005537
- Alonso, Y. (2004). The biopsychosocial model in medical research: the evolution of the health concept over the last two decades. *Patient Education and Counseling*, 53 (2), 239–244.
- Altman, D.G., Schulz, K.F., Moher, D., Egger, M., Davidoff, F., Elbourne, D., Gøtzsche, P.C., Lang, T., CONSORT GROUP (2001). The revised CONSORT statement for reporting randomized trials: explanation and elaboration. *Annals of Internal Medicine*, 134(8):663-94.
- Anderson, F., Downing, M.G., Hill, J., Casorso, L. & Lerch, N. (1996). Palliative performance scale (PPS): a new tool. *Journal of Palliative Care*, 12(1),_5-11.
- Anderson, T., Watson, M., & Davidson, R. (2008). The use of cognitive behavioural therapy techniques for anxiety and depression in hospice patients: a feasibility study. *Palliative Medicine*, 22(7), 814-821. doi: 10.1177/0269216308095157
- Armelagos, G.J., Brown, P, J., & Turner, B. (2005). Evolutionary, historical and political economic perspectives on health and disease. *Social Science & Medicine*, 61 (2005) 755–765.
- Baile, W.F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E.A., & Kudelka, A.P. (2010). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5(4); 302-311.

- Bair, M.J., Robinson, R. L., Katon, W. & Kroenke, K. (2003). Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of Internal Medicine*, 163(20), 2433-2445.
- Bauer, S., Lambert, M.J., & Nielsen, S.L. (2004). Clinical significance methods: a comparison of statistical techniques. *Journal of Personality Assessment*. 82(1), 60-70.
- Beller, E.M., van Driel, M.L., McGregor, L., Truong, S., & Mitchell, G. (2015). Palliative pharmacological sedation for terminally ill adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2;1:CD010206. [Epub ahead of print]
- Börsbo, B., Peolsson, M. y Gerdle, B. (2008). Catastrophizing, depression, and pain: correlation with and influence on quality of life and health — a study of chronic whiplash-associated disorders. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40(7), 562-569.
- Bray, F., Jemal, A., Grey, N., Ferlay, J., & Forman, D. (2012). Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008-2030): a population-based study. *The Lancet Oncology*, 13:790-801. Doi: 10.1016/S1470-2045(12)70211-5.
- Brooksbank, M. (2009). Palliative care: Where have we come from and where are we going? *PAIN*, 144 (3), 233–235. doi:10.1016/j.pain.2009.06.010
- Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M.J., Selmsler, P. & Macmillan, K. (1991): The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): A simple method for the assessment of palliative care patients. *Journal of Palliative Care*, 7 (2), 6–9.
- Candy, B., Jackson, K.C., Jones, L., Tookman, A., & King, M. (2012). Drug therapy for symptoms associated with anxiety in adult palliative care patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 17;10:CD004596. doi: 10.1002/14651858.CD004596.pub2.

- Carter, P.A., Mikan, S.Q., & Simpson, C. A. (2009). Feasibility study of a two-session home-based cognitive behavioral therapy-insomnia intervention for bereaved family caregivers. *Palliative & Supportive Care*, 7(2),197-206. doi: 10.1017/S147895150900025X
- Chambers, S.K., Foley, E., Galt, E., Ferguson, M., & Clutton, S. (2012). Mindfulness groups for men with advanced prostate cancer: a pilot study to assess feasibility and effectiveness and the role of peer support. *Supportive Care in Cancer*, 20(6), 1183-1192. doi:10.1007/s00520-011-1195-8
- Chambers, S.K., Smith, D.P., Berry, M., Lepore, S.J., Foley, E., Clutton, S., McDowall, R., Occhipinti, S., Frydenberg, M., Gardiner, R.A. (2013) A randomised controlled trial of a mindfulness intervention for men with advanced prostate cancer. *BMC Cancer*, 26;13:89. doi: 10.1186/1471-2407-13-89.
- Chang, V.T., Hwang, S.S., & Feuerrman, M. (2000). Validation of the Edmonton Symptom Assessment Scale. *Cancer*, 1;88 (9), 2164-2171.
- Classen, C., Butler, L.D., Koopman, C., Miller, E., DiMiceli, S., Giese-Davis, J., Fobair, P., Carlson, R.W., Kraemer, H.C., & Spiegel, D. (2001). Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer: a randomized clinical intervention trial. *Archives of General Psychiatry*, 58(5), 494-501.
- Cluver, J.S., Schuyler, D., Frueh, B.C., Brescia, F., & Arana, G.W. (2005). Remote psychotherapy for terminally ill cancer patients. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 11:157-9.
- Cocker, K. I., Bell, D. R., & Kidmans, A. D. (1994). Cognitive behaviour therapy with advanced breast cancer patients: A brief report of a pilot study. *Psychooncology*, 3(3), 233–237. doi: 10.1002/pon.2960030310

