

Activación conductual y *mindfulness* en la experiencia del dolor de mujeres con cáncer de mama

Mayra García-Reyes, Alejandra Cruz-Martínez y Rosa P. Figuerola-Escoto*

Secretaría de Investigación y Posgrado, Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud, Unidad Santo Tomás, Instituto Politécnico Nacional, Ciudad de México, México

Resumen

Antecedentes: El dolor relacionado con cáncer es una experiencia multifactorial que puede afectar en la adherencia al tratamiento y generar malestar psicológico. Los tratamientos psicológicos constantemente usados buscan disminuir tal malestar sin considerar las necesidades adaptativas de las personas con cáncer. Es necesario implementar intervenciones psicológicas efectivas en el proceso de adaptación a esta experiencia. **Objetivo:** Comparar la efectividad de dos intervenciones psicológicas a distancia (activación conductual y *mindfulness*) en la experiencia del dolor de mujeres con cáncer de mama. **Método:** Estudio cuasiexperimental con medidas pretratamiento y postratamiento mediante el Inventario Multidimensional del Dolor. **Resultados:** Con diferencias significativas ($p < 0.05$) y tamaño del efecto grande ($\eta^2 > 0.14$), la activación conductual tuvo efecto en siete factores del Inventario Multidimensional del Dolor, mientras que el *mindfulness* en tres. **Conclusión:** La activación conductual fue superior que el *mindfulness* respecto al efecto que tuvo sobre factores de la experiencia del dolor de mujeres con cáncer de mama.

Palabras clave: Experiencia del dolor por cáncer. Cáncer de mama. Intervención psicológica a distancia. Activación conductual. *Mindfulness*.

Behavioral activation and *mindfulness* in the pain experience of women with breast cancer

Abstract

Background: Cancer-related pain is a multifactorial experience than can affect adherence to treatment and generate psychological discomfort. Psychological treatments constantly applied seek to reduce such discomfort without considering the adaptive needs of people with cancer. It is necessary to implement effective psychological interventions in the process of adaptation to this experience. **Objective:** To compare the effectiveness of two remote psychological interventions (behavioral activation and *mindfulness*) in the experience of pain in women with breast cancer. **Method:** Quasi-experimental study with pre- and post-treatment measures through of the Multidimensional Pain Inventory. **Results:** With significant differences ($p < 0.05$) and large effect size ($\eta^2 > 0.14$), behavioral activation had an effect on 7 factors of the Multidimensional Pain Inventory, while *mindfulness* had an effect on three factors. **Conclusion:** Behavioral activation was superior to *mindfulness* regarding the effect it had on factors of the pain experience of women with breast cancer.

Keywords: Cancer pain experience. Breast cancer. Remote psychological intervention. Behavioral activation. *Mindfulness*.

*Correspondencia:

Rosa P. Figuerola-Escoto
E-mail: rfiguerolae@ipn.mx

Fecha de recepción: 24-08-2022

Fecha de aceptación: 15-09-2023

DOI: 10.24875/j.gamo.23000112

Disponible en internet: 30-10-2023

Gac Mex Oncol 2024;23(1):3-12

www.gamo-smeo.com

2565-005X/© 2023 Sociedad Mexicana de Oncología. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El dolor relacionado con cáncer es uno de los síntomas más comunes que afectan negativamente en la vida de las personas diagnosticadas con esta patología^{1,2}, su manejo es interdisciplinario, ya que afecta a diversas áreas de la vida del paciente: regularmente genera deterioro en la calidad de vida, disminución en la ejecución de actividades ejecutoras y sociales, problemas familiares, angustia psicológica, ansiedad, y reducción en la satisfacción y esperanza de vida³. Como parte de este abordaje interdisciplinario, la intervención psicológica tiene como objetivo lograr la disminución de comorbilidades como depresión y ansiedad, así como ayudar a la adquisición de estrategias cognitivas y conductuales para el manejo del dolor, mejorar la calidad de relaciones interpersonales y favorecer la adherencia al tratamiento^{4,5}. Dentro del enfoque de la terapia cognitivo-conductual han emergido una generación de intervenciones psicológicas llamadas «terapias de tercera generación o contextuales» en las cuales se destaca la influencia del contexto como predisponente en la aparición de variables psicológicas que influyen en las experiencias del individuo. Establecen que es posible lograr la aceptación de situaciones conflictivas por medio de la práctica de comportamientos y hábitos que fomenten una adaptación y genere un impacto positivo en el bienestar⁶. En el entorno clínico ha proliferado el interés por la eficacia de estas intervenciones, y su aplicación en población oncológica ha tenido resultados clínicamente significativos en cuanto a mejorías físicas, conductuales y psicosociales en el proceso de adaptación de la experiencia del dolor⁷. Entre estas intervenciones contextuales sobresale la aplicación de la activación conductual (AC) y la reducción del estrés basada en *mindfulness* (MBSR) para el manejo de depresión, estrés y ansiedad, que son factores de la experiencia del dolor, pues de acuerdo con el *National Cancer Institute*⁸ entre el 20 y 25% de pacientes con cáncer presentan estas comorbilidades en alguna etapa de la enfermedad. La intervención psicológica de MBSR establece que por medio de la atención intencional a la experiencia presente es posible generar una adaptación y mejora personal: tal intervención está conformada por la práctica de técnicas de concentración y relajación cuya finalidad es favorecer en las respuestas adaptativas ante la experiencia del dolor. Se han reportado resultados efectivos respecto a la disminución de depresión, ansiedad, estrés, severidad del dolor y mejora en la calidad de vida, por lo que se

