

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Como la Terapia Cognitivo Conductual influye en la
Percepción del dolor de pacientes Oncológicos en Cuidados
Paliativos**

Proyecto de Investigación

Tamia Judith Tocagón Pijal

Psicología Clínica

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Psicóloga Clínica

Quito, 19 de diciembre del 2017

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN

**Como la Terapia Cognitivo Conductual influye en la Percepción del dolor de
pacientes Oncológicos en Cuidados Paliativos**

Tamia Judith Tocagón Pijal

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

María Gabriela Romo Barriga, M.Sc.

Firma del profesor

Quito, 19 de diciembre del 2017

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Tamia Judith Tocagón Pijal

Código: 00126928

Cédula de Identidad: 1003503404

Lugar y fecha: Quito, 19 de diciembre de 2017

RESÚMEN

Antecedentes: La terapia cognitivo conductual es una técnica efectiva, confiable y valida, considerada como una medida psicoterapéutica para tratar diferentes trastornos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014). Varios estudios respaldan que el modelo es beneficioso para la reducción de malestar y dolor en pacientes con cáncer en etapas avanzadas o terminales (Golden and Gersh, 2010). El presente proyecto de investigación plantea una intervención de la salud a través de la terapia cognitivo conductual, intentando ayudar a la percepción del dolor de pacientes oncológicos en cuidados paliativos. **Metodología:** El estudio consta de 372 participantes que se encuentren hospitalizados en algún tipo de hospicio en la ciudad de Quito y padezcan de alguno de éstos tipos de cáncer: estómago, bronquios-pulmón, próstata. Inicialmente los participantes completaran la entrevista clínica psicológica, en conjunto se aplicará la *Escala Análoga Visual (EVA)*. Posteriormente, se aplicará terapia cognitivo conductual a todos aquellos que cumplen con los criterios de inclusión. El tiempo de aplicación estimado es de tres meses (doce sesiones), con una frecuencia de una vez por semana. Cuando se haya cumplido el tiempo, se volverá a aplicar la escala para conocer los resultados. **Resultados:** Los resultados basados en la revisión bibliográfica, demuestran que los pacientes que recibieron terapia cognitivo conductual manifiestan una mejoría posterior a la intervención, menor dolor promedio, a corto-largo plazo y mejor aceptación del tratamiento adyuvante. **Conclusión:** La terapia cognitivo conductual extiende el conocimiento de las posibles formas en las que podría aliviarse el dolor de los pacientes oncológicos en cuidados paliativos.

Palabras clave: terapia cognitivo conductual, dolor, cáncer, pacientes oncológicos y cuidados paliativos.

ABSTRACT

Background: Cognitive behavioral therapy is an effective, reliable and valid technique; considered as a psychotherapeutic measure to treat different disorders (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014). Several studies support that the model is beneficial for the reduction of discomfort and pain in patients with advanced or terminal cancer (Golden and Gersh, 2010). The present research project proposes health intervention through cognitive behavioral therapy; trying to help the pain perception of cancer patients in palliative care. **Methodology:** The study consists of 372 participants who are hospitalized in some type of hospice in Quito, and suffer from any of the following types of cancer: stomach, bronchi-lung, prostate. Initially the participants will complete the psychological clinical interview, together the *Visual Analogue Scale (VAS)* will be applied. Subsequently, cognitive behavioral therapy will be applied to all those who meet the inclusion criteria. The estimated application time is three months (twelve sessions), with a frequency of once a week. Once that time has expired, the scale will be re-applied to garner the results. **Results:** The results based on the literature review, show that patients who received cognitive behavioral therapy show an improvement after the intervention, on average less pain, short-long term and better acceptance of adjuvant treatment. **Conclusion:** Cognitive behavioral therapy extends the knowledge of possible ways in which the pain of cancer patients in palliative care could be alleviated.

Key words: cognitive behavioral therapy, pain, cancer, oncological patients and palliative care.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	7
Revisión de la literatura	16
Metodología y diseño de la investigación	41
Resultados esperados	49
Discusión.....	52
Referencias bibliográficas.....	56
ANEXO 1: Escala analgésica de la organización mundial de la salud.....	62
ANEXO 2: Descripción de estrategias cognitivos conductuales.....	63
ANEXO 3: Herramientas para construcción de información.....	64
Escala Visual Análoga (EVA).....	64
ANEXO 4: Carta de invitación para instituciones tipo hospicio.....	65
ANEXO 5: Carta para el reclutamiento de pacientes.....	66
ANEXO 6: Formulario de consentimiento informado	67
ANEXO 7: Entrevista clínica previa al tratamiento	70

INTRODUCCIÓN

El cáncer es un importante problema de salud pública alrededor del mundo, y es la segunda causa de muerte en el Ecuador (INEC, 2016). Esta enfermedad inicia cuando las células se reproducen y crecen fuera de control, desplazando a las células normales. Puede originarse en cualquier lugar del cuerpo, lo cual dificulta su óptimo funcionamiento. Las células cancerosas también pueden extenderse a otras partes del cuerpo. Dependiendo del tipo de cáncer también puede producirse la evolución del mismo. Es decir, algunos tipos de cáncer crecen y se propagan rápidamente, otros crecen de forma gradual. Así mismo, algunos tipos de cáncer se tratan mejor con cirugía, mientras otros responden mejor con otro tipo de tratamientos. Cuando alguien es diagnosticado con cáncer, el especialista querrá saber el tipo de cáncer que el paciente padece, para después proponer el mejor régimen. Generalmente se aplican dos o más tratamientos para obtener mejores resultados (American Cancer Society, 2017).

En cuanto a las etapas del cáncer y la severidad del mismo, se determina en parte por los resultados de la biopsia (examen microscópico de un pedazo de tejido) así como se detalla en los reportes patológicos. La importancia de la determinación de la etapa del cáncer es fundamental, aunque la prognosis puede ser afectada por otros factores, como la edad del paciente u otros factores que se relacionan a la salud (Emory University, 2016).

Una vez que se ha reconocido de forma global los temas que se generan alrededor del cáncer, es momento de abordar la importancia que tiene la terapia cognitivo conductual sobre la percepción del dolor que tienen los pacientes oncológicos durante el cuidado paliativo. El modelo de la terapia cognitivo conductual es una de las técnicas de tratamiento psicoterapéutico moderno que facilita a los pacientes a entender los

pensamientos y sentimientos que inciden en el comportamiento de cada uno. La terapia propone un modelo flexible, diverso que abarca diferentes enfoques, que resulta una herramienta principal o complementaria para tratar diferentes trastornos (Gablada, 2009).

La terapia cognitivo conductual ha mejorado su diseño de estrategia terapéutica que actualmente es una de las más aplicadas debido a su eficacia en el entrenamiento, para el automanejo e intervención del dolor, así como otros síntomas que son propios de la fase terminal. Las técnicas de afrontamiento incluyen métodos cognoscitivos, emocionales, conductuales, de relajación, técnicas de respiración, plenitud de consciencia, uso de la imaginación, enfoque o aumento de la percepción del control, autonomía y confrontación con pensamientos irracionales (Méndez, Maya, 2009).

Por otro lado, la fase paliativa es entendida como aquella en la que la enfermedad progresa sin posibilidad de curación. Por su parte, los cuidados paliativos (C.P.) de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2015), es reconocida como el cuidado activo y total de pacientes cuya enfermedad no responde a tratamientos curativos. El estado psicológico del paciente y su familia gira alrededor de las señales cada vez más visibles de deterioro y la percepción de muerte. El hecho de encontrarse de cara a la muerte, mediatiza más que ninguna situación, la vida de todos los miembros (Die Trill, 2003a).

Pese a que algunas personas atraviesan este proceso con serenidad y aceptación, lo más frecuente para los pacientes en esta fase, así como para sus familiares es que pasen por momentos muy duros, de gran sufrimiento. Las reacciones más comunes en el ámbito emocional van desde menores manifestaciones de angustia, tristeza, desesperación a cuadros que llegarían a la psicopatología, que por su prevalencia se

caracterizan por: depresión reactiva, delirio, trastornos de adaptación y trastornos de ansiedad (Die Trill, 2003a).

Así pues, para esta etapa lo primordial es el control del dolor, los problemas psicológicos, sociales y espirituales que pudieren desarrollarse. La meta dentro de C.P. a través de la terapia cognitivo conductual es reducir cualquier síntoma que represente dolencia o sufrimiento, el propósito para el paciente y para sus familiares es que alcancen una mejor calidad de vida, por medio de la afirmación de la misma y la consideración de la muerte como parte de un proceso natural. Brindando un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a que vivan lo más activamente posible hasta el momento que llegue su muerte (Die Trill, 2003a).

La presente investigación, a través de la terapia cognitivo conductual trata de comprender la influencia de la misma sobre la percepción de dolor de pacientes oncológicos en cuidados paliativos, los resultados reconocerían la importancia de la adecuada atención psicológica, sanitaria y social que incluye al conjunto de ámbitos asistenciales.

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

Debido al impacto emocional, el final de la vida es un asunto difícil de tratar tanto para la medicina como para las ciencias afines. Por lo mismo cabe destacar la importancia del personal sanitario de cuidados paliativos. Tanto el dolor como el sufrimiento en el plano físico, son producto de las complicaciones de la enfermedad (Ortega y López, 2005). El cáncer, especialmente la fase terminal cursa por diversas sintomatologías o dificultades que generan sufrimiento. De los mismos, se puede enfatizar por el impacto y frecuencia, el dolor. Los síntomas no controlados producen una carga afectiva aguda en los pacientes, quienes manifiestan que sería mejor enfrentar de una vez a la muerte como consuelo definitivo de su padecimiento (Benítez del Rosario y Salinas Martín, 2000).

El dolor oncológico, se considera como una experiencia aflictiva que atenta contra todo el ser, invalidando todo tipo de percepción del paciente, acercándolo más a la certeza de la muerte. En el ámbito de la psicología la presencia del dolor viene acompañada de miedos y dudas que se generan alrededor de la muerte. Además, se ven afectados por el hecho de su desaparición existencial que representa el sufrimiento propio y el dolor afectivo-espiritual de sus familiares (Benítez del Rosario y Salinas Martín, 2000).

Actualmente, existe una demanda general que se centra en la persona, brindando calidad a precios considerables que resalten una vida y sobre todo una muerte digna. La realidad manifiesta la necesidad de un nuevo plan donde se replanteen los objetivos que la medicina actual percibe, hasta el momento se ha concentrado completamente en un enfoque curativo. Aunque también es importante reconocer a la muerte en armonía como una meta de mismo valor y reconociendo la lucha en contra del cáncer (Ministerio

de Salud Pública del Ecuador, 2014). Dentro del proceso de la reducción del dolor en los cuidados paliativos, el modelo de la terapia cognitivo conductual anima al paciente con cáncer a considerar otro tipo de enfoque que ayuda a la adaptación de la enfermedad. El diseño a corto plazo recalca la importancia de la plenitud de consciencia y el verdadero significado del aquí y ahora. De acuerdo a un estudio publicado en el 2003 por Task, et al, descubrió que la terapia cognitivo conductual es beneficiosa para la reducción de malestar en pacientes con melanoma (Golden and Gersh, 2010).

Antecedentes

En los últimos años, pese a los grandes avances médicos, la correcta atención al alto número de pacientes con cáncer sigue representando un desafío para la salud pública. La intención de los cuidados paliativos es reducir el dolor y contribuir a la calidad de vida de los pacientes. Esto requiere indispensablemente que tanto los profesionales como la administración sanitaria se responsabilice de prestar una atención integral que considere los aspectos físicos, emocionales, espirituales y sociales. Además de una especial atención en la etapa de agonía, priorizando a la familia durante el proceso (López, 2007).

La atención psicológica que se puede brindar al paciente oncológico y a sus familiares en etapas avanzadas o terminales resulta todavía un campo profesional muy nuevo. Sin embargo, lo que se propone a través de la conceptualización de la atención emocional, es como los instrumentos de evaluación o la misma investigación de la utilidad de las intervenciones terapéuticas aporten a la apreciación del dolor que tiene el paciente en esta etapa. Las investigaciones que se expondrán más adelante no dejan de ser reflexiones o ideas que se obtuvieron de la práctica clínica, así como de literatura que se vincula con el tema (Die Trill, 2003a).

El dolor presenta connotaciones psicológicas, emocionales y comportamentales. Los pacientes presentan un estado de alerta permanente que se presenta con irritabilidad, retraimiento social y alteraciones en cuanto a sus expectativas de vida. Además, que suelen presentarse alteraciones afectivas como depresión, ansiedad, rumeación de ideas, exageración al estímulo doloroso y sentimiento de indefensión debido a la estimación de no poder hacer nada para evitar el dolor. Para lo mismo, se requiere de una medicación analgésica que precisara de antidepresivos, ansiolíticos y lo más importante, intervención psicológica que ayude a cortar el círculo de creencias y pensamientos que magnifican la situación. La meta es analizar las creencias y expectativas del paciente acerca del dolor y disminuir los pensamientos y emociones para que el mismo paciente reconozca que el dolor es un efecto de su enfermedad y no se debe a su conducta (Oruézabal, 2009).

Una fuerte evidencia apoya al tratamiento del dolor presente en cáncer a base de opioides, no esteroides, y la radioterapia. Las personas generalmente tienden a seguir patrones que forman parte del deterioro clínico y funciona al final de la vida. El curso y prognosis se muestra por el cáncer, terminando generalmente con evidente disminución en las últimas semanas o meses. Los temas importantes incluyen la prevención, el tratamiento del dolor con otros síntomas, el apoyo familiar, y cuidadores, afirmando su bienestar emocional, donde también se pueden incluir preocupaciones espirituales. En fin, la función de sostener y sobrevivir por un período más largo (Lorenz, 2008).