- Cooke M, Irby, Sullivan & Ludmerer. (2006). American medical education 100 years after the Flexner report. *The New England Journal of Medicine*, 28;355(13):1339-44.
- Covarrubias-Gómez, A., Hernández-Martínez, E.E., Ruiz-Ramírez, S., & López Collada-Estrada, M. (2014). Assessment of Pain and Other Symptoms in Mexican Patients With Advanced Illness. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 14. [Epub ahead of print]
- Cuijpers, P., van Straten, A., van Schaik, A., & Andersson, G. (2009). Psychological treatment of depression in primary care: a meta-analysis. *The British Journal of General Practices*, 59(559), 51-60. doi: 10.3399/bjgp09X395139.
- Dixon, M.R., Jackson, J.W., Small, S.L., Horner-King, M.J., Lik, N.M., Garcia, Y., & Rosales, R. (2009). Creating single-subject design graphs in Microsoft Excel 2007. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 42 (2), 277-93. doi: 10.1901/jaba.2009.42-277.
- Delgado-Guay, M., Parsons, H.A., Li, Z., Palmer J.L. & Bruera, E. (2009). Symptom distress in advanced cancer patients with anxiety and depression in the palliative care setting. *Supportive Care Cancer*, 17 (5), 573-579. doi 10.1007/s00520-008-0529-7
- Dimidjian, S., Martell, C, R., Herman-Dunn, R & Hubble, S. (2014). Behavioral activation for depression In Barlow, D.H., (Fifth Edition). *Clinical handbook of psychological disorders*. The Guilford Press: pp. 353-394
- Dobson, D., y Dobson, K. (2009). *Evidence-based practice of cognitive behavioral therapy*. New York: Guilford Publications
- Edelman, S., Bell, D.R., & Kidman, A.D. (1999). A group cognitive behaviour therapy programme with metastatic breast cancer patients. *Psycho-oncology*, 8(4),295-305. doi: 10.1002/(SICI)1099-1611

- Engel G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Feldner, M.T., Smith, R.C., Monson, C.M., & Zvolensky, M.J. (2013). Initial evaluation of an integrated treatment for comorbid PTSD and smoking using a nonconcurrent, multiple-baseline design. *Behavior Therapy*, 44(3),514-28. doi: 10.1016/j.beth.2013.04.003.
- Fitzcharles, M.A., Rampakakis, E., Ste-Marie, P.A., Sampalis, J.S., & Shir, Y. (2014). The association of socioeconomic status and symptom severity in persons with fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology*, 41(7):1398-1404. doi: 10.3899/jrheum.131515. Epub 2014 Jun 15.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E. & McHugh, P.R. (1975) Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatry Research*, 12(3), 189-198.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2008). Pobreza y derechos sociales de niñas, niños y adolescentes en México, 2010-2012. Obtenido el 11 de noviembre de 2014 en http://www.unicef.org/mexico/spanish/UN_BriefPobreza_web.pdf
- Gambassi, G. (2009). Pain and depression: the egg and the chicken story revisited. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(1), 103-112.
- Ganz, J.B., Earles-Vollrath, T.L., Heath, A.K., Parker, R.I., Rispoli, M.J., & Duran, J.B. (2012). A meta-analysis of single case research studies on aided augmentative and alternative communication systems with individuals with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(1); 60-74. doi: 10.1007/s10803-011-1212-2.

- Gonge H, Jensen LD, & Bonde JP. (2001). Do psychosocial strain and physical exertion predict onset of low-back pain among nursing aides? *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 27(6),388-394.
- Goodwin, P.J., Leszcz, M., Ennis, M., Koopmans, J., Vincent, L., Guther, H., Drysdale, E., Hundley, M., Chochinov, H.M., Navarro, M., Speca, M., & Hunter, J. (2001). The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *The New England Journal of Medicine*, 345(24),1719-1726.
- Goss, P.E., Lee, B.L., Badovinac-Crnjevic, T., Strasser-Weippl, K., Chavarri-Guerra, Y., St Louis, J., et al. (2013). Planning cancer control in Latin America and the Caribbean. *The Lancet Oncology*, 2013;14:391-436. Doi: 10.1016/S1470-2045(13)70048-2.
- Greer, J.A., Graham, J.S., & Safren, S.A. (2009). Resolving treatment complications associated with comorbid medical conditions. In: Otto M, Hofmann S, editors. *Avoiding treatment failure in anxiety disorders*. New York: Springer, 9.317-46.
- Greer, J.A., Park, E.R., Prigerson, H.G., & Safren, S.A. (2010). Tailoring Cognitive-Behavioral Therapy to Treat Anxiety Comorbid with Advanced Cancer. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1 (4), 294-313. doi: 10.1891/0889-8391.24.4.294
- Greer, J.A., Pirl, W.F., Jackson, V.A., Muzikansky, A., Lennes, I.T., Heist, R.S., Gallagher, E.R., & Temel, J.S. (2012). Effect of early palliative care on chemotherapy use and end-of-life care in patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(4):394-400. doi: 10.1200/JCO.2011.35.7996.
- 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*,