considera la intervención contextual de predominancia efectiva en la experiencia del dolor por cáncer⁹⁻¹². Sin embargo, la AC aplicada en personas con diagnóstico oncológico ha generado mejorías en factores de la experiencia del dolor oncológico como depresión, ansiedad, refuerzo ambiental, calidad de vida y funcionamiento social. Esta intervención se basa en el aumento de conductas que fomenten mejoras en las emociones, pensamientos, estado de ánimo y bienestar: mediante la realización de técnicas que incrementen comportamientos de bienestar y favorezcan las respuestas adaptativas y la práctica de actividades cotidianas ante la experiencia del dolor¹³⁻¹⁸. Ambas intervenciones cuentan con un programa elaborado que puede ser aplicado en modalidad presencial y a distancia¹⁹⁻²¹, por lo que resultan ser intervenciones pertinentes que se adecúan a las necesidades de innovación actuales en la práctica de la psicología clínica, pues en la última década la telemedicina ha sido una respuesta oportuna para la aplicación de tratamientos interdisciplinarios fundamentales en la atención de pacientes oncológicos²²⁻²³ las intervenciones psicológicas a distancia en esta población han reportado efectos positivos en factores de la experiencia del dolor oncológico como son la mejora del entorno y relaciones personales, aceptación, adaptación, aumento de autonomía, toma de decisiones, disminución de comorbilidades como ansiedad, depresión, angustia, fatiga, aumento en actividades que requieran movimiento y mejora del sueño²⁴⁻²⁷. Considerando la relevancia del abordaje interdisciplinario en la experiencia del dolor oncológico resulta necesario llevar a cabo intervenciones psicológicas que incorporen los factores que lo conforman, consideren el contexto en el que se encuentran las personas y las oportunidades que ofrecen los cambios que ha traído consigo la práctica de la telemedicina, por lo que el objetivo de esta investigación fue comparar la efectividad de dos intervenciones psicológicas a distancia (AC y MBSR) en la experiencia del dolor de mujeres con cáncer de mama.

Método

Diseño

Estudio cuasiexperimental con medida pretratamiento y postratamiento²⁸. En cada intervención se asignaron diferentes participantes, cuyos criterios de inclusión y exclusión fueron los mismos.

Participantes

Se incluyeron mujeres mayores de 18 años diagnosticadas con cáncer de mama, que se encontraran en el estadio I, II o III de la enfermedad, así como en tratamiento oncológico, sin graves problemas de audición y comprensión, que tuvieran acceso a Internet y conocimientos básicos del uso de dispositivos que permitieran su participación en las intervenciones en línea, y que firmasen el consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron estar tomando tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, estado físico y/o cognitivo incapacitante para continuar en las intervenciones (la información se obtuvo mediante auto-reporte verbal). Si alguna participante no asistía a todas las sesiones establecidas en el programa de intervención, no se incluirían sus resultados en el estudio. Mediante un muestreo no probabilístico intencional se concluyó el estudio con una N = 15 (AC n = 8, MBSR: n = 7).

Instrumentos

Inventario Multidimensional del Dolor de West Haven Yale (WHYMPI), en su validación al español conformado por 52 ítems distribuidos en tres secciones y 13 factores de la experiencia del dolor (coeficiente de Cronbach que fluctúa entre 0.59 y 0.89 para tales factores): (apoyo social percibido, malestar general durante la semana anterior, cambios en relaciones personales, interferencia del dolor sobre actividad del paciente, cambios en actividades sociales, autocontrol percibido, respuestas distractoras o de atención emitidas por los otros significativos frente a las conductas del dolor del paciente, respuestas de ayuda, respuestas de expresión de sentimientos negativos de los otros frente a la emisión de conductas de dolor del paciente, práctica de tareas domésticas, actividades sociales, actividades fuera del hogar, tareas de bricolaje). Cada ítem se responde en una escala Likert de 7 puntos (de 0 a 6)²⁹.

Cuestionario breve del dolor (BPI), en su versión al español validada para población oncológica y retomando la dimensión interferencia del dolor en las actividades diarias de los pacientes (coeficiente α de Cronbach de 0.87); conformado por siete ítems (interferencia del dolor en las actividades en general, estado de ánimo, capacidad para caminar, en el trabajo habitual, relaciones con otras personas, en el sueño, para divertirse), cada ítem se puntúa mediante una escala numérica

que va de 0 (sin interferencia en la vida diaria) a 10 (afectación máxima en la vida diaria)³⁰.

Procedimiento

Con base en las medidas de prevención indicadas por las autoridades nacionales respecto al nivel del riesgo por la pandemia de COVID-19, el estudio se realizó a distancia mediante la plataforma proporcionada por el Instituto Politécnico Nacional, Microsoft Teams, en modalidad síncrona y asíncrona. Se capacitó a las participantes para el uso de esta plataforma (recibir videollamada). Las intervenciones estuvieron a cargo de una psicoterapeuta capacitada en ambas intervenciones (autora del estudio).