El Problema

Únicamente en la ciudad de Quito, durante los últimos 25 años, SOLCA ha registrado 25.351 mujeres y 19.610 hombres que habitan en la capital con algún tipo de cáncer en el mismo período (Quiroz, 2016). El cáncer o crecimiento incontrolable de las células es capaz de afectar cualquier órgano del cuerpo. Actualmente esta

enfermedad es una de las principales causantes de mortalidad y morbilidad en el mundo (OMS, 2015).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) los cuidados paliativos se concentran en la mejora de la calidad de vida de pacientes y familiares que se enfrentan a enfermedades amenazantes para su vida (OMS, 2015). En el Ecuador desde el año 2008, se mantiene vigente la Guía de Cuidados Paliativos (GCP) procedimiento por el cual se brinda atención en cuidados paliativos en los diferentes niveles de atención, defendiendo su aplicación con la Guía de Práctica Clínica de Cuidados Paliativos donde existen apartados que abordan las diferentes etapas del dolor (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

Sin embargo, es más importante hablar del dolor en pacientes en cuidados paliativos como la representación de algo más que una simple sensación nociceptiva que envuelve aspectos que se relacionan con la condición humana, emociones, personalidad, afectividad y relaciones psicosociales. Por la misma razón, se propone abordar al dolor en cuidados paliativos por medio de la aplicación de la terapia cognitivo conductual, una técnica efectiva, valida y confiable, considerada como una medida psicoterapéutica para tratar diferentes trastornos, complementada por fármacos, rehabilitadores, entre otros (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

Asumiendo que el dolor está profundamente relacionado con aspectos psíquicos, resulta oportuno tratar al dolor con métodos que se basen en el tratamiento psicosocial y que se orienten a resolver variables de la esfera personal, optimizando la percepción del dolor o procedimientos encaminados a la nocicepción, los cuales manifiesta efectos beneficiosos sobre el área psicológica del paciente (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014). En el marco de las observaciones anteriores, el presente proyecto de investigación plantea una intervención de la salud a través de los objetivos de la terapia

cognitivo conductual que se espera influirá en la percepción del dolor de pacientes oncológicos en cuidados paliativos, la intención es cubrir las necesidades del paciente y su familia durante esta etapa.

Pregunta

¿Cómo y hasta qué punto la terapia cognitivo conductual influye en la percepción del dolor de pacientes oncológicos en cuidados paliativos?

El significado del estudio

A pesar de que existen diferentes métodos que abordan al dolor de pacientes oncológicos en cuidados paliativos, la investigación en general se ha concentrado en la aplicación de fármacos tales como los analgésicos no opioides, medicamentos antiinflamatorios no esteroides y opioides principalmente, que sin duda son elementales (Corredor, 2011). Se deja de lado el apoyo complementario de otras ramas de la salud, como la psicooncología que a través de técnicas como la terapia cognitivo conductual extiende el conocimiento de las posibles formas en las que se podría aliviar el dolor en cuidados paliativos. Los hallazgos a largo plazo, podría resultar como una contribución y apoyo a la creación de nuevas clínicas de dolor en el país, que incluyan tratamientos relacionados con técnicas de afrontamiento que incluyan métodos cognoscitivos, de tipo emocional, conductual, técnicas de plenitud de consciencia, técnicas de respiración, relajación, entre otros (Méndez, Maya, 2009). A corto plazo envuelve la satisfacción de las necesidades de los pacientes oncológicos, quienes podrían controlar de mejor forma los síntomas en cuidados paliativos, fomentando la comunicación, aceptando su voluntad expresada en la autonomía del paciente y apoyando al empoderamiento de sus decisiones.

El beneficio del estudio recae en los resultados efectivos del dolor en pacientes de cuidado paliativos ya que como se mencionó anteriormente, pese a que existe una serie de tratamientos no sistémicos que logran ser útiles para el manejo del dolor por cáncer, tales como: neurocirugía, bloqueos nerviosos y tratamientos conductuales, no todos se encuentran ampliamente disponibles para los pacientes (INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER, 2016).

Resumen

El presente proyecto de investigación plantea una intervención de la salud a través de la terapia cognitivo conductual, intentando ayudar a la percepción del dolor de pacientes oncológicos en cuidados paliativos. Teniendo en cuenta que el dolor es una de las consecuencias más temidas del cáncer, el cual, pese a los esfuerzos por tratarlo, simboliza una continua fuente de frustración para los pacientes, familiares y equipo de atención. A continuación, se presenta la revisión de la literatura en donde se expondrá más sobre la relevancia del modelo de la terapia cognitivo conductual, los aspectos importantes de la percepción del dolor, pacientes oncológicos y los cuidados paliativos. Posteriormente, se expondrá la metodología que se aplicara para el análisis de éste proyecto de investigación, los resultados que se esperan, conclusiones y discusión.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Fuentes

La información utilizada en el presente proyecto de investigación proviene de revistas académicas, revistas indexadas, trabajos de investigación, libros, artículos científicos, sitios web oficiales de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. Adicionalmente, el proyecto de investigación utiliza palabras clave como: terapia cognitivo conductual, dolor, cáncer, pacientes oncológicos y cuidados paliativos. En su mayoría la información se obtendrá de bases de datos como: EBSCO, Google Scholar, Jstor y Proquest.

Formato de la revisión de la literatura

A continuación, se propone la revisión de la literatura que comprende cuatro temas principales que son: cáncer, cuidados paliativos, terapia cognitivo conductual y terapia cognitivo conductual en cuidados paliativos. Cada tema que se expondrá incluye subtemas que contienen, etiología, características y estudios relacionados que corresponden a la pregunta de investigación.

Cáncer

Historia

El cáncer es una enfermedad conocida desde tiempos antiguos, pero con gran relevancia en el siglo XX debido a la magnitud de cifras mortales que causa (Varela, 2002). Muchos la consideran como la enfermedad de la civilización, debido a su evidente crecimiento en el último siglo. Sin embargo, el primer caso registrado data de hace un millón de años, ya que se ha encontrado un esqueleto de un antropoide descubierto en la isla de Java. De igual forma, en los papiros egipcios (Smith, 1930)

escritos entre los años 3000 y 2500 a.C., se relatan, entre otro tipo de enfermedades, ocho tipos de úlceras o tumores de mama, tratado a través de la cauterización. Así como en los papiros de Ebers, escritos aproximadamente en el año de 1552 a.C., donde se expone el caso de un tumor maligno en una extremidad y se considera que el tratamiento resulta mortal. Posteriormente descubren momias con un desarrollo sugestivo de cáncer de hueso conocido como osteosarcoma; de igual forma revelan momias con destrucción craneal, que son características de lo que ahora se conoce como cáncer de cuello y cabeza (American Cancer Society, 2017).

Hipócrates, médico griego, en los años 460-370 a.C., es el primer autor que sugiere el término cáncer, al igual que varios nombres en medicina. Hipócrates estableció los conceptos de la misma enfermedad y la representa basándose en lo que observa: tumores que se manifiestan en mama, piel, estómago, cérvix uterino y recto. A través de su gran contribución al conocimiento inicial acerca del cáncer y la clasificación de la misma, plantea el término *carcinosis* y *carcinoma*. El significado de la palabra griega (*karkinos*) se explica en la semejanza que tienen las venas que envuelven al tumor canceroso, con las patas de un cangrejo (Varela, 2002). Años más tarde Celsus, un médico romano (25-50 a.C.), transcribió el término *carcinosis* en *cáncer*, que también se traduce como cangrejo en latino. El mismo autor también introduce el término *carcinoma* afirmando que la enfermedad se presenta con mayor frecuencia a nivel superior del cuerpo, es decir en rostro, nariz, labios, orejas y mamas. Celsus divide al cáncer en etapas clínicas que evolucionan con propósitos terapéuticos (Varela, 2002).

Desarrollo del cáncer

El cáncer sin duda es una de las enfermedades más complicadas. Para intentar comprenderla, el primer paso es reconocer la dinámica normal de las células del cuerpo. Éste enunciado, en esencia, es porque en el cáncer las células actúan de forma anormal,

es decir, crecen fuera de control (Coleman, 2009). Una vez mencionado la dinámica, se ahonda en la conducta normal de una célula, y es que las células actúan de varias formas. Una de las principales conductas es la división celular: una célula tiene la capacidad de dividirse en dos y cada célula “hija” se divide nuevamente en otras dos células y así sucesivamente. La división se produce en muchas ocasiones y debido a distintas razones, como por ejemplo durante el crecimiento, el desarrollo del embrión, o cuando se genera la necesidad de reparar una herida en el cuerpo, como un raspón en un brazo. Al mismo tiempo que la célula se desarrolla, las células del mismo tipo van concentrándose en funciones específicas. Varias se especializan en células musculares, cutáneas, óseas, nerviosas o sanguíneas (Coleman, 2009).

Es importante mencionar que toda célula posee la misma estructura básica, pese a que morfológicamente se observan diferente en el microscopio, esto varía según su función. En cuanto a la división, la célula especializada como la de los nervios detiene su división cuando el sistema nervioso está totalmente maduro. No obstante, otras células, como las de la piel y sangre, siguen dividiéndose a lo largo de la vida del individuo. La división en las células normales no sucede al azar, de hecho, ocurre sólo cuando reciben una señal que se los indica (Coleman, 2009).

En el cáncer la división es inusual ya que las células se fraccionan sin control. Esto no significa que siempre las células anormales se transforman en células cancerígenas. Gracias a un proceso propio del organismo, la mayoría de células anormales simplemente envejecen, se deterioran y son suprimidas por células vecinas o por células que se especializan en eliminar restos, como las células en avería. El proceso de muerte celular y limpieza se produce en varios momentos en la vida: en un inicio durante la formación del feto, en la maduración del sistema inmunológico, así como en varios procesos de remplazo celular natural. El proceso es conocido como suicidio

celular-*apoptosis* o muerte celular programada, las células que no son útiles para el organismo son sintetizadas en pequeñas partículas y eliminadas. Por lo mismo, si una célula desarrolla algún tipo de alteración, cierto tipo de moléculas correctoras examinan la estructura del ADN o de la célula, para que la misma pueda precipitar el proceso de *apoptosis* y eliminar la falla de la célula antes de que se transforme en cáncer. Lamentablemente, algunas células cancerígenas pierden la capacidad de someterse a la muerte celular programada (Huerta, 2014).

Etiología del cáncer

Al igual que otras enfermedades, el cáncer es producto de la interacción de un agente causal y la reacción del organismo. De acuerdo a las teorías clásicas del origen del cáncer, el progreso de la misma se relaciona con cuatro principios: El primero es la mutación de una célula somática que fue propuesta por Bauer en el año de 1927, de acuerdo al autor, es así como la mayoría de tumores malignos se origina. La segunda es un contraste aberrante por variaciones en la regulación genética. La tercera es por algún tipo de activación viral y finalmente la cuarta podría desarrollarse por selección de células que ya estaban destinadas a ser malignas (Varela, 2002).

No obstante, la teoría actual de carcinogénesis explica que tres o más etapas pueden producirse de una serie de factores exógenos: como ciertos tipos de agentes, principalmente químicos en más del 90% de los casos, agentes biológicos y agentes físicos. Dentro del factor endógeno el más importante en el desarrollo de cáncer es el factor hereditario, seguido por el factor inmunitario que al igual que el anterior factor explica la frecuencia de tumores malignos. La importancia de los factores radica también en las hormonas, ya que existe una correlación directa con cierto tipo de cáncer (mama, endometrio, adenocarcinoma y próstata). Actualmente también se propone la

investigación a los factores nutritivos que están relacionados con la alimentación, cuya importancia va en ascenso (Varela, 2002).

Tratamiento

Dependiendo de la necesidad de cada paciente, el tratamiento puede variar. La cirugía es considerada como el procedimiento de primera instancia; éste método consiste en la extracción del tumor y/o tejido de la zona dañada (Sudhakar, 2008). Este tratamiento es recomendado para la gran mayoría de tumores sólidos. Con la extracción del tumor de la zona afectada se planea causar el menor daño posible, a más de estar indicada para la ejecución de trasplantes e implantes. En cuanto a los efectos secundarios, depende de varios factores, incluyendo el tamaño y la ubicación del tumor (Cruzado, 2010a).

Por otro lado, la quimioterapia consiste en el uso de fármacos para destruir las células neoplásicas. La administración del fármaco puede ser individual o una combinación de varios tipos, dependiendo de cada caso. Cabe mencionar que los medicamentos que se utilizan para el cáncer, dañan a las células sanas y a las afectadas. El tratamiento a base de químicos puede ser adyuvante, es decir, que puede aplicarse después de la cirugía para evitar nuevos brotes o tumores o neoadyuvante porque ayuda a la contracción del tamaño del tumor y posteriormente aplicar otro tratamiento o en el área de cuidados paliativos. Los efectos secundarios que se presentan con mayor frecuencia son: astenia, alopecia, pérdida de apetito, náuseas, vómitos, diarrea, náuseas y úlceras. Como se mencionó anteriormente, pese a que los fármacos también dañan a las células sanas, los efectos secundarios se desvanecen al finalizar el tratamiento (Cruzado, 2010a).

A continuación, se propone a la radioterapia, que consiste en el uso de radiación para destruir el tumor y las células que la originan. Por lo general éste tratamiento se utiliza a la par con otro. La aplicación puede ser externa o interna, la importancia erradica en determinar la zona a radicar por medio de una simulación anterior a la administración de la radioterapia. La radiación en sí no produce dolor, pero genera efectos secundarios temporales tales como, la astenia, especialmente cuando el tratamiento avanza. Al administrarse de manera externa, los pacientes pueden padecer de afecciones de piel en la zona tratada, haciendo que la misma se torne más sensible (Sudhakar, 2008).

La hormonoterapia es otro tratamiento que se usa para los tumores que obedecen a hormonas para su desarrollo, la dinámica del tratamiento consiste en impedir que la célula utilice a la hormona para crecer. De entre todos los tratamientos, éste es el que menos toxicidad produce. Entre los efectos secundarios se presenta mayormente retención de líquidos, fatiga, sofoco, náusea, vómito, cambio de apetito y aumento de peso. Dependiendo del tipo de cáncer en el paciente, los efectos resultan temporales o definitivos. En varios casos, es necesario extraer los órganos productores de hormonas, esto con el fin de prevenir la aparición de ciertos tumores (Cruzado, 2010a).