- Heneghan, C., Perera, R., Ward, A. A., Fitzmaurice, D., Meats, E., & Glasziou, P. (2007). Assessing differential attrition in clinical trials: self-monitoring of oral anticoagulation and type II diabetes. *BMC Medical Research Methodology*, 2;7:18. doi:10.1186/1471-2288-7-18
- Henderson, M., MacGregor, E., Sykes, N., & Hotopf, M. (2006). The use of benzodiazepines in palliative care. *Palliative Medicine*, 20(4), 407-412. doi:10.1191/0269216306pm1151oa
- Holland, J.C., & Rowland, J, H (1989). *Handbook of Psychooncology: Psychological Care of the patient with cancer*. Oxford University Press.
- Hotopf, M., Chidgey, J., Addington-Hallm, J. & Ly, K.L. (2002). Depression in advanced disease: a systematic review Part 1. Prevalence and case finding. *Palliative Medicine*, 16 (2), 81-97. doi: 10.1191/0269216302pm507oa
- Hudson, B.F., Ogden, J., & Whiteley, M.S. (2015). Randomized controlled trial to compare the effect of simple distraction interventions on pain and anxiety experienced during conscious surgery. *European Journal of Pain*, doi: 10.1002/ejp.675.
- Jackson, K.C., & Lipman, A.G. (2004). Drug therapy for anxiety in palliative care. *Cochrane Database of Systematic Review*, (1),CD004596. Doi: 10.1002/14651858.CD004596
- Jacobson, N. S., Follette, W. C., & Revenstorf, D. (1984). Toward a standard definition of clinically significant change. *Behavior Therapy*, 17, 308-311.
- Jehn, C.F., Flath, B., Strux, A., Krebs, M., Possinger, K., Pezzutto, A., & Lüftner D. (2012). Influence of age, performance status, cancer activity, and IL-6 on anxiety and depression in patients with metastatic breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*. 136(3); 789-794. doi: 10.1007/s10549-012-2311-2.

- Jemal, A., Bray, F., Center, M. M., Ferlay, J., Ward, E., & Forman, D. (2011). Global cancer statistics. *A Cancer Journal for Clinicians*, 11(61), 69-90. doi:10.3322/caac.20107
- Jemal, A., Center, M.M., DeSantis, C., & Ward, E.M. (2010). Global patterns of cancer incidence and mortality rates and trends. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 19:1893-907. Doi: 10.1158/1055-9965.EPI-10-0437.
- Kai-hoi, S.F., Wong, E., Lo, R. & Woo, J. (2000). Do pain and disability differ in depressed cancer patients? *Palliative Medicine*, 14 (1), 11-17.
- Kazdin, A.E. (1999). The meanings and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting And Clinical Psychology*, 67(3),332-339.
- Kazdin, A.E. (2011). *Single-Case Research Designs: Methods for Clinical and Applied Settings*, 2nd Edition. New York: Oxford University Press.
- Kornblith, A.B., Dowell, J.M., Herndon, J.E .2nd, Engelman, B.J., Bauer-Wu, S., Small, E.J., Morrison, V.A., Atkins, J., Cohen, H.J., & Holland, J.C. Telephone monitoring of distress in patients aged 65 years or older with advanced stage cancer: A cancer and leukemia group B study. *Cancer*, 107:2706-14.
- Laidlaw, T., Bennett, B.M., Dwivedi, P., Naito, A., & Gruzelier, J. (2005). Quality of life and mood changes in metastatic breast cancer after training in self-hypnosis or johrei: a short report. *Contemporary Hypnosis*, 22 (2), 84–93.
- Landa-Ramírez, E., Cárdenas-López, G., Greer, J.A., Sánchez-Román, S., & Riveros-Rosas, A. (2014). Assessment of depression in patients with terminal cancer and its implication in the Mexican context: A review. *Salud Mental*, 37, 389-396