Fases

Fase 1

Se llevó a cabo una invitación a mujeres con diagnóstico de cáncer de mama para participar en las intervenciones, mediante la publicación de carteles dirigidos a la población en las redes sociales (Facebook e Instagram) del Instituto Politécnico Nacional, Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud Santo Tomás. Una vez que se comunicaron mujeres interesadas en participar, se seleccionaron las participantes que cumplían con los criterios de inclusión (la información se obtuvo mediante autorreporte verbal) y se les explicaba el objetivo de la investigación. Si la persona decidía participar se le asignaba a una de las intervenciones y se agendaba cita para el inicio del programa de intervención al cual fuera asignada.

Fase 2

Aplicación individual del programa de intervención psicológica. Para el desarrollo de este estudio se realizaron seis sesiones individuales (por cada tipo de intervención) a distancia en modalidad síncrona con duración de 60 minutos, mediante la plataforma Microsoft Teams (Tabla 1). Como complemento se utilizó la modalidad asíncrona; proporcionando a cada una de las participantes un manual digital de uso individual que fuese una guía de consulta para la intervención psicológica en la que estuviesen participando (elaboración de las autoras basada en programa de aplicación establecido por Kabat-Zinn para MBSR y en el programa de Lejuez et al. para AC)¹⁹⁻²¹.

Fase 3

Análisis en interpretación de resultados. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS versión 20.0 para Windows. Una vez verificada la normalidad de los datos obtenidos a partir de la prueba de Shapiro-Wilk en el pretest y postest de los dos grupos de intervención, se llevó a cabo un análisis de tipo paramétrico: ANOVA bifactorial para identificar el efecto de la interacción de la variable «tipo de intervención» (en factor de dos niveles MBSR y AC) y la variable «momento de observación» (en factor de dos niveles pretest y postest) sobre cada uno de los factores de la experiencia del dolor (variable dependiente medida por medio del WHYMPI). Al detectar un efecto significativo en algún factor de la experiencia del dolor ($p < 0.05$) se aplicó ANOVA unifactorial para identificar efectos simples: una para conocer por separado el efecto del momento de observación (pretest-postest) sobre la experiencia del dolor y otra para determinar el efecto del tipo de intervención (MBSR y AC) sobre cada uno de los factores de la experiencia del dolor. Al identificarse efectos significativos tanto en ANOVA bifactorial como en ANOVA unifactorial se obtuvo el tamaño del efecto (TE) mediante la eta parcial al cuadrado (η^2 , considerando 0.01, 0.06 y 0.14 como TE chico, mediano y grande respectivamente). Como medida complementaria, por medio de la aplicación del BPI se realizaron estadísticos descriptivos que permitieron identificar los cambios entre sesiones.

Resultados

Se presentan los resultados de 15 participantes asignadas a sus respectivos programas de intervención: AC ($n = 8$, 53%) y MBSR ($n = 7$, 47%); las intervenciones iniciaron el 19 de septiembre de 2021 y finalizaron el 22 de diciembre de 2021. La N se conformó por 15 participantes con diagnóstico de cáncer de mama en tratamiento oncológico activo, rango de edad de 40 a 64 años (51.4 ± 7.9). Respecto al lugar de residencia de las participantes, fue nacional e internacional. El nivel académico reportado por la muestra fue formación básica, media y superior (Tabla 2).

Respecto al análisis de ANOVA bifactorial para conocer el efecto de la interacción tipo de intervención (AC y MBSR) por momento de observación (pretest-postest) sobre factores de la experiencia del dolor oncológico (WHYMPI), con diferencia significativa ($p < 0.05$) los factores donde se encontraron TE grandes ($\eta^2 > 0.14$) fueron cinco: malestar general durante la semana

anterior ($F: 6.109$, $p = 0.020$, $\eta^2: 0.190$), interferencia del dolor en actividad del paciente ($F: 6.543$, $p = 0.017$, $\eta^2: 0.201$), cambios en actividades sociales ($F: 4.181$, $p = 0.051$, $\eta^2: 0.139$), autocontrol percibido ($F: 13.747$, $p = 0.001$, $\eta^2: 0.346$) y práctica de actividades sociales ($F: 6.680$, $p = 0.016$, $\eta^2: 0.204$) (Tabla 3). En aquellos factores donde se encontraron efectos de la interacción tipo de intervención * momento de observación se realizaron análisis de varianza unifactoriales para verificar efectos simples (intrasujetos e intersujetos); al comparar los resultados en el pretest de los factores de la experiencia del dolor (WHYMPI) no se encontraron diferencias significativas ($p < 0.05$), lo cual indica igualdad de condiciones antes de las intervenciones en la experiencia del dolor de las participantes de ambos grupos. Al comparar los postest de ambas intervenciones, se obtuvieron diferencias significativas ($p < 0.05$) y TE grandes ($\eta^2 > 0.14$) en los cinco factores de la experiencia del dolor previamente identificados en la interacción efecto del tipo de intervención por momento de observación (pretest-postest). Esto significa que el efecto del tipo de intervención (AC y MBSR) se presentó en la muestra después de haber participado en sus respectivos programas, identificándose una predominancia de los puntajes promedio de AC sobre los puntajes promedio de MBSR en los siguientes tres factores: malestar general durante la semana pasada (AC [$M = 1.12$], MBSR [$M = 2.71$]), interferencia del dolor sobre actividad de la participante (AC [$M = 1.43$], MBSR [$M = 2.76$]), autocontrol percibido (AC [$M = 5.08$], MBSR [$M = 4.71$]), y práctica de actividades sociales (AC [$M = 4.62$], MBSR [2.23]). Adicionalmente se identificó una predominancia de los puntajes promedio de MBSR sobre los puntajes promedio de AC en los siguientes dos factores: cambios en relaciones personales (MBSR [2.75], AC [$M = 0.99$]), y cambios en actividades sociales (MBSR [$M = 2.82$], AC [$M = 0.87$]).