Finalmente, se plantea la inmunoterapia o también conocida como terapia biológica. La misma consiste en estimular al sistema inmune para que desligue una reacción y extienda las defensas ante el tumor. Los efectos secundarios consisten en la aparición de síntomas similares a los de la gripe, tales como: dolor muscular, náusea, vómito, diarrea, fiebre, debilidad, inflamación, sangrado y erupciones cutáneas. Para éste método se propone que las mejores respuestas se obtienen del tumor de riñón y el melanoma (Cruzado, 2010a).

De acuerdo a la American Cancer Society (2017), los cuidados paliativos, la rehabilitación impulsada por el deterioro y la atención psicosocial, también deberían considerarse dentro del plan de tratamiento para el cáncer, porque sin duda estos procesos ayudan a reducir la percepción del dolor en el paciente, así como la angustia y los síntomas que se producen por la enfermedad. El propósito a través de cualquier tratamiento es potenciar el funcionamiento y abordar otras preocupaciones que surgen a partir del diagnóstico de cáncer en el paciente y en la familia (American Cancer Society, 2017).

Estadísticas

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2017), el cáncer es una de las principales causas de muerte alrededor del mundo. Solo en el año 2012, se registraron 8,2 millones de muertes a causa de esta enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 2017). Los datos numéricos de la mortalidad y frecuencia del cáncer, varían entre países y entre una zona a otra. Se deduce que detrás de la variabilidad en cuanto a cifras estadísticas se encuentran factores diferenciales que especifican con su ausencia o presencia las características de tipo epidemiológicas del proceso maligno (Tejerina, 1992). En cuanto a frecuencia, los tipos de cáncer que producen un mayor número de tasas de mortalidad son los de pulmón, hígado, estómago, colon y mama, la frecuencia y origen del cáncer son diferentes entre hombres y mujeres. De entre los porcentajes, se considera que alrededor de un 30% de las muertes por cáncer se deben a cinco factores de riesgo de tipo comportamental y alimentario, es decir, índice de masa corporal alto, escasa ingesta de verduras y frutas, poca actividad física-sedentarismo y hábitos de tabaco y alcohol (Organización Mundial de la Salud, 2017).

El cáncer empieza con la mutación de una sola célula, el origen de la misma puede ser un agente externo y/o factores genéticos heredables. Por lo mismo, los índices

de mortalidad podrían reducirse a través de estrategias como la detección y exéresis de las lesiones precursoras en los estadios iniciales, pues de acuerdo a las investigaciones en oncología, señalan una indudable disminución en cifras de muertes en las etapas iniciales del cáncer (Lubián and Fernández, 2006).

Las cifras de mortalidad dentro del cáncer, vinculan a la hepatitis B y C y al papiloma humano, como responsables de aproximadamente el 20% de las muertes por cáncer en los países de ingresos medianos y bajos y el 7% en los países de ingresos altos. De entre los factores de riesgo, el tabaquismo es el que más números de casos provoca a escala mundial. En porcentajes causa el 22% de las muertes por cáncer y dentro de ésta cifra global, el 71% se debe a cáncer de pulmón. De acuerdo a las estadísticas propuestas por la Organización Mundial de la Salud (2017), el 70% de todas las muertes recolectadas en el 2012 provienen de África, Asia, América Central y Sudamérica. La misma organización propone que de 14 millones anuales en 2012, la cifra aumentara a 22 dentro de las dos próximas décadas (Organización Mundial de la Salud, 2017).

En el Ecuador, la tercera causa de muerte para el año 2006, después de las enfermedades del sistema circulatorio, así como causas de mortalidad y morbilidad, fueron los tumores malignos. Durante el período del año 2004 al 2006, la tasa de mortalidad debido al cáncer se ha incrementado gradualmente, colocándose para el año 2006 en 61 x 100.000 habitantes afectados. Los índices ponen en alerta a la comunidad médica ecuatoriana, ya que sin duda el cáncer está irrumpiendo el panorama epidemiológico del país, transformándose en una problemática mundial por las manifestaciones clínicas y por la compleja variedad de factores de riesgo que están asociadas a la enfermedad (Tanca & Arreaga, 2010).

Entre el año 2006 y el 2010 los índices más altos de cáncer en mujeres pertenecen a cáncer de mama con un 34% de pacientes, cáncer de piel con 32% y glándula tiroides con 24%. En hombres la frecuencia y el tipo varía, lo más común es el cáncer a la glándula prostática (48%), piel (32%) y finalmente cáncer al estómago (19%) (Quiroz, 2016).

Cuidados Paliativos

Historia

Los pacientes que padecen de enfermedades incurables, avanzadas o terminales, demandan de alguien a su lado. Y de hecho, los pacientes con enfermedades complejas, en etapas avanzadas o pacientes terminales parecen solicitar la presencia de otra persona que acompañe con una palabra confortante o algún remedio que calme (Centeno, Gómez, et. al, 2015). Los cuidados paliativos se los puede ofrecer a personas con distintas enfermedades tales como: Cáncer, enfermedades pulmonares, enfermedades cardíacas, demencia, insuficiencia renal, VIH/SIDA, esclerosis lateral amiotrófica (ELA) (Oxenham, 2014). El tratamiento paliativo es un tipo especial de cuidado, planteado para brindar confort, bienestar y soporte a los pacientes y su familia. Durante la recepción de cuidados paliativos, las personas pueden permanecer al cuidado del médico regular y adicionalmente recibir algún tipo de tratamiento para la enfermedad (Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 2017).

Tanto los cuidados paliativos como el tratamiento paliativo proponen bienestar al paciente. Sin embargo, los cuidados paliativos pueden iniciarse desde el momento que la persona recibe el diagnóstico, en conjunto puede recibir algún tipo de tratamiento. Por otro lado, el tratamiento paliativo inicia después de que se suprime el tratamiento de la enfermedad y cuando se conoce que el paciente no sobrevivirá a la

enfermedad. El tratamiento generalmente se ofrece cuando el pronóstico de vida del paciente es de seis meses o menos (Oxenham, 2014).

A lo largo de la historia, la apreciación del final de la vida, se manifiesta de forma diferente. Durante la Edad Media, en el Occidente europeo, existía lo que en ese entonces se conocía como la *muerte doméstica*. En ésta etapa el agonizante, consciente de su pronta partida, reunía a toda su familia alrededor de su cama y realizaba el conocido “rito de la habitación”. Toda la familia participaba en esta ceremonia, ese era el propósito de la misma. La anticipación en cuanto al tiempo, le permitía al moribundo preparar sus asuntos sociales, espirituales y personales (Del Río & Palma, 2017).

En la baja Edad Media se sobreponen las ideas acerca del juicio final, la principal preocupación se centra en identificar las sepulturas y ser enterrados cerca de sus familiares y seres queridos. Esta etapa se la denomina como *muerte de uno mismo*. En el siglo XIX la idea acerca de la muerte de uno mismo se traslada a la inquietud por la muerte del ser querido o *muerte del otro*. La manifestación para esta concepción se da libremente, se sobredimensiona la etapa de duelo y es aquí donde se da inicio al culto y a los cementerios (Del Río & Palma, 2017).

Al llegar la I guerra mundial empieza un proceso conocido como *muerte prohibida*, en la misma la muerte se aparta de la vida cotidiana. En este tiempo, la muerte es suprimida de la vida cotidiana. La muerte en este tiempo se elimina del lenguaje, apartándola y transformándola en un fenómeno, extraño, lejano y vergonzoso. Es aquí donde la muerte deja de ser lo que esperaban, una etapa de acompañamiento, una situación que cambia en los siglos precedentes y vuelve a ser aceptada. Tiempo más tarde, específicamente en la década de los sesenta, surgen en varios países, pero principalmente en Inglaterra, corrientes que provienen de la reacción de pacientes terminales y de sus familias. La meta fue mejorar el apoyo brindado a pacientes en fase

terminal. El movimiento fundamentó antecedentes que desafiaron de forma abierta a una medicina innovadora (Del Río & Palma, 2017).

Origen y definición de los cuidados paliativos

La palabra *hospitium* proviene del latino sentimiento cálido, emoción que experimenta el huésped y el anfitrión luego de una interacción física. La versión griega que posee un significado similar es *xenodochium*. Aproximadamente en el siglo IV se crea la primera de varias instituciones cristianas que son nombradas de las dos formas, *hospitium* o *xenodochium*, inicialmente en la zona bizantina, posteriormente en Roma y finalmente a lo largo de toda Europa. En la Edad Media los hospicios se convierten en lugares de acogida para peregrinos, los que en su mayoría llegaban gravemente enfermos o en fase terminal. Los hospicios que acogían a personas desconocidas y perecientes, ofrecían refugio, alimento y también cuidados a los mismos (Doyle, Hanks, Cherny & Calman, 2004).

El término hospicio se vincula por primera vez con el cuidado de pacientes moribundos en Francia en 1842, la misma fecha en la que Mme Jeanne Garmier creó los conocidos Hospicios o Calvarios. Años más tarde (1879) aparece Our Lady's Hospice en Duplin y tiempo después Joseph's Hospice en la ciudad de Londres (1905), los dos centros creados por las hermanas de la caridad irlandesa (Clark, Centeno, 2006). El inicio formal del Movimiento de Hospicios Modernos le pertenece a la fundación del St Christopher's Hospice en el año de 1967 en la ciudad de Londres. Los resultados derivados de ésta institución demostraron que un adecuado control de síntomas, comunicación, acompañamiento de tipo emocional, espiritual y social, mejoran notablemente la calidad de vida de los enfermos que padecían alguna enfermedad terminal, así como la de sus familiares (Clark, Centeno, 2006).

En base a lo que se menciona anteriormente, el hospicio además de ofrecer atención integral a todos los pacientes, también se concentró en realizar docencia, investigación y sobretodo apoyo dirigido a los familiares durante la fase final de la vida, así como dentro del proceso de duelo. La principal fundadora y pionera en esta área es Dame Cicely Saunders (Doyle, Hanks, Cherny & Calman, 2004).

Debido a una posible confusión en el significado de la palabra *hospice* (hospital) en francés, el Dr. Balfour Mount propuso el término de Cuidados Paliativos que se utilizó en Canadá en 1985. Tiempo más tarde, Inglaterra eligió nombrar a esta rama como Medicina Paliativa y en 1987 la disciplina fue aceptada por primera vez como una subespecialidad de la medicina general. La Organización Mundial de la Salud (OMS), incorpora oficialmente el término y definición de Cuidados Paliativos en 1980 e impulsa el Programa de Cuidados Paliativos como una fracción del Programa de Control de Cáncer. En 1995 la Organización Panamericana de la Salud también agrega oficialmente a los Cuidados Paliativos a sus programas asistenciales (Organización Mundial de la Salud, 2015).

La definición actualizada de Cuidados Paliativos fue propuesta por la Organización Mundial de la Salud en el año 2002:

Cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas. Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas acompañantes y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia. Muchos aspectos de los cuidados paliativos son también aplicables en fases previas de la enfermedad conjuntamente con tratamientos específicos. (Organización Mundial de la Salud, 2015)

Función de los cuidados paliativos

Las funciones giran en torno al alivio del dolor físico y de los otros síntomas que se generan debido a un tipo de enfermedad compleja, avanzada o terminal, sin restar importancia al padecimiento psicológico, social y espiritual. Los cuidados paliativos, especialmente en pacientes con enfermedades terminales, intentan lograr que las personas dispongan de los días que les resta con dignidad, en su hogar o en algún lugar que les genere paz y tranquilidad, siendo libres de dolor, con síntomas controlados. Entonces, el alivio del dolor y de otros síntomas es la principal función. En cuanto al proceso de morir, los cuidados paliativos no prolongan ni aceleran la muerte, solo procuran acompañar y estar presentes por medio de los servicios especializados de cuidados médicos y psicológicos. Otro servicio que se obtiene a través de cuidados paliativos es reafirmar la importancia de la vida, considerando también a la muerte como un proceso natural. En el tiempo que resta para cada paciente se proporcionan sistemas de apoyo para que la vida resulte lo más activa posible. Parte importante de la función de cuidados paliativos es brindar apoyo a la familia del paciente durante el proceso de la enfermedad y posteriormente en la etapa de duelo (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Cuidados paliativos en oncología

Los cuidados paliativos en pacientes con cáncer pertenecen a una rama de la oncología que se encarga del control de los efectos de la enfermedad en lugar de concentrarse en la revisión del desarrollo de la neoplasia. Este enfoque representa un tema importante en el tratamiento moderno de este tipo de molestias. A pesar de que el progreso en cuanto a métodos terapéuticos y preventivos ha disminuido la incidencia del cáncer y ha renovado a su vez la perspectiva de curación, el control del dolor, así como los aspectos psicosociales aún representan uno de los procesos principales que

deberían considerarse para un correcto manejo sistémico del paciente con cáncer. En parte porque el control de los síntomas más frecuentes es sumamente delicado y representa dolor en los pacientes que se encuentran en etapa terminal, simbolizando un gran reto para la familia por los cuidados especiales que el paciente requiere (Silva, 2006).

Con especial énfasis en la coordinación y la comunicación interdisciplinar entre los valores personales del paciente y de su familia, surgen los cuidados paliativos. Esta etapa se dedica a la prevención, alivio y apoyo de las personas con enfermedades potencialmente mortales o graves como: Alzheimer, cáncer, SIDA, enfermedades del corazón y riñones. Debido al bienestar que los cuidados paliativos proporcionan, también se tiende a aplicar en las etapas iniciales de las enfermedades potencialmente curables. De hecho, la Organización Mundial de la Salud manifiesta que “los problemas en la etapa final de la vida se originan en una etapa inicial en la trayectoria de la enfermedad” (Organización Mundial de la Salud, 2017). En cuidados paliativos lo primordial es el alivio de cualquier síntoma, la prevención de los posibles cuadros de complicaciones y la optimización en cuanto a la calidad de vida sin exponer al paciente a posibles efectos secundarios, molestias o dificultades (Silva, 2006).