- Landa-Ramírez, E., Greer, J.A., Vite-Sierra, A., Sánchez-Román, S., y Riveros-Rosas, A. (2014). Descripción de la terapia cognitivo-conductual para la ansiedad en pacientes con cáncer terminal. *Psicooncología*, 11 (1), 149-160.
- Landa-Ramírez, E., Pérez-Sánchez, I. N., Sánchez-Román, S., y Covarrubias, A. (2014). Ansiedad y depresión relacionadas con presencia e intensidad de síntomas físicos en pacientes con cáncer terminal. *Psicología y Salud*, 24 (1), 55-63.
- Lau, F., Downing, M., Lesperance, M., Karlson, N., Kuziemy, C. & Yang, J. (2009) Using the Palliative Performance Scale to Provide Meaningful Survival Estimates. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38 (1), 134-144.
- Laugsand, E.A., Kaasa, S., de Conno, F., Hanks, G., Klepstad, P. & Research Steering Committee of the EAPC. (2009). Intensity and treatment of symptoms in 3,030 palliative care patients: a cross-sectional survey of the EAPC Research Network. *Journal of Opioid Management*, 5(1), 11-21.
- Lévesque, M., Savard, J., Simard, S., Gauthier, J.G., & Ivers, H. (2004). Efficacy of cognitive therapy for depression among women with metastatic cancer: a single-case experimental study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35(4), 287-305. doi:10.1016/j.jbtep.2004.05.002.
- Li, K.K., Harris, K., Hadi, S., & Chow, E. (2007). What should be the optimal cut points for mild, moderate, and severe pain? *Palliative Medicine*, 10(6),1338-1346.
- Linde, K., Sigterman, K., Kriston, L., Rücker, G., Jamil, S., Meissner, K., & Schneider, A. (2015). Effectiveness of Psychological Treatments for Depressive Disorders in Primary Care: Systematic Review and Meta-Analysis. *Annals of Family Medicine*, 13(1):56-68.

- Linn, M.W., Linn, B.S., & Harris, R. (1982). Effects of counseling for late stage cancer patients. *Cancer*, 1;49(5),1048-1055.
- Lioffi, C., & White, P. (2001). Efficacy of clinical hypnosis in the enhancement of quality of life of terminally ill cancer patients. *ContemporaryHypnosis*, 18(3),145–160. doi.org/10.1002/ch.228
- Lloyd-Williams, M., Dennis, M. & Taylor, F. (2004). A prospective study to determine the association between physical symptoms and depression in patients with advanced cancer. *Palliative Medicine*, 18 (6), 558-563.
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Día, J.L., De la Cámara, C., Ventura, T., Morales, F., Pascual, L.F., Montañés, J.A. y Aznar, S. (1999) Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Medicina Clínica*, 112, 767-774.
- López-Alvarenga, J., Vázquez-Velázquez, V., Arcilla-Martínez, D., Sierra-Ovando, A., Gonzalez-Barranco, J. y Salín-Pascual, R. (2002). Exactitud y utilidad diagnóstica del hospital anxiety and Depression Scale (HAD) en una muestra de sujetos obsesos mexicanos. *Revista de Investigación Clínica*, 54 (5), 403-409.
- López-Ibor, J. J. y Valdés, M. M. (2002). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: texto revisado. Barcelona: Masson.
- Lumpkin, P.W., Silverman, W. K., Weems, C.F., Markham, M.R., & Kurtines, W.M. (2002). Treating a heterogeneous set of anxiety disorders in youths with group cognitive behavioral therapy: A partially nonconcurrent multiple-baseline evaluation. *Behavior Therapy*, 33 (1), 163–177.
- Maltoni, M., Scarpi, E., Rosati, M., Derni, S., Fabbri, L., Martini, F., Amadori, D., & Nanni, O. (2012). Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic

- review. *Journal of Clinical Oncology*, 30(12); 1378-1383. doi: 10.1200/JCO.2011.37.3795.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American psychologist*, 35(9), 807-817. doi:10.1037/0003-066X.35.9.807
- Miovic, M., & Block, S.(2007). Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer*, 15(8), 1665-1676. doi: 10.1002/cncr.22980
- Mitchell, A.J., Meader, N. & Symonds, P. (2010). Diagnostic validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in cancer and palliative settings: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 126(3), 335-348. doi: 10.1016/j.jad.2010.01.067
- Mitchell, A.J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*, 12(2), 160-174. doi:10.1016/S1470-2045(11)70002-X
- Moorey, S., Cort, E., Kapari, M., Monroe, B., Hansford, P., Mannix, K., Henderson, M., Fisher, L., & Hotopf, M. (2009). A cluster randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for common mental disorders in patients with advanced cancer. *Psychological Medicine*, 39(5), 713-723. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291708004169>
- Moorey, S., & Greer, S. (2002). Cognitive behaviour therapy for people with cancer (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.