Al comparar pretest con postest de cada intervención se encontró lo siguiente: respecto al efecto de AC, se identificó una diferencia significativa ($p < 0.05$) con TE grande ($\eta^2 > 0.14$) en los siguientes siete factores de la experiencia del dolor por cáncer: malestar general durante la semana pasada ($F: 77.190$, $p = 0.000$, $\eta^2: 0.846$), cambios en relaciones personales ($F: 28.773$, $p = 0.000$, $\eta^2: 0.673$), interferencia del dolor sobre la actividad de la participante ($F: 6.372$, $p = 0.024$, $\eta^2: 0.313$), cambios en actividades sociales ($F: 44.056$, $p = 0.000$, $\eta^2: 0.760$), autocontrol percibido ($F: 22.407$, $p = 0.000$, $\eta^2: 0.615$), práctica de tareas domésticas ($F: 7.009$, $p = 0.019$, $\eta^2: 0.334$) y participación en actividades sociales ($F: 31.185$, $p = 0.000$, $\eta^2: 0.690$) (Tabla 4).

Tabla 1. Programa de intervención activación conductual (AC)* y reducción del estrés basada en *mindfulness* (MBSR)[†]

Sesión	Contenido	Técnica	Descripción
Programa de intervención AC			
1	Firma de consentimiento informado. Aplicación de instrumentos (WHYMPI y BPI). Introducción a la AC	Psicoeducación	Efecto de la AC en la experiencia del dolor. Relación entre emociones y comportamientos
2	Identificación de áreas de vida, valores y actividades	Psicoeducación. Evaluación y control de comportamientos y sus reforzadores	Identificar actividades que incrementen comportamientos de bienestar que favorecen en las respuestas adaptativas a la experiencia del dolor asociado al cáncer
3	Selección y clasificación de actividades	Psicoeducación. Control de estímulos	Identificar comportamientos de bienestar que favorezcan en las respuestas adaptativas ante la experiencia del dolor asociado al cáncer. Incrementar refuerzo ambiental
4	Identificación de límites	Psicoeducación. Manejo de contingencias, solución de problemas	Mantenimiento e incremento de comportamientos de bienestar y respuestas adaptativas a la experiencia del dolor asociado al cáncer
5	Implicación con los demás	Psicoeducación. Habilidades sociales	Identificar comportamientos de bienestar que favorezcan en las respuestas adaptativas ante la experiencia del dolor asociado al cáncer. Incrementar refuerzo ambiental
6	Aplicación de Instrumentos (WHYMPI y BPI). Aceptación	Psicoeducación. Manejo de contingencias	Identificación, mantenimiento e incremento comportamientos de bienestar y respuestas adaptativas a la experiencia del dolor asociado al cáncer
Programa de intervención MBSR			
1	Firma de consentimiento informado. Aplicación de instrumentos (WHYMPI y BPI). Introducción a la atención plena	Psicoeducación. Escaneo corporal	Efecto de MBSR en la experiencia del dolor. Desarrollar la concentración, calma y atención plena
2	Conciencia corporal	Psicoeducación. Escaneo corporal. Comer con atención plena	Desarrollar concentración, calma y atención plena en las diferentes áreas corporales para aceptar las capacidades/limitaciones físicas en la experiencia del dolor
3	Estar presente	Psicoeducación Meditación en posición sentada. Caminar con atención plena	Fortalecer la concentración y desarrollar la flexibilidad en la atención que permitan reinterpretar la experiencia del dolor por cáncer
4	Tratar con emociones y dolor	Psicoeducación. Meditación para el dolor físico, meditación en posición sentada. Caminar con atención plena	Desarrollar una actitud abierta y receptiva que permita el conocimiento de la experiencia del dolor
5	Compasión	Psicoeducación Práctica de la bondad amorosa, Hatha Yoga suave. Convivir con atención plena	Mantener y desarrollar la habilidad de estar en el momento presente de la propia experiencia del dolor
6	Aplicación de instrumentos (WHYMPI y BPI). <i>Mindfulness</i> como una forma de vida	Psicoeducación	Reinterpretar la experiencia del dolor por cáncer con atención plena

*De acuerdo con el programa de AC aplicado, en cada sesión se realizaba el llenado y seguimiento de formatos que permitían la monitorización de actividades de las participantes.