En el Ecuador las entidades que ofrecen un servicio exclusivo de primer nivel de atención identificadas como residencias tipo hospicio son: El Hospital San Camilo que se encuentra a cargo de la Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos (FECUPAL), la Casa Hogar de Adultos de la Asociación Amigos Benefactores de Enfermos Incurables (ABEI), en la ciudad de Quito. ABEI además de atender pacientes crónicos también asiste a enfermos en etapa terminal. La tercer y última residencia tipo hospicio es la Casa del Hombre Doliente en Guayaquil, que ofrece asistencia de personal médico, enfermería y recursos complementarios. Las dos instituciones que se identificaron como

oferentes de atención domiciliaria son la Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos (FECUPAL), que cuenta con cuatro equipos interdisciplinarios, y la Fundación Jersey que brinda servicios domiciliarios a niños y adultos. En cuanto a centros de atención comunitarios, lamentablemente aún no existen servicios de Cuidados Paliativos (Pastrana, De Lima, Wenk, et al. 2012).

Dolor en el paciente con cáncer

Introducción

La *International Association for the Study of Pain* (1986) define al dolor físico como “una experiencia emocional y sensorial desagradable, asociada a un daño tisular existente o potencial, descrita en términos de ese daño”. Las ciencias actuales como la medicina y la fisiología, proponen que la función principal del dolor es alertar a la persona de una amenaza al organismo (Ornelas, 2015).

La red de interacción denominada como *neuromatrix* refiere que el dolor, no sólo representa una percepción orgánica de tipo somato-sensorial, ya que también envuelve el aspecto emocional que se vincula con el sufrimiento, la apreciación cognitiva, la conducta y la memoria del dolor. Teniendo en cuenta lo anterior, es correcto afirmar que el tratamiento del dolor no solo pertenece al campo médico, más bien implica aspectos físicos, sociales, emocionales y espirituales. Las investigaciones también apoyan a la anterior afirmación, la justificación recalca la importancia de las intervenciones psicológicas en el dolor de los pacientes, especialmente en enfermedades donde el síntoma principal genera un dolor crónico (Acevedo, 2012).

Prevalencia del dolor por cáncer

En base a las últimas estadísticas expuestas por la Organización Mundial de la Salud (2017), alrededor del mundo se reportan 22,4 millones de personas luchando contra el cáncer en cualquiera de las fases de la enfermedad. De esa cifra, entre 75 a 80% de pacientes, padecen de dolor en la mayoría de las etapas de la enfermedad. En porcentaje, un tercio de los pacientes que se encuentran en tratamiento activo presentan dolor y más de las dos terceras partes corresponden a los pacientes en etapa avanzada, afectando entre el 70-90% de pacientes. Se pueden manifestar varios tipos de dolor, pero el que se presenta con mayor frecuencia es el crónico, somático y nociceptivo. A manera de resumen, el 80% del dolor tiene un origen tumoral y el 20% se le atribuye al tratamiento. No obstante, también se atribuyen a otras causas, como los síntomas provocados por el cáncer u otras enfermedades (Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2011).

Evaluación del dolor

Para la realización de un estudio clínico que profundice en la percepción de dolor, se aplican estrategias como la entrevista, que consiente la obtención de datos para completar la historia clínica, las estimaciones cualitativas y cuantitativas, los cuestionarios escritos, auto-registros y finalmente la observación.

Ornelas (2015) en Camacho y Galán, expone la clasificación del dolor en:

Criterios de duración (agudo o crónico), características fisiopatológicas (somático, visceral, neuropático), por sus características temporales (continuo o recurrente), por el sistema involucrado (nervioso, gastrointestinal, respiratorio, musculoesquelético, entre otros), por la región afectada (tórax, abdomen, cabeza, cuello), por la etiología

(infecciosa, inflamatoria, genética, traumática, neoplásica, metabólica, degenerativa, mecánica) (Ornelas, 2015).

Así mismo, la ubicación anatómica más frecuente de dolor que indican los pacientes con cáncer son: “Columna Vertebral (36%), Abdomen (27%), Tórax (24%), Miembros Inferiores (22%), Cabeza y Cuello y Región Pélvica (17%), Miembros Superiores (11%), Región Perianal (7%)” (Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2011, p.9).

Terapia farmacológica

En 1986 la disposición médica de la Organización Mundial de la Salud, específicamente el comité de expertos en alivio del dolor por cáncer, recomienda la escalera analgésica, un lineamiento de evaluación y tratamiento para la enfermedad (Anexo 1). El primer escalón propone que, ante dolores leves, el paciente debería tratarse con analgésicos simples, tales como los anti-inflamatorios no esteroides, que también son reconocidos como AINES o inhibidores de la ciclooxigenasa (1 o 2), o AINES clásicos. Se recomienda que los medicamentos se utilicen en dolores somáticos leves de articulaciones o cefaleas. El dolor que el paciente presenta en el segundo escalón puede tratarse a base de opioides leves, tales como el dextropropoxifeno, codeína y tramadol. Finalmente, en el tercer escalón se utilizan más los opioides fuertes, tales como la oxycodona, morfina, fentanyl, nalbufina e hidromorfina. Cabe recalcar que en función del tipo y origen del dolor del paciente se eligen los diferentes analgésicos a administrar (Ornelas, 2015).

Terapia física

Los tratamientos físicos que generalmente se emplean para el manejo del dolor son:

- a. Termoterapia: Consiste en la administración ligera o profunda de calor que sirve para calmar el dolor. Los efectos positivos son la reducción de la tensión muscular, disminuyendo también las contracturas y calmando el malestar en general.
- b. Manipulación o masaje: En manos de un experto, éste método al igual que la reflexología, generan relajación y analgesia especialmente en pacientes que padecen problemas de circulación, neuropatía diabética, contracciones musculares y fibromialgia.
- c. Crioterapia: Se trata de la aplicación de frío por medio de hielo o compresas frías en la lesión, el efecto es la reducción causada por la misma.
- d. Acupuntura: Se fundamenta en la aplicación de finas agujas que tienen un propósito terapéutico en áreas específicas que se ubican a lo largo de los canales o meridianos, mejorando la estimulación con la ayuda del calor, presión o corriente eléctrica.
- e. TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*): Consiste en la estimulación nerviosa transcutánea efectiva en procesos crónicos dolorosos, nerviosos y musculares (Ornelas, 2015).

Aspectos psicológicos del dolor oncológico

Como menciona Smither (1973 citado en Silva, 2006) no importa lo brillante que sea un médico, si éste no se da el tiempo de conversar con el paciente conoce muy poco del cuidado terminal. En ese sentido, además de todas las estrategias farmacológicas o físicas que se pudiera utilizar para combatir el dolor en pacientes oncológicos en etapa terminal, se requiere también que el personal sanitario muestre mayor interés por las demandas personales de cada paciente.

El dolor crónico por lo general se asocia con varios aspectos psicológicos, al mismo tiempo se relaciona con el efecto del dolor que produce el cáncer, así como las consecuencias psicosociales que experimenta el paciente, sus familiares y amigos. Como se menciona anteriormente, los profesionales del área de salud necesitan conocer estos aspectos y relacionarse o consultar con los expertos para asegurar el mejor tratamiento del paciente. De acuerdo a Stratton (2000) es poco probable que se consiga un alivio óptimo del dolor si no resuelven simultáneamente los aspectos psicológicos (Stratton, 2000).

Terapia Cognitivo Conductual

Historia

En 1960 surge una revolución en el campo de la salud mental por Aaron Beck, MD, quien en ese entonces era profesor asistente en psiquiatría en la Universidad de Pensilvania. El Dr. Aaron Beck había realizado hasta ese entonces su entrenamiento en el enfoque psicoanalista. Entre los años de 1950 y el inicio de 1960, Beck inicio con una serie de experimentos que necesitaban ser probados empíricamente. Los resultados mostraron que a través de la corriente en la que él se había entrenado, no alcanzo a cumplir las metas de su investigación. Es así que empezó a buscar otra metodología que actué en depresión. La identificación más relevante fue el pensamiento distorsionado, los pensamientos negativos (especialmente las creencias y los pensamientos primarios) (Beck, 2011).

Dentro de los pensamientos automáticos negativos, Beck observó que el paciente que padece de depresión tiende a ejecutar, de forma irreflexiva, valoraciones negativas espontaneas que difieren con valores más adaptativos y realistas. Otro gran aporte se concentra en los pensamientos y la valoración ya que, de acuerdo a Beck, los

pensamientos automáticos negativos no representan el síndrome de depresión, más bien tiene una importancia centrada en el mantenimiento del trastorno. Las investigaciones del Dr. Beck, proponen un tratamiento a corto plazo. La recopilación de toda ésta investigación posteriormente lo postularía con el nombre de terapia cognitivo (Beck, 2011).

La base de ésta nueva corriente posee un gran número de fuentes que postulan a esta nueva terapia. Los autores más influyentes citados por Beck, incluyen al filósofo Romano Epitecus y teóricos reconocidos, tales como Alfred Adler, Albert Ellis, Karen Horney, Albert Bandura, George Kelly y Richard Lazarus. El trabajo que el Dr. Aron Beck desarrollo, cubre la gran mayoría de patologías mentales y hoy por hoy es una de las técnicas con más respaldo e investigación científica en los Estados Unidos (Beck, 2011).

Características

La técnica de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se desarrolló como un método ordenado y enfocado en apoyar a las personas a realizar cambios en su comportamiento. Para ello se necesita transformar los pensamientos y percepciones que subyacen en la misma persona. Lo que en un inicio se desarrolló como una terapia a corto plazo orientada para pacientes con diagnósticos de depresión, se transformó en una metodología que modifica conductas y pensamientos disfuncionales (Rodríguez Biglieri & Vetere, 2011).

Lo que define a la terapia cognitivo conductual es la orientación, concentrada principalmente en el presente. El tiempo delimitado, con un número de sesiones para el tratamiento de entre 8-12 sesiones. Estructurada y centrada en evidencia empírica. Con un componente que da importancia a la psicoeducación. La TCC anima a cambios en

situaciones que se presentan en la vida diaria, es decir en las cogniciones y conductas que son parte importante del problema. En definitiva, con la aplicación de la terapia se alienta a que los cambios adaptativos que se consolidan a lo largo del proceso terapéutico se transformen en hábitos y así disminuyan la vulnerabilidad del paciente (Beck, 2011).

En resumen, el modelo cognitivo que surge de la Terapia Cognitivo Conductual. Sugiere que el pensamiento disfuncional que interfiere en el estado de ánimo y la conducta del paciente, se somete a un proceso, donde el paciente es capaz de evaluar su pensamiento de una forma más adaptativa y realista. La respuesta que se espera, es el alivio de síntomas relacionados con la conducta y las emociones (Beck, 2011).

Aplicación

Debido a la versatilidad en cuanto al funcionamiento de la terapia cognitivo conductual, la misma ha sido adecuada para pacientes de diferentes estatus económico y niveles de educación. Además de contar con un gran número de investigaciones donde la TCC ha sido aplicada a diversas edades y culturas. También resulta la primera elección para el tratamiento de ansiedad: geriátrica, depresión: mayor, geriátrica, fobias: social, agorafobia, trastornos de la personalidad, trastornos alimenticios, trastorno obsesivo compulsivo, adicciones, control de impulso, problemas de conducta, entre otros (Beck, 2011).

El diseño y la aplicación de la terapia cognitivo conductual se establecen dependiendo de la necesidad de cada paciente. Se propone que cada sesión terapéutica debería cumplir con un estimado de 45 minutos. La aplicación de la técnica ha demostrado avances dentro de otras terapias tales como la terapia individual, de pareja, familiar y grupal. Con un extenso número de aplicaciones, Beck (2011) también

menciona que la TCC en combinación con medicamentos, demuestra su efectividad en el tratamiento bipolar y la esquizofrenia. De igual forma, en el ámbito médico, existe un amplio número de investigaciones que exponen beneficios ante patologías médicas crónicas como el dolor crónico de espalda, migrañas, tinnitus, colitis, síndrome de fatiga crónica, hipertensión, dolor de la enfermedad reumática, síndrome de fatiga crónica, síndrome del intestino irritable y tratamientos que producen dolor crónico en el paciente como el cáncer (Beck, 2011).

Terapia Cognitivo Conductual para pacientes oncológicos

El diagnóstico y tratamiento del cáncer sin duda es un evento impactante y sobre todo estresante que se manifiesta en un alto número de pacientes que padecen de la enfermedad, al igual que en sus familias. Las investigaciones establecen que aproximadamente entre un 30% y un 50% de las personas diagnosticadas con cáncer manifiestan algún tipo de alteración psicológica, tales como problemas de ansiedad y depresión, siendo los más comunes y muchas veces no abordados (Fertig, 1997; Maguire, 2000).

Teniendo en cuenta la información anterior, el principal objetivo de la intervención psicológica es que el paciente con un diagnóstico de cáncer, sea tratado con una buena calidad de vida y bienestar psicológico, libre de problemas emocionales como ansiedad o depresión. Al mismo tiempo, la expectativa es que las posibles alteraciones de vida familiar, laboral o social causen el menor impacto en el paciente. En definitiva, el propósito de las intervenciones psicológicas es acompañar al paciente a sobrellevar su tratamiento y diagnóstico. Por medio de la reducción de sentimientos de abandono, aislamiento, indefensión, alineación que generan ansiedad. Las intervenciones con un diseño de reducción de indefensión y desesperanza poseen la

ventaja de reanimar al paciente para que se vuelva más responsable y cooperador a los diferentes tratamientos médicos.

La corriente de la terapia cognitivo conductual y su aplicación a la medicina oncológica es realmente un tema reciente. En países europeos, las instalaciones hospitalarias modernas brindan al enfermo de cáncer un ambiente que favorece al avance de problemas emocionales y de comportamiento, al punto de cambiar radicalmente la vida de muchos pacientes, porque son ellos quienes toman completamente la decisión de acceder o no a un tratamiento médico propuesto. Elegir, representa una real importancia en el enfermo de cáncer ya que, debido a la cronicidad de la enfermedad, la agresividad de los tratamientos y los requerimientos de hospitalización frecuente, producen que el paciente pierda sus fuentes de refuerzo positivo y la inhabilidad de continuar realizando las actividades que llevaba a cabo (Bárez, Blasco & Fernández, 2003).