- Neel C, Lo C, Rydall A, Hales S, Rodin G. (2013). Determinants of death anxiety in patients with advanced cancer. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 2012-000420. doi: 10.1136/bmjspcare-2012-000420.
- Newell, S.A., Sanson-Fisher, R.W., & Savolainen, N.J. (2002). Systematic review of psychological therapies for cancer patients: overview and recommendations for future research. *Journal of the National Cancer Institute*, 94(8); 558-84.
- Nobles, J. (2013). Migration and father absence: shifting family structure in Mexico. *Demography*, 50(4):1303-14. doi: 10.1007/s13524-012-0187-8.
- Noguera, A, Centeno, C., Carvajal, A., Tejedor, M.A., Urdiroz, J. & Martínez, M. (2009). Spanish "fine tuning" of language to describe depression and anxiety. *Journal of - Palliative Medicine*, 12(8), 707-712. doi:10.1089/jpm.2009.0024
- Omran, A. R. (1971). The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *The Milbank Quarterly*. 83(4), 731–57. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x
- Omran, A. R. (1983). The Epidemiologic Transition Theory. A Preliminary Update. *Journal of Tropical Pediatrics*. 29(6), 305-316. doi: 10.1093/tropej/29.6.305
- Organización Mundial de la Salud. "Definition of Palliative Care". World Health Organization. Obtenido el 1 de abril, 2015.
- Organización Mundial de la Salud (2007). Palliative care: cancer control knowledge into action En: WHO guide for effective programs. Recuperado de internet el 1 de marzo de 2010 de <http://www.who.int/cancer/media/FINAL-PalliativeCareModule.pdf>
- Organización Mundial de la Salud, (1978). Declaración de Alma-Ata. Recuperado el 1 de abril de 2015 de: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>

- Parahoo, K., McDonough, S., McCaughan, E., Noyes, J., Semple, C., Halstead, E.J., Neuberger, M.M., & Dahm, P. (2013). Psychosocial interventions for men with prostate cancer. *Cochrane Database Systematic Review*, Dec 24;12:CD008529. doi: 10.1002/14651858.CD008529.pub3.
- Parker RI, & Hagan-Burke, S. (2007). Useful effect size interpretations for single case research. *Behavior Therapy*. 38(1); 95-105.
- Parker, R.I., & Vannest, K. (2009). An improved effect size for single-case research: nonoverlap of all pairs. *Behavior Therapy*. 40(4),357-367. doi: 10.1016/j.beth.2008.10.006
- Parker, R.I., Vannest, K.J., & Davis, J.L. (2011). Effect size in single-case research: a review of nine nonoverlap techniques. *Behavior Modification*, 35(4), 303-322. doi: 10.1177/0145445511399147.
- Pastrana, T., Vallath, N., Mastrojohn, J., Namukwaya, Kumar, S., Radbruch, L. & Clark, D. (2009). Disparities in the Contribution of Low and Middle-Income Countries to Palliative Care Research. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39 (1), 54-68. doi:10.1016/j.jpainsymman.2009.05.023
- Rayner, L., Price, A., Evans, A., Valsraj, K., Hotopf, M., & Higginson, I.J. (2011). Antidepressants for the treatment of depression in palliative care: systematic review and meta-analysis. *Palliative Medicine*, 25(1), 36-51. doi: 007510.001002/14651858.CD14007503
- Rayner, L., Price, A., Hotopf, M., & Higginson, I.J. (2011). The development of evidence-based European guidelines on the management of depression in palliative cancer care. *European Journal of Cancer*, 47(5), 702-712. doi:10.1016/j.ejca.2010.11.027