[†]De acuerdo con el programa de MBSR aplicado, las técnicas que realizar fueron compartidas en audios y vídeo.

BPI: Cuestionario breve del dolor; WHYMPI: Inventario multidimensional del dolor de West Haven Yale.

Respecto al efecto de MBSR se identificó una diferencia significativa ($p < 0.05$) con TE grande ($\eta^2 > 0.14$) en los siguientes tres factores de la experiencia del dolor: interferencia del dolor sobre actividad de la participante (F: 9.850, $p = 0.019$, $\eta^2 = 0.451$), cambios en actividades sociales (F: 9.072, $p = 0.011$, $\eta^2 = 0.431$) y respuestas

Tabla 2. Variables sociodemográficas y clínicas de las participantes (muestra inicial n = 15, muestra final n = 15)

Lugar de residencia			Nivel académico			Estadio clínico			Tratamiento oncológico			Intervención psicológica		
	n	%		n	%		n	%		n	%		n	%
CDMX	6	40	Licenciatura	6	40	I	4	27	Quimioterapia	8	53	AC	8	53
Edomex	5	33	Maestría	4	27	II	8	53	Radioterapia	3	20	MBSR	7	47
Veracruz	2	13	Primaria	4	27	III	3	20	Hormonoterapia	4	27			
Tlaxcala	1	7	Carrera técnica	1	6									
EE.UU.	1	7												

AC: activación conductual; MBSR: reducción del estrés basada en *mindfulness*.

Tabla 3. ANOVA bifactorial efecto de interacción tipo de intervención (AC y MBSR) * momento de observación (pretest y posttest) sobre factores de la experiencia del dolor oncológico (n = 15)

Parte	Factor	F	p	η^2
Parte 1: intensidad del dolor y su impacto sobre diversas áreas de la vida de la participante	Factor 1: apoyo social percibido	0.206	0.654	-
	Factor 2: malestar general durante la semana anterior	6.109	0.020	0.190
	Factor 3: cambios en relaciones personales	0.831	0.370	-
	Factor 4: interferencia del dolor en actividad del paciente	6.543	0.017	0.201
	Factor 5: cambios en actividades sociales	4.181	0.051	0.139
	Factor 6: autocontrol percibido	13.747	0.001	0.346
Parte 2: percepción sobre respuestas de los otros a comportamientos del dolor de la participante	Factor 1: respuestas distractoras o de atención de los otros ante comportamientos del dolor de la paciente	0.022	0.884	-
	Factor 2: respuestas de ayuda	0.013	0.911	-
	Factor 3: respuestas negativas de los otros ante los comportamientos de dolor de la paciente	0.269	0.609	-
Parte 3: práctica de actividades cotidianas	Factor 1: tareas domésticas	1.251	0.274	-
	Factor 2: actividades sociales	6.680	0.016	0.204
	Factor 3: actividades fuera del hogar	0.092	0.765	-
	Factor 4: tareas de mantenimiento y cuidado del hogar	0.053	0.820	-

AC: activación conductual; MBSR: reducción del estrés basada en *mindfulness*.

negativas de los otros frente a los comportamientos de dolor de la participante (F: 9.62, $p = 0.015$, $\eta^2: 0.546$) (Tabla 5).

Como medida complementaria se llevaron a cabo evaluaciones intertratamiento, mediante el BPI, realizando estadísticos descriptivos con que se registraron los cambios entre sesiones de la interferencia del dolor sobre las actividades de las participantes (Tabla 6). De acuerdo con las medias registradas ambas intervenciones tuvieron disminución en la interferencia del dolor en actividades de la participante. A partir de la

sesión 3 en AC se registró una mayor disminución de los factores pertenecientes a la interferencia del dolor en actividades de las participantes.

Discusión

Los resultados de este estudio indican la efectividad de dos intervenciones psicológicas (AC y MBSR) a distancia en la experiencia del dolor de mujeres con cáncer de mama. Es pertinente destacar que la MBSR ha sido considerada como la intervención contextual

Tabla 4. ANOVA unifactorial efecto de la intervención activación conductual sobre factores de la experiencia del dolor oncológico (comparación pretest-postest) (n = 8)

Parte	Factor	M pre	M post	F	p	η^2
Parte 1: intensidad del dolor y su impacto sobre diversas áreas de la vida de la participante	Factor 2: malestar general durante la semana pasada	4.62	1.12	77.190	0.000	0.846
	Factor 3: cambios en relaciones personales	3.33	0.99	28.773	0.000	0.673
	Factor 4: interferencia del dolor sobre actividad de la participante	3.15	1.43	6.372	0.024	0.313
	Factor 5: cambios en actividades sociales	4.19	0.87	44.056	0.000	0.760
	Factor 6: autocontrol percibido	2.80	5.08	22.407	0.000	0.615
Parte 3: práctica de actividades cotidianas	Factor 1: tareas domésticas	3.56	5.33	7.009	0.019	0.334
	Factor 2: actividades sociales	2.04	4.62	31.185	0.000	0.690

M: media.