Dentro de todo lo que se propone, el estrés psicológico es otro tema sustancial para los pacientes oncológicos. De acuerdo a Folkman (1984 citado en Cruzado, 2010b), el control del estrés se origina cuando el paciente conoce y entiende los síntomas y signos de la problemática. Para que se produzca esa introspección, es necesario enseñar al paciente a identificar las posibles causas, síntomas y consecuencias del estrés. La herramienta que va acorde a ésta necesidad es la psicoeducación porque ayuda al paciente a identificar que el origen personal del estrés, así como las reacciones ante el mismo puede generar consecuencias cognitivas, conductuales y fisiológicas que se experimentan ante situaciones que generan mucho estrés (Cruzado, 2010b).

Por otro lado, el propósito de describir el uso de las técnicas en TCC, es controlar los efectos secundarios físicos y comportamentales del tratamiento del cáncer. Especialmente ante procesos como la quimioterapia, un tema que posee gran respaldo

en cuanto a investigación por la aplicación de métodos conductuales en oncología. Seguido también por el interés del control de reacciones de ansiedad y angustia, antes y durante la aplicación de test médicos aversivos e invasivos, tales como: punciones lumbares, aspiraciones medulares, resonancia magnética, entre otros. Una información definitivamente relevante es que las técnicas cognitivo conductuales poseen aplicaciones significativamente eficientes en el manejo y control del dolor (Die Trill, 2003b).

Terapia Cognitivo Conductual aplicado en cuidados paliativos

El modelo cognitivo conductual surge del concepto de que los síntomas físicos y emocionales son, en parte, producto de sentimientos, pensamientos y conductas desadaptativas. Como ya se había mencionado en apartados anteriores, la intervención cognitivo conductual se concentra en reconocer y modificar los sentimientos, pensamientos y conductas (Die Trill, 2003a). El objetivo del componente dirigido al entrenamiento de tipo conductual es la disminución del estrés y la ansiedad, con el fin de acompañar y brindar apoyo emocional a los pacientes frente al impacto emocional que representa el cáncer. Otra de las metas que se pretende alcanzar en conjunto con el paciente, es mejorar la participación activa en los tratamientos, optimizando el cumplimiento de las disposiciones médicas, así como reduciendo los efectos secundarios que ocasiona el tratamiento tales como: náusea, dolor, vómito, alteraciones de sueño (Cruzado, 2010b).

De acuerdo a Hamberger (1982 citado en Die Trill, 2003b), la modalidad terapéutica cognitivo conductual en cuidados paliativos visto desde la perspectiva práctica, expone dos áreas que son diferenciados claramente. El primero es el tratamiento sintomático que se destina a la reducción de síntomas negativos concretos, a nivel físico como: disnea, vómito, dolor y psicológico, enfocándose más en el miedo,

pánico, ansiedad o la crisis en general. La segunda área es el cuidado emocional, que comprende a la atención emocional que se ofrece a los pacientes y familiares en cuidados paliativos, el fin es la aceptación y adaptación a la etapa terminal. En cuanto al tratamiento a nivel sintomático, el objetivo concreto es la reducción de síntomas como el dolor (Die Trill, 2003b).

El entrenamiento en terapia cognitivo conductual propone un gran número de estrategias que podrían aplicarse (Anexo 2) los mismos consisten en técnicas como: relajación muscular progresiva, relajación pasiva, hipnosis, visualización, imaginación guiada, relajación, respiración abdominal, meditación y *biofeedback*. Todas estas técnicas se dirigen a disminuir el síntoma de ansiedad fisiológica, el malestar emocional de paciente y optimizar su bienestar psicológico y físico (Cruzado, 2010b).

A modo de resumen, las técnicas utilizadas por la terapia cognitivo conductual, son conocidas por ser las de primera línea para el tratamiento coadyuvante de síntomas específicos, además de la psicoeducación. El objetivo se concentra en el alivio o abolición del síntoma. La perspectiva integral del síntoma del paciente con cáncer, apoya a la importancia del conocimiento del mismo. La evidencia científica que apoya la efectividad de la técnica cognitivo conductual atribuye también los efectos para manejar el dolor, la ansiedad, la depresión, así como diferentes síntomas físicos (Die Trill, 2003b).

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Diseño

Teniendo en cuenta que la presente investigación se basa en la pregunta ¿cómo y hasta qué punto la terapia cognitivo conductual influye en la percepción del dolor de pacientes oncológicos en cuidados paliativos? Se espera una influencia en la percepción del dolor en los pacientes oncológicos en cuidados paliativos, posterior a la aplicación de alguna técnica de la terapia cognitivo conductual. Para medir la efectividad de las estrategias cognitivo conductuales, se empleará una metodología experimental de tipo cuantitativo. El método cuantitativo hace referencia al proceso de investigación que utiliza números como base para realizar generalizaciones sobre un fenómeno. Los números provienen de escalas objetivas de medición de las unidades de análisis, conocidas como variables. Las escalas de medición pueden ser: ordinales, nominales, de intervalo o de razón (Jarausch & Hardy, 2016). Éste método se enfoca más en mediciones objetivas, es decir, el análisis estadístico numérico o matemático de los datos recogidos (Cook, Reichardt & Solana, 2005). Para cumplir con el método cuantitativo, se utilizará una escala que medirá la intensidad del dolor percibido por el paciente.

Variables

Éste proyecto, al ser de tipo experimental, necesita formular las variables en las que basara toda la investigación. La variable independiente es una propiedad o característica que atribuye la causa al fenómeno estudiado. En investigaciones, es la variable que el experimentador puede manipular, en éste proyecto de investigación la variable es la aplicación de la terapia cognitivo conductual (Naghi Namakforoosh, 1988). Por su parte, la variable dependiente es una característica o propiedad que se

intenta modificar mediante la manipulación de la variable independiente. En otras palabras, la variable dependiente es un factor que puede ser medido y observado para establecer el efecto de la variable independiente, dentro de ésta investigación la variable es la percepción del dolor del paciente (Naghi Namakforoosh, 1988).

Justificación de la Metodología Seleccionada

Existen varias ventajas por las que se escogió al método de investigación cuantitativo. La principal, es la libertad con la que el experimentador analiza y mide sus datos. Además, la relación entre la variable independiente y dependiente se estudia en detalle por medio de este método, esto sin duda es de gran utilidad porque el experimentador es más específico con los hallazgos de la investigación. Finalmente, por medio del análisis estadístico, la investigación cuantitativa es eficiente para comprobar la hipótesis en experimentos (Cook, Reichardt & Solana, 2005), la hipótesis que el presente proyecto de investigación propone es: Los pacientes que recibirán un protocolo basado en terapia cognitivo conductual, al final del tratamiento reportarán menor intensidad de dolor. Adicionalmente, el proyecto utilizará una escala complementaria, la misma brindará confiabilidad y validez al estudio, la meta es conocer si la terapia cognitivo conductual influye en la percepción de dolor en pacientes oncológicos en cuidados paliativos.

Participantes

Considerando que en el Ecuador los tipos de cáncer más frecuentes en la ciudad de Quito, registrados en el último censo del 2012 son: cáncer al estómago (242), bronquios y de pulmón (168) y próstata (162) (INEC, 2017). La muestra probabilística de tipo aleatoria simple constará de un número total de 372 participantes, de los cuales se espera que cada tipo de cáncer este representado por 124 participantes como mínimo.

La expectativa de cada grupo es que sea homogénea en cuanto a la diferenciación de sexo y rango de edad (adultos). Las razones de inclusión en la investigación son:

- Los participantes deben cumplir con criterios de cáncer de estómago, bronquios-pulmón o próstata en etapa avanzada o terminal, la información debe estar respaldada por documentación clínica de evolución de la enfermedad que incluye: Progresión del cáncer sustentada en valoraciones cronológicas y estudios complementarios.
- Encontrarse en tratamiento adyuvante o exploración quirúrgica no controlada con el tratamiento actual.
- Encontrarse hospitalizado en alguna entidad que ofrece servicios de cuidados paliativos en la ciudad de Quito.

Los criterios de exclusión son:

- Un diagnóstico médico que pronostica un tiempo de vida menor a 2 meses.
- Pacientes con una psicopatología documentada o confusión.
- Aquellos que anteriormente ya han recibido terapia cognitivo conductual.

Herramientas de Investigación Utilizadas

Para medir la efectividad de la terapia cognitivo conductual se utilizará una escala que mide la intensidad del dolor que reporta el paciente. La *Escala Visual Análoga* (EVA), estandarizada en adultos. Espera a través de los resultados de cada paciente, que exista un cambio entre el periodo anterior-pre a la intervención y posterior-post a la misma (Cook, Reichardt & Solana, 2005).

Escala Visual Análoga (EVA)

La *Escala Visual Análoga* (EVA), es una herramienta que mide el dolor con la máxima reproductibilidad entre observadores (Cleeland, 1984). A través de las puntuaciones de cada paciente, se espera exista un cambio entre el periodo anterior a la intervención y posterior a la misma (Cook, Reichardt & Solana, 2005). La escala ha sido utilizada dentro del campo de evaluación clínica desde hace aproximadamente veinte años. Describiendo un poco de la historia, el primer autor que representó a esta escala fue Freyd (1923) quien desarrollo la escala y la estableció como una herramienta que sería utilizada para algún aspecto que se relacionaría con personalidad (Wewers & Lowe, 1990). Una vez que obtiene los resultados de su escala, Freyd manifiesta que una de las principales ventajas de esta herramienta es la simplicidad y facilidad de administrar, además no se necesita de mucha motivación del evaluado y puede completarse rápidamente (Wewers & Lowe, 1990).

Esta escala ha sido ampliamente usada con adultos. El propósito de la misma, es medir la intensidad del dolor que refiere el paciente con la máxima reproducción entre los espectadores. Se trata de una línea horizontal de 10 centímetros, los extremos representan expresiones polares de un síntoma (Anexo 3). En el lado izquierdo se presenta la frase de “no dolor” y en el lado opuesto la expresión de “el peor dolor imaginable”. El procedimiento, a continuación, es solicitarle al paciente que marque dentro de la línea el punto que indique la intensidad con la que el paciente percibe su dolor. Posteriormente, la marca se mide con una regla milimetrada desde el punto inicial hasta la señal realizada por el paciente. El último paso consiste en la interpretación de la marca, la intensidad se expresa en centímetros o milímetros. Los valores que se proponen representan a éstos rangos: Un valor inferior a 4 en la escala representa dolor leve o leve-moderado, una puntuación entre 4 y 6 considera la presencia de dolor que va

desde moderado-grave, y un valor que sobrepasa 6 sugiere la sensación de un dolor intenso o intolerable (Ahlers, Van Der, Van Dijk, et al. 2010).

Procedimiento de Recolección y Análisis de Datos

Recolección de datos

Para incorporar a los participantes en el presente proyecto, primero se necesitará recorrer todas las entidades en la ciudad de Quito que ofrecen un servicio exclusivo de primer nivel de atención identificadas como residencias tipo hospicio como: El Hospital San Camilo que se encuentra a cargo de la Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos (FECUPAL), la Casa Hogar de Adultos de la Asociación Amigos Benefactores de Enfermos Incurables (ABEI) y la Fundación Jersey que brinda servicios domiciliarios a niños y adultos.

Una vez identificadas las entidades que ofrecen un servicio tipo hospicio, el siguiente paso es ponerse en contacto con el director o la máxima autoridad dentro de la institución o establecimiento y presentar el proyecto de investigación a través de una carta de invitación (Anexo 4), donde se propone la participación de su entidad en el estudio. A continuación, posterior a que las instituciones acepten la propuesta, se procederá a enviar nuevamente una carta (Anexo 5) para el reclutamiento de pacientes dentro de cada establecimiento. Una vez cumplido éste parámetro, se realizará una pre-selección de los pacientes que accedan a formar parte del estudio, quienes deberán cumplir con los criterios de cáncer de estómago, bronquios-pulmón o próstata en etapa avanzada o terminal. La información deberá estar respaldada por documentación clínica de evolución de la enfermedad que incluye: Progresión del cáncer sustentada en valoraciones cronológicas y estudios complementarios.

El siguiente paso es acercarse a los pacientes y explicar de forma concreta de que se trata el estudio y a través del consentimiento informado (Anexo 6), confirmar su participación. Dentro del consentimiento se incluirán los objetivos del estudio, los riesgos y beneficios de la participación, así como los procedimientos y protocolos de la terapia cognitivo conductual como tratamiento alternativo. Además, es importante explicar al participante en que consiste cada intervención y al finalizar la recolección de datos dejar abierta la posibilidad de que ellos pueden solicitar un resumen de la investigación. Cabe recalcar que una vez concluido el estudio, todos los documentos que contienen los datos personales de los participantes serán destruidos.

Posterior a que los pacientes acceden a formar parte del estudio, por medio del consentimiento informado y de asegurarnos que el personal médico también está al tanto del propósito de la investigación, el plan se concentrará en la información que el paciente nos proporcione. En base a las razones de inclusión, debería encontrarse en tratamiento adyuvante o exploración quirúrgica no controlada con el tratamiento actual.

En base a las consideraciones anteriores, el procedimiento se expone de la siguiente manera. Una muestra homogénea aleatoria de adultos hombres y mujeres de $n=372$, representados por 124 por cada tipo de cáncer: estómago, bronquios-pulmón, próstata, que se encuentren hospitalizados en la ciudad de Quito, deberán cumplir con el experimento que involucra dos entrenamientos, uno experimental y un control. Tanto el grupo experimental como el control, estarán compuesto por la mitad de los participantes de la muestra inicial, es decir 186 pacientes, de los cuales también se espera la representación de por lo menos 62 pacientes por cada tipo de cáncer.