- Rost, A.D., Wilson, K., Buchanan, E., Hildebrandt, M, & Mutch, D. (2012). Improving Psychological Adjustment Among Late-Stage Ovarian Cancer Patients: Examining the Role of Avoidance in Treatment. *Cognitive and Behavioral Practices*, doi:10.1016/j.cbpra.2012.01.003
- Roth, A.J., & Massie, M.J. (2007). Anxiety and its management in advanced cancer. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 1(1), 50-56. doi: 10.1097/SPC.0b013e32813aeb23
- Saunders, C. (2001). The evolution of palliative care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 94(9):430-432.
- 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. doi:10.1017/S1478951506060305
- Schmeer, K.K. (2013). Family structure and child anemia in Mexico. *Social Science and Medicine*, 95:16-23. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.10.028.
- Schwartz, G., & Weiss, S. (1977). What is behavioral medicine? *Psychosomatic medicine*, 36(6), 377-381.
- Schwartz, G., & Weiss, S. (1978). Behavioral medicine revisited: An amended definition. *Journal of Behavioral Medicine*, 1(3), 249 - 251. doi:10.1007/BF00846677
- Severeijns, R., van den Hout, M.A., & Vlaeyen, J.W. (2005). The causal status of pain catastrophizing: an experimental test with healthy participants. *European Journal of Pain*, 9(3), 257-265.

- Severeijns, R., Vlaeyen, J.W., van den Hout, M.A., & Weber, W.E. (2001). Pain catastrophizing predicts pain intensity, disability, and psychological distress independent of the level of physical impairment. *The Clinical Journal of Pain*, 17(2),165-172.
- Schreiber, K.L., Campbell, C., Martel, M.O., Greenbaum, S., Wasan, A.D., Borsook, D., Jamison, R.N., & Edwards, R.R. (2014). Distraction analgesia in chronic pain patients: the impact of catastrophizing. *Anesthesiology*, 121(6):1292-301. doi: 10.1097/ALN.0000000000000465.
- Sistema Nacional de Información en Salud (2013). Diez causas de mortalidad en México. Recuperado de Internet el 1 de marzo de 2010 de <http://www.sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>
- Sloman, R. (2002). Relaxation and imagery for anxiety and depression control in community patients with advanced cancer. *Cancer Nursing*, 25(6),432–435.
- Spencer, R., Nilsson, M., Wright, A., Pirl, W., & Prigerson, H. (2010). Anxiety disorders in advanced cancer patients: correlates and predictors of end-of-life outcomes. *Cancer*, 1(7), 1810-1819. doi: 10.1002/cncr.24954
- Spiegel, D., Bloom, J.R., & Yalom, I. (1981). Group support for patients with metastatic cancer. A randomized outcome study. *Archives of General Psychiatry*, 38(5),527–533.
- Sprenger, C., Eippert, F., Finsterbusch, J., Bingel, U., Rose, M., & Büchel, C. (2012). Attention modulates spinal cord responses to pain. *Current Biology*, 5;22(11):1019-22. doi: 10.1016/j.cub.2012.04.006.

- Stark, D., Kiely, M., Smith, A., Velikova, G., House, A. & Selby, P (2002) Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relation to quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 15; 20 (14), 3137-3148.
- Stark, D. & House, A. (2000) Anxiety in cancer patients. *British Journal of Cancer*, 83(10), 1261-1267.
- Temel, J.S., Greer, J.A., Muzikansky, A., Gallagher, E.R., Admane, S., Jackson, V.A., Dahlin, C.M., Blinderman, C.D., Jacobsen, J., Pirl, W.F., Billings, J.A., & Lynch, T.J. (2010). Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *The New England Journal of Medicine*, 19;363(8), 733-742. doi: 10.1056/NEJMoa1000678.
- Teunissen, S.C., de Graeff A, Voest, E.E & de Haes, J.J. (2007). Are anxiety and depressed mood related to physical symptom burden? A study in hospitalized advanced cancer patients. *Palliative Medicine*, 21(4), 341-346. doi: 10.1177/0269216307079067
- Teunissen, S.C., Wesker, W., Kruitwagen, C., de Haes, H.C., Voest, E.E. & de Graeff, A. (2007). Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. *Journal of Pain Symptom Management*, 34 (1), 94-104. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2006.10.015.
- Torres-Vigil, I., Aday, L.A., De Lima, L. & Cleeland, C.S. (2007). What predicts the quality of advanced cancer care in latin america? a look at five countries: Argentina, Brazil, Cuba, Mexico, and Peru. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(3), 315-328. doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.11.015
- Traeger, L., Greer, J.A., Fernandez-Robles, C., Temel, J.S., & Pirl, W.F. (2012). Evidence-based treatment of anxiety in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11):1197-205. doi: 10.1200/JCO.2011.39.5632