Tabla 5. ANOVA unifactorial efecto de la interacción intervención reducción del estrés basada en *mindfulness* sobre factores de la experiencia del dolor oncológico (comparación pretest-postest) (n = 7)

Parte	Factor	M pre	M post	F	p	η^2
Parte 1: intensidad del dolor y su impacto sobre diversas áreas de la vida de la participante	Factor 4: interferencia del dolor sobre actividad de la participante	4.23	2.76	9.850	0.019	0.451
	Factor 5: cambios en actividades sociales	4.57	2.82	9.072	0.011	0.431
Parte 2: percepción sobre respuestas de los otros a comportamientos del dolor de la participante	Factor 3: respuestas negativas de los otros frente a los comportamientos de dolor de la participante	3.84	0.66	9.621	0.015	0.546

M: media.

que puede abordar exitosamente la experiencia del dolor por cáncer^{10,11}, no obstante en este estudio la intervención contextual AC fue predominante respecto a su efectividad en la experiencia del dolor por cáncer, con tamaños del efecto grande en factores que coinciden con los reportados por Villoria et al.³¹, en el que se aplicó el mismo programa de intervención que este estudio, con una muestra de 18 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, en estadio I, II, III y IV de la enfermedad, con un rango de edad de 49 a 52 años, y que se encontraban recibiendo quimioterapia. Se llevaron a cabo seis sesiones individuales, con duración de 45 minutos. Se obtuvo aumento de práctica de actividades domésticas, de ocio, sexuales y de actividades gratificantes, destacando el mayor incremento en actividades domésticas con un 55.6%, seguido de actividades de ocio con un incremento del 38.9%, práctica de actividades gratificantes con un 15.7% y un 11.1% en incremento de actividad sexual. Como se mencionó, el incremento de estas actividades durante

el programa de AC coinciden con los efectos encontrados en este estudio. Adicionalmente se identificó un aumento en la práctica de actividades como ayudar en la limpieza del hogar, cocinar, arreglo personal, realizar alguna actividad física (actividades cardiovasculares en las que las participantes preguntaron al personal sanitario la pertinencia de realizarlas), ver películas y/o series, videollamadas con amigos y familiares, prácticas sexuales que generaran satisfacción, aceptar visitas, asistir virtual y presencialmente a misa y participar en la decoración navideña del hogar.

Respecto a la intervención MBSR, se identificaron efectos grandes en factores que coinciden con lo que reportan Escudero et al.³² en su revisión sistémica de la efectividad del programa MBSR en mujeres con cáncer de mama, identificando que la mayoría de los estudios analizados fueron estudios cuasiexperimentales con momento de observación pre/post, que en su mayoría coincidían en tener como objetivo evaluar el tamaño del efecto de la intervención en variables

Tabla 6. BPI. Medias de intervención activación conductual (AC, n = 8) y reducción del estrés basada en *mindfulness* (MBSR, n = 7) en la interferencia del dolor en actividades de la participante

Sesión	Actividades en general		Estado de ánimo		Para caminar		Para trabajar		Para relacionarse con otras personas		Para dormir		Para divertirse	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
AC														
1	5.75	2.05	6.50	1.77	4.38	3.54	4.25	2.43	1.75	2.18	4.88	2.58	5.50	2.33
2	3.63	2.56	5.00	2.39	4.50	4.00	4.00	2.92	3.00	2.61	4.25	2.25	4.63	1.40
3	4.38	2.97	3.38	2.26	3.88	3.31	3.25	3.32	2.50	3.07	3.63	2.38	3.25	2.49
4	3.38	2.38	3.38	2.87	3.25	2.60	3.38	2.66	2.50	2.56	4.00	2.56	2.88	2.41
5	3.00	2.82	2.00	2.20	2.38	2.38	3.13	2.69	0.75	1.16	1.63	1.50	1.00	1.19
6	1.38	1.30	0.63	0.74	1.13	0.83	1.63	1.40	0.25	0.46	0.75	1.03	0.38	0.74
MBSR														
1	6.71	1.60	7.14	1.86	4.43	3.73	6.71	2.62	5.14	3.28	5.14	2.85	5.14	2.96
2	5.71	3.45	4.86	3.18	4.14	3.18	5.86	3.53	4.00	3.16	5.29	3.72	4.29	3.30
3	5.57	1.98	3.86	1.57	4.43	2.69	4.71	3.30	3.86	1.77	4.29	3.49	3.43	0.53
4	4.57	2.69	4.57	3.55	4.29	2.43	5.14	3.07	4.57	2.37	4.00	3.36	3.86	2.54
5	4.57	2.57	4.57	3.59	4.14	3.33	5.00	2.44	3.86	2.34	2.57	3.15	4.14	3.48
6	4.71	2.81	3.14	2.41	3.43	2.63	5.43	3.25	4.29	3.03	2.43	3.73	3.43	3.73

AC: activación conductual; BPI: Cuestionario breve del dolor; DE: desviación estándar; M: media; MBSR: reducción del estrés basada en *mindfulness*.

psicológicas y fisiológicas en mujeres con cáncer de mama en tratamiento oncológico activo. Estos estudios obtuvieron resultados clínicos, encontrando efectos medianos y diferencias significativas de la efectividad de la intervención respecto a variables como bienestar, calidad de vida, estrés, ansiedad, miedo, dolor asociado a la enfermedad y funcionamiento social, describiendo que la intervención presenta beneficios que son relevantes como adhesión al tratamiento, recuperación emocional, mejora de la comunicación con quienes las rodean, así como mantenimiento y mejora del bienestar en mujeres con cáncer de mama.