Posterior a la asignación del grupo de tratamiento aleatorizado, los pacientes completaran un cuestionario de datos previos a la intervención-entrevista clínica (Anexo 7), en conjunto se aplicará la *Escala Análoga Visual (EVA)*. Se estima que el tiempo de

finalización será de aproximadamente 30 minutos. Seguidamente, al grupo experimental, quienes han sido seleccionados para la aplicación de técnicas de terapia cognitivo conductual se propondrá una posible fecha para la primera sesión de terapia. Por otro lado, al grupo control se les mencionara que deben continuar con el tratamiento ya prescrito para ellos por parte del hospicio. Es fundamental mencionarles que después del estudio, ellos también tendrán la oportunidad de recibir cualquiera estándar de terapia basada en el perfil de terapia cognitivo conductual, dependiendo obviamente de la aleatorización del momento. La frecuencia con la que los pacientes recibirán el tratamiento de terapia cognitivo conductual es de una vez por semana entre 50-60 minutos por sesión, durante 3 meses, es decir se necesita cumplir un aproximado de 12 sesiones. Luego de éste periodo se volverá a aplicar la *Escala Análoga Visual (EVA)*.

Análisis de datos

Una vez que se obtengan los resultados de las dos escalas pre y post tratamiento. Los datos se examinarán por medio de un análisis de varianza, conocido también como ANOVA de un solo factor entre grupos. El análisis por medio de ANOVA, brinda la posibilidad de considerar una variable dependiente cuantitativa (percepción del dolor) en relación a una variable independiente (terapia cognitivo conductual). El procedimiento a continuación es diferenciar las medidas en dos diferentes grupos el A (grupo experimental) y el B (grupo control).

El propósito por medio de la aplicación de éste método es considerar si en base a los puntajes obtenidos de las escalas es posible confirmar nuestra hipótesis: Los pacientes que recibirán un protocolo basado en terapia cognitivo conductual, al final del tratamiento reportarán menor intensidad de dolor. El análisis estadístico de datos se llevará a cabo a través de un software especializado, el *IBM Statistical Package for the*

Social Sciences (SPSS) que ha demostrado ser una herramienta útil, ampliamente estudiada y utilizada en investigaciones de ciencias sociales porque maneja grandes cantidades de números/datos. El IBM SPSS realiza funciones matemáticas y estadísticas, aportando una alta confiabilidad al análisis de resultados en investigaciones.

Consideraciones Éticas

El presente proyecto de investigación acata las consideraciones éticas pertinentes. Como ya se había mencionado anteriormente, previo al procedimiento y recolección de datos, tanto el personal hospitalario como los pacientes o sus representantes legales deben completar un formulario de consentimiento informado. En el mismo debe constar la firma y los datos relevantes del paciente, éste paso debe cumplirse necesariamente antes de la participación en el estudio. El formulario detallara los objetivos específicos de la investigación, recalcando la libertad del paciente de escoger ser parte o no del estudio, además que la participación es totalmente voluntaria y que a lo largo de la investigación el paciente puede decidir abandonar el estudio. La confidencialidad representa otro tema fundamental. La identidad al igual que la información que se manejará, será protegida durante todo el proceso y para la publicación de los resultados el paciente puede optar por el anonimato, con el fin de proteger su identidad. Así mismo, todos los documentos que se crearán durante este proyecto de investigación son totalmente confidenciales y se procederá a la destrucción una vez finalizado el estudio.

Es esencial resaltar que pese a todas las implicaciones éticas que se mencionan para el presente estudio. Podrían generarse disimilitudes dentro de la terapia, especialmente porque la población en la que se trabajara es bastante sensible. No

obstante, se intentará disminuir al máximo cualquier contratiempo con sabiduría y profesionalismo.

RESULTADOS ESPERADOS

En base a la revisión de la literatura y la metodología propuesta en el presente proyecto de investigación, se esperaría que los resultados del estudio demuestren que los pacientes con terapia cognitivo conductual manifiesten una mejoría posterior a la intervención, menor dolor promedio, a corto-largo plazo y mejor aceptación del tratamiento adyuvante.

La intervención y su efectividad se comprobarán por medio de los resultados de la *Escala Visual Análoga (EVA)* que también se respaldan con la entrevista clínica. Ésta escala unipolar mide el estado del paciente, lo que sugiere la sensación de dolor intenso o intolerable (Ahlers, Van Der, Van Dijk, et al. 2010). Una vez finalizada la aplicación de terapia cognitivo conductual (post-tratamiento), se espera que el grupo experimental reporte un valor menor a 4 en la *Escala Visual Análoga*, representando un dolor leve o leve-moderado. En cuanto al grupo control se considera que no existirán cambios en la escala *EVA*.

Teniendo en cuenta que el presente proyecto se concentra en los 3 tipos de cáncer más frecuentes en la ciudad de Quito. Se proponen los resultados de investigaciones como el de Trask et al., (2003) donde 48 pacientes con un puntaje de 60 en el Índice Global de Severidad, después de 2 meses posterior a la visita inicial a la clínica multidisciplinaria de melanoma, son seleccionados al azar para recibir atención estandarizada de 4 sesiones de una intervención cognitivo conductual. Las evaluaciones utilizadas, fueron inventarios breves de síntomas, como el *Brief Symptom Inventory*, el

Medical Outcomes Survey Short Form-36 y el *State-Trait Anxiety Inventory*. La aplicación de los inventarios se lo realizó a los 2 meses y a los 6 meses después de la intervención en el grupo experimental y el grupo control (Trask et al., 2003).

Los resultados que se obtuvieron a través del análisis del estudio, revelan una angustia significativamente menor, así como una mejor percepción del dolor, especialmente en el grupo de 6 meses o de seguimiento. Por su parte, los resultados a los 2 meses revelaron un menor nivel de angustia en el grupo que recibió entrenamiento cognitivo conductual. La evidencia de ésta investigación expone que una breve intervención psicológica resulta efectiva para generar cambios en los pacientes con cáncer, especialmente aquellos que han aumentado la angustia y dolor, aunque también se menciona que se necesita mayor investigación para identificar un enfoque más amplio (Trask et al., 2003).

Herramientas como la *Escala Visual Análoga (EVA)* permiten medir de forma efectiva el dolor que cada paciente percibe antes de alguna intervención médica relevante. Por ejemplo, en la investigación de Dalton et al., (2004) donde se reclutaron 131 pacientes con cáncer que reportaban dolor, los mismos fueron aleatoriamente asignados en 4 sitios. Al primer grupo se les asignó terapia cognitivo conductual estándar, el siguiente grupo recibió terapia cognitivo conductual a medida del perfil y el último recibió atención habitual. Los pacientes completaron el tratamiento en base a la terapia cognitivo conductual, asistiendo a cinco sesiones de tratamiento de 50 minutos. Los resultados demuestran que, en contraste, los pacientes que recibieron terapia cognitivo conductual estándar en comparación con pacientes con terapia cognitivo conductual adaptado al perfil, experimentaron una mejoría trascendente desde la primera sesión hasta la aplicación inmediata de la escala *EVA* post-intervención,

evoluciona desde el peor dolor, a menos dolor, en conjunto se observó menos interferencia de dolor con sueño y menor confusión (Dalton et al., 2004).

Por su parte, los pacientes adaptados al perfil, experimentaron una mejoría en cuanto a la interferencia de dolor con actividades, dolor compuesto, dormir, relacionarse con otros, caminar, menor angustia del síntoma y confusión desde iniciada la terapia hasta un mes después de la intervención. De forma general, el estudio propone que los pacientes con terapia cognitivo conductual en promedio muestran mejoría hasta los seis meses posteriores a la intervención con menor dolor promedio, menor dolor en el presente, mejor calidad y visión de la vida, así como una mayor mejoría del estado de rendimiento de *Karnofsky* (Dalton et al., 2004).

Otras dos investigaciones propuestas por Syrjala et al., (1995) y (Keefe, Dunsmore & Burnett (1992) examinan el resultado del comportamiento y tratamiento cognitivo conductual, teniendo como referente revisión de literatura para el dolor crónico en pacientes con cáncer. La propuesta de los ensayos clínicos para ésta población se dio comúnmente en contextos de tratamiento multidisciplinario, los resultados sugieren que los tratamientos son efectivos porque además de tratar el dolor crónico, también reducen la angustia, comportamiento de dolor, mejorando automáticamente su funcionamiento diario (Syrjala et al., 1995).

Por otro lado, en el estudio de (Keefe, Dunsmore & Burnett, 1992) se han recogido datos de seguimiento en forma multidisciplinaria o programas que combinan diferentes métodos de comportamiento con otro tipo de modalidades como los medicamentos o la terapia física. Los métodos de tratamiento se concentran en pacientes que padecen dolor debido al cáncer, enfermedades de células falciformes, artritis y otros desordenes. Una parte importante dentro de éste estudio es la población beneficiada ya

que generalmente los centros urbanos no brindan programas de dolor de fácil acceso (Keefe, Dunsmore & Burnett, 1992).

Ahora que se tiene una mejor percepción de la efectividad de la terapia cognitivo conductual en pacientes oncológicos, se esperaría que la percepción de dolor en pacientes oncológicos en cuidados paliativos reduciría sustancialmente después de haber aplicado terapia cognitivo conductual.

DISCUSIÓN

Una vez finalizado el estudio, se presentan varias respuestas a la pregunta de investigación “¿cómo y hasta qué punto la terapia cognitivo conductual influye en la percepción del dolor de pacientes oncológicos en cuidados paliativos?”

La consideración más relevante del proyecto de investigación gira en torno a la estabilidad del paciente con cáncer porque demanda mayor atención y más aún si el mismo requiere de la atención de cuidados paliativos (Vachon, 1995). En cuanto a las estrategias utilizadas dentro de la terapia cognitivo conductual se incluyen intervenciones como la reorientación del pensamiento, la atención, resolución del problema y relajación produciendo mejoras en el informe del paciente sobre la función e intensidad del dolor. Los efectos se relacionan con una mejora dramática en cuanto a síntomas, la explicación se centra en la dimensión de la experiencia del dolor del paciente. De manera conjunta, es alentador que los resultados muestren una mejoría incluyente de diferentes medidas de intensidad del dolor, así como una respuesta positiva ante el funcionamiento y actividad de cada participante (Keefe, Dunsmore and Burnett, 1992).

Una consideración importante se vincula con el plan de tratamiento, la frecuencia y duración de la terapia, ya que la intervención se puede volver frágil u obstaculizada por un alta tasa de desgaste, algo que sucedió en varias investigaciones porque los protocolos de terapia cognitivo conductual requieren de por lo menos cinco semanas de estudio, esto en conjunto con la progresión de la enfermedad y la fatiga inducida por el tratamiento producen un abandono o reprogramación de las sesiones de tratamiento (Trask et al., 2003). Las dificultades que sobresalieron se relacionan con el desgaste y cansancio de un día de tratamiento, especialmente después de quimioterapia. Una consideración relevante que surge del análisis de varios estudios donde los participantes decidieron expandir las sesiones a una hora y media, se relacionan con la estabilidad y la impresión de sentirse menos apresurados y fatigados. El prolongar el tiempo resulto productivo porque les permitió a los pacientes mejorar el material que aprendieron durante la sesión (Dalton et al., 2004).

A largo plazo y a partir de toda la revisión de la literatura que hasta el momento se ha alcanzado, se propone un perfil de dolor bioconductual como una guía u opción del tratamiento de la terapia cognitivo conductual para pacientes con dolor relacionados con cáncer dentro de cuidados paliativos. Además de todos los beneficios del entrenamiento cognitivo conductual que ya se ha expuesto anteriormente, los resultados del estudio también proponen nuevos caminos para investigaciones futuras. La importancia de las investigaciones se concentra en la determinación de un perfil específico. Por ejemplo, en el caso del estudio donde se aplicó imágenes, el resultado responde de una forma adecuada, tal como si se aplicara reestructuración cognitiva o relajación muscular progresiva (Trask et al., 2003).

Limitaciones del estudio

A continuación, se describen las limitaciones halladas en el proyecto de investigación. La primera consideración es la población, porque pese a que el número de participantes es estadísticamente significativo, a lo largo del estudio los participantes podrían decidir abandonar o ser participantes parcialmente activos, esto podría vincularse con el período de tratamiento porque al ser un programa de doce semanas los pacientes se muestran demasiado fatigados o poco cooperadores. La siguiente limitación se centra en el papel de los medicamentos dentro de cuidados paliativos y es que una de las cuestiones más controvertidas en el enfoque es el uso de medicamentos para calmar los efectos del cáncer. Dentro de la aplicación de terapia cognitivo conductual, las investigaciones sugieren que los medicamentos actúan de forma incongruente con el comportamiento, por lo mismo dentro de la población escogida para la investigación podría generarse un aumento de autocontrol, produciendo una disminución en la confianza de las terapias somáticas (Keefe, Dunsmore & Burnett, 1992).

La siguiente limitación se relaciona con la investigación en torno al tema de dolor dentro de cuidados paliativos. En base a la información recopilada en la presente revisión bibliográfica, hasta el momento no se cuenta con el suficiente respaldo académico que conjugue los componentes propuestos para éste estudio y mucho menos una investigación realizada netamente en nuestro país. Por lo mismo, la importancia de recalcar la continuación en la investigación clínica, porque también ayudaría a mejorar la coincidencia de los tratamientos con las características de cada paciente y así redefinir el foco de los tratamientos en los cambios de comportamiento vinculados con resultados más positivos (Syrjala et al., 1995).

Recomendaciones para futuros estudios

En el caso de proponer un estudio similar, en primera instancia se recomienda la disminución del rango de edad de los participantes, porque con el número de individuos

tratados, el no establecer el rango podría desencadenar en que la desviación estándar repercuta en los resultados esperados. La siguiente recomendación que evitaría el abandono o la fatiga de los participantes sería proponer un programa basado en la misma terapia, pero en menos tiempo o con mayor frecuencia por semana, llegando a abordar los mismos temas en un mínimo de 6 sesiones de terapia cognitivo conductual.

Con el fin de evitar los efectos secundarios como la habituación y el cambio en el funcionamiento cognitivo y la adicción, se sugiere que los futuros estudios se dirijan al desarrollo de modelos que ofrezcan mayor servicio de manejo de dolor.