- Van Lancker, A., Velghe, A., Van Hecke, A., Verbrugghe, M., Van Den Noortgate, N., Grypdonck, M., Verhaeghe, S., Bekkering, G., & Beeckman, D. (2014). Prevalence of symptoms in older cancer patients receiving palliative care: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Pain & Symptom Management*, 47(1), 90-104. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2013.02.016.
- Vehling, S., Lehmann, C., Oechsle, K., Bokemeyer, C., Krüll, A., Koch, U., & Mehnert, A. (2012). Is advanced cancer associated with demoralization and lower global meaning? The role of tumor stage and physical problems in explaining existential distress in cancer patients. *Psychooncology*, 21(1), 54-63. doi: 10.1002/pon.1866.
- Vodermaier, A., Linden, W., & Siu, C. (2009). Screening for emotional distress in cancer patients: a systematic review of assessment instruments. *Journal of the National Cancer Institute*, 101,1464-1488. doi: 10.1093/jnci/djp336.
- Wasteson, E., Brenne, E., Higginson, IJ, Hotopf, M., Lloyd-Williams, M., Kaasa, S., Loge, JH & European Palliative Care Research Collaborative. (2009). Depression assessment and classification in palliative cancer patients: a systematic literature review. *Palliative Medicine*, 23 (8), 739-753. doi:10.1177/0269216309106978
- Wei, L.A., Fearing, M.A., Eliezer, J., Sternberg, E.J., & Inouye, S.K. (2008). The confusion assessment method (CAM): A systematic review of current usage. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(5), 823-830. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01674.x
- Wilhelm, S., Berman, N.C., Keshaviah, A., Schwartz, R.A., & Steketee, G. (2015). Mechanisms of change in cognitive therapy for obsessive compulsive disorder: Role of maladaptive beliefs and schemas. *Behavior Research and Therapy*, 65:5-10. doi: 10.1016/j.brat.2014.12.006.
- Wood, B.C., & Mynors-Wallis, L. M. (1997). Problem-solving therapy in palliative care. *Palliative Medicine*, 11(1), 49–54. doi: 10.1177/026921639701100106

Xu, G., Meyer, J.S., Huang, Y., Du, F., Chowdhury, M., & Quach, M. (2003). Adapting mini-mental state examination for dementia screening among illiterate or minimally educated elderly Chinese. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(7), 609-616.

Anexos

UNAM/Maestría en Psicología-Residencia en Medicina Conductual. Hospital General "Manuel Gea González"

Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos
Atención Psicológica/Pacientes Paliativos

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Fecha: _____
No. De Expediente: _____ Sexo: _____ Edad: _____
Creencia religiosa: _____ Est. Civil: _____
Domicilio: _____
Teléfono de contacto: _____ Escolaridad: _____
Ocupación: _____ Nivel socioeconómico: _____
Correo electrónico: _____ Nombre del terapeuta: _____

Personas con las que vive				
Nombre	Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco

II. ATENCIÓN MÉDICA

Paciente Paliativo	<input type="radio"/> No oncológico <input type="radio"/> Oncológico
--------------------	--

Enfermedad por la que se le ve en Cuidados paliativos: _____
Primer contacto: a) Consulta externa b) Hospitalización c) Otros
Tiempo con la enfermedad: _____ Comorbilidades: _____

Tratamiento farmacológico _____

Sabe su diagnóstico	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
---------------------	---

Sabe su pronóstico	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
--------------------	---

Fecha de entrada a paliativos: _____ Fecha de fallecimiento: _____

Expectativas del paciente sobre el servicio: _____

III. ATENCIÓN PSICOLÓGICA (Llenar mapa de patogénesis)

a) **Motivo de consulta:** _____

Metas del tratamiento psicológico:

Actualmente recibe algún tratamiento psicológico? _____

<i>Instrumento</i>	<i>Puntaje</i>	<i>Interpretación</i>
HADS		
PPS		
CAM		
MINIMENTAL		
DISTRÉS ONCOLÓGICO		
CALIDAD DE VIDA ONCOLÓGICO		
ESAS		

Instrumentos de síntomas y funcionalidad

<i>Edmonton Symptom Assess System (ESAS)</i>											
Síntoma	Intensidad										
Dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cansancio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Náusea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Depresión	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ansiedad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Mareo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pérdida de apetito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bienestar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Prob. Para respirar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Otro: _____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

<i>Confusion Assessment Method (CAM)</i>		
	SI	NO
1.-Comienzo agudo y curso fluctuante ¿Ha observado un cambio agudo en el estado mental del paciente? Si la contestación es No, no seguir el cuestionario		
2.-Alteración de la atención ¿El paciente se distrae con facilidad o tiene dificultad para seguir una conversación? Si la contestación es No, no seguir el cuestionario.		
3.-Pensamiento desorganizado ¿El paciente manifiesta ideas o conversaciones incoherentes o confunde a las personas?		