Los resultados de este estudio evidencian los beneficios de la intervención contextual AC sobre MBSR en la experiencia del dolor por cáncer, lo que coincide con lo mencionado en otros estudios de AC^{15,17,21,30}, en los que se especifica que las pacientes oncológicas que se encuentran en quimioterapia y continúan realizando actividades cotidianas generan una mejor adaptación a la enfermedad y presentan bajo malestar psicológico, agregando que el incremento de refuerzo ambiental es una parte sobresaliente de esta intervención.

Las intervenciones psicológicas de este estudio se aplicaron a distancia y no hubo abandono de tratamiento, esto coincide con lo reportado por Mendes et al.³³ en su estudio mixto, en el que por medio de intervención psicológica a distancia se buscaba la mejora de la ansiedad y depresión en mujeres con cáncer, reportando una aceptación favorable y actitud positiva de esta modalidad de intervención por parte de sus participantes; se obtuvo disminución de la ansiedad, depresión, fatiga e insomnio, así como mejoras en la flexibilidad psicológica. Este estudio contribuye a la psicología basada en evidencia en el campo de la psicooncología en línea, puntualizando los beneficios que las intervenciones psicológicas a distancia pueden generar en la actualidad. Es importante considerar esta modalidad con las características de las participantes de este estudio y así poder proporcionar intervenciones innovadoras que se adecúen a las necesidades de la población oncológica²⁴⁻²⁷.

Limitaciones y sugerencias: al haber sido un muestreo intencional, las diferencias en las condiciones clínicas de las participantes derivadas del tratamiento farmacológico en el que se encontraran no fueron consideradas como criterios de inclusión; para futuros

estudios se sugiere una asignación considerando el tipo de tratamiento oncológico en el que se encuentren las participantes, pues existen características y condiciones médicas que pueden afectar en la experiencia del dolor por cáncer. También se sugiere previo a la intervención tomar medidas repetidas que establezcan una línea base de intensidad del malestar e indicadores conductuales de ocurrencia continua para considerar la influencia de los efectos adversos del tratamiento sobre la experiencia del dolor por cáncer. Por otro lado, es importante dar seguimiento a la muestra (tres, seis o 12 meses según lo permita el contexto). Como parte de la experiencia del dolor de mujeres con cáncer de mama, se sugiere incluir factores que consideren la adaptación a los cambios resultantes de los tratamientos oncológicos que puedan repercutir en la percepción del cuerpo y vida sexual de las mujeres (como la pérdida de senos por mastectomía radical), pues en este estudio todas las participantes en alguna de las sesiones expresaron malestar asociado con estos factores y ellas mismas tomaron los ejercicios de las intervenciones en las que participaban para poder beneficiarse en esta área de su vida.

Conclusiones

De las dos intervenciones psicológicas realizadas a distancia, la AC fue superior que la MBSR respecto al efecto que tuvo sobre factores de la experiencia del dolor de mujeres con cáncer de mama. La modalidad a distancia (síncrona y asíncrona) logra generar eficacia clínica en la experiencia del dolor de mujeres con cáncer de mama, por lo que es relevante tomar en cuenta los beneficios que tiene sobre esta población.

Financiamiento

La presente investigación se realizó con el apoyo de la beca otorgada por el Sistema de Becas Institucional del Instituto Politécnico Nacional.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Las autoras declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación

humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Las autoras declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Las autoras han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