Especialmente en la ciudad de Quito, se propone iniciar con campañas para tratar al dolor dentro de la misma comunidad hospitalaria, emprender programas de hospicio que tengan un ambiente basado en la tranquilidad que genera el mismo hogar del paciente.

El fin a través de extender el comportamiento de las intervenciones es ampliar la gama de ajustes de tratamiento en pacientes oncológicos en cuidados paliativos, aportando a la comprensión de la percepción del dolor de los pacientes al equipo multidisciplinario de la salud, quienes se encargarán de que un mayor número de individuos lleven una vida más productiva y activa.

Finalmente se recomienda e impulsa a que exista mayor atención, estudio y disposición que adopten estrategias de aceptación del dolor, autogestión y combinaciones de las diferentes ramas de la medicina, propuestos como un enfoque interdisciplinario de los tratamientos, los cuales podrían conducir a una mejor intervención al paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A, Varela (2002). El cáncer Epidemiología, etiología, diagnóstico y prevención. Madrid: Ediciones Harcourt., p. 4-15,16.
- Acevedo, J. (2012). *Teoría de la compuerta (Ronald Melzack y Patrick D. Wall, 1965)*. [online] Revistas científicas Pontificia Universidad Javeriana. Available at: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/viewFile/16164/12928> [Accessed 10 Oct. 2017].
- Ahlers S, Van Der A, Van Dijk M, et al. (2010). The use of the Behavioral Pain Scale to assess pain in conscious sedated patients. *Anesthesia & Analgesia*; 2010110:127-133
- Aliaga, L., De León, Ó., Nebreda, C. and Vallejo, R. (2011). *Técnicas intervencionistas para el tratamiento del dolor crónico*. 1st ed. Barcelona: Editorial Glosa S.I., p.230.
- American Cancer Society. (2017). *What Is Cancer?* [online] Cancer.org. Available at: <https://www.cancer.org/cancer/cancer-basics/what-is-cancer.html> [Accessed 5 May 2017].
- Bakitas, M., Lyons, K., Hegel, M., Balan, S., Brokaw, F., Seville, J., Hull, J., Li, Z., Tosteson, T., Byock, I. and Ahles, T. (2009). Effects of a Palliative Care Intervention on Clinical Outcomes in Patients with Advanced Cancer. *JAMA*, [online] 302(7), p.741. Available at: <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/184422> [Accessed 14 Apr. 2017].
- Bárez, M., Blasco, T. & Fernández, J. (2003). *La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer*. [online] Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Available at: <http://www.redalyc.org/html/167/16719206/> [Accessed 18 Oct. 2017].
- Beck, J. (2011). *Cognitive behavior therapy*. New York: The Guilford Press.
- Benítez del Rosario, M. and Salinas Martín, A. (2000). *Cuidados paliativos y atención primaria*. 1st ed. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, p.46.
- Carethers, J. (2008). Review: *Systemic treatment of advanced colorectal cancer: Tailoring therapy to the tumor*. Therapeutic Advances in Gastroenterology, [online] 1(1), pp.33-42. Available at: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1756283X08093607> [Accessed 14 Apr. 2017].
- Centeno, C. Gómez, M. et.al. (2015). Manual de Medicina Paliativa. 2da ed. *Historia y desarrollo de los cuidados paliativos*. Barañáin: Ediciones Universidad de Navarra, p. 7-15

- Clark, D., Centeno, C. (2006). "Palliative care in Europe: an emerging approach to comparative analysis". *Clinical Medicine Journal of the Royal College of Physicians*, Vol 6, No. 2, p.197-201.
- Cleeland, C. (1984). *The impact of pain on the patient with cancer*. *Cancer*, 54(S2), pp.2635-2641.
- Coleman, N. (2009). ¿Qué hacer con un diagnóstico de cáncer? ¿Cáncer de dónde viene? 1era ed. México: Editorial Pax México., p. 17.
- Cook, T., Reichardt, C. & Solana, G. (2005). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. 5ta ed. Madrid (España): Morata, p.85.
- Corredor, R. (2011). *Neurología. Dolor en Neurología*. Bogotá: Editorial Cundinamarca., pp. 58-60.
- Cruzado, J. (2010a). Tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer. *Tratamientos del cáncer*. Madrid: Ediciones Piramide., pp. 20-22.
- Cruzado, J. (2010b). Tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer. *Intervención Psicoeducativa con Pacientes con Cáncer*. Madrid: Ediciones Piramide., pp. 82,83.
- Dalton, J., Keefe, F., Carlson, J. and Youngblood, R. (2004). Tailoring cognitive-behavioral treatment for cancer pain. *Pain Management Nursing*, 5(1), pp.3-18.
- Del Río, I. & Palma, A. (2017). *Cuidados Paliativos: Historia y Desarrollo*. [online] Boletín Escuela De Medicina U.C., Pontificia Universidad Católica De Chile. Available at: <http://cuidadospaliativos.org/uploads/2013/10/historia%20de%20CP.pdf> [Accessed 10 Oct. 2017].
- Die Trill, M. (2003a). Psicooncología. *Impacto Emocional y Tratamiento Psiconcológico durante la Fase Terminal*. pp. 629-645. Madrid: Ades.
- Die Trill, M. (2003b). Psicooncología. *Las Técnicas Conductuales*. pp. 507-517. Madrid: Ades.
- Doyle, D., Hanks, G., Cherny, N. & Calman, K. (2004). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford University Press, New York, USA. 3th Edition.
- Emory University (2016). *Etapificación del Cáncer*. [online] Cancer Quest. Available at: <https://www.cancerquest.org/es/para-los-pacientes/deteccion-y-diagnos/etapificacion-del-cancer?gclid=Cj0KEQjwxbDIBRCL99Wls-nLicoBEiQAWroh6nphh4D-Vwo8eNSgmZpmmRinHTkmHewwa-F0o-EbZrgaAmSw8P8HAQ> [Accessed 5 May 2017].
- Fertig, D. (1997). Depression in patients with breast cancer: Prevalence, diagnosis, and treatment. *The Breast Journal*, 3, 300.

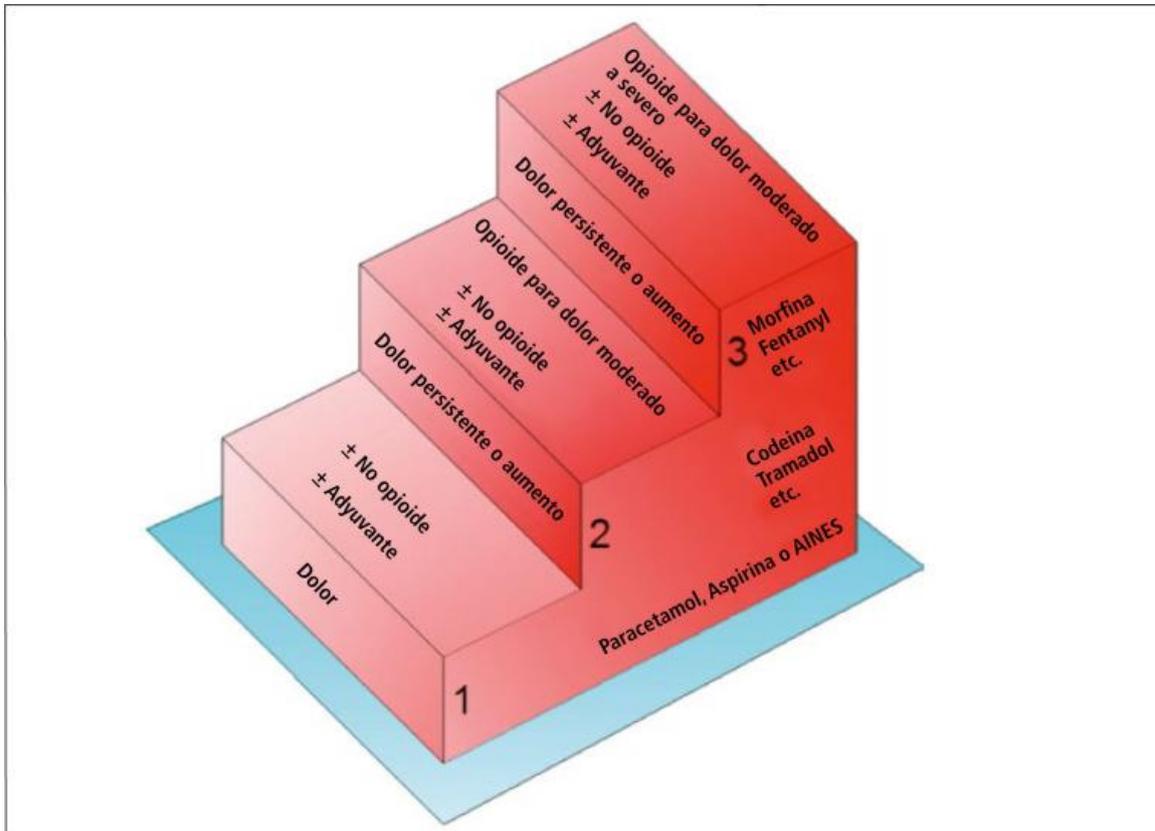
- Gabalda, I. (2009). Ventajas y Desventajas de la Terapia Cognitivo. In: I. Gabalda, ed., *Manual Teórico Práctico de Psicoterapias Cognitivas*, 2nd ed. Sevilla: EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., p.45.
- Golden, W. and Gersh, W. (2010). Cognitive-behavior therapy in the treatment of cancer patients. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 8(1), pp.41-51.
- Gordon, D., Dahl, J., Miaskowski, C., McCarberg, B., Todd, K., Paice, J., Lipman, A., Bookbinder, M., Sanders, S., Turk, D. and Carr, D. (2005). American Pain Society Recommendations for Improving the Quality of Acute and Cancer Pain Management. *Archives of Internal Medicine*, [online] 165(14), p.1574. Available at: <http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/486669> [Accessed 14 Apr. 2017].
- Hearn, J. and Higginson, I. (1998). Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review. *Palliative Medicine*, [online] 12(5), pp.317-332. Available at: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1191/026921698676226729> [Accessed 14 Apr. 2017].
- Huerta, H. (2014). Confrontando el cáncer. *Los tumores y el cáncer*. 1era ed. New York: Editorial Penguin., p. 25.
- INEC. (2017). *Mortalidad Ecuador Índice Actualizado 2016*. [online] Ecuadorencifras.gob.ec. Available at: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/> [Accessed 5 May 2017].
- INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER (2016). Estudio confirma beneficios de los cuidados paliativos desde el principio en el cáncer avanzado. *NIH*, 37(2), pp.1-3.
- Jacox, A., Carr, D. and Payne, R. (1994). *New Clinical-Practice Guidelines for the Management of Pain in Patients with Cancer*. *New England Journal of Medicine*, [online] 330(9), pp.651-655. Available at: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199403033300926> [Accessed 15 Apr. 2017].
- Jaraus, K. and Hardy, K. (2016). *Quantitative Methods for Historians: A Guide to Research, Data, and Statistics*. 2nd ed. United States of America: The University of North Carolina, p.5.
- Keefe, F., Dunsmore, J. and Burnett, R. (1992). Behavioral and cognitive-behavioral approaches to chronic pain: Recent advances and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(4), pp.528-536.
- López, A. (2007). Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. *MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: Madrid*, [online] 6(18), p.16. Available at: <http://www.aepcp.net/arc/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf> [Accessed 29 Apr. 2017].
- Lorenz, K. (2008). *Evidence for Improving Palliative Care at the End of Life: A Systematic Review*. *Annals of Internal Medicine*, [online] 148(2), p.147.

- Available at: <http://annals.org/aim/article/738989/evidence-improving-palliative-care-end-life-systematic-review?year=2008> [Accessed 15 Apr. 2017].
- Lubián, D. and Fernández, J. (2006). Cribado del cáncer de colon. In: M. Checa, ed., *El cribado durante la menopáusia*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, p.55.
- Maguire, P. (2000). Managing psychological morbidity in cancer patients. *European Journal of Cancer*, 36, 556.
- Méndez, J. Maya, A. (2009). Intervención Cognitivo-Conductual en cuidados paliativos pediátricos. *Revista Dolor, Clínica y Terapia* 01 6/2009. INTRAMED: Argentina.
- Ministerio de Salud Gobierno de Chile (2011). *Alivio del Dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos*. Santiago de Chile: MINSAL, pp.9-11.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). *Cuidados Paliativos: Guía de Práctica Clínica*. [online] Available at: <http://instituciones.msp.gov.ec/documentos/Guias/guias%202014/GPC%20Cuidados%20paliativos%20completa.pdf> [Accessed 28 Apr. 2017].
- Naghi Namakforoosh, M. (1988). *Metodología de la investigación*. 2da ed. Mexico: Limusa, p.67.
- Organización Mundial de la Salud (2015). Informe sobre la salud en el mundo 2015. *Cuidado Paliativo* Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2017) Cáncer. *Datos y cifras sobre el cáncer*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Extraído el 07 de Octubre del 2017 desde: <http://www.who.int/cancer/about/facts/es/>
- Ornelas, P. (2015). Manejo Psicológico del Dolor. En: E. Camacho y S. Galán, ed., *Alternativas psicológicas de intervención en problemas de salud*, 1ra ed. Guadalajara: El Manual Moderno, pp.9-24.
- Ortega, C. and López, F. (2005). Intervención psicológica en cuidados paliativos: revisión y perspectivas. *Clinical and Health*, 16(2), p.144.
- Oruézabal, M. (2009). *Cuidados Paliativos del Paciente Oncológico*. 2nd ed. Madrid: Editorial Visión Libro, p.67.
- Oxenham D. (2014). Palliative care and pain. In: Walker BR, Colledge NR, Ralston SH, Penman ID, eds. *Davidson's Principles and Practice of Medicine*. 22nd ed. Philadelphia, PA: Elsevier; chap 12.
- Pan, C., Morrison, R., Ness, J., Fugh-Berman, A. and Leipzig, R. (2017). *Complementary and Alternative Medicine in the Management of Pain, Dyspnea, and Nausea and Vomiting Near the End of Life*. [online] Journal of Pain and Symptom Management. Available at: [http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(00\)00190-1/abstract](http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(00)00190-1/abstract) [Accessed 14 Apr. 2017].