4.-Alteración del nivel de conciencia ¿Está alterado el nivel de conciencia del paciente (vigilante, letárgico, estuporoso)?

MINIMENTAL

I.-ORIENTACIÓN

Diga Día Fecha Mes Estación Año

Diga: Lugar Piso Ciudad Estado País

II.-REPETICIÓN INMEDIATA: Lápiz llave libro

III.- ATENCIÓN Y CÁLCULO (seleccionar en la que el paciente haya salido mejor)

93 – 86 – 79 – 72 - 65

a) A 100 réstele 7 ¿Cuánto le queda? (Repetir 5 veces).

b) Deletree al revés la palabra “MUNDO”

-----O—D—N—U—M-----

IV.- MEMORIA Dígame las tres palabras que le pedí memorizara.

IV.- LENGUAJE

¿Qué es esto? Mostrar un **Reloj** y una **Pluma**

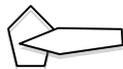
Repita esta frase: en un trigal había 5 perros

Mostrar un papel: “tome este papel con su mano derecha*, dóblelo por la mitad con ambas manos* y déjelo en la mesa, cama...”

Lea la siguiente frase y haga lo que se le pide: **CIERRE LOS OJOS**

Escriba una frase

Copie este dibujo



PUNTAJE TOTAL:

Pacientes > 65 años, puntuación inferior a 23 es considerado anormal.
Pacientes no geriátricos, puntuación inferior a 27 es considerado anormal

--	--

Evaluación a pacientes del protocolo “Terapia cognitivo conductual breve domiciliaria para el manejo de la ansiedad y depresión en pacientes con cáncer: estudio fase 1. Paciente”

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

1. ¿Cree usted que la terapia ayudó a disminuir o controlar la ansiedad o depresión en usted mismo?

2. En una escala del 0 al 10 (cero es nada en lo absoluto y 10 lo máximo que se pueda imaginar) ¿qué tanto cree usted que la terapia ayudó a controlar o mejorar el estado de ánimo de su paciente?.

3. ¿Cree usted que la terapia ocasionó algún malestar grave en su persona?

3.1 ¿Cuál?

4.-¿Recomendaría usted los servicios psicológicos domiciliarios?

Evaluación a pacientes del protocolo “Terapia cognitivo conductual breve domiciliaria para el manejo de la ansiedad y depresión en pacientes con cáncer: estudio fase 1. cuidador”

Nombre del cuidador: _____ Fecha: _____

1. ¿Cree usted que la terapia ayudó a disminuir o controlar la ansiedad o depresión en el paciente?

2. En una escala del 0 al 10 (cero es nada en lo absoluto y 10 lo máximo que se pueda imaginar) ¿qué tanto cree usted que la terapia ayudó a controlar o mejorar el estado de ánimo de su paciente?.

3. ¿Cree usted que la terapia ocasionó algún malestar grave en el paciente?

3.1 ¿Cuál?

4.-¿Recomendaría usted los servicios psicológicos domiciliarios?

5 Comentarios

Evaluación a pacientes del protocolo “Terapia cognitivo conductual breve domiciliaria para el manejo de la ansiedad y depresión en pacientes con cáncer: estudio fase 1. Psicólogo”

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

1. ¿Cree usted que la terapia ayudó a disminuir o controlar la ansiedad o depresión en el paciente?

2. En una escala del 0 al 10 (cero es nada en lo absoluto y 10 lo máximo que se pueda imaginar) ¿qué tanto cree usted que la terapia ayudó a controlar o mejorar el estado de ánimo de su paciente?.

3. ¿Cree usted que la terapia ocasionó algún malestar grave en su persona?

3.1 ¿Cuál?

4.-¿Recomendaría usted los servicios psicológicos domiciliarios?

5 Comentarios

Registro de actividades que realiza el paciente

Horario	Día y fecha						
7-9 am							
9-12 am							
12-15 pm							
15-17 pm							
17-19 pm							
19-21 pm							
21-24 pm							

(REGISTRO DE SITUACIÓN-PENSAMIENTO-EMOCIÓN-CONDUCTA)

Nombre: _____

Fecha: _____

<i>Fecha</i>	<i>Situación ¿Dónde estabas, qué estaba pasando, con quién te encontrabas, en qué lugar?</i>	<i>Pensamiento (ideas o imágenes)</i>	<i>Emoción/Reacciones físicas</i>	<i>Conducta ¿Qué haces ante esa situación? Duración: tiempo que dura el proceso Consecuencias: ¿qué pasa después?</i>

--	--	--	--	--