- Díaz Y, Hernández Y, Hernández L, Cuevas O, Fernández D. Tratamiento del dolor en el paciente oncológico. *MediSur*. 2019;17(4):552-61.
- Consejo de Salubridad General. Guía de manejo integral de cuidados paliativos. México: Consejo de Salubridad General; 2018.
- Bethann M, Scarborough MD, Cardinale B, Smith MD. Optimal pain management for patients with cancer in the modern era. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(3):182-96.
- Orozco A, Castiblanco L. Factores psicosociales e intervención psicológica en enfermedades crónicas no transmisibles. *Rev Colomb Psicol*. 2015;24(1):203-17.
- Zarco A, Becerra AL, Tron R, Hernández P, Iniesta, B. Perfil sociodemográfico de pacientes con dolor crónico del hospital Juárez de México. *Rev Elec Psic Izt*. 2019;22(1):62-78.
- Villalobos A, Díaz MI, Paz M. Terapias de tercera generación. En: Ruiz MA, Díaz MI, Villalobos A. Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2012. pp. 516-549.
- Feliu A, Cebolla A, McCracken L, D'Amico F, Knapp M, López A, et al. Economic impact of third-wave cognitive behavioral therapies: A systematic review and quality assessment of economic evaluations in randomized controlled trials. *Behav Ther*. 2018;49(1):24-147.
- National Cancer Institute. NCI Dictionary of Cancer Terms [internet]. EE.UU.: National Cancer Institute [consultado el 13 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/search?contains=false&q=cancer>
- Hervás G, Cebolla A, Soler J. Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y salud*. 2016;27(3):115-24.
- Moscoso M. Mindfulness, autorregulación emocional y reducción de estrés: ¿ciencia o ficción? *Rev Mex Investig Psic*. 2018;10(2):101-21.
- Ngamkham S, Holden JE, Smith EL. Systematic review: Mindfulness intervention for cancer-related pain. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2019;6(2): 161-9.
- Rouleau CR, Garland SN, Carlson L. The impact of mindfulness-based interventions on symptom burden, positive psychological outcomes, and biomarkers in cancer patients. *Cancer Manag Res*. 2015;7:121-31.
- Becerra AL, Reynoso EL, Bravo MC, Ordaz MI. Activación conductual para el control de la depresión en pacientes oncológicos: una revisión. *Psicooncología*. 2017;14(2-3):203-16.
- Calero R, Cruzado JA. La intervención psicológica en mindfulness con pacientes supervivientes de cáncer de mama. Revisión sistemática. *Psicooncología*. 2018;15(1):75-88.
- González S, Fernández C, Padierna C, Besteiro JL, Pérez M. Activación conductual en cáncer: revisión de tratamientos y evidencias. *Rev Argent Clín Psic*. 2019;28(2):140-53.
- Hirayama T, Ogawa Y, Yanai Y, Suzuki S, Shimizu K. Behavioral activation therapy for depression and anxiety in cancer patients: A case series study. *BioPsychoSocial Med*. 2019;13(9).
- Hopko DR, Clark CG, Cannity K, Bell JL. Pretreatment depression severity in breast cancer patients and its relation to treatment response to behavior therapy. *Health Psychol*. 2016;35(1):10-8.
- Hopko DR, Lejuez CW, Ryba MM, Shorter RL, Bell JL. Support for the efficacy of behavioural activation in treating anxiety in breast cancer patients. *Clin Psychol*. 2016;20(1):17-26.
- Kabat-Zinn J, Lipworth L, Burney R, Sellers W. Four-year follow-up of a meditation-based program for the self-regulation of chronic pain: Treatment outcomes and compliance. *Clin J Pain*. 1986;2:159-73.
- Kabat-Zinn J, Chapman-Waldrop A. Compliance with an outpatient stress reduction program: Rates and predictors of program completion. *J Behav Med*. 1988;11:333-52.
- Lejuez CW, Hopko DR, Aciero R, Daughters SB, Pagoto SL. Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression: Revised treatment manual. *Behav Modif*. 2011;35(2):111-61.

22. Instituto Mexicano del Seguro Social. Para disminuir la propagación del COVID-19, el IMSS promueve las medidas de sana distancia [internet]. Instituto Mexicano del Seguro Social; [consultado el 16 de julio de 2020]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202003/142>
23. Organización Panamericana de la Salud. Consideraciones para la reorganización de los servicios de oncología durante la pandemia de COVID-19 [internet]. Organización Panamericana de la Salud; [consultado el 15 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-para-reorganizacion-servicios-oncologicos-durante-pandemia-covid-19>
24. Çómez S, Karayurt Ö. The effect of web-based training on life quality and spousal adjustment for women with breast cancer and their spouses. *Eur J Oncol Nurs*. 2020;47:101758.
25. Zhang T, Wakefield CE, Ren Z, Chen W, Du X, Shi C, et al. Effects of digital psychological interventions on physical symptoms in cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2023;84:47-59.
26. Lee K, Kim S, Kim SH, Yoo S, Sung JH, Oh EG, et al. Digital health interventions for adult patients with cancer evaluated in randomized controlled trials: Scoping review. *J Med Internet Res*. 2023;25:e38333.
27. Elkefi S, Trapani D, Ryan S. The role of digital health in supporting cancer patients' mental health and psychological well-being for a better quality of life: A systematic literature review. *Int J Med Inform*. 2023;176:105065.
28. Manterola C, Quiroz G, Salazar P, García N. Metodología de los tipos diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. *Rev Med Clin Las Condes*. 2019;30(1):36-49.
29. Ferrer VA, González R, Manassero MA. El West Haven Yale Multidimensional Pain Questionnaire: Un instrumento para evaluar al paciente con dolor crónico. *Dolor*. 1993;8:153-60.
30. Badia X, Muriel C, Gracia A, Núñez-Olarte JM, Perulero N, Gálvez R, et al. Validación española del cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica. *Med Clin (Barc)*. 2003;120(2):52-9.
31. Villoria E, Fernández C, Fernández P, Peláez I. La activación conductual (AC) en mujeres con cáncer de mama durante la quimioterapia: análisis de la evolución de casos. *Psicooncología*. 2020;17(1):11-24.
32. Escudero AY, Valencia AI, Ruvalcaba JC, Ortega NA, Bautista, ML. Efectividad de intervenciones basadas en mindfulness en mujeres con cáncer de mama. *Medisur*. 2021;19(6):12.
33. Mendes-Santos C, Nunes F, Weiderpass E, Santana R, Andersson G. Desarrollo y evaluación de la utilidad, usabilidad y viabilidad de iNNOV Cáncer de mama: estudio de métodos mixtos *JMIR Cancer*. 2022;8(1):e33550.