- Pastrana, T. De Lima, L. Wenk, R. et al. (2012). Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica ALCP. 1ª edición. Houston: IAHP Press, p.5-6.
- Puiggròs, C., Lecha, M., Rodríguez, T., Pérez-Portabella, C. and Planas, M. (2009). El índice de Karnofsky como predictor de mortalidad en pacientes con nutrición enteral domiciliaria. *Nutrición Hospitalaria*, 24(2), pp.156-157.
- Quiles, M., Van-Der Hofstadt, C. and Quiles, Y. (2004). *Instrumentos de evaluación del dolor en pacientes pediátricos: una revisión (2ª parte)*. [online] Scielo.isciii.es. Available at: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000600005 [Accessed 20 Oct. 2017].
- Quiroz, G. (2016). *Los tipos de cáncer que más crecen en Quito en 25 años*. Diario EL COMERCIO Available at: <http://www.elcomercio.com/datos/crecimiento-tipos-cancer-quito-solca.html>. [Accessed 29 Apr. 2017].
- Rodríguez Biglieri, R. & Vetere, G. (2011). *Manual de terapia cognitiva conductual de los trastornos de ansiedad*. 1st ed. Buenos Aires: Polemos, p.30.
- Romero, D. (2007). "Actividades de la Vida Diaria". *Anales de Psicología*, 2da Edición. Diciembre, p. 267.
- Silva, J. (2006). Cuidados paliativos en oncología. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 29(4), pp.1-3.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos (2017). *SECPAL*. [online] Available at: http://www.secpal.com/secpal_historia-de-los-cuidados-paliativos-1 [Accessed 10 Oct. 2017].
- Solca.med.ec. (2017). *SOLCA Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador, Matriz Guayaquil*. [online] Available at: <http://www.solca.med.ec/> [Accessed 28 Apr. 2017].
- Stratton, C. (2000). Tratamiento Eficaz del Dolor en el Paciente con Cáncer. En: G. Murphy, W. Lawrence and R. Lenhard, ed., *ONCOLOGÍA CLÍNICA*, 2da ed. Washington, D.C.: American Cancer Society, p.763.
- Sudhakar, A. (2008). Inhibition of tumor angiogenesis by tumstatin: insights into signaling mechanisms and implications in cancer regression. *Pharm Res*, 25, 2731- 2739.
- Syrjala, K., Donaldson, G., Davis, M., Kippes, M. and Carr, J. (1995). Relaxation and imagery and cognitive-behavioral training reduce pain during cancer treatment: a controlled clinical trial. *Pain*, 63(2), pp.189-198.
- Tanca, J. and Arreaga, C. (2010). Incidencia del cáncer en Guayaquil 2003 – 2006. *Revista SOLCA*, 20(1-2), p.16.
- Tejerina, F. (1992). Cirugía del cáncer de mama. *Estadísticas de mortalidad*. Madrid: Edición Díaz de Santos., p. 122.

- Temel, J., Greer, J., Muzikansky, A., Gallagher, E., Admane, S., Jackson, V., Dahlin, C., Blinderman, C., Jacobsen, J., Pirl, W., Billings, J. and Lynch, T. (2010). Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer. *New England Journal of Medicine*, [online] 363(8), pp.733-742. Available at: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMOa1000678#t=article> [Accessed 15 Apr. 2017].
- Torres, L. (2001). *Tratado de anestesia y reanimación*. 2da ed. Madrid: Arán, p.726.
- Trask, P., Paterson, A., Griffith, K., Riba, M. and Schwartz, J. (2003). Cognitive-behavioral intervention for distress in patients with melanoma. *Cancer*, 98(4), pp.854-864.
- Vachon, M. (1995). Staff stress in hospice/palliative care: a review. *Palliative Med*, 9(2), 91-122
- Wewers, M. E., & Lowe, N. K. (1990). A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. *Research in nursing and health*, 13(4), 227.
- Zech, D., Grond, S., Lynch, J., Hertel, D. and Lehmann, K. (1995). *Validation of World Health Organization Guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study*. *Pain*, [online] 63(1), pp.65-76. Available at: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/030439599500017M> [Accessed 15 Apr. 2017].

ANEXO 1: ESCALA ANALGÉSICA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

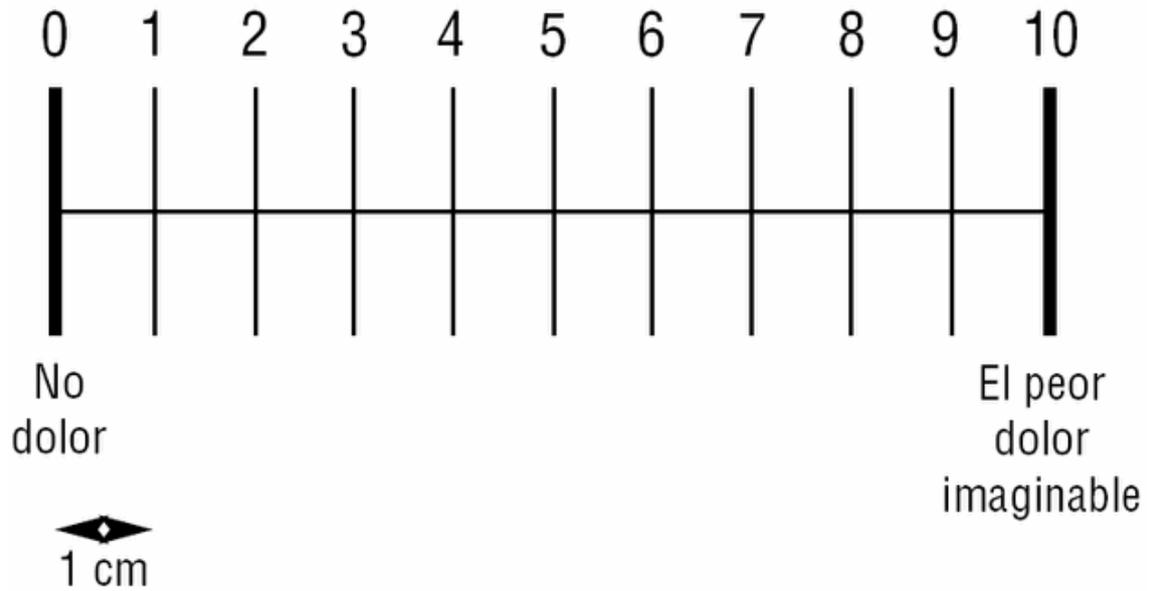


ANEXO 2: DESCRIPCIÓN DE ESTRATEGIAS COGNITIVOS CONDUCTUALES

Relajación	La atención y la imaginación están centradas en la disipación de la tensión de sucesivas partes del cuerpo
Relajación autogénica	Se trabajan sensaciones de calor y de pesadez en todo el cuerpo, de forma progresiva
Imaginación guiada	Se utiliza la imaginación mental para conducir al paciente a una escena particular, trabajando sobre todos los sentidos fisiológicos: la visión, el olfato, el oído, el tacto...
Visualización	A través de la imaginación mental se manipula el síntoma, cambiando alguna de sus características
Hipnosis	Procedimiento por el que se consigue un estado intenso de relajación o trance y se trabaja bajo sugestión
Distracción	Desviación de la atención del síntoma estresante hacia un estímulo neutro o positivo
Reestructuración cognitiva	Evaluación de los pensamientos desadaptativos y creación de cogniciones más realistas y adaptativas
Resolución de problemas	Desarrollo de una secuencia de alternativas dirigidas a un objetivo concreto o solución

ANEXO 3: HERRAMIENTAS PARA CONSTRUCCIÓN DE INFORMACIÓN

ESCALA VISUAL ANÁLOGA (EVA)



ANEXO 4: CARTA DE INVITACIÓN PARA INSTITUCIONES TIPO HOSPICIO

Quito, 14 de diciembre del 2017

Señor/a

Autoridad del hospicio

Presente. –

De mi consideración:

A través de la presente, yo Tamia Judith Tocagón Pijal, alumna del décimo nivel de Psicología Clínica de la Universidad San Francisco De Quito, me dirijo a usted para solicitarle respetuosamente la participación de su institución en un estudio que requiere de la participación de pacientes que se encuentren hospitalizados y padezcan de cáncer de estómago, bronquios-pulmón o próstata en la ciudad de Quito. La misma población seleccionada recibirá terapia cognitivo conductual, el propósito es descubrir si la técnica cambia o no la percepción de dolor en el paciente. La participación de los pacientes es gratuita, completamente voluntaria y los datos alcanzados dentro del estudio serán absolutamente confidenciales y serán destruidos una vez finalizada la investigación. Se espera que los datos obtenidos demuestren un menor dolor promedio, a corto-largo plazo, así como una mejor aceptación del tratamiento adyuvante. A espera de su aceptación y apoyo al presente proyecto, me despido deseándole éxitos en sus funciones diarias.

Atentamente,

Tamia Tocagón

ANEXO 5: CARTA PARA EL RECLUTAMIENTO DE PACIENTES

Quito, 14 de diciembre del 2017

Estimado Señor/a

De mi consideración:

Por medio de la presente, deseo presentarle la oportunidad de formar parte de una investigación de carácter científico. El estudio requiere de la participación voluntaria de pacientes hospitalizados que padecen de cáncer de estómago, bronquios-pulmón o próstata en la ciudad de Quito. Las personas que accedan a participar en el estudio deberán cumplir con ciertos criterios antes de formar parte de la investigación. Quienes sean seleccionados recibirán tratamiento de terapia cognitivo conductual, adicional al que ya reciben, el propósito es descubrir si la terapia cognitivo conductual influye en la percepción del dolor del paciente. El estudio se llevará a cabo bajo la dirección de Tamia Tocagón, estudiante de último semestre de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad San Francisco de Quito.

Se espera que los datos obtenidos demuestren un menor dolor promedio, a corto-largo plazo, así como una mejor aceptación del tratamiento adyuvante.

Si usted está interesado/a en ser parte de la investigación por favor no dude en contactarme:

Tamia Judith Tocagón Pijal

0987063410

tamijudith16@gmail.com

ANEXO 6: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos

Universidad San Francisco de Quito

El Comité de Revisión Institucional de la USFQ

The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: Como la Terapia Cognitivo Conductual influye en la Percepción del dolor de pacientes Oncológicos en Cuidados Paliativos

Organización del investigador Universidad San Francisco de Quito

Nombre del investigador principal Tamia Judith Tocagón Pijal

Datos de localización del investigador principal 0987063410-tamijudith16@gmail.com

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Introducción *(Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación)*

El presente consentimiento tiene como fin informar al participante sobre el propósito y los objetivos del estudio. El examinador está abierto a responder cualquier pregunta o duda que el participante tenga. El participante tiene toda la libertad de elegir si desea participar o no y si es necesario puede consultarlo con quien desee antes de involucrarse en el proceso.

Usted ha sido una de las personas invitadas a participar en el estudio sobre como la terapia cognitivo conductual influye en la percepción de dolor de pacientes oncológicos en cuidados paliativos.

Propósito del estudio *(incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)*

El estudio consta de 372 participantes que se encuentren hospitalizados en algún tipo de hospicio y padezcan de alguno de éstos tipos de cáncer: estómago, bronquios-pulmón, próstata. Los mismos participantes serán quienes reciban terapia cognitivo conductual con el propósito de descubrir si influye o no en la percepción de dolor de cada participante.

Descripción de los procedimientos *(breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)*

Inicialmente los participantes completaran un cuestionario de datos previos a la intervención, en conjunto se aplicará la *Escala Análoga Visual (EVA)*. Se estima que el tiempo de finalización será de aproximadamente 30 minutos. Posteriormente, se aplicará terapia cognitivo conductual a todos aquellos que cumplen con los criterios de inclusión. El tiempo de aplicación estimado es de 3 meses (12 sesiones), con una duración de 50-60 minutos por sesión, la frecuencia es una vez por semana. Cuando se haya cumplido el tiempo, se volverá a aplicar la escala para conocer los resultados.

Riesgos y beneficios *(explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes)*

como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)

Los riesgos dentro de la terapia, se pueden relacionar con la exposición a temas psicológicos o emocionales, difíciles de abordar para la persona. No obstante, el rol del experimentador es intentar reducir al máximo cualquier contratiempo con sabiduría y profesionalismo.

Los beneficios se centran en la mejora de síntomas como el dolor, que pueden generar molestia en la persona. A través de la terapia se espera que los síntomas pueden disminuir y la respuesta a otro tipo de tratamientos para el cáncer pueda mejorar. El cambio se percibirá con el tiempo y con la dedicación que tenga el participante dentro de las sesiones.

Confidencialidad de los datos *(se incluyen algunos ejemplos de texto)*

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador tendrán acceso.

2A) Si se toman muestras de su persona estas muestras serán utilizadas solo para esta investigación y destruidas tan pronto termine el estudio

2B) Si usted está de acuerdo, las muestras que se tomen de su persona serán utilizadas para esta investigación y luego se las guardarán para futuras investigaciones removiendo cualquier información que pueda identificarlo

3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.

4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante *(se incluye un ejemplo de texto)*

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Cualquier duda o pregunta sobre el estudio puede realizarlo directamente al teléfono 0987063410 de Tamia Tocagón o mediante un correo electrónico a tamijudith16@gmail.com

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Consentimiento informado *(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieron el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)*

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha

ANEXO 7: ENTREVISTA CLÍNICA PREVIA AL TRATAMIENTO

ENTREVISTA CLÍNICA PSICOLÓGICA

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN	
Nombres y apellidos (opcional)	
Código de paciente:	
Edad:	
Dirección:	
Teléfono:	
Estado civil:	
Grado de escolaridad:	
Ciudad de origen	
Fecha de ingreso:	
Fecha de elaboración:	

2. FORMULACIÓN PSICOSOCIAL	
Historia de la enfermedad/complicaciones	
Atención psicológica previa	

Elaborado por: