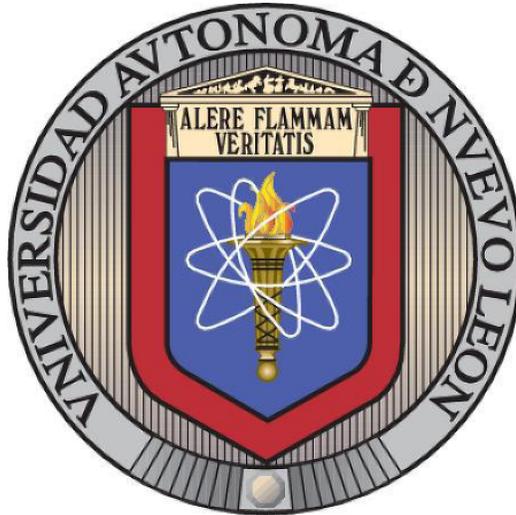


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL MANEJO
DEL ESTRÉS Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON
CÁNCER COLORRECTAL: ESTUDIO PILOTO**

PRESENTA

JESSICA NOEMÍ ACEVEDO IBARRA

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA
SALUD**

AGOSTO, 2017

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



TESIS

**INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL MANEJO DEL ESTRÉS
Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL:
ESTUDIO PILOTO**

PRESENTA

JESSICA NOEMÍ ACEVEDO IBARRA

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA
SALUD**

**DIRECTOR DE TESIS
DEHISY MARISOL JUÁREZ GARCÍA**

MONTERREY, NUEVO LEÓN, MÉXICO

AGOSTO DE 2017

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO

**MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE
LASALUD**

La presente tesis titulada “Intervención Cognitivo-Conductual para el Manejo del estrés y la calidad de vida en pacientes con cáncer colorrectal: estudio piloto” presentada por Jessica Noemí Acevedo Ibarra ha sido aprobada por el comité de tesis.

Dra. Dehisy Marisol Juárez García
Director de tesis

Dr. Cirilo Humberto García Cadena
Revisor de tesis

Mtro. Enrique García García
Revisor de tesis

Monterrey, N. L., México, Agosto de 2017

DEDICATORIA

*Dedico mi tesis a Dios por permitirme estar aquí y acompañarme en esta lección de vida, quien me ha guiado con amor a servir a los pacientes con
cáncer...*

*A mi hermano José Acevedo Ibarra, quien está presente en mi corazón y me ha
brindado la fortaleza para continuar en cada paso...*

*A mis padres, por brindarme todos los recursos cognitivos para hacer frente a
las demandas puestas en mi camino, así como, por fomentar la responsabilidad
en mí y permitirme salir adelante y cumplir mis éxitos...*

*A mis hermanos, por su apoyo incondicional en esta etapa de crecimiento
profesional y personal en mi vida...*

A mis sobrinas, por su profundo amor y entrega...

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a las siguientes personas:

A todos los pacientes con cáncer colorrectal que formaron parte de este proyecto, por su disposición y tiempo.

A la Dra. Dehisy Marisol Juárez García, asesor y director de mi tesis por el apoyo comprensivo que me ha brindado, por su ejemplo de trabajo constante y porque de ella aprendí el amor hacia la investigación, lo que me ha ayudó a mantener la búsqueda constante para encontrar las representaciones de las estructuras del conocimiento.

También quiero expresar un agradecimiento muy especial al Dr. Absalón Espinoza Velazco, por ser el Director Local de esta investigación en el Hospital de Especialidades No. 25, Centro Nacional del Noreste, por ser para mí un modelo de trabajo y estudio, por su apoyo incondicional y gran disposición.

A la Dra. Irma Sandra García, titular de la Consulta de Cirugía Oncológica de Tubo Digestivo, por el aprendizaje que brindo a mi vida.

Así como, al Dr. Sergio Buenaventura Cisneros, por su apoyo profesional, atención específica y guía como Oncólogo Médico en el Hospital de Especialidades No. 25.

A todo el equipo de médicos adscritos, residentes y personal de enfermería de la institución.

Asimismo, agradezco a mis revisores de tesis el Dr. Cirilo García Cadena y el Mtro. Enrique García García por sus valiosas aportaciones en este proyecto.

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología el apoyo económico que me brindó al otórgame la beca para la realización de mis estudios.

Al Director el Dr. Álvaro Antonio Ascary Aguillón Ramírez por el apoyo que me ha brindado para cursar la Maestría. Y a todas las personas que contribuyeron de una forma u otra en la realización de este trabajo.

RESUMEN

El adenocarcinoma colorrectal es la cuarta neoplasia más frecuente en México, afectando en igual proporción a hombres y mujeres. Se considera como un suceso estresante con cambios psicológicos y sociales que repercuten en la calidad de vida. Estudios muestran la efectividad de la Intervención Cognitivo-Conductual en cáncer de mama y de próstata. Sin embargo, es necesario aplicarla a otros tipos de cáncer. En este sentido, en este estudio se pretende determinar la factibilidad y los efectos de la Intervención Cognitivo-Conductual para Manejo del Estrés breve (TCC) en comparación con un grupo de Psicoeducación (PE) en las variables de estrés postraumático, distrés, optimismo y la calidad de vida en pacientes con cáncer colorrectal. Se utilizó un diseño clínico aleatorio dirigido a personas con cáncer colorrectal del Hospital de Especialidades No. 25, Centro Médico Nacional del Noreste del IMSS, 94 pacientes fueron asignados al azar: 40 para el grupo experimental (Intervención Cognitivo-Conductual para el Manejo del Estrés de 5 sesiones presenciales), y 54 para el grupo control (Psicoeducación de 5 sesiones presenciales) de los cuales 11 participantes de cada grupo se reportan en el análisis. Se aplicaron los cuestionarios psicológicos de estrés postraumático, distrés, optimismo y calidad de vida antes y después de la intervención, así como tres meses posteriores para seguimiento. Los resultados muestran que el 23.4%(22) de los participantes completó las sesiones (11 en cada grupo), el 9.57% no culminaron las sesiones. Se obtuvo un efecto principal significativo en la variable optimismo $F(2,28)=4.0$, $p=.03$, $\eta^2_p=.22$ y un efecto de interacción significativo entre los grupos en las variables de conducta de evitación $F(2, 28)=6.0$, $p= .01$, $\eta^2_p=.30$ y de hiperactivación $F(2,30)=3.91$, $p=.03$, $\eta^2_p=.20$ con tamaño del efecto grande en ambas. Asimismo se encontró un efecto de interacción significativo en la subescala de síntomas de la calidad de vida específica para pacientes de cáncer de colon que tienen un estoma $F(3,20)=21.8$, $p=.00$, $\eta^2_p=.68$. Las conclusiones del estudio muestran la factibilidad con modificaciones de la Intervención Cognitivo-Conductual para el Manejo del Estrés breve y la Psicoeducación en los pacientes, asimismo, se confirma el efecto de interacción que muestra que los grupos de la Intervención Cognitivo-Conductual para el Manejo del Estrés breve y la Psicoeducación son diferentes en las variables de

conducta de evitación e hiperactivación de estrés postraumático en cáncer colorrectal y síntomas de la calidad de vida en pacientes con estoma, de acuerdo a las medias con una mejora en el posttest en el grupo de PE y en el seguimiento a tres meses en el grupo de TCC. Por lo cual, se sugiere la combinación de sesiones presenciales y por teléfono de ambas intervenciones psicológicas, para mejorar la adherencia y debido al beneficio obtenido.

Palabras clave: cáncer colorrectal, Intervención Cognitivo-Conductual, estrés postraumático, distrés, optimismo, calidad de vida, Psicoeducación.

ABSTRACT

The colorectal adenocarcinoma is the fourth most frequent neoplasm in Mexico, affecting equally men and women. It is considered a stressful event which involves psychological and social changes that impact the quality of life of the patient. Some studies indicate the effectiveness of Cognitive-Behavioral Intervention for breast and prostate cancer patients. However, is necessary to apply the intervention to other types of cancer. This study aimed to determine the feasibility and the effects of Brief Cognitive-Behavioral Intervention for Stress Management (CBT) in comparison of Psychoeducational Intervention (PI) in the variables of post-traumatic stress, distress, optimism and quality of life in colorectal cancer patients. In this study, an aleatory clinical design was used in patients with colorectal cancer that attended the High Specialties Hospital No. 25, Northeast National Medical Center of the Mexican Social Security Institute. 94 patients were aleatory assigned: 40 to the experimental group (Cognitive-Behavioral Intervention for Stress Management with 5 in-persons sessions), and 54 to the control group (Psychoeducative Intervention with 5 in-person sessions), in which 11 participants of each group are reported in the results analysis. Psychological questionnaires were applied to measure post-traumatic stress, distress, optimism and quality of life before and after the interventions; as well three months after the interventions. The results indicate that 23.4 (22) of the participants completed the sessions (11 in each group), while the 9.57% did not finalize the sessions. Optimism showed a significant effect, $F(2,28)=4.0$, $p=.03$, $\eta^2_p=.22$, Avoidance behavior $F(2, 28)=6.0$, $p=.01$, $\eta^2_p=.30$ and Hyperarousal groups $F(2,30)=3.91$, $p=.03$, $\eta^2_p=.20$ showed a significant association effect and considerable effect in both. It was also found a significant association effect between the specific quality of life symptoms scale with colorectal cancer patients with stoma $F(3,20)=21.8$, $p=.00$, $\eta^2_p=.68$. The conclusions of the study show the feasibility with modifications of the Brief Cognitive-Behavioral Intervention for Stress Management group and the Psychoeducation in the patients. Also, the interaction effect shown by the Cognitive-Behavioral Intervention for Stress Management and the Psychoeducation are different in the variables of avoidance behavior and hyperactivation of post-traumatic stress in colorectal cancer and quality of life symptoms in patients with stoma, in accordance to the means, improvement

was evident in posttests of the PI group and the follow-up of the CBT. Therefore, it is suggested the combination of face-to-face and telephone sessions in both psychological interventions, for the benefit obtained in these variables.

Key words: Colorectal cancer, Cognitive-Behavioral intervention, post-traumatic stress, distress, optimism, quality of life, Psychoeducation.

ÍNDICE

Agradecimientos.....	v
Resumen.....	vii
CAPITULO I.....	12
INTRODUCCION.....	12
Definición del Problema	17
Justificación de la Investigación	19
Objetivo General	21
Objetivos específicos:.....	21
Hipótesis o Preguntas de investigación	22
Limitaciones	22
CAPITULO II.....	24
MARCO TEORICO.....	24
1.- CÁNCER.....	24
Epidemiología.....	25
Cáncer colorrectal	27
Tratamiento.....	28
Efectos secundarios.....	30
2.- ASPECTOS PSICOLÓGICOS.....	32
Estrés postraumático.....	32
Distrés	38
Optimismo Disposicional	41
Calidad de vida.....	44
3.- INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS.....	47
Terapia Cognitivo-Conductual	48
Terapia Cognitivo-Conductual en cáncer.....	49
Terapia Cognitivo-Conductual para el Manejo de Estrés (CBSM) en cáncer	51
Psicoeducación	55
CAPITULO III.....	59
METODO.....	59
PARTICIPANTES	59

APARATOS E INSTRUMENTOS	61
PROCEDIMIENTO.....	64
Diseño utilizado:	64
Recolección de Datos:.....	64
Análisis de Datos:.....	67
CAPITULO IV	69
RESULTADOS	69
CAPITULO V	75
DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	75
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	93
ANEXOS.....	111

Índice de Tablas y Figuras

Tablas

Tabla 1.	Características médicas y sociodemográficas de los participantes.	60
Tabla 2.	Diseño de intervención grupal.	66
Tabla 3.	Análisis de varianza para medidas repetidas (Efectos de interacción).	74

Figuras

Figura 1.	Diagrama de los participantes del Ensayo Clínico Aleatorizado	71
-----------	---	----

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Diferentes investigaciones muestran los efectos psicológicos que tiene el diagnóstico de cáncer colorrectal y su tratamiento. Entre los efectos que tienen los pacientes con cáncer se encuentra el estrés postraumático el cual sus síntomas son fuertemente asociados con variables que reflejan un estado general de afecto negativo, además se asocian con la depresión, la ansiedad, el distrés y la calidad de vida física (Shand, Cowlishaw, Brooker, Burney, & Ricciardelli, 2015).

El estrés postraumático se ha reportado en un 9.6% de las pacientes con cáncer de mama principalmente en las más jóvenes y las que hayan terminado recientemente su tratamiento (O'Connor, Christensen, Jensen, Moller & Zachariae, 2011; Wu, Wang, Cofie, Kaminga & Liu, 2016). En los pacientes con cáncer de próstata también se ha observado 4.3% con estrés postraumático (Mehnert, Lehmann, Graefen, Huland, & Koch, 2010).

En los pacientes con cáncer colorrectal, los pacientes con diagnóstico de más de un año presentan mayor estrés traumático, intrusiones e hipervigilancia, en comparación con los pacientes con diagnóstico de menos de seis meses y entre seis meses y un año, asimismo se reporta que el estrés postraumático es un

predictor del distrés y dolor intestinal en estos pacientes (Pereira, Figueiredo, & Fincham, 2011).

El distrés psicológico se ha asociado de forma negativa con la Calidad de Vida relacionada con la Salud independiente de parámetros de la enfermedad, indicador físico, mental y las relaciones sociales (Paika et al., 2010; Hyphantis, Paika, Almyroudi, Kampletsas, & Pavlidis, 2011). Tener una estoma tiene un impacto negativo en la imagen corporal de los pacientes, siendo esta un fuerte predictor de los niveles iniciales de la ansiedad, la depresión y el distrés (Sharpe, Patel, & Clarke, 2011).

Por otro lado, la depresión y la ansiedad se correlaciona negativamente con el optimismo en pacientes adultos recién diagnosticados, en pacientes con cáncer avanzado y en pacientes con cáncer urogenital (Mazanec, Daly, Douglas & Lipson, 2010; Allison et al., 2014; Zenger, Brix, Borowski, Stolzenburg, & Hinz, 2010).

Ho, Chan, Yau y Yeung (2011) observan que la mejora de un estilo explicativo optimista para acontecimientos negativos podría reducir los síntomas de estrés postraumático en cáncer de mama. Además, el optimismo disposicional está relacionado de forma significativa con aspectos de la calidad de vida en las pacientes. Las pacientes más optimistas, valoran mejor su calidad de vida global, sienten menos ira, menos dolor, menos dificultades en sus movimientos, menos cansancio, duermen mejor, realizan sus quehaceres diarios en casa, sienten más ilusión y menos miedo (Pastells & Font, 2014).

Asimismo, el optimismo en pacientes con cáncer de mama se ha relacionado con uso de estrategias de afrontamiento centradas en el problema (Büyükaşık-Çolak, Gündoğdu-Aktürk, & Bozo, 2012), como la búsqueda de apoyo social y la reestructuración cognitiva lo cual se relaciona con una mejor calidad de vida (Mera & Ortiz, 2012). Además, se ha reportado como predictor de la salud percibida (Juárez & Landero, 2009).

En cuanto a las intervenciones psicosociales en pacientes con cáncer, Lee, Cohen, Edgar, Laizner y Gagnon (2006) examinaron la eficacia de una intervención psicológica con medidas pre y post-test en pacientes con cáncer de mama y con cáncer colorrectal, quienes fueron elegidos al azar para recibir atención de rutina (grupo de control) o para cuatro sesiones que exploraron el significado de las respuestas emocionales y cognitivas de la experiencia con el cáncer (grupo experimental). Se obtuvieron resultados estadísticamente significativos en mejoras de la autoestima, el optimismo y la autoeficacia para el grupo experimental en comparación con el grupo control.

Además, se observaron efectos importantes de pequeños a medianos en la psicoterapia y psicoeducación individual y grupal en adultos con cáncer. Estos efectos que se mantienen, en parte: en mediano plazo (≤ 6 meses) y largo plazo (> 6 meses). Efectos a corto plazo eran evidentes para el entrenamiento de relajación (Faller et al., 2013).

Del mismo modo, se encontraron efectos benéficos de la intervención psicológica Cognitivo-Conductual en indicadores de la calidad de vida:

depresión, ansiedad, dolor, disfunción cognitiva en paciente oncológico (Galindo-Vázquez et al., 2013). En pacientes con cáncer de mama se observaron resultados estadísticamente significativos que indican que las técnicas conductuales mejoran el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida relacionada con la salud (Duijts, Faber, Oldenburg, Beurden, & Aaronson, 2011).

La Intervención Cognitivo-Conductual en Manejo de Estrés (CBMS) ha mostrado resultados en la mejora de la calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata y cáncer de mama (Penedo et al., 2004; Penedo et al., 2006; Antoni et al., 2006a; Stagl et al., 2015). Esta intervención con duración de 10 semanas ha incrementado la habilidad percibida para manejar el estrés, el bienestar físico, emocional, el funcionamiento sexual y la calidad de vida de pacientes con cáncer de próstata. Estos resultados fueron confirmados al aplicar la intervención adaptada lingüística y culturalmente para pacientes hispanos (Penedo et al., 2004; Penedo et al., 2006).

Además, las mujeres con cáncer de mama que recibieron CBSM de 10 semanas reportaron síntomas de depresión más bajos y mejor calidad de vida que en el grupo control a 15 años posteriores (Stagl et al., 2015). También se ha encontrado una reducción significativa de los pensamientos intrusivos específicos de cáncer, ansiedad y distrés durante 1 año en comparación con la condición control (Antoni et al., 2006b). También, se ha reportado un incremento en el optimismo generalizado, permaneciendo significativamente elevado a 3 meses de seguimiento (Antoni et al., 2001).

Actualmente la CBSM se está probando en una forma breve de 5 semanas. Los resultados muestran que tanto la Terapia Cognitivo-Conductual (CBT) y los grupos de Terapia de relajación (RT) informaron una disminución del afecto depresivo. El grupo CBT reportó también mejora en el bienestar emocional/calidad de vida y menos pensamientos intrusivos específicos de cáncer. El grupo RT informó mejoras en la disrupción social relacionada con la enfermedad. En cuanto a los recursos de manejo del estrés, el grupo de CBT reportó una mayor confiabilidad de redes de apoyo social, el grupo RT informó una mayor confianza en las habilidades de relajación (Gudenkauf et al., 2015).

En lo que se refiere a la Psicoeducación, en un estudio se observó que un grupo educativo sobre el cuidado del estoma mejora el dolor corporal, la salud mental, el funcionamiento físico y social, por lo cual este tipo de grupos pueden ser beneficiosos para los pacientes con estoma (Altuntas et al., 2012). También se identificó que la Psicoeducación puede proporcionar un medio eficaz para la modificación de actitudes negativas hacia la sigmoidoscopia flexible de detección y con ello el aumento de tasas de asistencia a su realización (Wardle et al., 2003).

Asimismo, se ha visto una mejoría significativa en el conocimiento sobre el periodo de transición en pacientes con cáncer de mama que fueron completando su tratamiento de radioterapia adyuvante y que recibieron una intervención psicoeducativa breve de una sola sesión, en comparación con sólo material impreso otorgado (Jones et al., 2013). Además, se encontró una reducción significativa en la preocupación ansiosa en las pacientes que se

encontraban en etapa temprana (Capozzo, Martinis, Pellis, & Giraldi, 2010; Dastan & Buzlu, 2012).

Del mismo modo, los resultados de Chow, Chan, Choi y Chan (2016) confirman la eficacia de intervenciones psicoeducativas sobre los síntomas depresivos y el aspecto mental de la calidad de vida en pacientes con cáncer ginecológico.

En una revisión sistemática se muestra la utilidad de implementar intervenciones psicoeducativas en cáncer de próstata después de la prostatectomía radical como cirugía, debido a que los resultados sugieren que los pacientes pueden mejorar en cierta medida la incontinencia urinaria, la molestia intestinal y la función sexual (Lassen, Gattinger & Saxer, 2013). Por su parte, Manne, Babb, Pinover, Horwitz, & Ebbert (2004) encontraron que tiene mejoras en el afrontamiento adaptativo en pacientes diagnosticados.

Definición del Problema

En los últimos años se ha encontrado que las intervenciones psico-oncológicas se asocian con efectos significativos (pequeño a mediano) en el estrés y la calidad de vida en pacientes adultos con cáncer (Faller et al., 2013).

En este sentido, la intervención Cognitivo-Conductual ha resultado eficaz para mejorar diversos aspectos psicológicos en cáncer de mama y cáncer de próstata como la depresión, la ansiedad y la calidad de vida general de los pacientes (Garduño, Riveros & Sánchez-Sosa, 2010; Fors et al., 2011; Antoni et al., 2001; Penedo et al., 2006; Antoni et al., 2006a).

De forma semejante, la Psicoeducación ha demostrado cambios en los niveles de ajuste en pacientes con cáncer de mama en estadio temprano (Dastan & Buzlu, 2012). En sobrevivientes se encontró que las mujeres que participaron en un programa de apoyo psicoeducativo tenían más alta calidad de vida general y menos síntomas de distrés (Park, Bae, Jung, & Kim, 2012).

La intervención educativa para pacientes con cáncer colorrectal con estoma, tiene un impacto positivo en habilidades psicosociales y de automanejo, lo que indica que esta área debe ser desarrollada (Faury, Koleck, Fucaud, Bailara, & Quintard, 2017).

Aunque estas intervenciones han mostrado ser de beneficio en diferentes pacientes con cáncer, es importante probar sus efectos en poblaciones con cáncer poco representadas y abordar sus preocupaciones en el período antes y después de la cirugía, además es importante replicar sus resultados obtenidos en pacientes hispanoparlantes (Antoni, 2013; Galindo-Vázquez et al. 2013; Penedo et al., 2007).

Un meta-análisis muestra que son pocos los estudios dirigidos a los pacientes con cáncer colorrectal en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, por lo cual recomienda más investigación que indague sobre los efectos de las intervenciones psicosociales durante el periodo pre y post-operatorio (Hoon, Sally, & Hong-Gu, 2013).

De esta manera, se pretende dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la factibilidad y los efectos de la intervención psicológica

Cognitivo-Conductual para el Manejo del Estrés breve, en comparación con un grupo de Psicoeducación en las variables de estrés postraumático, distrés, optimismo y la calidad de vida en pacientes con cáncer colorrectal?

Justificación de la Investigación

El cáncer colorrectal es una de las neoplasias que se presentan con mayor frecuencia en la población en general (Tirado-Gómez & Mohar, 2008). El cáncer colorrectal es el cuarto más frecuente en México, responsable de 700 000 muertes al año (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2015). En 2012, la incidencia en hombres y mujeres ocupó el tercer lugar, mientras que en mortalidad ocupó el quinto lugar en hombres y el sexto lugar en mujeres (Internacional Agency for Research on Cancer [IARC], 2014a).

El diagnóstico y el tratamiento del cáncer colorrectal se han considerado sucesos altamente estresantes y potencialmente traumáticos (Cordova, Riba, Spiegel, 2017), la experiencia de cáncer produce pensamientos intrusivos, conductas de evitación e hiperactivación (Koopman et al., 2002; Windows, Jacobsen, & Fields, 2000), triada de síntomas que corresponden al estrés postraumático (American Psychiatric Association, 2000), el cual tiene una estimación de incidencia que varía del 0 al 32% después del diagnóstico (Kangas, Henry & Bryant, 2002).

En efecto, aunque son pocos los estudios en cáncer colorrectal, éstos muestran que los pacientes que recibieron cirugía y quimioterapia o cirugía más radioterapia, como tratamiento, tenían niveles más altos de síntomas de estrés

traumático, depresión y ansiedad en comparación con los pacientes que recibieron solo cirugía (Pereira et al., 2011). Otros estudios muestran que el diagnóstico y su tratamiento a largo plazo pueden conducir a distrés psicológico significativo y dificultades en la calidad de vida relacionada con la salud en una proporción considerable de los pacientes (Sales, Carvalho, McIntyre, Pavlidis, Hyphantis 2014).

De esta manera, se considera importante la evaluación de la factibilidad y efectividad de intervenciones psicológicas. Por su parte, la Terapia Cognitivo-Conductual ha demostrado efectos positivos para reducir la morbilidad psicológica y mejorar la calidad de vida en pacientes con cáncer (Soylu, 2014). Mientras que, la Psicoeducación puede tener un efecto a corto plazo sobre la salud mental y dolor corporal después de 6 meses en pacientes con cáncer colorrectal y cáncer anal (Ohlsson-Nevo, Karlsson & Nilsson, 2015).

Por estas razones, en este estudio se propone una adaptación de la Intervención Cognitivo-Conductual para el manejo del estrés y una intervención de psicoeducación en pacientes con cáncer colorrectal, para esta adaptación se considera la reducción de 10 a 5 sesiones (Gudenkauf et al., 2015). Esto se propone a partir de las limitaciones observadas en otros estudios y debido a las características de nuestra población: no cuenta con tiempo para participar en investigación, no está disponible debido a efectos secundarios de los tratamientos anticáncer y presentan complicaciones económicas para el traslado. La propuesta de esta intervención busca minimizar estas limitaciones y busca aumentar la cantidad de pacientes que pueden ser beneficiados con esta

intervención.

Finalmente, en este estudio también se consideran las recomendaciones de diferentes autores en cuanto la importancia de programas de intervención para síntomas de estrés traumático poco después del diagnóstico, así como, incrementar el optimismo para facilitar el afrontamiento de las condiciones causadas por la enfermedad y su tratamiento (Koopman, et al., 2002; Juárez & Landero, 2009; Juárez & Landero, 2011; Allison et al., 2014; Mazanec et al., 2010).

Objetivo General

Determinar la factibilidad y los efectos de la Intervención Cognitivo-Conductual para Manejo del Estrés breve en comparación con un grupo de Psicoeducación en las variables de estrés postraumático, distrés, optimismo y la calidad de vida en pacientes con cáncer colorrectal.

Objetivos específicos:

1. Evaluar la factibilidad de la aplicación de la Intervención Cognitivo-Conductual para el manejo del estrés breve en pacientes con cáncer colorrectal.
2. Examinar si existen diferencias en síntomas de estrés postraumático, distrés, optimismo y calidad de vida en el grupo de Intervención Cognitivo-Conductual para el manejo del estrés breve en comparación con el grupo control de Psicoeducación.

3. Examinar si existen cambios en síntomas de estrés postraumático, distrés, optimismo y calidad de vida entre grupo experimental y grupo control a 3 meses de seguimiento.

Hipótesis

- H1. Es factible la aplicación de la Intervención Cognitivo-Conductual para el manejo del estrés breve en pacientes con cáncer colorrectal.
- H2. Las personas con diagnóstico de cáncer colorrectal del grupo de Intervención Cognitivo-Conductual para el manejo del estrés breve presentan resultados diferentes a los del grupo control de Psicoeducación.
- H3. Las personas con diagnóstico de cáncer colorrectal del grupo experimental presentan resultados diferentes a los del grupo control de Psicoeducación a los tres meses de seguimiento.

Limitaciones

1. El tamaño de la muestra, no permite ver de manera clara los efectos de las intervenciones en las variables. Esto es debido al tipo y condiciones de los participantes, quienes se encuentran después de un tratamiento quirúrgico o en quimioterapia, y a lo limitado del tiempo de recolección de datos que se puede tener en una tesis.
2. Para la intervención participaron los pacientes que aceptaron, y eso puede

afectar la interpretación de los resultados ya que no se seleccionaron por criterio diagnóstico.

3. Los participantes fueron de un solo hospital público regional por lo que los resultados no pueden generalizarse a la población de cáncer colorrectal en general.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

I.- CÁNCER

Cáncer es un término que designa un grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de tumores malignos o neoplasias malignas. Una de las características del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden y pueden invadir partes próximas del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso que se conoce como metástasis. Las metástasis son la causa principal de muerte por cáncer (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

Dentro de la célula, existen diferentes mecanismos que controlan el crecimiento celular y otros mecanismos que lo promueven. En condiciones normales, hay un equilibrio entre ambos mecanismos y las células crecen de manera controlada. Sin embargo, en los pacientes que desarrollan un cáncer, se origina una alteración en estos mecanismos y entonces las células comienzan a crecer de forma descontrolada (Pérez, Muñoz, & Cortés, 2013). Estas alteraciones son resultado de la interacción entre los factores genéticos y de agentes externos como carcinógenos físicos, carcinógenos químicos y carcinógenos biológicos (OMS, 2015).

El tipo de cáncer se define, entre otras clasificaciones, por el tejido u órgano en el que se origina. Así, se encuentran los carcinomas que se forman a partir de células epiteliales. Los sarcomas son cánceres que se forman de tejido conectivo o conjuntivo de cual se derivan los músculos, los huesos, los cartílagos o el tejido graso. Las leucemias se originan en la médula ósea, tejido encargado de mantener el equilibrio de la producción de glóbulos rojos, blancos y plaquetas. Y los linfomas que se desarrollan de tejido linfático (De la Torre, Cobo, Mateo, & Vicente, 2008).

Epidemiología

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo; en el 2012 hubo unos 14 millones de nuevos casos y 8.2 millones de muertes relacionadas con la enfermedad (Internacional Agency for Research on Cancer [IARC], 2014b).

Se prevé que el número de nuevos casos aumente en aproximadamente un 70% en los próximos 20 años. Los principales tipos de cáncer en el mundo son: cáncer pulmonar (1,59 millones de defunciones), hepático (745 000 defunciones), gástrico (723 000 defunciones), colorrectal (694 000 defunciones), mamario (521 000 defunciones); y cáncer de esófago (400 000 defunciones). Asimismo, en el 2012 los cánceres diagnosticados con más frecuencia en el hombre fueron los de pulmón, próstata, colon y recto, estómago e hígado. En la mujer fueron los de mama, colon y recto, pulmón, cuello uterino y estómago (OMS, 2015).

En este sentido, el cáncer colorrectal es considerado como el cuarto tipo de cáncer más frecuente a nivel mundial (INSP, 2015).

En nuestro país, el cáncer es la tercera causa de muerte. Los tipos de cáncer más comunes son el cáncer de próstata, de mama, cervicouterino, de pulmón y de estómago (Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud [SPPS], 2014). En 2012, las principales neoplasias entre la población mexicana masculina de 20 años y más, se ubican en órganos digestivos; mientras que en las mujeres se ubican en mama; órganos genitales y órganos digestivos (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2015).

Asimismo, actualmente en México el cáncer de colon y recto es el cuarto más frecuente, responsable de 700 000 muertes al año (INSP, 2015). En 2012, la incidencia en hombres y mujeres ocupó el tercer lugar, mientras que en mortalidad ocupó el quinto lugar en hombres y sexto lugar en mujeres (IARC, 2014a).

Adicionalmente el INEGI (2015) establece que una de las principales neoplasias entre la población mexicana masculina de 20 años y más es la de colon con el segundo lugar (11.6%), mientras que en población femenina ocupó el séptimo lugar con 3.8% en 2012.

En cuanto a la distribución geográfica, en 2002, se observa que las entidades federativas con mayores tasas de mortalidad para el cáncer colorrectal correspondieron al Distrito Federal (3.8), Chihuahua (3.1), Baja California (2.9), Jalisco (2.7), Baja California Sur (2.6), Nuevo León (2.6), Sonora (2.4),

Zacatecas (2.4), Morelos (2.2) y Veracruz (2.2) (Tirado & Mohar, 2008).

Asimismo, de acuerdo a Estadísticas de Mortalidad durante 2012 en Nuevo León, murieron 3,563 personas lo que representa 14.9% del total de fallecimientos a consecuencia de neoplasias. El cáncer de colon, de recto y de ano ocupó el cuarto lugar por defunciones con 271 muertes, 93 fallecimientos entre los 30 y 59 años de edad y 174 de 60 años y más (INEGI, 2014).

De esta manera, el cáncer colorrectal es una de las neoplasias que se presentan con mayor frecuencia en la población en general (Tirado-Gómez & Mohar, 2008), afectando a hombres y mujeres. A pesar de ser una neoplasia en pacientes de edad avanzada con una media de diagnóstico de 50.8 años, cada día se detectan casos en personas más jóvenes (Valle, 2008).

Cáncer colorrectal

El cáncer colorrectal es un término que se emplea para el cáncer que se origina en el colon o el recto. A estos cánceres se les puede llamar por separado cáncer de colon o cáncer de recto (rectal) dependiendo del lugar donde se origina. El 95% de los cánceres colorrectales son un tipo de cáncer conocido como adenocarcinomas, los cuales comienzan en las células que forman glándulas que producen mucosidad para lubricar el interior del colon y del recto” (American Cancer Society, 2015).

Los cánceres colorrectales se forman durante varios años. Regularmente se forma un tumor o un pólipo en el colon o recto. Un tumor consiste en tejido

anormal que puede ser benigno o maligno. Un pólipo es un tumor benigno, sin embargo éste puede transformarse en cáncer. Si se forma cáncer dentro de un pólipo, puede comenzar a crecer en el espesor de la pared de colon o del recto, después pueden crecer hacia los vasos sanguíneos o los vasos linfáticos.

Una vez que las células cancerosas se propagan a los vasos sanguíneos o linfáticos, pueden trasladarse a ganglios linfáticos adyacentes o a partes distantes del cuerpo como el hígado, lo cual se denomina metástasis (American Cancer Society, 2015).

Tratamiento

Los tipos principales de tratamiento según la American Cancer Society (2015) son: la cirugía para tratar el cáncer de colon y recto, la radioterapia y la quimioterapia. Dependiendo de la etapa del cáncer, se pueden combinar dos o más de estos tratamientos, simultáneamente, o uno después del otro.

La principal modalidad terapéutica para el cáncer de colon es la cirugía, la cual consiste en la resección en bloque del tumor y de los ganglios linfáticos regionales (Ávila, 2008).

La cirugía es por lo general el principal tratamiento de los cánceres de colon en etapas tempranas. Una colectomía es una cirugía que se utiliza para extraer todo o parte del colon. En este tipo de operación, en lugar de reconectar los segmentos del colon, el extremo del colon se adhiere a una abertura (estoma) en la piel del abdomen para eliminar residuos fecales. A esto se le conoce como colostomía. A veces se conecta el extremo del intestino delgado (íleon) a un

estoma en la piel en lugar del colon. A esto se le llama ileostomía. Después se puede realizar otra operación para adherir nuevamente los extremos del colon o para adherir el íleon al colon. Sin embargo, es posible que se necesite una colostomía o una ileostomía permanente (American Cancer Society, 2015).

Siguiendo con la American Cancer Society, en cáncer de recto la cirugía normalmente es el tratamiento principal, aunque la radiación y la quimioterapia a menudo son administradas antes o después de la cirugía. Se pueden emplear varios métodos quirúrgicos para remover o destruir los cánceres de recto.

Asimismo, la radioterapia como tratamiento se usa principalmente en las personas con cáncer de colon cuando el cáncer se ha adherido a un órgano interno o al revestimiento del abdomen, debido a que no puede saber con seguridad si se ha extirpado todo el cáncer. De esta manera, se usa para tratar de destruir las células cancerosas que puedan quedar después de la cirugía.

En el caso de cáncer de recto, por lo general, se usa ya sea antes o después de la cirugía para ayudar a prevenir que el cáncer regrese al área donde comenzó el tumor. Con frecuencia, se administra junto con la quimioterapia. Actualmente, se favorece administrar la radioterapia antes de la cirugía para la remoción del cáncer.

Por otro lado, la quimioterapia es el tratamiento con medicamentos contra el cáncer. Para algunos cánceres, la quimioterapia se administra (algunas veces con la radiación) antes de la cirugía para reducir el tamaño del tumor. A esto se le conoce como tratamiento neoadyuvante, generalmente se usa en el

tratamiento del cáncer rectal. La quimioterapia que se usa después de la cirugía para remover el cáncer se le conoce como quimioterapia adyuvante.

Efectos secundarios

La American Cancer Society (2015) establece que los posibles efectos secundarios de la cirugía dependen de la extensión de la operación y la salud general de la persona antes de la cirugía. La mayoría de las personas experimentarán dolor tras la operación. Los problemas con la alimentación normalmente mejoran días después. Además se puede tener sangrado a causa de la cirugía.

Por otro lado, señala que los efectos secundarios de la quimioterapia dependen del tipo y dosis de los medicamentos administrados, así como del tiempo que se administran. Los efectos secundarios comunes pueden incluir:

- Caída de pelo
- Úlceras en la boca
- Pérdida del apetito
- Náuseas y vómitos
- Bajos recuentos sanguíneos

La quimioterapia puede afectar las células productoras de sangre de la médula ósea, causando un recuento bajo de células sanguíneas, lo que puede ocasionar:

- Aumento en la probabilidad de infecciones (pocos glóbulos blancos).
- Facilidad para que se formen moretones o surjan sangrados (pocas plaquetas).
- Cansancio (debido al bajo nivel de glóbulos rojos).

Además de estos efectos, ciertos medicamentos causan efectos secundarios específicos.

Los efectos secundarios potenciales de la radioterapia pueden incluir:

- Irritación de la piel que puede ir desde enrojecimiento hasta ampollas y descamación.
- Náuseas.
- Irritación rectal, lo que puede causar diarrea, evacuaciones dolorosas, o sangre en las heces fecales.
- Incontinencia intestinal.
- Irritación de la vejiga, lo que puede causar sensación de tener que orinar frecuentemente, ardor, dolor al orinar o sangre en la orina.
- Fatiga.
- Problemas sexuales (impotencia en los hombres e irritación vaginal en las mujeres).

Asimismo, se ha demostrado que los principales efectos secundarios psicológicos son: la ansiedad, la depresión y el estrés como aquellos que más afectan la calidad de vida del paciente (Paika et al., 2010; Pereira et al., 2011).

En este sentido, se señala la importancia de una mirada holística del ser humano y por lo tanto un abordaje integral de la enfermedad, lo que implica un trabajo en equipo y una visión biopsicosocial (Robert, Álvarez, & Valdivieso, 2013), que incluya aspectos psicológicos.

2.- ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Desde hace algunas décadas, la Psicooncología ha hecho contribuciones importantes al estudio de factores psicosociales relacionados con la incidencia del cáncer, la respuesta al tratamiento y la calidad de vida de las personas que lo padecen (Vinaccia et al., 2005).

Estrés postraumático

La evidencia sugiere que una proporción sustancial de personas con cáncer podrían experimentar su diagnóstico y tratamiento como traumático (Cordova et al., 2017). Actualmente síntomas de estrés postraumático: intrusión, conducta de evitación e hiperactivación se han identificado en adultos diagnosticados con un cáncer en varios estudios transversales (American Psychiatric Association, 2000; Smith et al., 2008). Asimismo, algunos estudios longitudinales han examinado el trastorno por estrés postraumático relacionado con el cáncer durante el primer año después de un diagnóstico (Posluszny, Edwards, Dew, & Baum, 2011).

En este sentido, el estrés postraumático (TEPT) se encuentra dentro de los

trastornos de ansiedad, puede ocurrir después de que un individuo está expuesto a un evento percibido como una amenaza para la vida, asociado con un miedo intenso, desamparo u horror. El Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV) amplió los criterios del trastorno para incluir el diagnóstico de una enfermedad potencialmente mortal como factor de estrés que podría provocar estrés postraumático, el cual se define por un conjunto de síntomas (intrusión, evitación e Hiperactivación) que duran al menos 1 mes (American Psychiatric Association, 2000).

Los criterios del diagnóstico se muestran a continuación:

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:
 - 1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
 - 2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

- B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:
 - 1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.

2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.
 3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse).
 4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
 5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:
1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
 2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
 3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
 4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
 5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
 5. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).

6. Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño
2. Irritabilidad o ataques de ira
3. Dificultades para concentrarse
4. Hipervigilancia
5. Respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

Sin embargo, en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5) se presentaron cambios en los criterios del diagnóstico, las cuales se consideran importantes para la evaluación del estrés postraumático relacionado

con el cáncer (Kangas, 2013).

En lo que se refiere a evaluación psicológica, en la literatura se han encontrado diferentes instrumentos que se utilizan para medir estrés postraumático como la Escala de Impacto de Eventos (IES) (Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979), que cuenta con 15 ítems, de auto-informe. La escala evalúa dos categorías de las respuestas cognitivas a los acontecimientos estresantes: Intrusión (Intrusiva experimentado las ideas, imágenes, sentimientos, o pesadillas) y conductas de evitación (evitación conscientemente reconocidos la de ciertas ideas, sentimientos, o situaciones).

Después se añadió una subescala a la EIE para medir el grupo de síntomas de hiperactivación (enojo e irritabilidad, respuesta exagerada de sobresalto, problemas de concentración, activación fisiológica ante estímulos que recuerdan el trauma, hipervigilancia), quedando la *Escala de Impacto de Evento-Revisada, EIE-R* (Weiss, 1996; Weiss y Marmar, 1997) con 22 ítems y 3 subescalas: Intrusión (7 ítems), Evitación (8 ítems) e Hiperactivación (7 ítems).

Recientemente han realizado diferentes investigaciones para determinar la confiabilidad y validez de la escala descrita. Thewesa, Meisera, y Hickieb (2001) realizaron una réplica de los análisis de fiabilidad y la exploración de la estructura factorial y la validez de los IES, en pacientes femeninas con riesgo hereditario de cáncer de mama. Los resultados proporcionaron cierto apoyo preliminar a la validez y fiabilidad de la IES entre las mujeres con mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama hereditario, y apoya a continuar su utilización

como una medida de ansiedad relacionada con cáncer de mama.

Shu-Ching, Yeur-Hur, Chun-Ta y Chia-Chin (2005), desarrollaron la versión China de la Escala de Impacto de Eventos (IES), examinaron sus propiedades psicométricas y utilizaron el IES versión China (IES-C) para evaluar el impacto del cáncer en pacientes recién diagnosticados con cáncer oral. Los resultados mostraron que la IES-C tiene un contenido satisfactorio validez y confiabilidad; en general la consistencia interna fue 0,91. Asimismo, se mostró que los pacientes con cáncer oral tenían relativamente más altos puntajes de IES-C. En este sentido, estos resultados apoyan la IES-C como un instrumento con satisfactorias propiedades psicométricas y la facilidad de utilizar en entornos clínicos.

Asimismo, un reciente estudio tenía como objetivo adaptar y validar IES-R en población chilena (Caamaño et al., 2011). Los hallazgos obtenidos mostraron que los ítems que componen la escala final son comprensibles para la población chilena, para un rango de edad comprendido entre los 16 y 64 años, con habilidades de lecto-escritura. La EIE-R presenta alta consistencia interna, estabilidad temporal, validez convergente. Además de una adecuada validez discriminante, lo que permite diferenciar tanto el grado de sufrimiento causado por el mismo evento en diferentes personas, así como ser sensible a variaciones en distintas poblaciones, en cuanto a intensidad del estresor.

En este sentido, en el presente estudio se utilizó la EIE-R por sus propiedades psicométricas y al ser adaptada para la población chilena (Caamaño et al.,

2011).

Distrés

En actualidad el distrés emocional se ha definido como un estado marcado por sentimientos subjetivos, que varían en intensidad desde tristeza, inseguridad, confusión, y preocupación, hasta la experiencia de síntomas mucho más severos como por ejemplo ansiedad, depresión, expresión de la cólera/ira, aislamiento social, y pérdida de esperanza (Moscoso, McCreary, Goldenfarb, Knapp & Reheiser, 2000).

También, es considerado como un constructo que adquiere importancia en el campo de la salud en general, y del cáncer en particular, como un tema de investigación (Zabora, BrintzenhofeSzoc, Curbow, Hooker & Piantadosi, 2001).

El diagnóstico de cáncer y los efectos secundarios de los diferentes tratamientos son ejemplos convincentes de estresores capaces de provocar niveles elevados de distrés emocional (Sebastian, Mateos & Prado, 2000). Actualmente se ha demostrado que los pacientes con cáncer perciben niveles significativamente altos de distrés emocional en el momento del diagnóstico, durante el periodo de tratamientos, y en la fase terminal de la enfermedad (Fröjd, Larsson, Lampic & Essen, 2007; Neipp, Lopez-Roig, Terol & Pastor Mira, 2008).

En este sentido, el distrés en pacientes con cáncer es operacionalmente definido como la ansiedad o la depresión, la cual reduce la calidad de vida de

los pacientes, y repercute negativamente en el cumplimiento del tratamiento médico (DiMatteo, Lepper, & Croghan, 2000; Greer, Pirl, Park, Lynch, & Temel, 2008). Asimismo, es reconocido como el sexto signo vital en el tratamiento del cáncer (Bultz & Carlson, 2005), el cual tiende a cambiar a medida que los pacientes se encuentran en la transición por las etapas de diagnóstico, tratamiento agudo, y post-tratamiento (Stommel, Kurtz, Kurtz, Given, & Given, 2004).

De esta manera, ansiedad y depresión se asocian con pobres resultados psicosociales y de tratamiento, peor calidad de vida, pobre adherencia al tratamiento, recuperación más lenta, mayor riesgo de suicidio, y el mayor costo-utilización (Brintzenhofe-Szoc, Levin, Li, Kissane, & Zabora, 2009). Sin embargo, la ansiedad tiende a reflejar una reacción para el diagnóstico y el tratamiento aversivo anticipado y es a menudo transitoria, en cambio la depresión es más probable que refleje una predisposición estable. El estrés puede variar no solo según el tipo de cáncer, sino también por la edad y el género (Linden, Vodermaier, MacKenzie, & Greig, 2012).

La ansiedad se define como un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, displacer, y alarma que hace que el sujeto se sienta molesto. Se trata, de una emoción que se presenta cuando el sujeto se siente amenazado por un peligro, que puede ser externo o interno (Jarne, Talarn, Aramayones, Horta, & Requena, 2006).

Mientras que, la depresión, recoge la presencia de síntomas afectivos: tristeza

patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, también pueden estar presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o somático (Alberdi, Taboada, Castro, & Vázquez, 2006). Asimismo, la carga asociada a la depresión en los pacientes con cáncer sigue siendo hoy en día un reto para los profesionales de la práctica oncológica (Lantican, Williams, Bader, & Lerma, 2012).

Un estudio muestra que la evaluación negativa de las cogniciones intrusivas juegan un papel importante en el malestar psicológico y el distrés específico en pacientes con cáncer que presentan ansiedad (Whitaker, Watson, & Brewin, 2009). También la presencia de cogniciones intrusivas ha sido significativamente asociada con distrés significativo, con el ajuste de mala adaptación, incluyendo la preocupación ansiosa y la impotencia-desesperanza en pacientes con cáncer de próstata (Whitaker, Brewin, & Watson, 2008).

En pacientes con cáncer colorrectal se informa que tener una estoma tiene un impacto negativo en la imagen corporal. También indicó que la imagen corporal es un fuerte predictor de los niveles iniciales de la ansiedad, la depresión y el distrés (Sharpe et al., 2011). El distrés psicológico general se ha considerado como un predictor independiente de la Calidad de vida relacionada con la salud (Hyphantis et al., 2011).

Por otro lado, el instrumento de medición más utilizado para medir distrés en ambiente hospitalario es la escala "Hospital Anxiety and Depression (HADS)". Una revisión sistemática de 747 estudios reveló el buen desempeño del

instrumento, al evaluar la gravedad de los síntomas y los trastornos de ansiedad y depresión en pacientes con cuidados psiquiátricos, físicos y población en general, con un Alfa de Cronbach de 0.83 (Bjelland, Dahl, Haug, & Neckelmann, 2002).

Asimismo, recientemente se realizó una validación de la Escala HADS para pacientes oncológicos mexicanos, participaron 100 pacientes del Instituto Nacional de Cancerología (INCAN), 65.5% mujeres y el 34.5% hombres con una media de edad de 47.4 años. El análisis factorial presentó dos factores con los 14 reactivos originales y una consistencia interna global de (alfa = 0.83), los alfas de cada sub escala eran 0.82 para depresión y 0.78 para ansiedad. Con una r de Pearson de 0.41 – 0.64 siendo ésta significativa. En este sentido, en el presente estudio se utilizó esta escala, debido a que los resultados aseguran que el HADS presenta adecuada consistencia y validez para la población mexicana (Galindo et al., 2015).

Optimismo Disposicional

El optimismo es un constructo cognitivo sobre las expectativas respecto a resultados futuros. Se diferencia de las expectativas de situación en términos de situaciones en las cuales la expectativa es aplicable y estable en el tiempo (Carver & Scheier, 2014). Es por esto que, no se evalúa hacia un resultado concreto sino lo que se denomina optimismo disposicional.

El optimismo disposicional refleja el grado en que las personas tienen expectativas generalizadas más favorables que desfavorables para su futuro. El

enfoque del optimismo de Scheier y Carver se basa en un modelo de autorregulación de la conducta, en el cual se menciona que una persona persiste en conseguir un resultado si lo percibe como alcanzable. Por otro lado, el optimismo y el pesimismo se consideran como expectativas generalizadas de lo que le sucede a una persona en la vida, estas expectativas se suelen considerar como estables (rasgos) (Carver et al., 2005).

De esta manera, las personas que disposicionalmente tienen expectativas positivas para el futuro responden a la dificultad y la adversidad en formas más adaptativas que las personas que posean expectativas negativas. Además, confiere beneficios, tanto en dominios intrapersonales e interpersonales, se ha relacionado con un mejor bienestar emocional, e incluso mejores resultados en varias áreas de salud física debido a la promoción de un estilo de vida saludable, por las conductas adaptativas y las respuestas cognitivas asociadas con una mayor flexibilidad y por la capacidad de resolución de problemas (Carver, Scheier, & Segerstrom, 2010; Conversano et al., 2010).

En lo que se refiere a personas con cáncer, el optimismo disposicional favorece la adaptación a la enfermedad, actuando como factor protector, al disminuir la vulnerabilidad frente a otro tipo de enfermedades de carácter emocional y físico asociadas al cáncer (Mera & Ortiz, 2012); mejora y predice la calidad de vida (Pastells & Font, 2014; Mazanec, 2010); puede ayudar a hacer frente a las demandas estresantes del diagnóstico y tratamiento (Friedmana et al., 2006), y las personas responden en formas más adaptativas al utilizar estrategias de afrontamiento más efectivas (Conversano et al., 2010; Mera & Ortiz, 2012).

Además, niveles más altos de optimismo se asocian significativamente con menos desesperanza y una mejor calidad de vida en pacientes con cáncer avanzado; los resultados destacan un papel particularmente fuerte para el optimismo en la salud mental (Allison et al., 2014). También se observa que a mayor nivel de optimismo, mejor salud psicológica y salud social (Mera & Ortiz, 2012), así como mejor funcionamiento social y mental en mujeres con cáncer de mama (Colby & Shifren, 2013).

También, se ha observado que existe una relación sustancial entre el factor de la personalidad de optimismo y la ansiedad, la depresión y la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con cáncer (Zenger, Glaesmer, Hockel, & Hinz, 2011). Asimismo, bajo optimismo se asocia con la interrupción en las actividades sociales y recreativas, a su vez, las pacientes con cáncer de mama se retiran de las actividades en la medida en que están experimentando distrés (Carver, Lehman, & Antoni, 2003).

En pacientes con cáncer colorrectal se ha encontrado que tener un estoma, enfermedad en etapa posterior, bajo optimismo, valoración más negativa (amenaza) del cáncer, apoyo social único bajo, fatiga y tabaquismo son los factores de riesgo para una pobre calidad de vida y mayor distrés (Meng, Youl, Aitken, Dunn, & Baade, 2012).

En lo que se refiere a evaluación psicológica, actualmente se ha encontrado la utilización de diferentes instrumentos para medir Optimismo disposicional. Sin embargo *Life Orientation Test (LOT-R)* diseñada por Scheier, Carver y Bridges

(1994) es la que se ha utilizado con mayor frecuencia.

Un reciente estudio muestra que Life Orientation Test (LOT-R) es el instrumento más intensamente utilizado para evaluar de optimismo. En una muestra representativa de la población general de Colombia (N = 1.500) los análisis confirmaron la bidimensionalidad del cuestionario con dos factores: El optimismo y el pesimismo. Asimismo, los aspectos de validez convergente se estudiaron mediante la correlación de los valores LOT-R con la ansiedad, depresión, calidad de vida, la fatiga, la salud mental, la desesperanza y la auto-eficacia. El Optimismo fue más fuertemente correlacionado con estas variables que el pesimismo. Lo anterior implica que el LOT-R en su versión española es una herramienta adecuada y práctica para fines de diagnóstico y la investigación epidemiológica en muestras de América Latina (Zenger et al., 2013). En este estudio se utilizó la versión española de Otero, Luengo, Romero, Gómez y Castro (1998).

Calidad de vida

En sus orígenes la utilización del concepto de Calidad de Vida (CV) puede remontarse a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, como una alternativa para conocer la percepción de las personas sobre si tenían una buena vida o una vida segura financieramente (Meeberg, 1993).

Después, se fue extendiendo a partir de los sesentas, cuando los científicos sociales iniciaron investigaciones a través de la recolección de información objetiva como el estado socioeconómico, nivel educacional o tipo de vivienda

(Bognar, 2005), estos datos sólo eran capaces de explicar un 15% de la varianza en la calidad de vida individual. Frente a esto, algunos psicólogos plantearon que las mediciones subjetivas podrían explicar un mayor porcentaje de varianza, de esta manera indicadores psicológicos como la felicidad y la satisfacción explicaban 50% de la varianza de la calidad de vida (Haas, 1999).

Tomando en cuenta lo planteado por Fernández-Ballesteros (1998), se puede decir que la calidad de vida concuerda fundamentalmente en tres aspectos: (a) es subjetiva, (b) el puntaje asignado es diferente en cada persona y (c) el valor asignado a cada dimensión puede cambiar a través de la vida.

Asimismo, es una evaluación subjetiva, multidimensional, temporal y está relacionada con la salud. Como constructo incluye cuatro componentes principales: a) síntomas de la enfermedad y efectos secundarios, b) el funcionamiento físico, c) el funcionamiento psicológico, y d) el funcionamiento social. Cada tipo de tumor o modalidad de tratamiento presenta áreas específicas de evaluación de Calidad de Vida, además de las comunes en los diferentes tipos de cáncer (Arraras et al., 2011; Arraras, Martínez, Manterota, & Laínez, 2004).

Lo anterior implica que la calidad de vida también se evalúa de acuerdo al tipo de cáncer, dado que las manifestaciones físicas varían (Espinosa & Zamora, 2007). En particular, en los pacientes con cáncer colorrectal los principales factores que la afectan son los déficits en el funcionamiento emocional y social,

así como, fatiga, disnea, insomnio, estreñimiento, diarrea y cuestiones financieras (Rauch, Miny, Conroy, Neyton, & Guillemin, 2004).

Además, se ha evaluado la calidad de vida en pacientes con cáncer colorrectal, específicamente en pacientes con estoma, los resultados muestran un deterioro significativo en el funcionamiento, lo cual afecta negativamente su calidad de vida (Zajac et al., 2008). Del mismo modo, se ha demostrado que la autoeficacia en el cuidado del estoma es un predictor importante en su aceptación y la calidad de vida (Raingruber, 2011).

Por otro lado, la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC) se ha dedicado a evaluar la calidad de vida en los pacientes oncológicos, ha desarrollado un cuestionario general y módulos para diferentes tipos de tumores y tratamientos oncológicos (Arraras et al., 2004).

El EORTC QLQ-C30 es un cuestionario desarrollado para evaluar la calidad de vida de pacientes con cáncer, utilizado ampliamente en todo el mundo (Fayers, Bottomley, & EORTC Quality of Life Group and of the Quality of Life Unit, 2002). Consta de escalas funcionales, escalas de síntomas, una escala de estado global de salud/calidad de vida e ítems individuales para disnea, pérdida de apetito, insomnio, estreñimiento, diarrea y el impacto financiero (Fayers et al., 2001). Asimismo, la EORTC QLQ-CR29 mide la calidad de vida específicamente en pacientes con cáncer colorrectal, evalúa síntomas y funcionamiento que están asociados con el cáncer colorrectal y su tratamiento. Hay escalas separadas para pacientes con o sin estoma y también separa

elementos para evaluar la función sexual de hombres y mujeres (Whistance et al., 2009).

Actualmente la versión EORTC QLQ-C30 3.0 y la EORTC QLQ-CR29 como escala de medición para calidad de vida general y calidad de vida específica para pacientes con cáncer colorrectal son las versiones más recientes, por lo cual son las que se utilizaron en el presente estudio.

3.- INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS

El diagnóstico de cáncer y sus tratamientos posteriores imponen exigencias sobre la adaptación psicológica del paciente, es por esto que la investigación sobre el comportamiento sugiere la importancia de los factores cognitivos, conductuales y sociales para facilitar la adaptación durante el tratamiento activo y en la supervivencia del cáncer, sugiriéndose el uso de las intervenciones psicosociales. En este sentido, evidencia científica muestra que la intervención psicosocial puede mejorar los indicadores de adaptación psicológicos y fisiológicos en pacientes con cáncer (Antoni, 2013).

Una reciente investigación diseñada para evaluar la efectividad de una intervención psicológica específicamente para abordar las cuestiones existenciales a través del uso del sentido de decisiones sobre las estrategias de afrontamiento de ajuste psicológico en pacientes con cáncer de mama y cáncer colorrectal, mostró resultados estadísticamente significativos en la mejora de la autoestima, el optimismo y la autoeficacia para el grupo experimental en

comparación con el grupo control (Lee et al., 2006).

Asimismo, las diferentes intervenciones psicosociales que incluyen intervenciones educativas, Terapia Cognitivo-Conductual, entrenamiento en relajación y grupos de apoyo pueden reducir el tiempo de hospitalización, el dominio del estoma, la depresión y la ansiedad, para mejorar la calidad de vida en pacientes con cáncer colorrectal (Hoon et al., 2013). La Terapia Cognitivo-Conductual también ha mostrado ser efectiva en el bienestar psicológico del paciente oncológico (Galindo-Vázquez et al., 2013).

Terapia Cognitivo-Conductual

En sus orígenes, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) fue desarrollada por Aaron Beck en 1960. Tiene la premisa de que los problemas psicológicos se derivan de patrones distorsionados del pensamiento, y los pensamientos disfuncionales influyen en las emociones y el comportamiento de los pacientes, estos patrones consolidan los problemas, los cuales son comunes en las alteraciones psicológicas. De esta manera se trabaja de manera profunda en las creencias básicas de los pacientes acerca del mundo, de las personas y de sí mismos (Beck, 2011).

Existen varias clases de TCC, las cuales se dirigen hacia diferentes grados de cambio cognitivo y conductual como la Terapia en habilidades de afrontamiento, la Terapia para la solución de problemas y la Reestructuración cognitiva. La Terapia en habilidades de afrontamiento se usa principalmente para problemas externos al paciente, por lo que se enfoca en identificar y alterar las formas en

que la persona exagera la influencia de los eventos negativos. Mientras que la Reestructuración cognitiva se utiliza cuando los problemas son creados desde el interior de la persona. Hace énfasis en las creencias a largo plazo y las situaciones específicas que generan pensamientos automáticos negativos (Dobson & Dozois, 2010).

En este sentido, los terapeutas Cognitivo-Conductuales se enfocan en el estado actual y se concentran en la percepción que tiene la persona respecto de su vida y de los acontecimientos que surgen en ella. También intentan entrenarles para que tengan más control sobre su vida, ayudándoles a cambiar estilos que han sido problemáticos y a sustituirlos por otros que funcionen mejor. Por ejemplo, las personas pueden aprender nuevas formas de actuar, aprender a expresar sentimientos, formas de pensamiento y afrontamiento. La terapia Cognitivo-Conductual es una forma de tratamiento basada en evidencia experimental que se orienta hacia el problema, es de corta duración, se basa en hallazgos de investigación y procura que las personas realicen cambios y alcancen metas reales y específicas (Reynoso & Seligson, 2005).

Terapia Cognitivo-Conductual en cáncer

En Psicooncología, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) ha tenido una importante contribución en la mejora emocional general y en el bienestar psicológico y social del paciente, debido a su eficacia bien establecida en el tratamiento de la depresión, los trastornos de ansiedad, entre otros. Le permite al terapeuta proporcionar a la persona con cáncer una formulación dinámica de

los problemas específicos que están experimentando. Del mismo modo, la Terapia Cognitivo-Conductual es especialmente útil para los pacientes en estadio temprano pero también se ha utilizado con cierto éxito en pacientes con cáncer avanzado y con enfermedades terminales. Se suele adaptar y permitir un enfoque en la resolución de problemas donde los temas a ser resueltos están dirigidos hacia el uso de técnicas que tienen un impacto en el pensamiento, el grado e intensidad y las técnicas conductuales (Horne & Watson, 2011).

Un reciente estudio ha demostrado que los pacientes con cáncer terminal que recibieron TCC (80%) participaron en al menos cinco de las seis sesiones de terapia breve necesarias. Los resultados mostraron que los asignados a la TCC tuvieron mayor mejoría en las puntuaciones de la escala de ansiedad en comparación con el grupo control, con una diferencia significativa y un tamaño del efecto grande para la intervención. En este sentido, la TCC breve parece ser factible y clínicamente beneficiosa para reducir el sufrimiento relacionado con la ansiedad (Greer et al., 2012).

Por otro lado, los resultados de investigaciones en pacientes y sobrevivientes de cáncer de mama indican que las técnicas conductuales mejoran el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida relacionada con la salud (Duijts et al., 2011).

Cohen y Fried (2007) evaluaron la eficacia de una intervención grupal cognitivo-conductual (CB) contra un entrenamiento grupal de relajación e

Imaginería guiada (RGI) en pacientes con cáncer de mama. Los resultados indicaron que el distrés se redujo significativamente en ambos grupos de intervención en comparación con el grupo control. El grupo RGI fue más eficaz en la reducción de los niveles de la fatiga y dificultades del sueño, mientras que el grupo CB fue más eficaz en la reducción del locus de control externo de la salud. De esta manera, el estudio apoya el uso de ambos modelos CB y RGI para reducir el distrés en pacientes con cáncer de mama.

De forma semejante, en los últimos años ha surgido el Programa de Terapia Cognitivo Conductual para el Manejo del Estrés, el cual ha tenido efectos benéficos en la calidad de vida, que parecen están vinculados a una habilidad específica en el manejo del estrés enseñada en la intervención y se considera como un complemento clínicamente útil para ofrecer a los pacientes. (Antoni et al., 2006a; Antoni et al., 2006b).

Terapia Cognitivo-Conductual para el Manejo de Estrés (CBSM) en cáncer

La Intervención Cognitivo Conductual para Manejo de Estrés (CBSM) es un programa que integra relajación y manejo de estrés, así como, su promoción teórica y práctica durante 10 sesiones semanales. Este programa contiene diferentes tipos de relajación (Bernstein & Borkovec, 1973), imaginería y otras técnicas para reducir la ansiedad junto con los enfoques cognitivos conductuales utilizados y validados como: la reestructuración cognitiva (Beck, 1979), entrenamiento en habilidades de afrontamiento (Folkman et al., 1991),

habilidades de comunicación, entrenamiento asertivo y manejo de la ira (Ironson, Lutgendorf, Starr, & Costello, 1989).

Las técnicas presentadas durante las 10 semanas pretenden mejorar calidad de vida, incrementando la conciencia, la enseñanza de habilidades para la reducción de la ansiedad, la modificación y evaluación de distorsiones cognitivas, la creación de habilidades de afrontamiento, el manejo de la ira, la reducción del aislamiento social y la mejora de las habilidades de comunicación (Penedo, Antoni, & Schneiderman, 2008).

Inicialmente se implementó a hombres y mujeres con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), posteriormente a mujeres tratadas para cáncer de mama. Después este programa fue específicamente modificado para hombres tratados con cirugía (prostatectomía radical) y (estadios I/II) (Penedo et al., 2008).

Un reciente estudio en pacientes con cáncer de mama que se encuentran en etapa temprana, muestra que 10 semanas de intervención CBSM puede revertir la ansiedad relacionada con la regulación de la expresión génica proinflamatoria en los leucocitos circulantes. Estos hallazgos aclaran que las intervenciones conductuales pueden influir en la salud física y alterar los procesos inflamatorios periféricos que pueden afectar recíprocamente los procesos cognitivos (Antoni, 2013).

En sobrevivientes de cáncer de mama quienes fueron contactadas de nuevo 8 a 15 años después de la inscripción para participar en una evaluación de

seguimiento, se observó que los participantes asignados a CBSM reportaron síntomas depresivos significativamente más bajos y una mejor calidad de vida, con un tamaño del efecto mediano por encima de los efectos de las covariables. Es por esto que los autores concluyen que su implementación temprana puede influir en el funcionamiento psicosocial a largo plazo (Stagl et al., 2015).

Por su parte, Groarke, Curtis, y Kerin (2013) realizaron un ensayo clínico aleatorio para examinar la efectividad de una intervención Cognitivo-Conductual para el Manejo del Estrés (CBSM) breve en mujeres con cáncer de mama que habían sido sometidas 4 meses antes. Los análisis revelaron en los pacientes que recibieron la intervención un significativo descenso en la tensión y la ansiedad total en comparación con los controles. En este sentido, la intervención CBSM, que era más breve (5 semanas vs. 9-20 semanas), tuvo efectos beneficiosos sobre el ajuste para las mujeres con cáncer de mama y fue particularmente eficaz para las personas con un mayor estrés global.

Apoyando la investigación anterior, Gudenkauf et al. (2015) compararon el desmantelamiento de las 2 intervenciones que conducen los efectos de CBSM: un entrenamiento Cognitivo-Conductual (CBT) de 5 semanas y entrenamiento en relajación (RT) de 5 semanas en cáncer de mama no metastásico. Los resultados indicaron una disminución del afecto depresivo tanto en la CBT como en los grupos de RT. En cuanto a los recursos de manejo del estrés, el grupo de CBT reportó una mayor confiabilidad (seguridad) en redes de apoyo social, mientras que el grupo RT informó una mayor confianza en las habilidades de relajación. De esta manera, se muestra que la forma breve de intervención en el

manejo del estrés tiene mejoras en los recursos de adaptación y el manejo del distrés.

Por otro lado, también se ha evaluado la efectividad de la CBSM de 10 semanas en pacientes con cáncer de próstata localizado tratados con radiación o la prostatectomía radical. Los resultados indicaron que la condición CBSM condujo a aumentos en la calidad de vida, los cambios establecidos fueron mediados por el desarrollo de habilidades de manejo del estrés, apoyándose el uso de intervenciones Cognitivo-Conductuales grupales para la promoción de la calidad de vida en esta población (Penedo et al., 2006).

Asimismo, la intervención CBMS de 10 semanas que fue adaptada lingüísticamente y culturalmente para su uso con los hombres monolingües hispanos recientemente tratados por carcinoma de próstata localizado (PC), la cual predijo significativamente mayor bienestar físico, el bienestar emocional, el funcionamiento sexual, y el bienestar total después del período de intervención (Penedo et al., 2007).

También se ha evaluado su efectividad en sobrevivientes de cáncer de próstata localizado. Los participantes mostraron mejoría en el bienestar emocional en relación con el grupo control, por lo cual se considera que la percepción de cáncer de próstata puede ser un objetivo importante para mejorar el bienestar emocional, sobre todo para los hombres que experimentan estrés en general. En este sentido, las intervenciones que se dirigen explícitamente a las representaciones mentales de cáncer pueden ser necesarias para modificar la

percepción de la enfermedad (Traeger et al., 2013).

De esta manera, en la literatura se puede observar la efectividad de la Intervención Cognitivo-Conductual para el Manejo del Estrés, sin embargo, se sugieren más estudios en otras poblaciones (Galindo-Vázquez et al., 2013); y evaluar la efectividad de Intervenciones más breves (Gudenkauf et al., 2015), en comparación con grupos control, como Psicoeducación.

Psicoeducación

En las últimas décadas, la Psicoeducación en la psicología de la salud se ha combinado con el asesoramiento del comportamiento e incluso con la psicoterapia. Con regularidad, se aplica en un ambiente de grupo que es específico para un diagnóstico, es estructural y terapéuticamente apropiado. El componente de asesoramiento conductual en Psicoeducación se inclina a las emociones, percepciones, la superación, la relajación y el cuidado personal, mientras que el componente educativo imparte conocimientos acerca de la condición física o psicológica que es compartida por los participantes en el grupo (Cummings & Cummings, 2008).

Cummings y Cummings también señalan que los componentes en la Psicoeducación incluyen el tratamiento de la condición; el cumplimiento del régimen médico y psicológico; y la prevención de la progresión, la exacerbación o recaída. Por lo que, los programas psicoeducativos abarcan la enfermedad crónica física, condiciones psicológicas intratables y ciertas situaciones de la vida.

En este sentido, la Psicoeducación mejora los resultados de salud y reduce los costos de salud en los pacientes con enfermedades crónicas físicas, pacientes antes o después de la cirugía y condiciones psicológicas. Sin embargo, su eficacia es un poco limitada en la mayoría de los programas de grupo, debido a un exceso de confianza en las características educativas y la falta de intervenciones conductuales intensivas, especialmente cuando se requieren las habilidades de un psicoterapeuta (Cummings & Cummings, 2008).

El análisis multivariado de varianza de un estudio que tuvo como objetivo examinar la eficacia de una intervención psicoeducativa (PEI), en comparación con la atención habitual en pacientes con cáncer de pulmón, reveló una diferencia significativa en el tiempo entre el PEI y el grupo de control en el patrón de cambio del grupo de síntomas, también fueron encontrados efectos significativos en los patrones de cambios en la disnea, la fatiga, la ansiedad, y la capacidad funcional (Chan, Richardson, & Richardson, 2011).

Sherman et al. (2012) examinaron el ajuste físico, emocional y social de las mujeres con cáncer de mama en estadio temprano quienes recibieron psicoeducación por cintas de vídeo, asesoramiento telefónico, o psicoeducación además asesoramiento telefónico, abordándose las necesidades específicas de las mujeres durante el diagnóstico, después de la cirugía, la terapia adyuvante y las fases de recuperación en curso de la enfermedad. Los resultados en todos los grupos mostraron una mejora en el tiempo de la salud en general, el bienestar psicológico y la adaptación social. También se redujo el efecto secundario del distrés y la severidad de efectos secundarios, y aumentó el

bienestar psicológico durante la fase de la terapia adyuvante. Sin embargo, hay una necesidad de examinar más a fondo los problemas de ajuste que continúan durante la fase de recuperación (Sherman et al., 2012).

Del mismo modo, pacientes con cáncer de mama en estadio temprano que fueron asignados a una intervención psicoeducativa mostraron más actitud positiva a los 2 y 6 meses y menos impotencia/desesperanza a los 2 meses, en comparación a un grupo de apoyo. Estos resultados muestran que la intervención psicoeducativa parece aumentar a corto plazo el afrontamiento adaptativo (Schou et al., 2014). De la misma manera, Dolbeault et al. (2009) observaron una reducción significativa de la ansiedad, la ira, la depresión y la fatiga, así como una mejora significativa en las relaciones interpersonales, el funcionamiento emocional, el estado de salud y el nivel de fatiga en las pacientes después de tratamiento primario que recibieron intervención psicoeducativa, lo cual demuestra su viabilidad y eficacia, debido a que puede acelerar la reducción de los efectos negativos que están presentes al final del tratamiento.

Por su parte, Chow, Chan, Chan, Choi y Siu (2014) sugieren la factibilidad de la intervención psicoeducativa, la cual puede tener efectos beneficiosos en pacientes con cáncer ginecológico, observándose mejoría significativa en el nivel de información sobre la enfermedad, así como, tendencias hacia la mejora en la calidad de vida, la depresión, la incertidumbre y la percepción sobre el apoyo social.

Además, Otis-Green et al. (2008) demostraron la viabilidad de una intervención psicoeducativa secuencial estructurada y en persona en el entorno clínico ambulatorio en pacientes con cáncer de ovario, es por esto que se muestra la importancia de desarrollar intervenciones que aborden la calidad de vida, así como el inicio de una intervención psicoeducativa integral antes del curso de la enfermedad.

CAPÍTULO III

MÉTODO

PARTICIPANTES

Participaron un total de 22 pacientes con cáncer colorrectal. Los criterios de inclusión fueron: personas con el diagnóstico de cáncer colorrectal que acuden a la UMAE Hospital de Especialidades No. 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey, Nuevo León., que se encuentren después de la Cirugía desde Julio 2015, estadio I-III, edades de 25 a 75 años, del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León y que hayan aceptado participar. Se excluyeron a pacientes con diagnóstico de cáncer previo, cáncer metastásico y quienes habían recibido previa o actualmente algún tipo de intervención psicológica. Los criterios de eliminación fueron instrumentos de evaluación psicológica incompletos y haber acudido a solo de 1 a 3 sesiones de la intervención asignada.

Las características sociodemográficas y médicas de los participantes se observan en la Tabla 1. De los pacientes del grupo experimental se observa que 6 (54.5%) tienen un diagnóstico cáncer de colon y 5 (45.5%) de recto; en comparación con el grupo control de los cuales 7 (63.6%) corresponden al diagnóstico de colon y 4 (36.4%) al diagnóstico de recto. También se puede

observar que la Etapa Clínica IIA es la que mayormente predomina en los participantes con 5(45.5%) para el grupo experimental y 4(36.4%) para el grupo control.

Tabla 1. Características médicas y sociodemográficas de los participantes.

Variables (N=22)	Grupo	
	Experimental f(%) TCC	Control f(%) PE
Diagnóstico		
Ca colon	6(54.5)	7(63.6)
Ca recto	5(45.5)	4(36.4)
EC		
I	2(18.2)	0(0)
IIA	5(45.5)	4(36.4)
IIB	2(18.2)	2(18.2)
IIIA	2(18.2)	0(0)
IIIB	0(0)	3(27.3)
IIIC	0(0)	2(18.2)
Sexo		
Masculino	8(72.7)	6(54.5)
Femenino	3(27.3)	5(45.5)
Estado civil		
Soltero	1(9.1)	2(18.2)
Casado	9(81.1)	7(63.6)
Unión libre	1(9.1)	0(0)
Divorciado	0(0)	2(18.2)
Trabajo		
Si	3(27.3)	4(36.4)
No	8(72.7)	7(63.6)
	M(DE)	M(DE)
Edad	56.00(11.67)	52.90(12.67)
Ingreso mensual	11045.45(5755.23)	3040.00(3761.56)
Escolaridad	10.09(3.20)	10.60 (4.97)
Número de hijos	2.64(1.36)	2.60(2.27)

f= Frecuencia, M(DE)= Media(Desviación Estándar), TCC= Terapia Cognitivo Conductual, PE= Psicoeducación

En relación al sexo se identifica mayor número de hombres en el grupo experimental 8(72.7%), en comparación con el grupo control en el cual el sexo es similar: 6(54.5%) corresponde a hombres y 5(45.5%) a mujeres. El estado civil que predominó en los participantes del grupo experimental y el grupo control fue el casado con 9(81.8%) y 7(63.6%) respectivamente. Adicionalmente, 8(72.7%) y 7(63.6%) no trabajan.

También en las características de los participantes se puede observar un rango de edad de 33 a 74 con una media de 56.00 años (11.67) para el grupo experimental, mientras que en el grupo control el rango fue de 30 a 67 con una media de edad de 52.90 años (12.67). Asimismo los participantes del grupo experimental tienen un ingreso mensual promedio de 11045.45 (5755.23) pesos, una escolaridad de 10.09 años (3.20) y el promedio de hijos es de 2.62 (1.36). Los del grupo control tienen un ingreso mensual de 3040.00 (3761.56) pesos, una escolaridad de 10.60 años (4.97) y el promedio de hijos es de 2.60 (2.27).

APARATOS E INSTRUMENTOS

Estrés postraumático

Escala de Impacto de Evento-Revisada, EIE-R (Weiss, 1996). Cuenta con 22 ítems y 3 subescalas: Intrusión (7 ítems), Evitación (8 ítems) e Hiperactivación (7 ítems). Evalúa la intensidad de los síntomas en los últimos 7 días a través de una escala tipo Likert. Los coeficientes de consistencia interna reportados para

las subescalas son: intrusión (0.87-0.91), evitación (0.84 -0.85) e hiperactivación (0.79-0.90) (Weiss & Marmar 1997). En el presente estudio se utilizará la versión chilena de la EIE-R, la cual muestra un alfa de Cronbach total de 0.98 (Caamaño et al., 2011).

Distrés

Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS). Originalmente diseñada por Zigmond y Snaith en 1983 como instrumento de screening para detección de pacientes con trastornos afectivos en respuesta ante los importantes acontecimientos (Linden et al., 2012). En el presente estudio se utilizará el instrumento de 12 ítems para población de pacientes oncológicos mexicanos; consta de dos subescalas de 6 reactivos: depresión y ansiedad. Cada reactivo tiene cuatro posibles respuestas que puntúan de 0 a 3, para un total de 0 a 21. Para calcular los puntos de corte se toman en cuenta los valores obtenidos a partir del percentil 75 para considerar como caso leve de sintomatología ansiosa o depresiva. Igualmente, para considerar pacientes sin depresión (0- 5), depresión leve (6-8), depresión moderada (9-11) y depresión grave (12 en adelante). Para la subescala de ansiedad: sin ansiedad (0-5), ansiedad leve (6-8), ansiedad moderada (9-11) y ansiedad grave (12 en adelante). El alfa de Cronbach de la subescala de ansiedad de la HADS fue de .79, mientras que en la subescala de depresión fue de 0.80. El alfa de Cronbach, con 12 reactivos, alcanzó 0.86 (Galindo et al., 2015). Singer et al. (2009) han considerado como punto de corte mayor o igual a 13 en la escala total del HADS, debido a que ofrece sensibilidad óptima y especificidad en la detección de distrés psicológico

en pacientes con cáncer.

Optimismo disposicional

Life Orientation Test (LOT-R). La escala LOT-R fue diseñada por Scheier et al. (1994). En este estudio se utilizó la versión española de Otero et al. (1998), la cual consta de 10 ítems: 6 miden el optimismo disposicional y los otros 4 sirven para disminuir el impacto del contenido del test. Esta escala cuenta con una fiabilidad de $\alpha = 0.79$. De los 6 ítems de optimismo disposicional, 3 están redactados en sentido positivo (optimismo) y 3 en sentido negativo (pesimismo).

Calidad de vida

La Escala de la EORTC QLQ-C30 3.0. Para la medición de la calidad de vida se utilizó el instrumento QLQ-C30 3.0, específica para el tipo de cáncer. Fue elaborado por el grupo de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC) obteniéndose un alfa de Cronbach entre 0.70 y 0.87 (Fayers et al., 2001). Tiene cinco escalas funcionales: funcionamiento físico, actividades cotidianas, emocional, cognitivo y social; tres escalas de síntomas: fatiga, dolor, y náusea/vómitos; una escala de estado global de salud/calidad de vida; también incluye ítems individuales que evalúan disnea, pérdida de apetito, insomnio, estreñimiento, diarrea y el impacto financiero. Consta de 30 ítems en formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos, excepto en la escala global que tiene siete. Los resultados de las escalas e ítems individuales se convierten en una puntuación estandarizada de 0 a 100.

La Escala de la EORTC QLQ-CR29. Para la medición de la calidad de vida específicamente en pacientes con cáncer colorrectal se utilizó el instrumento QLQ-CR29 (Whistance et al., 2009) que incluye 29 ítems que evalúan síntomas (gastrointestinal, urinario, áreas de dolor y otros) y funcionamiento (sexual, imagen corporal y otros) que están asociados con el cáncer colorrectal y su tratamiento. Hay escalas separadas para pacientes con o sin estoma (que puede ser comparado), también separa elementos para evaluar la función sexual de hombres y mujeres. El cuestionario tiene una escala Likert de cuatro categorías de respuesta similar a la utilizada en el EORTC QLQ-C30 (Fayers et al., 2001). La fiabilidad de consistencia interna de la escala fue evaluado con el coeficiente alfa de Cronbach (≥ 0.70 criterio) (Arraras et al., 2011).

PROCEDIMIENTO

Diseño utilizado:

Para realizar lo anterior se utilizó un Ensayo Clínico Aleatorizado (ECA) de acuerdo con los criterios del Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT, 2010).

Recolección de Datos:

Para la obtención de la muestra se solicitó apoyo a médicos especialistas, enfermeros y trabajador social para referir pacientes que cubran los criterios de inclusión de la investigación.

Aleatorización: Un colaborador ajeno a la evaluación psicológica y aplicación de la intervención Cognitivo-Conductual y sesiones de Psicoeducación, realizó la asignación a los grupos por medio del programa RANDOM. ORG. La aleatorización se realizaba por bloques, los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y aceptaban participar eran aleatorizados.

Implementación: La secuencia de asignación se llevó a cabo por un psicólogo ajeno a la evaluación psicológica y el proceso de tratamiento Cognitivo-conductual y Psicoeducación (asignación oculta). Asimismo, un colaborador de la investigación realizó las evaluaciones correspondientes en cada momento y en cada grupo de intervención. El periodo de reclutamiento se llevó a cabo a partir del octubre del 2015 a Febrero del 2017, de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión antes mencionados.

Después de que los que aceptaban participar y se realizaba la asignación aleatoria, se citó a los pacientes de cada uno de los grupos por separado, antes de la primer sesión eran evaluados y posteriormente recibían de manera semanal una sesión de la intervención correspondiente: para el grupo experimental la Terapia Cognitivo-Conductual y para el grupo control Psicoeducación (Tabla 2, Anexo 4, Anexo 5).

Posterior a la intervención se realizó una segunda evaluación para ambos grupos. Después de tres meses se realizó una evaluación de seguimiento a los dos grupos, para posteriormente realizar el análisis de los resultados.

Tabla 2. Diseño de intervención grupal

Grupo Experimental	Grupo Control
<p><i>Terapia cognitivo conductual para el manejo del estrés breve (TCC).</i></p> <p>Modificada de Penedo et al. (2008)</p> <p>5 sesiones semanales de 2 horas</p> <p>Modalidad: grupal</p> <p>Consta de dos partes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Técnicas cognitivo conductuales como: Reestructuración Cognitiva. 2. Entrenamiento en técnicas de relajación como: Relajación Muscular progresiva, respiración diafragmática, respiración profunda, relajación muscular progresiva pasiva, imaginación guiada y relajación para la sanación y el bienestar. <p>Se enfatiza en la realización de tareas relacionadas con las técnicas aprendidas</p> <p>Se entrega CD para práctica en casa y Manual de actividades al inicio de la intervención.</p>	<p><i>Psicoeducación (PE)</i></p> <p>Modificada de Penedo et al. (2008)</p> <p>5 sesiones semanales de 1 hora</p> <p>Modalidad: grupal</p> <p>Se impartirá información sobre la enfermedad, los tipos de tratamiento, el manejo de efectos secundarios del tratamiento, estilo de vida saludable y calidad de vida después del diagnóstico. El grupo no recibirá técnicas Cognitivo-Conductual y Técnicas de Relajación.</p> <p>Se entrega manual de información al finalizar la intervención psicoeducativa.</p>

Análisis de Datos:

Los datos fueron capturados en el Software Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (IBM SPSS), versión 22.

Para determinar la factibilidad de la intervención Cognitivo-Conductual para el manejo del estrés se obtendrán los siguientes indicadores:

- *Número de pacientes elegibles:* número de posibles participantes del estudio, número de pacientes excluidos, número de pacientes que rechazaron participar.
- *Número de pacientes que aceptaron participar:* número de pacientes aleatorizados, número de pacientes asignados a los grupos.
- *Adherencia:* número de pacientes que completaron las sesiones y cumplimiento de tareas.
- *Seguridad:* número de eventos adversos durante las sesiones.

Se realizó el análisis de distribución normal de las variables por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se utilizó estadística descriptiva para las variables sociodemográficas, médicas y psicológicas de cada grupo de intervención. Se realizó el análisis de varianza (ANOVAs) con medidas repetidas para identificar los efectos del tiempo (pre- post y seguimiento) y los efectos de interacción de los grupos (TCC vs PE). Se utilizó la corrección de Greenhouse-Geisser cuando era apropiado y se informaron los resultados corregidos. Se obtuvo el tamaño del efecto con la eta cuadrada parcial (η^2_p), los

valores indicados por Cohen son los siguientes: $\eta^2 = 0,01$ se considera un efecto pequeño, $\eta^2 = 0,06$ un tamaño de efecto medio y $\eta^2 = 0,14$ un efecto grande.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Se realizaron los análisis de datos pertinentes, con la finalidad de cubrir los objetivos planteados al inicio del estudio.

Análisis de factibilidad del ensayo clínico aleatorizado

En la Figura 1 se muestra el esquema de participantes del Ensayo Clínico Aleatorizado, en donde 337 participantes fueron evaluados para elegibilidad en la UMAE Hospital de Especialidades No. 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de los cuales 242 no cumplía con los criterios de elegibilidad y 1 se rehusó a participar. Se asignaron al azar 94 participantes: 40 para el grupo experimental y 54 para el grupo control. El número de participantes que se reporta para el análisis de resultados fue: grupo experimental (n=11) y grupo control (n=11).

Los participantes que se asignaron de forma aleatoria para recibir la Intervención Cognitivo-Conductual para el Manejo del Estrés breve (TCC) de 5 sesiones semanales de 2 horas fueron 40. De los cuales, no culminaron con 4 o más sesiones (n=6), de ellos completaron 3 sesiones (n=1), completaron 2 sesiones (n=2), completaron 1 sesión (n=3). Quienes no recibieron la

Intervención Cognitivo-Conductual fueron 23 participantes; las razones que se incluyeron fueron: no aceptaron participar, n=3; traslado, n=3; persistencia o progresión de la enfermedad, n=3; efectos secundarios al tratamiento, n=8; y no localizados, n=6. En relación al seguimiento (n=4) no cumplían con tiempo establecido.

En la realización de las tareas, se obtuvo un rango de 2 a 8 elaboradas. En cuanto a la frecuencia se describe que 8(72.8%) de los participantes realizaron más de la mitad de las tareas; 8 tareas fueron realizadas por 4(36.4%) de los participantes, seguido por 6 tareas 2(18.2%) y 4 tareas 2(18.2%).

Adicionalmente, también se asignaron al azar 54 participantes para grupo control de Psicoeducación (PE) de 5 sesiones semanales de 1 hora. De los cuales, no culminaron con 4 o más sesiones (n=3), de ellos culminaron 3 sesiones (n=1), culminaron 2 sesiones (n=1), y culminaron con 1 sesión (n=1). Quienes no recibieron la Psicoeducación fueron 40; las razones por las cuales no la recibieron fueron: no aceptaron participar, n=7; traslado, n=2; muerte, n=2; persistencia o progresión de la enfermedad, n=2; efectos secundarios al tratamiento, n=12; y no localizados, n=15. En relación al seguimiento, se reporta un participante perdido por muerte.

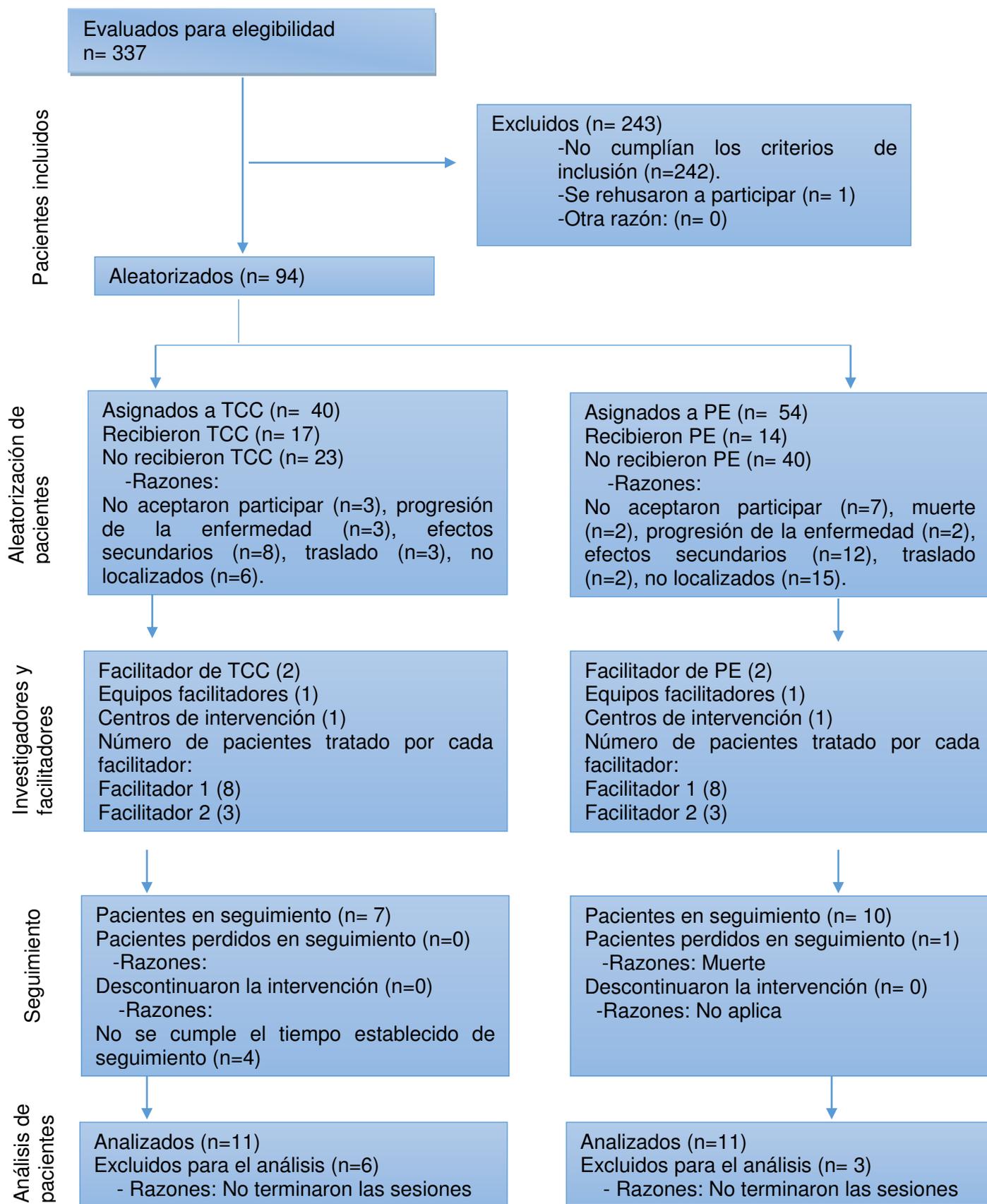


Figura 1. Diagrama de los participantes del Ensayo Clínico Aleatorizado.

Análisis de varianza

En el análisis de ANOVA no se obtuvieron efectos principales en las variables de la escala de estrés postraumático (conducta de evitación, hiperactivación y pensamientos intrusivos). La interacción entre los grupos fue significativa en las variables de conducta de evitación $F(2, 28)=6.0$, $p= .01$, $\eta^2_p=.30$ y de hiperactivación $F(2,30)=3.91$, $p=.03$, $\eta^2_p=.20$ con tamaño del efecto grande en ambas. En la Tabla 3, se muestran las medias de la interacción, donde se observa que en grupo de Psicoeducación (PE) la conducta de evitación disminuye en el posttest y en el seguimiento vuelve a aumentar quedando más alta que el grupo de Cognitivo-Conductual (TCC).

En la escala de síntomas de la calidad de vida específica para pacientes de cáncer de colon que tienen un estoma el ANOVA con la corrección de Greenhouse-Geisser muestra un efecto de interacción significativo entre los grupos con un tamaño del efecto grande $F(3,20)=21.8$, $p=.00$, $\eta^2_p=.68$. En las medias de interacción se observa que en el grupo TCC los síntomas aumentan en el posttest y disminuyen en el seguimiento a tres meses, mientras que en el grupo de PE los síntomas disminuyen del pretest al posttest e incrementan en el seguimiento recuperando los niveles de la línea base.

En la variable de optimismo se obtuvo un efecto principal significativo $F(2,28)=4.0$, $p=.03$, $\eta^2_p=.22$, en el que la media del seguimiento fue más alta que el pretest; sin embargo no se obtuvieron efectos de interacción significativos.

En lo que se refiere a las variables de distrés, funcionamiento, síntomas, calidad de vida total, salud global de la calidad de vida y síntomas de la calidad de vida en pacientes que no tienen un estoma no se observaron efectos principales ni efectos de interacción estadísticamente significativos.

Tabla 3. Análisis de varianza para medidas repetidas (Efectos de interacción)

(N=22)	Subescala	Experimental			Control			F(p)	η ²
		M1(DE)	M2(DE)	M3(DE)	M1(DE)	M2(DE)	M3(DE)		
Estrés postraumático	PI	3.5(1.9)	4.5(3.8)	4.0(3.7)	7.5(6.3)	4.6(5.3)	4.7(5.4)	1.5(.23)	.09
	CE	5.1(5.1)	6.9(6.3)	2.7(1.7)	9.4(8.0)	5.8(5.3)	8.8(8.5)	6.0(.00)**	.30
	HA	3.4(4.0)	4.6(3.8)	1.5(1.5)	7.2(8.8)	4.5(5.5)	5.1(6.1)	3.9(.03)*	.20
Distrés		4.6(4.8)	4.0(2.6)	3.3(1.9)	6.1(5.3)	4.4(3.3)	3.9(4.5)	.50(.60)	.03
Optimismo		39.8(3.3)	40.4(4.1)	42.1(3.3)	38.5(5.3)	38.4(2.6)	43.1(4.5)	.60(.55)	.04
Calidad de vida	FUN	85.0(12.4)	89.3(5.1)	87.9(11.6)	87.2(9.6)	88.7(12.6)	88.6(16.5)	.12(.88)	.00
	SIN	15.6(10.9)	11.6(8.0)	13.5(11.7)	12.4(8.7)	14.1(12.0)	10.3(9.5)	.85(.43)	.05
	CVT	63.7(4.8)	63.0(6.2)	62.3(7.8)	62.4(5.0)	64.0(5.4)	62.9(6.9)	.41(.66)	.02
	SG	90.4(10.1)	88.0(11.6)	85.7(14.2)	87.5(11.2)	89.1(13.6)	90.0(10.2)	.59(.55)	.03
	SIN EST	5.5(2.9)	12.0(7.8)	5.5(2.9)	22.0(20.3)	15.0(19.2)	22.0(20.3)	21.8(.00)**	.68
	SIN NO EST	12.2(5.7)	14.4(9.6)	11.4(8.3)	15.1(7.9)	15.1(9.7)	12.9(6.3)	.07(.93)	.01

** p≤.01, * p≤.05 M= Media (DE)= Desviación estándar, η²= eta cuadrado parcial, PI= Pensamientos intrusivos CE= Conductas de evitación HA= Hiperactivación FUN= Funcionamiento SIN= Síntomas CVT= Calidad de vida total SG= Salud global SIN EST= Síntomas con estoma SIN NO EST= Síntomas sin estoma.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo general de este estudio fue determinar la factibilidad y los efectos de la Intervención Cognitivo-Conductual para Manejo del Estrés breve en comparación con un grupo de Psicoeducación en las variables de estrés postraumático, distrés, optimismo y la calidad de vida en pacientes con cáncer colorrectal.

La factibilidad del estudio se determinó por medio de las tasas de respuesta y adherencia del paciente a las intervenciones asignadas. En este sentido, en nuestro estudio se consideraron 337 pacientes evaluados para elegibilidad, 242(71.81%) no cumplieron con los criterios de inclusión, 1(0.29%) no aceptó participar y 94(27.89%) aceptaron participar. Estos resultados son similares a los de Manne et al. (2011) donde se abordaron 340 parejas y 71 aceptaron participar (21% de aceptación) en la Terapia Mejoradora de la Intimidad, siendo una intervención de 5 sesiones en hombres diagnosticados con cáncer de próstata localizado. Del mismo modo, en el estudio de Livingston et al. (2010) se observa que el 87% de los sobrevivientes de cáncer colorrectal accedieron participar en un programa de referencia por teléfono para la depresión. También Jefford et al. (2011) demostraron la aceptabilidad de un programa piloto de tratamiento de apoyo (SurvivorCare) que incluye información individualizada,

cara a cara y material informativo para personas con cáncer colorrectal potencialmente curativo, 12 sobrevivientes fueron abordados en el estudio piloto, 2 declinaron su participación debido a la ansiedad o el poco interés en el estudio, una persona se retiró del estudio antes de completar el seguimiento debido a enfermedad progresiva, y otro participante se perdió en el seguimiento. Finalmente 8(80%) participantes completaron los componentes de la intervención y recopilación de datos.

Por otro lado, en este trabajo se observa que de los 94 participantes que fueron asignados 22(23.40%) completaron las sesiones (11 por cada grupo), 9 (9.57%) no culminaron las sesiones, y 67.02% no recibieron la intervención asignada, debido a que el paciente no acepto participar (n=10); traslado (n=5), muerte (n=2), persistencia o progresión de la enfermedad (n=5), efectos secundarios al tratamiento (n=20) y no localizados (n=21). Estos resultados coinciden con los del estudio de Manne et al. (2011), en función al porcentaje de aceptación debido a que se observa que 21% de los pacientes aceptaron participar y el resto no, sin embargo las razones de la negativa de participación fueron diferentes a este estudio ya que ellos mencionaron el tiempo de la intervención y que no se beneficiarían de la participación.

En cuanto a la asistencia se muestra que de los 31 que recibieron la intervención, 22(70.96%) participantes completaron las sesiones y el 9(29.03%) acudieron entre una y tres sesiones. Estos resultados son similares a los de Manne et al. (2011), donde se muestra que 73% asistieron a cuatro o cinco sesiones, aproximadamente 5% asistieron entre una y tres sesiones y el 21.6%

no asistió a ninguna sesión. También con el estudio de Collins et al. (2013) que describe la Terapia Cognitiva Existencial de Pareja de seis sesiones en hombres con cáncer de próstata en etapa temprana, sus resultados indicaron que el cumplimiento de los participantes fue favorable al acudir 10 de 12 parejas a todas las sesiones indicando que la intervención fue aceptable y factible.

Respecto la adherencia como se comentó anteriormente la mayoría de los participantes completaron las sesiones y los que no completaron fue por las siguientes razones: efectos secundarios del tratamiento (cirugía y la quimioterapia), traslado, complicaciones familiares y no necesitar apoyo psicológico. Estos resultados coinciden con los de Anderson, Caswell, Wells, Steele y MacAskill (2010) donde se muestra que las barreras reportadas para la adherencia de una intervención personalizada orientada a la estilo de vida (dieta, ejercicio y control del peso) en adultos con sobrepeso sobrevivientes con cáncer colorrectal estaban relacionadas principalmente a los efectos de la cirugía colorrectal, tratamientos, comorbilidades y otros compromisos, muchos de los pacientes todavía tenían problemas después de la cirugía, por ejemplo ser propensos a la diarrea o fugas por el estoma lo que provoca limitaciones en ir por largos periodos.

Por otra parte el grupo experimental incluía 8 actividades para realizar en casa (2 por semana), en nuestros resultados se identifica que 8(72.8%) de los participantes realizaron más de la mitad de las tareas; 8 tareas fueron realizadas por 4(36.4%) de los participantes, seguido por 6 tareas 2(18.2%) y 4 tareas 2(18.2%). Estos resultados coinciden con los del estudio de Stafford et

al. (2013) donde se observó la viabilidad de la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness de 8 sesiones semanales en mujeres con cáncer de mama y ginecológico, donde 3(8%) informaron el mantenimiento diario de la práctica de la meditación, 14(39%) meditaron pocos días, 10(28%) meditaron una vez a la semana, 7(19%) medito una vez al mes y 2(6%) declararon que nunca meditaron. De esta manera, se muestra la similitud en el cumplimiento de actividades para realizar en casa por semana en los participantes.

Young et al. (2010) ha considerado que cuando se obtienen niveles intermedios de participación, una alta adherencia y el cumplimiento de tareas las intervenciones pueden considerarse viables y factibles. Por su parte Thabane et al. (2010) mencionan que el resultado de un estudio piloto puede ser: 1) Alto - estudio principal no factible; 2) Continuar - factible con modificaciones; 3) Continuar sin modificaciones - monitorear el estudio; y 4) Continuar sin modificaciones – factible. En base a esto y de acuerdo a los resultados obtenidos en los que se observa un nivel adecuado de aceptación 33%, sin embargo la confirmación de la asistencia a las sesiones se ve afectada principalmente por los efectos secundarios del tratamiento, el no localizar a los pacientes y los que no aceptaron, consideramos la factibilidad con modificaciones de la intervención Cognitivo-Conductual para el Manejo del Estrés (TCC), así como la Psicoeducación (PE).

Es decir, dadas las razones por las que los participantes no comienzan la intervención se proponen las siguientes modificaciones como la combinación de sesiones presenciales y por teléfono, con la finalidad de la adherencia de los

participantes que presentan complicaciones o efectos secundarios por el proceso de enfermedad. Esto se sugiere a partir del estudio de Kim, Yang y Hwang (2015) en el cual se determinó que la intervención psicoeducativa centrada en la sexualidad cara a cara combinada con teléfono o internet demuestra un tamaño del efecto más alto, que la intervención cara a cara y por teléfono de forma independiente. Del mismo modo, Carmack et al. (2011) sugieren que se puede considerar la entrega de la intervención a través de un enfoque basado en la distancia, lo que podría ayudar a superar algunas barreras para el reclutamiento y la asistencia (tiempo, viaje) en cáncer colorrectal. Por su parte, Zhang et al. (2014) muestran que el seguimiento telefónico parece ser un método eficiente, conveniente, menos costoso y de ahorro de tiempo para pacientes y profesionales de la salud.

Asimismo, una revisión de literatura en intervenciones psicológicas en pacientes con cáncer colorrectal sugiere que el contacto telefónico, las visitas a domicilio y la sesión de enseñanza individual y sesiones en grupo deben ser incluidos en los programas de intervención (Hoon, et al., 2013).

A continuación se discuten los resultados obtenidos en cuanto al efecto de la Intervención Cognitivo-Conductual para el manejo del estrés, en comparación con la Psicoeducación en las variables psicológicas estudiadas.

En cuanto a la variable de estrés postraumático, el análisis de varianza reporta una interacción significativa en las dimensiones de conducta de evitación y de hiperactivación con tamaño del efecto grande en ambas. En relación a las

medias, se observa que en grupo de Psicoeducación (PE) la conducta de evitación disminuye en el posttest y en el seguimiento a tres meses vuelve a aumentar quedando más alta que el grupo de Cognitivo-Conductual (TCC). Por su parte, la Hiperactivación disminuye en el posttest e incrementa ligeramente en el seguimiento en el grupo de PE, a diferencia del grupo TCC en donde se observa que disminuye en seguimiento.

A pesar de que son pocas las investigaciones que estudian el impacto de intervenciones psicológicas como la Intervención Cognitivo-Conductual y la Psicoeducación en la variable de estrés postraumático, éstos muestran ser similares con nuestro estudio como el de Kangas, Milross, Taylor y Beyant (2013), que comparó la terapia Cognitivo-Conductual (TCC) individual semanal y la Intervención de apoyo de orientación no directiva (SC) en pacientes con cáncer de cabeza y cuello sometidos a radioterapia. La TCC consistía en 6 sesiones individuales semanales de 90 minutos y una séptima sesión 4 semanas después de la sesión 6, incluía Psicoeducación sobre el cáncer de cabeza y cuello y el estrés relacionado con la enfermedad, respiración y entrenamiento en relajación, exposición imaginaria sobre lo recuerdos angustiantes relacionados con el cáncer, exposición gradual en vivo, reestructuración cognitiva y programación de actividad conductual, en la sexta y séptima sesión incluían prevención de recaídas. Los resultados mostraron que la TCC y SC reducen los síntomas del Trastorno de Estrés postraumático tanto a corto y a largo plazo, sin embargo hasta el 67% de los pacientes del programa de TCC ya no cumplía con los criterios clínicos o subclínicos del estrés

postraumático a los 12 meses después del tratamiento, en comparación con el 25% de los pacientes que se incluyeron en SC.

Del mismo modo, Kangas, Milross y Bryant (2014) desarrollaron un estudio de caso de una intervención breve Cognitivo-Conductual (Programa HNC-TCC) de 6 sesiones semanales individuales y una sesión de refuerzo adicional realizada un mes después para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático relacionado con el cáncer y/o ansiedad comórbida y trastornos depresivos en paciente recién diagnosticado con cáncer de cabeza y cuello. Los resultados de este estudio demostraron una disminución clínicamente significativa en el Trastorno de Estrés postraumático, en la gravedad de los síntomas incluyendo las cogniciones negativas relacionadas con el cáncer de cabeza y cuello al finalizar el programa. A diferencia de estos resultados en nuestro estudio no se mostraron diferencias en pensamientos intrusivos.

Asimismo, otro tipo de intervenciones en pacientes con cáncer colorrectal han mostrado efectos en el estrés postraumático y sus dimensiones. En el estudio de Carmack et al. (2011) dirigido a pacientes en postratamiento identificados con distrés, asignados al azar a un grupo de intervención (Healthy Expressions) de 12 sesiones que combina la expresión escrita y oral y a una atención estándar, se observó que los participantes del grupo de intervención tenían significativamente menor conducta de evitación como variable mediadora en el mes 2.

Además, en nuestro estudio se observó un mayor nivel de conducta de

evitación similar al reportado por Pereira et al. (2011) en pacientes con diagnóstico de menos de 6 meses, sin embargo los pacientes de nuestro estudio también presentaron mayores niveles de hiperactivación, lo que nos muestra la importancia de los efectos obtenidos por ambas intervenciones ya que las dos reducen estos síntomas después de la intervención y en el seguimiento a tres meses.

La importancia de los resultados obtenidos en estrés postraumático radica en que esta variable aumenta la probabilidad de una elevación para el nivel clínico de depresión por 15 veces en pacientes ambulatorios con cáncer gástrico (Palgi et al., 2011). También Pereira et al., 2011 menciona que quienes están con quimioterapia se encuentran en mayor riesgo de desarrollar síntomas de estrés traumático, debido a que los pacientes con radioterapia y quimioterapia tienen menos control sobre los tratamientos y perciben el cáncer como más grave. Es por ello que consideran de interés continuar brindando intervenciones en psicoterapia a pacientes después de la cirugía y en tratamiento adyuvante, con la finalidad de reducir el riesgo de síntomas de estrés postraumático y fortalecer el afrontamiento en los diferentes momentos del tratamiento.

Por otro lado, no se mostraron interacciones significativas en pensamientos intrusivos. Estos resultados son inesperados y diferentes a los de Gudenkauf et al. (2015) dirigida a mujeres con cáncer de mama después de la cirugía, la mayoría en tratamiento adyuvante, en la cual se encontró que el grupo que recibió Terapia Cognitivo-Conductual en una forma breve de 5 semanas habían reportado menos pensamientos intrusivos específicos de cáncer.

En la escala de síntomas de la calidad de vida específica para pacientes de cáncer colorrectal que tienen un estoma se muestra un efecto de interacción significativo entre los grupos con un tamaño del efecto grande. En las medias del grupo de TCC se observa que los síntomas aumentan en el posttest y disminuyen en el seguimiento. En cambio en el grupo de Psicoeducación los síntomas disminuyen del pretest al posttest e incrementan en el seguimiento a tres meses recuperando los niveles de la línea base. Estos resultados son similares a los obtenidos por Altuntas et al. (2012) donde se mostró mejora estadísticamente significativa en el dolor corporal en personas que fueron asignados a un programa para pacientes con estoma (ileostomía, colostomía y urostomía) y sus familiares, el cual incluía conferencias sobre el cuidado del estoma y actividades sociales.

Así como, con los de Ohlsson-Nevo et al. (2015) en donde se observaron efectos y mejoras en las puntuaciones de dolor corporal después de 6 meses en los pacientes que fueron sometidos al programa psicoeducativo que incluyó siete sesiones semanales con conferencias informativas en grupo sobre el cáncer colorrectal y cáncer anal, en este sentido, los efectos de las intervenciones sobre los síntomas de los pacientes con estoma son importantes debido a que estos pacientes reportan menor salud física global que los que no tienen estoma.

En lo que se refiere a la variable de optimismo se obtuvo un efecto principal significativo, en el que la media del seguimiento fue más alta que el pretest; sin embargo no se obtuvieron efectos de interacción significativos entre los grupos

ya que ambos muestran esta misma tendencia de incrementar el optimismo. Nuestros resultados son diferentes a los de Antoni et al. (2001), donde la Intervención Cognitivo-Conductual para el manejo del estrés de 10 semanas incrementa el optimismo generalizado significativamente a 3 meses de seguimiento, en comparación al grupo control que consistía en un seminario de un día.

Del mismo modo, Lee et al. (2006) examinaron la eficacia de una intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama y cáncer colorrectal que recibieron cuatro sesiones en su hogar o en la clínica las cuales exploraban el significado de las respuestas emocionales y cognitivas de la experiencia con el cáncer, utilizando un enfoque narrativo (grupo experimental) o atención habitual que consistía en participar en diversos grupos de apoyo o recibir asistencia psicológica si la buscaban o se les ofrecía (grupo de control), encontraron efectos estadísticamente significativos en mejoras en el optimismo para el grupo experimental en comparación con el grupo control.

Otros estudios con intervenciones como Psicoeducación y Terapia Cognitivo-Conductual han mostrado ser efectivas en incrementar el optimismo, sin embargo a diferencia de este estudio, en dichas investigaciones las pacientes con cáncer de mama tienen la característica de presentar un nivel bajo de optimismo lo que puede explicar los resultados obtenidos (Schou et al. 2014; Antoni et al. 2001).

El hecho no obtener efectos de interacción entre los grupos en la variable de

optimismo indica que ambos grupos muestran una tendencia a incrementarlo, esto es importante debido a que un optimismo bajo se ha asociado con baja autoeficacia para la toma de decisiones, la baja confianza en el control del cáncer y la amenaza de la identidad masculina en pacientes con cáncer de próstata recién diagnosticados (Orom, Nelson, Underwood, Homish, & Kappor, 2015).

Es por esto que se recomiendan intervenciones Cognitivo-Conductuales breves que examinen y fomenten las respuestas positivas ante los eventos traumáticos (Orom et al., 2015; Antoni et al., 2001). Sin embargo, en base a los resultados de nuestro estudio consideramos que se puede recomendar la Intervención Cognitivo-Conductual para el Manejo de Estrés y la Psicoeducación.

Finalmente, considerando los resultados ya discutidos las hipótesis 2 y 3 se confirman de manera parcial en las variables de conducta de evitación, hiperactivación de estrés postraumático y síntomas de la calidad de vida en pacientes que tienen un estoma.

Por otro lado, en nuestro estudio no se muestran interacciones significativas en distrés en ambos grupos. Estos resultados son inesperados y diferentes a los de Zhang et al. (2014) en donde se examinaron los efectos de una intervención para mejorar la autoeficacia para pacientes con cáncer colorrectal durante seis meses, la intervención incluía una sesión de educación presencial después de la cirugía y antes del comienzo de la quimioterapia, manual educativo, cinta de audio con información sobre técnicas de relajación y seguimiento telefónico por

4 meses sobre health-coaching, comparándola con la atención habitual de educación sanitaria sobre los efectos de la quimioterapia antes de comenzar el tratamiento. Los resultados demostraron una interacción significativa en los síntomas de distrés a los 3 y 6 meses, es decir, se redujo la ansiedad y la depresión comparado con el grupo control.

Asimismo, Krouse et al. (2016) mostraron que la ansiedad se redujo significativamente en el seguimiento, así como, fue evidente una tendencia hacia la mejora de la depresión en los sobrevivientes de cáncer de recto y/o vejiga que recibieron un plan de automanejo del estoma de 5 sesiones, basado en el modelo de atención crónica para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud y el automanejo en sobrevivientes de cáncer con estoma. El programa consistía en el manejo del estoma, bienestar social e imagen corporal, cónyuge, estilo de vida saludable y una sesión de refuerzo.

En sobrevivientes de cáncer de mama se encontró que las mujeres que tenían menos síntomas de distrés eran las que habían participado en un programa de apoyo psicoeducativo de 12 semanas compuesto por educación individual y presencial, un manual para el participante, sesiones de entrenamiento health-coaching por teléfono y reuniones de grupos pequeños, en comparación con el grupo control que brindaba atención de rutina por parte del equipo médico y un folleto con información relacionada con el cáncer (Park et al., 2012). También se observó una reducción significativa del distrés durante 1 año con la intervención Cognitivo-Conductual para el manejo del estrés de 10 sesiones semanales que consistían en técnicas para el estrés y entrenamiento en

relajación, en comparación con la condición control quienes recibieron un seminario de un día (Antoni et al., 2006b).

Las diferencias de nuestro estudio con los ya mencionados, se puede deber a que en los pacientes de cada grupo asignado no se detectaron niveles considerables de distrés en la línea base para que se pudiera observar un cambio en el postest y el seguimiento: $M_1=4.6$ para el grupo experimental y $M_1= 6.1$ para el grupo control. En este sentido, Singer et al. (2009) han considerado que el punto de corte mayor o igual a 13 en la escala total del HADS ofrece sensibilidad óptima y especificidad en la detección de distrés psicológico en pacientes con cáncer, asimismo, consideran que deben ser referidos con el Psicooncólogo. Además, en nuestro estudio el distrés no se consideró como un criterio de inclusión.

Del mismo modo, no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los grupos en la variable de funcionamiento de la calidad de vida. Este resultado es diferente en comparación a otros estudios. En el estudio de Ohlsson-Nevo et al. (2015) se observaron mejoras significativas en la vitalidad y el funcionamiento físico después de 1, 6 y 12 meses en pacientes tratados por cáncer colorrectal y cáncer de canal después de la cirugía que habían participado en un programa psicoeducativo que incluyó siete sesiones semanales con conferencias informativas en grupo, en comparación al tratamiento de rutina y cuidado. En el de Altuntas et al. (2012) se encontró mejora estadísticamente significativa en el funcionamiento físico y social en pacientes con estoma (ileostomía, colostomía y urostomía) y sus familiares, que

fueron sometidos a un programa que incluía conferencias sobre el cuidado del estoma y actividades sociales en las que compartían su experiencia.

Por su parte, se observaron resultados estadísticamente significativos que indicaron que las técnicas conductuales mejoran el funcionamiento psicosocial en pacientes con cáncer de mama (Duijts et al., 2011). También en los estudios de Dolbeault et al. (2009) se encontró una mejora significativa en el funcionamiento emocional y de rol en las pacientes después del tratamiento primario por cáncer de mama, que recibieron una intervención psicoeducativa de 8 sesiones semanales de 2 horas, compuesta por discusiones temáticas, así como, información y capacitación en técnicas para el manejo del estrés, en comparación con el grupo control que consistía en lista de espera.

Las diferencias de las investigaciones anteriores pueden ser debidas a que en nuestro estudio las puntuaciones en la variable de funcionamiento de la calidad de vida se habían mostrado elevadas en la línea base ($M_1=85.0$) para el grupo experimental y ($M_1=87.2$) para el grupo control. Danielsen & Rosemberg (2014) siguieren discutir si los resultados positivos del grupo de intervención indican que ésta afectaría principalmente a pacientes con puntuaciones más bajas.

En lo que se refiere a los resultados de calidad de vida global no se observa interacción significativa en los grupos de intervención. Estos resultados en comparación con otros estudios son inesperados. En la investigación de Ohlsson-Nevo et al. (2015) se estudió el efecto de un programa psicoeducativo

que incluyó 7 reuniones semanales con conferencias informativas en grupo, en comparación al tratamiento de rutina y cuidado, en pacientes tratados por cáncer colorrectal y cáncer de canal anal después de la cirugía. Los resultados mostraron un efecto a corto plazo en la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes, es decir, efectos sobre la salud mental después de un mes, a comparación con el grupo control.

Asimismo, Cheung, Molassiotis y Chang (2003) encontraron que el uso de técnicas de relajación muscular progresiva mejora la calidad de vida general, en especial en los dominios de la salud física, salud psicológica, preocupaciones sociales y medio ambiente, así como, mejor calidad de vida específica de la enfermedad solo en la evaluación a las 10 semanas en pacientes con cáncer colorrectal después de la cirugía con estoma, que participaron en dos sesiones de enseñanza y la práctica en el hogar en las primeras 10 semanas.

Por su parte, Krouse et al. (2016) encontraron que la calidad de vida relacionada con la salud total mejoró y se mantuvo en sobrevivientes de cáncer de recto y/o vejiga que participaron en un plan de automanejo del estoma de 5 sesiones, basado en el modelo de atención crónica para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud y el automanejo en sobrevivientes de cáncer con estoma. Del mismo modo, Anderson et al. (2010) informan que la calidad de vida había mejorado con una intervención personalizada orientada al estilo de vida (dieta, ejercicio y control del peso) “It makes you feel so full of life” LiveWell, en adultos con sobrepeso sobrevivientes con cáncer colorrectal.

También, la Intervención Cognitivo-Conductual en Manejo de Estrés (CBMS) de 10 semanas ha mostrado resultados en la mejora de la calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata y cáncer de mama (Penedo et al., 2004; Penedo et al., 2006; Antoni et al., 2006; Stagl et al., 2015). En sobrevivientes de cáncer de mama se encontró más alta calidad de vida general en las mujeres que participaron en un programa de apoyo psicoeducativo de 12 semanas que consistió en educación individual y presencial, un manual para el participante, sesiones de entrenamiento health-coaching por teléfono y reuniones de grupos pequeños, en comparación con el grupo control al que se le brindaba atención de rutina por su equipo médico y un folleto con información relacionada con el cáncer (Park et al., 2012).

En este sentido, que nuestros resultados sean diferentes a los anteriores puede ser debido a que algunos de nuestros pacientes han pasado la cirugía y se encuentran en tratamiento con quimioterapia, donde se muestran los efectos secundarios, lo cual pudo impactar en calidad de vida global de los pacientes. Esto es consistente con lo que refieren Baker, Denniston, Smith y West (2005) quienes reportan que los pacientes que se encontraban actualmente en tratamiento para el cáncer informaban en promedio un número significativamente mayor de problemas relacionados con la enfermedad, teniendo una puntuación total más alta en la Cancer Problems in Living Scale (CPILS), en comparación con aquellos que no estaban actualmente en tratamiento. Estos datos fueron obtenidos por los pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón, seguido por sobrevivientes de cáncer de mama, colorrectal y

cáncer de próstata.

Además, la eficacia general del programa en estas variables pudo haber sido limitada por el pequeño tamaño de muestra que no permite que se detecten cambios estadísticamente significativos, por lo cual se sugiere incrementar la muestra. Asimismo, las diferencias que se observan entre nuestros resultados en comparación con los estudios anteriores, podrían ser relacionadas al estudio de Zhang et al. (2014) donde no se encontró efectos estadísticamente significativos entre la intervención para mejorar la autoeficacia durante seis meses y la atención habitual en la percepción de la calidad de vida en pacientes con cáncer colorrectal, lo cual podría estar relacionado con el hecho de que el cambio de vida podría ser difícil, también con la duración de la intervención. Es por ello que recomiendan intervenciones psicológicas con seguimiento de mayor duración para monitorear el efecto en la calidad de vida así como, la inclusión de llamadas de seguimiento como parte de la intervención.

Conclusiones

1. En base a la participación, la alta adherencia y el cumplimiento de las tareas, se considera la factibilidad con modificaciones de la Intervención Cognitivo-Conductual para el Manejo del Estrés breve, así como, la Psicoeducación en pacientes con cáncer colorrectal.
2. El efecto de interacción muestra que los grupos de la Intervención

Cognitivo-Conductual para el Manejo del Estrés breve y la Psicoeducación son diferentes en las variables de conducta de evitación e hiperactivación de estrés postraumático en cáncer colorrectal y síntomas de la calidad de vida en pacientes que tienen un estoma, de acuerdo a las medias con una mejora en el postest en el grupo de PE y en el seguimiento a tres meses en el grupo TCC.

Recomendaciones para futuros estudios

Las recomendaciones que se hacen para futuros estudios corresponden a la combinación de sesiones presenciales y por teléfono en ambas intervenciones psicológicas, con la finalidad de que los pacientes que presentan complicaciones o efectos secundarios al tratamiento del cáncer colorrectal puedan adherirse a las sesiones. Esto también, debido a que ambas intervenciones resultaron tener beneficios en las dimensiones de conducta de evitación e hiperactivación del estrés postraumático en cáncer colorrectal y los síntomas de la calidad de vida en pacientes con estoma. Asimismo, se sugiere el incremento en el tamaño de la muestra.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C. & Vázquez, C. (2006). Depresión. *Guías Clínicas*, 6(11); 1-6.
- Allison, J., Applebaum, A. J., Stein, E. M., Lord-Bessen, J., Pessin, H., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2014). Optimism, social support, and mental health outcomes in patients with advanced cancer. *Psycho-Oncology* 23(3), 299–306. doi: 10.1002/pon.3418
- Altuntas, Y. E., Kement, M., Gezen, C., Eker, H. H., Atdin, H., Sahin, F., ... Oncel, M. (2012). The role of group education on quality of life in patients with a stoma. *European Journal of Cancer Care*, 21(6), 776-781. doi: 10.1111/j.1365-2354.2012.01360.
- American Cancer Society. (2015) American Cancer Society. ¿Qué es el cáncer colorrectal? Recuperado de: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/colonyrecto/guiadetallada/cancer-colorrectal-what-is-what-is-colorectal-cancer>
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV (4ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2010). Publication manual of the American Psychological Association (6a ed.). México: Manual Moderno.
- Anderson, A. S., Caswell, S., Wells, M., Steele, R. J. C., & MacAskill, S. “It makes you feel so full of life” LiveWell, a feasibility study of a personalised lifestyle programme for colorectal cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 18(4), 409-415. doi: 10.1007/s00520-009-0677-4
- Antoni, M. H. (2013). Psychosocial Intervention Effects on Adaptation, Disease Course and Biobehavioral Processes in Cancer. *Brain, Behavior, and Immunity*, 30, S88–S98. doi: 10.1016/j.bbi.2012.05.009.
- Antoni, M. H., Lehman, J. M., Kilbourn, K. M., Boyers, A. E., Culver, J. L., Alferi,

- S. M., ... Carver, C. S. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology, 20*(1), 20-32. doi: 10.1037/0278-6133.20.1.20
- Antoni, M. H., Lechner, S. C. Kazi, A., Wimberly, S. R., Sifre, T., Urcuyo, K. R., ... Carver, C. S. (2006a). How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(6), 1143-1152. doi: 10.1037/0022-006X.74.6.1143
- Antoni, M. H., Wimberly, S. R., Lechner, S. C., Kazi, A., Sifre, T., Urcuyo, K. R., ... Carver, C. S. (2006b). Reduction of Cancer-Specific Thought Intrusions and Anxiety Symptoms With a Stress Management Intervention Among Women Undergoing Treatment for Breast Cancer. *The American Journal of Psychiatry, 163*(10), 1791-1797.
- Arraras, J. I., Martínez, M., Manterota, A., & Laínez, N. (2004). La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico. El grupo de calidad de vida de la EORTC. *Psicooncología, 1*(1), 87-98.
- Arraras, J. I., Suárez, J., Arias, F., Vera, R., Asín, G., Arrazubi, V. ... Azparren, J. (2011). The EORTC Quality of Life Questionnaire for patients with colorectal cancer: EORTC QLQ-CR29 Validation Study for Spanish patients. *Clinical and Translational Oncology, 13*(1), 50-56. doi: 10.1007/s12094-011-0616-y
- Ávila, E. (2008). Tratamiento quirúrgico en colon. *Gaceta Mexicana de Oncología, 7*(4), 31-33.
- Baker, F., Denniston, M., Smith, T., West, M. A. (2005). Adult cancer survivors: How are they faring. *Cancer, 104*(11), 2565-2576. doi: 10.1002/cncr.21488
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*. USA: A Meridian book.
- Beck, A. T. (2011). Introduction to Cognitive Behavior Therapy. En: *Cognitive Behavior Therapy: Basic and Beyonds*, (2nd Ed., pp. 1-16), New York: Guilford Press.
- Bernstein, B. & Borkovec, T. (1973). *Progressive relaxation training: A manual for the helping professions*. Champaign, IL: Research Press.

- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *Journal of Psychosomatic*, *52*(2), 69-77. doi: 10.1016/S0022-3999(01)00296-3
- Bognar, G. (2005). The Concept of Quality of Life. *Social Theory and Practice*, *31*(4), 561-580. doi: 10.5840/soctheorpract200531426
- Bultz, B. D. & Carlson, L. E. (2005). Emotional distress: the sixth vital sign in cancer care. *Journal of Clinical Oncology* *23*(26), 6440–6441. doi: 10.1200/JCO.2005.02.3259
- Brintzenhofe-Szoc, K. M., Levin, T. T., Li, Y., Kissane, D. W., & Zabora, J. R. (2009). Mixed Anxiety/Depression Symptoms in a Large Cancer Cohort: Prevalence by Cancer Type. *Psychosomatics*, *50*(4), 383–391. doi: 10.1176/appi.psy.50.4.383
- Büyükaşık-Çolak, C., Gündoğdu-Aktürk, E., & Bozo, O. (2012). Mediating Role of Coping in the Dispositional Optimism-Posttraumatic Growth Relation Breast Cancer Patients. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, *146*(5), 471-483. doi: 10.1080/00223980.2012.654520
- Caamaño, L., Fuentes, D., González, L., Melipillán, R., Sepúlveda, M., & Valenzuela, E. (2011). Assessment of the impact of event scale revised for post traumatic stress disorder in Chilean subjects. *Revista Médica de Chile*, *139*(9), 1163-1168. doi: /S0034-98872011000900008
- Capozzo, M. A., Martinis, E., Pellis, G., & Giraldi, T. (2010). An Early Structured Psychoeducational Intervention in Patients With Breast Cancer: Results From a Feasibility Study. *Cancer Nursing*, *33*(3), 228-234. doi: 10.1097/NCC.0b013e3181c1acd6
- Carmack, C. L., Basen-Engquist, K., Yuan, Y., Greisinger, A., Rodriguez-Bigas, M., Wolff, R. A., ... Pennebaker, J. W. (2011). Feasibility of an expressive-disclosure group intervention for post-treatment colorectal cancer patients. *Cancer*, *117*(21), 4993-5002. doi: 10.1002/cncr.26110
- Carver, C. S., Lehman, J. M., & Antoni, M. H. (2003). Dispositional pessimism predicts illness-related disruption of social and recreational activities among breast cancer patients. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*(4), 813-821. doi: 10.1037/0022-3514.84.4.813
- Carver & Scheier, (2014) Carver, C. S. & Scheier, M. F. (2014). Dispositional

- optimism. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(6), 292-299. doi: 10.1016/j.tics.2014.02.003
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 879–889. doi: 10.1016/j.cpr.2010.01.006
- Carver, C. S., Smith, R. G., Antoni, M. H. Petronis, V. M., Weiss, S., & Derhagopian, R. P. (2005). Optimistic Personality and Psychosocial Well-Being During Treatment Predict Psychosocial Well-Being Among Long-Term Survivors of Breast Cancer. *Health Psychology*, 24(5), 508-516. doi: 10.1037/0278-6133.24.5.508
- Chan, C. W., Richardson, A., & Richardson, J. (2011). Managing symptoms in patients with advanced lung cancer during radiotherapy: results of a psychoeducational randomized controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(2), 347-357.
- Cheung, Y. L., Molassiotis, A., & Chang, A. M., (2003). The effect of progressive muscle relaxation training on anxiety and quality of life after stoma surgery in colorectal cancer patients. *Psycho-Oncology*, 12(3), 254-266. doi:10.1002/pon.638
- Chow, K. M., Chan, C. W., Chan, J. C., Chol, K. K., & Siu, K. Y. (2014). A feasibility study of a psychoeducational intervention program for gynecological cancerpatients. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(4), 385-392. doi: 10.1016/j.ejon.2014.03.011
- Chow, K. M., Chan, J.C., Choi, K. K., & Chan, C. W. (2016). A Review of Psychoeducational Interventions to Improve Sexual Functioning, Quality of Life, and Psychological Outcomes in Gynecological Cancer Patients. *Cancer Nursing*, 39(1); 20-31. doi: 10.1097/NCC.0000000000000234.
- Cohen, M., Fried, G. (2007). Comparing Relaxation Training and Cognitive-Behavioral Group Therapy for Women With Breast Cancer. *Research on Social Work Practice*, 17(3), 313-323.
- Colby, D. A & Shifren, K. (2013). Optimism, mental health, and quality of life: A atudy among breast cancer patients. *Psychology, Health & Medicine*, 18(1), 10-20.doi: 10.1080/13548506.2012.686619
- Collins, A. L., Love, A. W., Bloch, S., Street, A. F., Duchesne, G. M., Dunai, J., & Couper, J. W. (2013). Cognitive Existential couple therapy for newly

diagnosed prostate cancer patients and their partners: a descriptive pilot study. *Psycho-Oncology*, 22(2), 465-469. doi: 10.1002/pon.2085

Consolidated Standards of Reporting Trials. (2010). *The CONSORT 2010 Explanation and Elaboration (E&E) Document*. Recuperado de <http://www.consort-statement.org/consort-2010>

Conversano, C., Rotondo, A., Lensi, E., Della Vista, O., Arpone, F., & Reda, M. A. (2010). Optimism and its impact on Mental and Physical Well-Being. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 6, 25-29. doi: 10.2174/1745017901006010025

Cordova, M. J., Riba, M. B., & Spiegel, D. (2017). Post-traumatic stress disorder and cancer. *The Lancet Psychiatry*, 4(4), 330-338. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30014-7

Cummings, N. A. & Cummings, J. L. (2008). Psychoeducation in conjunction with psychotherapy practice. En W. T. O'Donohue & N. A. Cummings (Eds.), *Evidence-Based Adjunctive Treatments* (pp. 41-59) [Adobe Digital Editions version].

Danielsen, A. K. & Rosenberg, J. (2014). Health related quality of life may increase when patients with a stoma attend patient education—a case-control study. *Plos one*, 9(3), 1-6. doi: 10.1371/journal.pone.0090354

Dastan, N. B. & Buzlu, S. (2012). Psychoeducation intervention to improve adjustment to cancer among Turkish stage I-II breast cancer patients: a randomized controlled trial. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(10), 5313-5318. doi: 10.7314/APJCP.2012.13.10.5313

De la Torre, I., Cobo, M. A., Mateo, T. & Vicente, L. I. (2008). *Cuidados enfermeros al paciente oncológico*. Recuperado de: https://books.google.es/books?id=YD8OR_WZufgC&printsec=frontcover&dq=cancer+Cuidados+enfermeros+al+paciente+oncol%C3%B3gico.&hl=es&sa=X&ei=uEFOVZLxMcmRyAS-hYCYDw&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q=cancer%20Cuidados%20enfermeros%20al%20paciente%20oncol%C3%B3gico.&f=false

DiMatteo, M. R., Lepper, H.S., Croghan, T.W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160(14), 2101–2107. doi:10.1001/archinte.160.14.2101

- Dobson, K. & Dozois, D. (2010). Historical and Philosophical Bases of the Cognitive- Behavioral Therapies. En K. Dobson (Ed). *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. New York: Guilford Press.
- Dolbeault, S., Cayrou, S., Bredart, A., Viala, A. L., Desclaux, B., Saltel, P., ... Dickes, P. (2009). The effectiveness of a psycho-educational group after early-stage breast cancer treatment: results of a randomized French study. *Psycho-Oncology*, 18(6), 647-656. doi: 10.1002/pon.1440
- Duijts, S., Faber, M. M., Oldenburg, H., Beurden, M. V., & Aaronson, N. K. (2011). Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health-related quality of life in breast cancer patients and survivors a meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 20(2), 115–126. doi: 10.1002/pon.1728
- Espinosa, E., & Zamora, P. (2007). Calidad de vida. In M. González, A. Ordóñez, J. Feliu, P. Zamora, & E. Espinosa (Eds). *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer* (2ª ed.) (pp. 43-50). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Faller, H., Schuler, M., Richard, M., Heckl, U., Weis, J., & Küffner, R. (2013). Effect of Psycho-Oncologic Interventions on Emotional Distress and Quality of Life in Adult Patients with Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Oncology*. doi: 10.1200/JCO.2011.40.8922JCO
- Faury, S., Koleck, M., Fucaud, J., M'Bailara, K., & Quintard, B. (2017). Patient education interventions for colorectal cancer patients with stoma: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, doi: 10.1016/j.pec.2017.05.034
- Fayers, P., Aaronson, N., Bjordal, K., Groenvold, M., Curran, D. & Bottomley, A. (2001). *The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual* (3ª ed.). Bruselas: European Organization for Reserch and Treatment of Cancer.
- Fayers, P., Bottomley, A., & EORTC Quality of Life Group and of the Quality of Life Unit. (2002). Quality of life research within the EORTC-the EORTC QLQ-C30. *European Journal of Cancer*, 38(4), 125-133. doi: 10.1016/S0959-8049(01)00448-8
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality of life: Concept and assessment. En J. G. Adair, D. Belanger, K. L. Dion, & M. Sabourin (Eds.), *Advances in Psychological Science: Social, personal, and cultural aspects* (pp. 390-

394). UK: Psychology Press.

Folkman, S., Chesney, M., McKusick, L., Ironson, G., Johnson, D. S., Coates, T. J. (1991). Translating coping theory into an intervention. In J. Eckenrode (Ed). *The social context of coping* (pp. 239-260). New York: Plenum.

Fors, E. A., Bertheussen, G. F., Thune, I., Juvet, L. K., Elvsaas, I., Oldervoll, L., ... Leivseth, G. (2011). Psychosocial interventions as part of breast cancer rehabilitation programs? Results from a systematic review. *Psycho-Oncology*, 20(9), 909-918. doi: 10.1002/pon.1844

Friedmana, L. C., Kalidasb, M., Elledgeb, R., Changb, J., Romeroa, C., Husaind, I., ... Liscumc, K. R. (2006). Optimism, Social Support and Psychosocial Functioning among women With Breast Cancer. *Psycho-Oncology*, 15(7), 595–603. doi: 10.1002/pon.992

Fröjd, C., Larsson, G, Lampic, C., & Essen, L., (2007). Health related quality of life and psychosocial function among patients with carcinoid tumours. A longitudinal, prospective, and comparative study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(18), 1-9. doi: 10.1186/1477-7525-5-18

Galindo, O., Benjet, C., Juárez, F., Rojas, E., Riveros, A., Aguilar, J. L. ... Alvarado, S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental*, 38(4), 253-258. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2015.035

Galindo-Vázquez, O., Pérez-Barrientos, H., Alvarado-Aguilar, S., Rojas-Castillo, E., Álvarez-Avitia, M. A., & Aguilar-Ponce, J. L. (2013). Efectos de la terapia cognitivo conductual en el paciente oncológico: una revisión. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 12(2), 108-115.

Garduño, C., Riveros, A., & Sánchez-Sosa, J. J. (2010). Calidad de Vida y Cáncer de Mama: Efectos de una Intervención Cognitivo-Conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), 69-80.

Greer, J. A., Pirl, W. F., Park, E. R., Lynch, T. J., & Temel, J. S. (2008). Behavioral and psychological predictors of chemotherapy adherence in patients with advanced non-small cell lung cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 65(6), 549–552. doi:10.1016/j.jpsychores.2008.03.005

Groarke, A., Curtis, R., & Kerin, M. (2013). Cognitive-behavioral stress

- management enhances adjustment in women with breast cancer. *British Journal of Health Psychology*, 18, 623-641. doi: 10.1111/bjhp.12009
- Gudenkauf, L. M., Antoni, M. H., Stagl, J. M., Lechner, S. C., Jutagir, D. R., Bouchard, L. C., ... Carver, C. S. (2015). Brief Cognitive–Behavioral and Relaxation Training Interventions for Breast Cancer: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 677-688. doi: 10.1037/ccp0000020
- Haas, B. K. (1999). A Multidisciplinary Concept Analysis of Quality of Life. *Western Journal of Nursing Research*, 21(6), 728-742.
- Ho, S. M. Y., Chan, M. W. Y., Yau, T. K., & Yeung, R. M. W. (2011). Relationships between explanatory style, posttraumatic growth and posttraumatic stress disorder symptoms among Chinese breast cancer patients. *Psychology & Health*, 26(3), 269-285. doi: 10.1080/08870440903287926
- Hoon, L. S., Sally, C. W. C., & Hong-Gu, H. (2013). Effect of psychosocial interventions on outcomes of patients with colorectal cancer: A review of the literatura. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(6), 883-891. doi: 10.1016/j.ejon.2013.05.001
- Horne, D. & Watson, M. (2011). Cognitive-Behavioural Therapies in Cancer Care. En M. Watson & D. W. Kissane (Eds.), *Handbook Psychotherapy in Cancer Care* (pp. 15-26) [Adobe Digital Editions version]. doi: 10.1002/9780470975176.ch2
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1976). Impact of Event Scale: A Measure of Subjective Stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209-218.
- Hyphantis, T., Paika, V., Almyroudi, A., Kamplatsas, E. O., & Pavlidis, N. (2011). Personality variables as predictors of early non-metastatic colorectal cancer patients' psychological distress and health-related quality of life: A one-year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 70(5), 411–421. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.09.011
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2014). *Estadísticas a Proposito del Día Mundial Contra el Càncer de Mama*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/aProposito.asp?s=inegi&ep=149&c=2900>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2015). *Estadísticas a*

- Propósito del Día Mundial Contra el Cáncer.* Recuperado de http://www.equidad.org.mx/images/stories/documentos/Cancer_2015.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2015). *Cáncer de colon y recto.* Recuperado de: <https://www.insp.mx/infografias/cancer-colon-recto.html>
- Internacional Agency for Research on Cancer. (2014a). *All Cancers (excluding non-melanoma skin cancer) Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012.* Recuperado de: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx#sthash.5lrT2mVc.dpuf>
- Internacional Agency for Research on Cancer (2014b). *Informe Mundial sobre el Cáncer 2014, la Prevención crucial.* Recuperado de: http://cancergranada.com/es/noticia_rcg.cfm?iid=informe_munidal_cancer_2014
- Ironson, G., Lutgendorf, S., Starr, K., & Costello, N. (1989). *Anger Management skills training. Unpublished manuscript.* Miami: Coral Gables.
- Jarne, A., Talarn, A., Aramayones, M., Horta, E., & Requena, E. (2006). *Psicopatología.* Recuperado de: https://books.google.com.mx/books?id=GL39_Yi_HQEC&pg=PA119&dq=ansiedad+definicion&hl=es-419&sa=X&ei=4kJUVei9D8KNyATWoIDYAQ&ved=0CCAQ6AEwAQ#v=onepage&q=ansiedad%20definicion&f=false
- Jefford, M., Lotfi-Jam, K., Baravelli, C., Grogan, S., Rogers, M., Krishnasamy, M., ... Schofield, P. (2011). Development and pilot testing of a nurse-led posttreatment support package for bowel cancer survivors. *Cancer Nursing, 34*(3), E1-E10. doi: 10.1097/NCC.0b013e3181f22f02
- Jones, J. M., Cheng, T., Jackman, M., Walton, T., Haines, S., Rodin, G., & Catton, P. (2013). Getting back on track: evaluation of a brief group psychoeducation intervention for women completing primary treatment for breast cancer. *Psychooncology, 22*(1):117-124. doi: 10.1002/pon.2060
- Juárez, D. M., & Landero, R. (2009). Variables psicosociales y salud en mujeres con cáncer de mama. *Summa Psicológica UST, 6*(2), 79-88.
- Juárez, D. M. & Landero, R. (2011). Imagen corporal, funcionamiento sexual, autoestima y optimismo en mujeres con cáncer de mama. *Revista Electrónica Nova Scientia, 7, 4*(1), 17-34.

- Kangas, M. (2013). DSM-5 trauma and stress-related disorders: implications for screening for cancer-related distress. *Frontiers in Psychiatry, 4*(122), 1-3. doi: 10.3389/fpsy.2013.00122
- Kangas, M., Henry, J. L., Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review, 22*(4), 499-524. doi: 10.1016/S0272-7358(01)00118-0
- Kangas, M., Milross, C., & Bryant, R. A. (2014). A Brief, Early Cognitive-Behavioral Program for Cancer-Related PTSD, Anxiety, and Comorbid Depression. *Cognitive and Behavioral Practice, 21*(4), 416-431. doi: 10.1016/j.cbpra.2014.05.002
- Kangas, M., Milross, C., Taylor, A., & Bryant, R. A. (2013). A pilot randomized controlled trial of a brief early intervention for reducing posttraumatic stress disorder, anxiety and depressive symptoms in newly diagnosed head and neck cancer patients. *Psycho-Oncology, 22*(7), 1665-1673. doi: 10.1002/pon.3208
- Kim, J. H., Yang, Y., & Hwang, E. S. (2015). The effectiveness of psychoeducational interventions focused on sexuality in cancer. *Cancer Nursing, 38*(5), E32-E42. doi: 10.1097/NCC.0000000000000212
- Koopman, C., Butler, L. D., Classen, C., Giese-Davis, J., Morrow, G. R., Westendorf, J., ... & Spiegel, D. (2002). Traumatic stress symptoms among women with recently diagnosed primary breast cancer. *Journal of Traumatic Stress, 15*(4), 277-287. doi: 10.1023/A:1016295610660
- Krouse, R., S., Grant, M., McCorkle, R., Wendel, C. S., Cobb, M. D., Tallman, N., ... & Mark, C. (2016). A chronic care ostomy self-management program for cancer survivors. *Psycho-Oncology, 25*(5), 574-81. doi: 10.1002/pon.4078
- Lantican, L., Williams, P., Bader, J., & Lerma, D. (2012). Depression, cancer therapy-related symptoms, and self-care among Mexican American adults. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 18*(1), 1-4.
- Lassen, B., Gattinger, H., & Saxer, S. (2013). A systematic review of physical impairments following radical prostatectomy: effect of psychoeducational interventions. *Journal of Advanced Nursing, 69*(12), 2602-2612. doi: 10.1111/jan.12186

- Lee, V., Cohen, S. R., Edgar, L., Laizner, A., M., & Gagnon, A. J., (2006). Meaning-making intervention during breast or colorectal cancer Treatment improves self-esteem, optimism, and self-efficacy. *Social Science & Medicine*, 62(12), 3133–3145. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.11.041
- Linden, W., Vodermaier, A., MacKenzie, R., & Greig, D. (2012). Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of Affective Disorders*, 141(2-3), 343–351. doi:10.1016/j.jad.2012.03.025
- Livingston, P. M., Melinda, J. C., White, V. M., Hordern, A. J., Jeffeord, M., Botti, M. A., ... Oldroyd, J. C. (2010). A nurse-assisted screening and referral program for depression among survivors of colorectal cancer: feasibility study. *Medical Journal of Australia*, 193(5), S83-S87.
- Manne, S., Babb, J., Pinover, W., Horwitz, E., & Ebbert, J. (2004). Psychoeducational group intervention for wives of men with prostate cancer. *Psychooncology*, 13(1); 37-46. doi:10.1002/pon.724
- Manne, S. L., Kissane, D. W., Nelson, C. J., Mulhall, J. P., Winkel, G., & Zaider, T. (2011). Intimacy-Enhancing Psychological intervention for men diagnosed with prostate cancer and their partners: a pilot study. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(4), 1197-1209. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.02163
- Mazanec, S. R., Daly, B. J., Douglas, S. L., & Lipson, A. R. (2010). The Relationship between Optimism and Quality of Life in Newly Diagnosed Cancer Patients. *Cancer nursing*, 33(3), 235-243. doi: 10.1097/NCC.0b013e3181c7fa80
- Meeberg, G. A., (1993). Quality of life: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18(1), 32-38. doi: 10.1046/j.1365-2648.1993.18010032.x
- Mehnert, A., Lehmann, C., Graefen, M., Huland, H., & Koch, U. (2010). Depression, anxiety, post-traumatic stress disorder and health-related quality of life and its association with social support in ambulatory prostate cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 19(6), 736-745. doi: 10.1111/j.1365-2354.2009.01117.x
- Meng, X., Youl, P., Aitken, J., Dunn, J., & Baade, P. (2012). A five-year prospective study of quality of life after colorectal cancer. *Quality of Life Research*, 21(9), 1551-1564. doi: 10.1007/s11136-011-0067-5

- Mera, P. C. & Ortiz, M. (2012). La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la Calidad de Vida de Mujeres Con Cáncer de Mama. *Terapia Psicológica*, 30(3), 69-78. doi: 10.4067/S0718-48082012000300007
- Moscoso, M. S., McCreary, D., Golden-farb, P., Knapp, M., & Reheiser, E. C. (2000). A brief screening inventory to measure emotional distress in cancer patients. *Psycho-Oncology*, 9, S4.
- Neipp, M. C.; López-Roig, S.; Terol, M. C.; Pastor Mira, M. A. (2008). Coping and adaptation in breast cancer patients at the follow-up stage. *Ansiedad y Estrés*, 14(1), 115-126.
- O'Connor, M., Christensen, S., Jensen, A. B., Moller, S., & Zachariae, R. (2011). How traumatic is breast cancer? Post-traumatic stress symptoms (PTSS) and risk factors for severe PTSS at 3 and 15 months after surgery in nationwide cohort of Danish women treated for primary breast cancer. *British Journal of Cancer*, 104, 419-426. doi: 10.1038/sj.bjc.6606073
- Ohlsson-Nevo, E., Karlsson, J., & Nilsson, U. (2015). Effects of a psycho-educational programme on health-related quality of life in patients treated for colorectal and anal cancer: a feasibility trial. *European Journal of Oncology Nursing*, 21, 181-188. doi: 10.1016/j.ejon.2015.10.002
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Cancer, Nota descriptiva No 297*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Orom, H., Nelson, C. J., Underwood, W., Homish, D. L., & Kappor, D. A. (2015). Factors associated with emotional distress in newly diagnosed prostate cancer patients. *Psycho-Oncology*, 24(11), 1416-1422. doi: 10.1002/pon.3751
- Otero, J. M., Luengo, A., Romero, E. Gómez, J. A. & Castro, C. (1998). *Psicología de personalidad. Manual de prácticas*. Barcelona: Ariel Practicum.
- Otis-Green, S., Ferrell, B., Sun, V., Spolum, M., Morgan, R., & Macdonald, D. (2008). Feasibility of an ovarian cancer quality-of-life psychoeducational intervention. *Journal of Cancer Education*, 23(4), 214-221. doi: 10.1080/08858190802188784
- Paika, V., Almyroudi, A., Tomenson, B., Creed, F., Kamplatsas, E. O., Siafaka, V., ... Hyphantis, T. (2010). Personality variables are associated with

- colorectal cancer patients' quality of life independent of psychological distress and disease severity. *Psycho-Oncology* 19(3), 273–282. doi: 10.1002/pon.1563
- Palgi, Y., Shrira, A., Haber, Y., Wolf, J. J., Goldray, O., Shacham-Shmueli, E., Ben-Ezra, M. (2011). Comorbidity of posttraumatic stress symptoms and depressive symptoms among gastric cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(5), 454-458. doi: 10.1016/j.ejon.2010.11.011
- Park, J., Bae, S. H., Jung, Y. S., & Kim, K. S. (2012). Quality of Life and Symptom Experience in Breast Cancer Survivors After Participating in a Psychoeducational Support Program: A Pilot Study. *Cancer Nursing*, 35(1) E34-E41. doi: 10.1097/NCC.0b013e318218266a
- Pastells, S. & Font, A. (2014). Optimismo Disposicional y Calidad de Vida en Mujeres con Cáncer de Mama. *Psicooncología*, 11(1), 19-29. doi: 10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44914
- Penedo, F. J., Antoni, M. H., & Schneiderman, N. (2008). *Cognitive-Behavioral Stress Management for Prostate Cancer Recovery Facilitator Guide*. USA: Oxford University Press.
- Penedo, F. J., Dahn, J. R., Molton, I., Gonzalez, J. S., Kinsinger, D., Roos, B. A., ... Antoni, M. H. (2004). Cognitive-behavioral stress management improves stress-management skills and quality of life in men recovering from treatment of prostate carcinoma. *Cancer*, 100(1), 192-200. doi: 10.1002/cncr.11894
- Penedo, F. J., Molton, I., Dahn, J. R., Shen, B., Kinsinger, D., Traeger, L., ... Antoni, M. (2006). A randomized clinical trial of group-based cognitive-behavioral stress management in localized prostate cancer: Development of stress management skills improves quality of life and benefit finding. *Annals of Behavioral Medicine*, 31(3), 261-270.
- Penedo, F. J., Traeger, L., Dahn, J., Molton, I., Gonzalez, J. S., Schneiderman, N., & Antoni, M. H. (2007). Cognitive Behavioral Stress Management Intervention Improves Quality of Life in Spanish Monolingual Hispanic Men Treated for Localized Prostate Cancer: Results of a Randomized Controlled Trial. *International Journal of Behavioral Medicine*, 14(3), 164–172.
- Pereira, M. G., Figueiredo, A. P., & Fincham, F. D. (2011). Anxiety, depression, traumatic stress and quality of life in colorectal cancer after different

treatments: A study with Portuguese patients and their partners. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(3), 227-232. doi:10.1016/j.ejon.2011.06.006

Pérez, J. M., Muñoz, E., & Cortés, J. (2013). *Comprender el Cáncer de mama*. Recuperado de: https://books.google.es/books?id=lulPvrXLX_AC&pg=PT10&dq=cancer+Comprender+el+C%C3%A1ncer+de+mama.&hl=es&sa=X&ei=Zz1OVZf5NIGHyASmioDICA&ved=0CDMQ6AEwAA#v=onepage&q=cancer%20Comprender%20el%20C%C3%A1ncer%20de%20mama.&f=false

Posluszny, D. M., Edwards, R. P., Dew, M. A., & Baum, A. (2011). Perceived threat and PTSD symptoms in women undergoing surgery for gynecologic cancer or benign conditions. *Psycho-Oncology*, 20(7), 783-787. doi: 10.1002/pon.1771

Raingruber, B. (2011). The effectiveness of Psychosocial Interventions with Cancer Patients: An Integrative Review of the Literature (2006-2011). *International Scholarly Research Network ISRN Nursing*, 1-27. doi:10.5402/2011/638218

Rauch, P., Miny, J., Conroy, T., Neyton, L., Guillemin, F. (2004). Quality of life among disease-free survivors of rectal cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 22(2), 354-360. doi: 10.1200/JCO.2004.03.137

Reynoso, L. & Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.

Robert, M. V., Álvarez, O. C., & Valdivieso, B. F. (2013). Psicooncología: un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 677-684. doi: 10.1016/S0716-8640(13)70207-4

Sales, P. M. G., Carvalho, A. F., McIntyre, R. S, Pavlidis, N., Hyphantis, T. N., (2014). Psychosocial predictors of health outcomes in colorectal cancer: A comprehensive review, *Cancer Treatment Reviews*, 40(6), 800–809. doi: 10.1016/j.ctrv.2014.03.001

Scheier, M.; Carver, C. & Bridges, M. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self mastery and self esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063-1078. doi: 10.1037/0022-3514.67.6.1063

Schou, B., Kåresen, R., Smeby, N. A., Espe, R., Sørensen, E. M., Amundsen,

- M., ... Ekeberg, O. (2014). Effects of a Psychoeducational Versus a Support Group Intervention in Patients With Early-Stage Breast Cancer: Results of a Randomized Controlled Trial. *Cancer Nursing*, 37(3), 198-207. doi: 10.1097/NCC.0b013e31829879a3
- Sebastian, J., Mateos, N., & Prado, C. (2000). Eventos vitales estresantes como factores de vulnerabilidad en el cáncer de mama. *Ansiedad y Estrés*, 6, 21-38.
- Shand, L. K., Cowlshaw, S., Brooker, J. E., Burney, S., & Ricciardelli, L. A. (2015). Correlates of post-traumatic stress symptoms and growth in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 24(6), 624-634. doi: 10.1002/pon.3719
- Sharpe, L., Patel, D., & Clarke, S., (2011). The relationship between body image disturbance and distress in colorectal cancer patients with and without stomas. *Journal of Psychosomatic Research*, 70(5), 395-402. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.11.003
- Sherman, D. W., Haber, J., Hoskins, C. N., Budin, W. C., Maislin, G., & Shukla, S., (2012). The effects of psychoeducation and telephone counseling on the adjustment of women with early-stage breast cancer. *Applied Nursing Research*, 25(1), 3-16. doi: 10.1016/j.apnr.2009.10.003
- Shu-Ching, C., Yeur-Hur, L., Chun-Ta, L., & Chia-Chin, L., (2005). Psychometric testing of O'Connor the Impact of Event Scale-Chinese Version (IES-C) in oral cancer patients in Taiwan. *Support Care Cancer*, 13, 485–492. doi 10.1007/s00520-005-0775-x
- Singer, S., Kuhnt, S., Götze, H., Hauss, J., Hinz, A., Liebmann, A., ... Schwarz, R. (2009). Hospital anxiety and depression scale cutoff scores for cancer patients in acute care. *British Journal of Cancer*, 100, 908-912. doi: 10.1038/sj.bjc.6604952
- Smith, S. K., Zimmerman, S., Williams, C. S., Preisser, J. S., & Clipp E. C. (2008). Post-traumatic stress outcomes in non-Hodgkin's lymphoma survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 26(6), 934-941. doi: 10.1200/JCO.2007.12.3414
- Soylu, C. (2014). Cognitive Behavioral Therapy in cancer patients. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar – Current Approaches in Psychiatry*, 6(3), 257-270. doi: 10.5455 / cap.20131231033203

- Stagl, J. M., Bouchard, L. C., Lechner, S. C., Blomberg, B. B., Gudenkauf, L. M., Jutagir, D. R., ... Antoni, M. H. (2015). Long-term psychological benefits of cognitive-behavioral stress management for women with breast cancer: 11-year follow-up of a randomized controlled trial, *Cancer*, *121*(11), 1873-1881. doi: 10.1002/cncr.29076
- Stafford, L., Foley, E., Judd, F., Gibson, P., Kiropoulos, L., & Couper, J. (2013). Mindfulness-based cognitive group therapy for women with breast and gynecologic cancer: a pilot study to determine affectiveness and feasibility. *Supportive Care in Cancer*, *21*(11), 3009-3019. doi: 10.1007/s00520-013-1880-x
- Stommel, M., Kurtz, M. E., Kurtz, J. C., Given, C. W., & Given, B. A., 2004. A longitudinal analysis of the course of depressive symptomatology in geriatric patients with cancer of the breast, colon, lung, or prostate. *Health Psychology*, *23*(6), 564–573. 10.1037/0278-6133.23.6.564
- Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud. (2014). *Los 5 tipos de cáncer que más afectan a los mexicanos*. Recuperado de <http://www.spps.gob.mx/noticias/1445-5-tipos-cancer-mas-afectan-mexicanos.html>
- Thabane, L., Ma, J., Chu, R., Cheng, J., Ismaila, A., Rios, L. P., ... & Goldsmith, C. H. (2010). A tutorial on pilot studies: the what, why and how. *BMC Medical Research Methodology*, *10*(1), 1-10. doi: 10.1186/1471-2288-10-1
- Thewesa, B., Meisera, B., Hickieb, I. B. (2001). Psychometric properties of the Impact of Event Scale amongst women at increased risk for hereditary breast cancer. *Psycho-Oncology*, *10*, 459–468. doi: 10.1002/pon.533
- Tirado-Gómez, L. L., & Mohar, A. (2008). Epidemiología del cáncer de colon y recto. *Gaceta Mexicana de Oncología*, *7*(4), 3-11.
- Traeger, L., Penedo, F. J., Benedict, C., Dahn, J. R., Lechner, S. C., Schneiderman, N., & Antoni, M. H. (2013). Identifying how and for whom cognitive-behavioral stress management improves emotional well-being among recent prostate cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *22*, 250-259.
- Valle, A. A. (2008). Comentario Editorial. En G. Cervantes y F. J. Ochoa (Eds), *Gaceta Mexicana de Oncología* (Vol. 7, pp. 1). Recuperado de http://www.smeo.org.mx/gaceta/2008/SUPLEMENTOV7_4_2008.pdf#page=26

- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S., & Zapata, M. (2005). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y Salud, 15*(2), 207-221.
- Wardle, J., Williamson, S., McCaffery, K., Sutton, S., Taylor, T., Edwards, R., & Atkin, W. (2003). Increasing attendance at colorectal cancer screening: testing the efficacy of a mailed, psychoeducational intervention in a community sample of older adults. *Health Psychology, 22*(1), 99-105. doi: 10.1037/0278-6133.22.1.99
- Weiss, D. (1996). The impact of event scale-revised. En: J. Wilson & T. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 168-899). New York: Guilford Press.
- Weiss, D.S. & Marmar, Ch. (1997): The Impact of Event Scale-Revised. En J.P. Wilson y T.M. Keane (eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). New York: The Guilford Press.
- Whitaker, K. L., Brewin, C. R., & Watson, M. (2008). Intrusive cognitions and anxiety in cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research, 64*(5), 509–517. doi:10.1016/j.jpsychores.2008.02.009
- Whitaker, K. L., Watson, M., & Brewin, C. R. (2009). Intrusive cognitions and their appraisal in anxious cancer Patients. *Psycho-Oncology, 18*, 1147–1155. doi: 10.1002/pon.1512
- Whistance, R. N., Conroy, T., Chie, W., Costantini, A., Sezer, O., Koller, M., ... Blazeby, J. M., (2009). Clinical and psychometric validation of the EORTC QLQ-CR29 questionnaire module to assess health-related quality of life in patients with colorectal cancer. *European Journal of Cancer, 45*(17), 3017–3026. doi: 10.1016/j.ejca.2009.08.014
- Widows, M. R., Jacobsen, P. B., & Fields, K. K. (2000). Relation of psychological vulnerability factors to posttraumatic stress disorder symptomatology in bone marrow transplant recipients. *Psychosomatic Medicine, 62*(6), 873-882.
- Wu, X., Wang, J., Cofie, R., Kaminga, A. C., & Liu, A. (2016). Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder among Breast Cancer Patients: A Meta-analysis. *Iranian Journal of Public Health, 45*(12), 1533-1544.
- Young, J., Harrison, J., Solomon, M., Butow, P., Dennis, R., & Auld, S. (2010).

Development and feasibility assessment of telephone-delivered supportive care to improve outcomes for patients with colorectal cancer: pilot study of the CONNECT intervention. *Supportive Care in Cancer*, 18(4), 461-470. doi: 10.1007/s00520-009-0689-0

Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*, 10(1), 19-28. doi: 10.1002/1099-1611(200101/02)10:1<19::AID-PON501>3.0.CO;2-6

Zajac, O., Spychala, A., Murawa, D., Wasiewicz, J., Foltyn, P., & Polom, K. (2008). Quality of life assessment in patients with a stoma due to rectal cancer. *Reports of Practical Oncology & Radiotherapy*, 13(3), 130-134. doi: 10.1016/S1507-1367(10)60003-X

Zenger, M., Brix, C., Borowski, J., Stolzenburg, J., & Hinz, A. (2010). The impact of optimism on anxiety, depression and quality of life in urogenital cancer patients. *Psycho-Oncology*, 19(8), 879–886. doi: 10.1002/pon.1635

Zenger, M., Finck, C., Zanon, C., Jimenez, W., Singer, S., Hinz, A. (2013). Evaluation of the Latin American version of the Life Orientation Test-Revised. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(3), 243-252. Doi: 10.1016/S1697-2600(13)70029-2

Zenger, M., Glaesmer, H., Höckel, M., & Hinz, A. (2011). Pessimism Predicts Anxiety, Depression and Quality of Life in Female Cancer Patients. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 41(1), 87-94. doi: 10.1093/jjco/hyq168

Zhang, M., Wai-Chi, C., Liming, Y., Yongshan, W., Lifen, P., Weiyan, L., & Meichun, Z. (2014). The effectiveness of a self-efficacy-enhancing intervention for Chinese patients with colorectal cancer: A randomized controlled trial with 6-month follow up. *International Journal of Nursing Studies*, 51(8), 1083-1092. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.12.005

ANEXOS

ANEXO 1

Dictamen de Comité de Bioética



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1901 con número de registro 13 CI 19 039 172 ante COFEPRIS
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES NO. 25, CENTRO MÉDICO NACIONAL DEL NORESTE, MONTERREY, NUEVO LEÓN,
NUEVO LEÓN

FECHA 17/11/2016

DR. ABSALÓN ESPINOZA VELAZCO

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL MANEJO DE PENSAMIENTOS INTRUSIVOS, ESTRÉS PERCIBIDO, OPTIMISMO Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2016-1901-89

ATENTAMENTE

DR.(A). PABLO MORENO GUEVARA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1901

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES No. 25


DR. GERARDO O. PALACIOS SAUCEDO
JEFE DE LA DIV. DE INVESTIGACIÓN
EN SALUD

ANEXO 2

Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN PROYECTO: “INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL MANEJO DEL ESTRÉS Y LA CALIDAD



Este consentimiento se dirige a usted que es paciente diagnosticado con cáncer colorrectal. Se le hace una atenta invitación a participar a la investigación psicológica “Intervención Cognitivo-Conductual para el Manejo del Estrés y la Calidad de Vida en pacientes con cáncer colorrectal”.

Propósito. El propósito de este estudio es conocer si la Intervención Cognitivo-Conductual para el Manejo del Estrés y la Calidad de Vida es efectiva para disminuir pensamientos negativos y distrés y mejorar el optimismo y la calidad de vida del paciente después de la cirugía, brindándole recursos adaptativos para afrontar de forma adecuada la enfermedad.

Implicaciones del estudio. Este estudio cuenta con dos grupos: Uno al que se le proporciona una Intervención Psicológica Cognitivo-Conductual de 5 sesiones semanales presenciales de 2 horas cada una y que incluye actividades específicas en casa para cada sesión. Al otro grupo se le dará Psicoeducación de 5 sesiones semanales presenciales de 1 hora. Si Usted decide participar en esta investigación, se le hará la asignación al azar en alguno de estos grupos. Ambos grupos contestarán cuestionarios psicológicos antes, después y a los tres meses posteriores a la intervención. Es muy importante que usted responda sinceramente todas las preguntas que se le hagan durante su participación en esta investigación y que asista a todas las sesiones programadas.

Confidencialidad. La información que usted proporcione en los cuestionarios psicológicos y durante la Intervención Cognitivo-Conductual o Psicoeducación serán mantenidos en estricta confidencialidad. Los datos de esta investigación se analizarán de manera grupal, no será identificada(o) de manera individual. Si los datos de este estudio se publican en alguna revista científica o congreso usted no será identificado de manera alguna.

Aviso de Privacidad: Dehisy Marisol Juárez García que se localiza en la Unidad de Psicología de la Salud del Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud UANL con dirección en Dr. Carlos Canseco S/N esquina con Gonzalitos. Col. Mitras Centro. Monterrey, N.L. Teléfono: 1340-4370 EXT 1768 Celular: 044 8112 98 00 60 Correo electrónico: dehisy.juarezg@uanl.mx es el responsable del uso y protección de sus datos personales, y al respecto le informamos lo siguiente: Los datos personales que recabamos de usted, los utilizaremos para las siguientes finalidades que son necesarias para la investigación:

- Invitación para sesiones de intervención psicológica
- Agendar cita para evaluación de seguimiento
- Iniciar la Intervención psicológica

Usted tiene derecho a conocer qué datos personales tenemos de usted, para qué los utilizamos y las condiciones del uso que les damos (Acceso). Asimismo, es su derecho solicitar la corrección de su información personal en caso de que esté desactualizada, sea inexacta o incompleta (Rectificación); que la eliminemos de nuestros registros o bases de datos cuando considere que la misma no está siendo utilizada conforme a los principios, deberes y obligaciones previstas en la normativa (Cancelación); así como oponerse al uso de sus datos personales para fines específicos (Oposición). Estos derechos se conocen como **derechos ARCO**.

Beneficios del estudio. Su participación será de ayuda para saber si la Intervención Cognitivo-Conductual puede ayudarle a los pacientes como Usted

a manejar el estrés que conlleva el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad y de esta manera proponer intervenciones psicológicas para los pacientes con cáncer en los servicios de salud.

Riesgos del estudio. Esta investigación no implica ningún riesgo para su salud.

Gastos. Este estudio no conlleva gastos para usted como participante.

Derechos del participante. Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria, usted puede elegir participar o no hacerlo, es su elección y todos sus derechos como paciente serán respetados. El investigador puede también discontinuar su participación en este estudio sin su consentimiento si el determina que es benéfico para usted. Tiene derecho de recibir una copia de todos los resultados derivados de sus respuestas a los cuestionarios si lo requiere, recibirá una copia de este consentimiento informado.

Teléfonos de contacto y datos del Investigador. Si usted tiene alguna duda, puede hacer sus preguntas al contactarse con la Lic. Jessica Noemí Acevedo Ibarra, al teléfono celular: 044 811-4997-923 o al correo electrónico: jessinoemi_acib@yahoo.com

He comprendido claramente la información, qué se espera de mí y conozco mis derechos. Sí () No ()

Estoy conforme en participar en el proyecto de investigación. Sí () No ()

Firma del paciente
Sr.(a)

Firma del responsable del proyecto:
Lic. Jessica Noemí Acevedo Ibarra

Testigo 1
Nombre:

Testigo 2
Nombre:

Monterrey, Nuevo León a ____ de _____ 2016

ANEXO 3

Instrumentos

(Para uso exclusivo del encuestador) N° Encuesta: _____

Se le solicita participar en una investigación y se le pide que responda todas las preguntas sinceramente, escribiendo, marcando o subrayando la respuesta que usted elija, de acuerdo a las instrucciones de cada grupo de preguntas. Los datos serán tratados de manera confidencial. No hay respuestas “correctas” o “incorrectas”

Fecha: _____

INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE

¿Ha tenido antecedentes de trastornos psiquiátricos o enfermedad neurológica?

Sí _____ No _____

¿Ya había tenido cáncer antes? Sí _____ No _____

Diagnóstico actual: _____

Estadio de la enfermedad: _____ Fecha de la cirugía: _____

Tratamiento actual: _____ Dosis: _____

¿Tiene alguna otra enfermedad crónica (diabetes, hipertensión u otras)?

Sí _____ No _____ ¿Cuáles? _____

DATOS GENERALES

Nombre: _____

Número de Seguridad Social: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Estado civil: _____ ¿Usted Trabaja? Sí _____ No _____

¿Cuál es su ingreso mensual? _____

Escolaridad (años de estudio. Ejemplo: Secundaria = 9 años): _____

Número de hijos: _____ Dirección: _____

Código postal: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Teléfono: _____

Celular: _____ Correo electrónico: _____

<p>La siguiente es una lista de dificultades que a veces tienen las personas después de haber vivido un evento estresante como diagnóstico o tratamiento de cáncer. Por favor lea cada frase y luego indique cuán molesta ha sido cada dificultad durante estos ÚLTIMOS SIETE DÍAS, marque el número de la alternativa que mejor refleje su forma de sentir. ¿Cuánto le molestaron y afligieron estas dificultades?</p>	En absoluto	Poco	Moderado	Considerablemente	Extremadamente
I1. Cualquier recuerdo me hacía volver a sentir lo que sentí antes.	0	1	2	3	4
I2. Tenía problemas para permanecer dormido.	0	1	2	3	4
I3. Otras cosas me hacían pensar en el suceso.	0	1	2	3	4
I4. Me sentía irritable y enojado.	0	1	2	3	4
I5. Procuraba no alterarme cuando pensaba o recordaba en lo sucedido.	0	1	2	3	4
I6. Pensaba en ello aun cuando no quería.	0	1	2	3	4
I7. Sentía como si no hubiese sucedido o no fuese real.	0	1	2	3	4
I8. Me mantenía lejos de cualquier cosa que me recordara lo sucedido.	0	1	2	3	4
I9. Imágenes del suceso asaltaban mi mente.	0	1	2	3	4
I10. Me sobresaltaba y asustaba fácilmente.	0	1	2	3	4
I11. Intentaba no pensar en el suceso.	0	1	2	3	4
I12. Me daba cuenta de que quedaban muchos sentimientos sin resolver.	0	1	2	3	4
I13. Mis sentimientos sobre el suceso estaban como adormecidos.	0	1	2	3	4
I14. Me encontraba como si estuviese funcionando o sintiendo como durante el evento.	0	1	2	3	4
I15. Tenía problemas para conciliar el sueño.	0	1	2	3	4
I16. Me invadían oleadas de fuertes sentimientos sobre lo sucedido.	0	1	2	3	4
I17. Intentaba apartarlo de mi memoria.	0	1	2	3	4
I18. Tenía problemas de concentración.	0	1	2	3	4
I19. Cosas que me recordaban lo sucedido me causaban reacciones fisiológicas tales como transpiración, dificultad al respirar, náuseas o taquicardia.	0	1	2	3	4
I20. Soñaba con lo sucedido.	0	1	2	3	4

I21. Me sentía vigilante y en guardia.	0	1	2	3	4
I22. Intentaba no hablar de ello.	0	1	2	3	4

Instrucciones: Este cuestionario se ha construido para ayudar al equipo de salud que le atiende para saber cómo se siente. Lea cada frase y marque la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido durante la **ÚLTIMA SEMANA INCLUYENDO EL DÍA DE HOY.**

D1. Me siento tenso(a) o nervioso(a).	3. Todos los días	2. Muchas veces	1. A veces	0. Nunca
D2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.	0. Como siempre	1. No tanto como antes	2. Solo un poco	3. Nunca
D3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.	3. La mayoría de las veces	2. Con bastante frecuencia	1. A veces, aunque no muy a menudo	0. Sólo en ocasiones
D4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.	0. Igual que siempre	1. A veces	2. Casi nunca	3. Nunca
D5. Tengo mi mente llena de preocupaciones.	3. La mayoría de las veces	2. Con bastante frecuencia	1. A veces, aunque no muy a menudo	0. Sólo en ocasiones
D6. Me siento alegre.	0. Casi siempre	1. A veces	2. No muy a menudo	3. Nunca
D7. Tengo una sensación extraña, como de “aleteo” en el estómago.	0. Nunca	1. En ciertas ocasiones	2. Con bastante frecuencia	3. Muy a menudo
D8. He perdido el interés en mi aspecto personal.	3. Totalmente	2. No me preocupo tanto como debería	1. Podría tener un poco más de cuidado	0. Me preocupa igual que siempre
D9. Me siento inquieto(a), como si no pudiera parar de moverme.	3. Mucho	2. Bastante	1. Poco	0. Nada

D10. Me siento optimista respecto al futuro.	0. Igual que siempre	1. Menos de lo acostumbrado	2. Mucho menos de lo acostumbrado	3. Nada
D11. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.	3. Siempre	2. Muy a menudo	1. No muy a menudo	0. Nunca
D12. Me divierto con un buen libro, el radio o un programa de televisión.	0. A menudo	1. A veces	2. No muy a menudo	3. Rara vez

Las siguientes preguntas se refieren a como Usted ve la vida en general . Después de cada pregunta, díganos, si Usted está de acuerdo o en desacuerdo. No hay respuestas correctas o incorrectas—solo nos interesa su opinión.	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
LOT1. En tiempos difíciles, pienso que me va ocurrir lo mejor	1	2	3	4	5
LOT2. Me resulta fácil relajarme	1	2	3	4	5
LOT3. Si algo malo me puede pasar, estoy seguro de que me	1	2	3	4	5
LOT4. Siempre soy optimista en cuanto a mi futuro	1	2	3	4	5
LOT5. Disfruto mucho de mis amistades	1	2	3	4	5
LOT6. Para mí es importante estar siempre ocupado	1	2	3	4	5
LOT7. Rara vez espero que las cosas salgan a mi manera	1	2	3	4	5
LOT8. No me disgusta fácilmente	1	2	3	4	5
LOT9. Casi nunca espero que me sucedan cosas buenas	1	2	3	4	5
LOT10. En general, yo pienso que más cosas buenas que malas me van a suceder	1	2	3	4	5

Marca con un círculo la opción (número) que considere más apropiada: Durante la semana pasada...		En Absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
Q1.	¿Tiene alguna dificultad para realizar actividades que requieren de un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compras pesada o una maleta?	1	2	3	4
Q2.	¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo largo?	1	2	3	4
Q3.	¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de casa?	1	2	3	4
Q4.	¿Tiene que permanecer en la cama o sentado/a en una silla durante el día?	1	2	3	4
Q5.	¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al sanitario?	1	2	3	4
Q6.	¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?	1	2	3	4
Q7.	¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio?	1	2	3	4
Q8.	¿Sintió que se le corto la respiración?	1	2	3	4
Q9.	¿Ha tenido dolor?	1	2	3	4
Q10	¿Necesitó parar para descansar?	1	2	3	4
Q11	¿Ha tenido dificultades para dormir?	1	2	3	4
Q12	¿Se ha sentido débil?	1	2	3	4
Q13	¿Le ha faltado el apetito?	1	2	3	4
Q14	¿Ha tenido náuseas?	1	2	3	4
Q15	¿Ha vomitado?	1	2	3	4
Q16	¿Ha estado estreñado/a?	1	2	3	4
Q17	¿Ha tenido diarrea?	1	2	3	4

QCR48.	¿Lleva Ud. una bolsa de colostomía/ileostomía? (Por favor, rodee con un círculo su respuesta correcta)	Sí	No
--------	---	----	----

Responda estas preguntas <u>SOLO SI TIENE UNA BOLSA DE COLOSTOMÍA</u>; en caso contrario, pase a la siguiente sección:		Para nada	Un poco	Bastante	Mucho
Durante la semana pasada...					
QCR49.	¿Ha sufrido alguna pérdida involuntaria de gases a través del recto o de la bolsa colectora?	1	2	3	4
QCR50.	¿Ha sufrido alguna pérdida de heces a través de la bolsa colectora?	1	2	3	4
QCR51.	¿Ha sufrido alguna inflamación de la piel situada alrededor de la bolsa colectora?	1	2	3	4
QCR52.	¿Tuvo que cambiar la bolsa frecuentemente durante el día?	1	2	3	4
QCR53.	¿Tuvo que cambiar la bolsa frecuentemente durante la noche?	1	2	3	4
QCR54.	¿Sintió vergüenza a causa de su bolsa?	1	2	3	4
QCR55.	¿Tuvo problemas con el cuidado de su bolsa?	1	2	3	4

Responda estas preguntas <u>SOLO SI NO TIENE UNA BOLSA DE COLOSTOMÍA</u>:					
QCR49.	¿Ha sufrido alguna pérdida de gases involuntaria a través del recto?	1	2	3	4
QCR50.	¿Ha sufrido alguna pérdida de heces a través del recto?	1	2	3	4
QCR51.	¿Ha sufrido alguna inflamación de la piel situada alrededor de la región anal?	1	2	3	4
QCR52.	¿Evacuó con frecuencia durante el día?	1	2	3	4
QCR53.	¿Evacuó con frecuencia durante la noche?	1	2	3	4
QCR54.	¿Sintió vergüenza por tener que evacuar?	1	2	3	4

Durante las últimas <u>cuatro</u> semanas:		Nada	Un poco	Bastante	Mucho
Sólo para varones:					
Q56 .	¿Hasta qué punto estuvo interesado en el sexo?	1	2	3	4
Q57 .	¿Le costó alcanzar o mantener la erección?	1	2	3	4
Sólo para mujeres:					
Q58 .	¿Hasta qué punto estuvo interesada en el sexo?	1	2	3	4
Q59 .	¿Tuvo dolor o molestias durante el coito?	1	2	3	4

ANEXO 4

Carta descriptiva de la Intervención Cognitivo-Conductual para el Manejo del Estrés

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL MANEJO DEL ESTRÉS				
Sesión 1: Introducción al programa/ Conciencia del estrés y respuestas físicas/ Relajación Muscular Progresiva de 8 grupos de músculos				
Objetivos	Procedimiento (general)	Técnica	Materiales	Duración
<p>Conocer el contenido del programa, la estructura de las sesiones y la normativa del grupo.</p> <p>Presentar e integrar a los participantes.</p> <p>Brindar información acerca del cáncer colorrectal, definición, tratamiento y manejo de efectos secundarios.</p> <p>Aprender sobre el</p>	<p style="text-align: center;"><i>Introducción.</i></p> <p>Se llevó a cabo la introducción sobre el programa de intervención, la estructura de las sesiones y reglas del grupo. Seguido por una dinámica de presentación para fomentar la confianza y un ambiente de calidad en los participantes.</p> <p>Después se da información sobre el cáncer colorrectal, definición, tratamiento y manejo de efectos secundarios.</p> <p style="text-align: center;"><i>Manejo del estrés.</i></p> <p>Los participantes toman conciencia del estrés, su definición, efectos, estrés adaptativo y su relación con el cáncer.</p> <p style="text-align: center;">*Actividad: Revisar la sesión 1 del libro de actividades.</p>	<p>Presentación de la introducción.</p> <p style="text-align: center;"><i>Manejo del estrés:</i></p> <p>Psicoeducación en manejo de estrés para la toma de conciencia de éste y sus respuestas físicas.</p> <p style="text-align: center;"><i>Entrenamiento en relajación</i></p> <p>Relajación muscular progresiva.</p>	<p>Proyector</p> <p>Laptop</p> <p>Material multimedia</p> <p>Hojas de evaluación.</p>	<p>2 horas.</p>

<p>estrés; efectos, síntomas, estrés adaptativo y su relación con el cáncer.</p> <p>Que el participante aprenda la técnica de relajación muscular progresiva.</p>	<p>Completar la hoja de eventos estresantes. Revisar la lista referente a los síntomas del estrés.</p> <p>Entrenamiento en relajación. Aprender el funcionamiento de la relajación muscular progresiva (8 grupos de músculos). Se utiliza un método que reduce la tensión física mediante la tensión y relajación de diferentes grupos musculares del cuerpo, este proceso es llamado Relajación Muscular Progresiva.</p> <p>**Se les deja actividad en casa para que practiquen las técnicas de relajación aprendidas en los momentos pertinentes, por lo menos una vez al día. Se comenta en la próxima sesión.</p>			
---	---	--	--	--

Sesión 2: Pensamientos Automáticos/ Respiración Diafragmática/ Relajación Muscular Progresiva de 4 grupos de músculos

Objetivos	Procedimiento (general)	Técnica	Materiales	Duración
<p>Identificar los pensamientos negativos propios y el proceso de evaluación para implementar la</p>	<p>Se comparten las experiencias aprendidas sobre la tarea de la sesión No. 1.</p> <p>Manejo del estrés. Pensamientos automáticos negativos. Definición, tipos y su influencia en el</p>	<p>Manejo del estrés. Psicoeducación para identificar pensamientos negativos y proceso de evaluación</p>	<p>Proyector Laptop Material multimedia Hojas de evaluación.</p>	<p>2 horas.</p>

<p>técnica de relajación y reducir el estrés provocado por dichos pensamientos.</p> <p>Aprender las siguientes técnicas de relajación: Respiración diafragmática y relajación muscular progresiva de 4 grupos de músculos</p> <p>Implementar las técnicas aprendidas.</p>	<p>comportamiento.</p> <p>Identificar pensamientos negativos, el área a la que pertenecen, proceso de evaluación, la relación con las emociones y conducta, durante el tratamiento. Después lo compartirán en el grupo.</p> <p>*Actividad en casa: Que los participantes completen los ejercicios del libro de actividades y la Hoja de monitoreo de distorsiones cognitivas con dos momentos estresantes que experimenten durante la semana</p> <p>Entrenamiento en relajación. Se les explica a los participantes teórica y prácticamente la técnica de relajación: Respiración diafragmática y relajación muscular progresiva de 4 grupos de músculos.</p> <p>Se utiliza una de las más prácticas y versátiles formas de relajación. Los participantes aprenden a utilizar más efectivamente el diafragma para maximizar los beneficios de la respiración; asimismo aprenderán a tensar y relajar sus</p>	<p>Entrenamiento en relajación.</p> <p>Respiración diafragmática y relajación muscular progresiva de 4 grupos de músculos</p>		
---	---	--	--	--

	<p>músculos mientras tienen un momento en silencio para disfrutar la sensación de relajación.</p> <p>**Actividad en casa</p> <p>Practicar la técnica de relajación aprendida al menos una vez al día. Registrar los niveles de estrés antes y después de la práctica en la hoja de monitoreo de relajación.</p>			
--	--	--	--	--

Sesión 3: Distorsiones cognitivas/ Optimismo/ Restructuración Cognitiva 1/ Respiración profunda aunada a la Relajación Muscular Progresiva Pasiva

Objetivos	Procedimiento (general)	Técnica	Materiales	Duración
<p>Conocer las distorsiones cognitivas que corresponden a los pensamientos automáticos.</p> <p>Identificar, analizar y reemplazar pensamientos negativos y</p>	<p>Se comparten las experiencias aprendidas sobre la tarea de la sesión No. 2.</p> <p>Manejo del estrés.</p> <p>Se explica de manera teórica las distorsiones cognitivas.</p> <p>Posteriormente, mediante la reestructuración cognitiva se analizan y cuestionan los pensamientos negativos y distorsiones cognitivas que los participantes experimentan en relación a</p>	<p>Manejo del estrés.</p> <p>Distorsiones cognitivas.</p> <p>Optimismo Realista.</p> <p>Reestructuración cognitiva.</p> <p>Entrenamiento en relajación.</p> <p>Respiración profunda y Relajación Muscular Progresiva Pasiva</p>	<p>Proyector</p> <p>Laptop</p> <p>Material multimedia</p> <p>Hojas de evaluación.</p>	<p>2 horas.</p>

<p>distorsiones cognitivas (optimismo realista) en relación a su tratamiento, a través de la Reestructuración cognitiva.</p> <p>Conocer la técnica “Respiración profunda aunada a la Relajación Muscular Progresiva Pasiva” como técnica de relajación para reducir el estrés presente en eventos específicos.</p>	<p>su tratamiento del cáncer. Asimismo, se realizan ejercicios sobre como reemplazarlos (optimismo realista).</p> <p>*Actividad en casa: Identificar los pensamientos negativos y distorsiones cognitivas en 2 momentos estresantes distintos durante la semana, y aplicar Optimismo Realista para reducir el estrés.</p> <p><i>Entrenamiento en relajación.</i></p> <p>Comentar al grupo que se practiquen dos ejercicios de relajación diferentes. Primero deben repetir la técnica de Relajación Diafragmática que practicaron la semana pasada, pero en vez de solo inhalar y exhalar ellos contarán a cuatro mientras respiran. Decirles a los participantes que no deben preocuparse si no pueden contener su respiración hasta llegar al cuatro. Esta es solo una manera de comenzar a disminuir la respiración y focalizar su atención, lo cual puede beneficiar a algunas personas.</p>			
--	---	--	--	--

	<p>Explicar a los participantes que este ejercicio se llama Relajación Pasiva, ya que no van a tensionar sus músculos solo recordar el sentimiento asociado con la relajación de la tensión de un grupo muscular. El facilitador deberá guiar al grupo desde la Relajación Profunda a la Relajación Muscular Progresiva de 4 grupos de músculos.</p> <p>**Actividad en casa</p> <p>Practicar la técnica de relajación aprendida al menos una vez al día y registrar los niveles de estrés antes y después en la Hoja de Monitoreo de Relajación</p>			
--	--	--	--	--

Sesión 4: Reestructuración Cognitiva 2/ Afrontamiento / Imaginación Guiada

Objetivos	Procedimiento (general)	Técnica	Materiales	Duración
Continuar con la identificación, análisis y reemplazo de	Se comparten las experiencias aprendidas sobre la tarea de la sesión No. 3.	Manejo del estrés. Reestructuración Cognitiva.	Proyector Internet Laptop	2 horas.

<p>pensamientos negativos y distorsiones cognitivas (optimismo realista), en relación a su tratamiento, a través de la Reestructuración cognitiva y el aprendizaje de estrategias de afrontamiento para el manejo de situaciones estresantes.</p> <p>Comprender y aplicar “Imaginación Guiada (lugar especial)” como técnica de relajación.</p>	<p style="text-align: center;">Manejo de estrés</p> <p>Se continúa con la reestructuración cognitiva, en la cual se analizan y cuestionan los pensamientos negativos y distorsiones cognitivas que los participantes experimentan. Asimismo, se realizan ejercicios sobre como reemplazarlos (optimismo realista).</p> <p>Aprenden en que consiste el afrontamiento: Definir qué es afrontamiento. Discutir los aspectos controlables e incontrolables de una situación. Discutir el afrontamiento centrado en el problema vs. El afrontamiento centrado en la emoción.</p> <p>Comprenden el afrontamiento activo y pasivo para el manejo de estresores.</p> <p>Identifican las estrategias de afrontamiento utilizadas en relación a situaciones estresantes.</p> <p style="text-align: center;">*Actividad en casa:</p> <p>Que los participantes completen los ejercicios del libro de actividades.</p> <p>Que los participantes completen la Hoja de</p>	<p>Afrontamiento.</p> <p style="text-align: center;">Entrenamiento en relajación.</p> <p>Respiración profunda aunada a la Relajación Muscular Progresiva Pasiva Imaginación guiada (Lugar especial imaginario)</p>	<p>Material multimedia Hojas de evaluación.</p>	
---	--	---	---	--

	<p>monitoreo de Afrontamiento.</p> <p><i>Entrenamiento en relajación.</i></p> <p>Se les explica a los participantes la técnica de relajación: Imaginación Guiada (lugar especial).</p> <p>Preparar a los participantes haciéndolos pensar en un lugar especial. Una vez que lo hayan seleccionado están listos para iniciar con el ejercicio de relajación. Los participantes pueden cambiar de lugar si lo desean. Se explica que esta técnica es una experiencia de relajación profunda pasiva, la cual combina imágenes de un lugar especial previamente seleccionado, aunado a imágenes que el instructor sugiere para crear un efecto relajante. Para conducir este ejercicio primero se debe llevar a los pacientes por la relajación muscular progresiva pasiva e inmediatamente introducir la técnica de imaginación guiada asociada con un lugar especial.</p> <p>Posteriormente los participantes comparten su experiencia en ésta técnica.</p>			
--	--	--	--	--

	<p align="center">**Actividad en casa:</p> <p align="center">Practicar la técnica de relajación aprendida al menos una vez al día y registrar los niveles de estrés antes y después en la Hoja de Monitoreo de Relajación</p>			
--	---	--	--	--

Sesión 5: Manejo del enojo/ Comunicación asertiva / Relajación para la Sanación y el Bienestar

Objetivos	Procedimiento (general)	Técnica	Materiales	Duración
<p>Aprender a manejar las emociones negativas como el enojo.</p> <p>Comprender el significado y los beneficios de la comunicación asertiva durante el tratamiento.</p> <p>Brindar técnicas de entrenamiento</p>	<p>Compartir las experiencias obtenidas en las actividades de la tarea de la semana anterior.</p> <p align="center">Manejo del estrés.</p> <p>Aprender a manejar las emociones negativas como el enojo. Se brindan técnicas de entrenamiento asertivo para mejorar la comunicación entre el participante y las personas que le rodean.</p> <p align="center">Entrenamiento en relajación.</p> <p>El un ejercicio que promueve la sanación y el bienestar, el cual incluye relajación, respiración y visualización (imaginación guiada).</p>	<p>Manejo del estrés.</p> <p>Manejo del enojo</p> <p>Entrenamiento asertivo</p> <p>Entrenamiento en relajación.</p> <p>Técnica de relajación de la sanación y el bienestar</p>	<p>Proyector</p> <p>Internet</p> <p>Laptop</p> <p>Material multimedia</p> <p>Hojas de evaluación.</p>	<p>2 horas.</p>

<p>asertivo para la mejora de la comunicación durante el tratamiento.</p> <p>Aprender y aplicar la técnica de relajación de la sanación y el bienestar.</p>	<p>Actividad integradora</p> <p>Para finalizar se les solicita a los participantes la realización de su plan de manejo de estrés personal y cómo lo pueden aplicar en su vida.</p>			
---	---	--	--	--

ANEXO 5

Carta descriptiva de Psicoeducación

PSICOEDUCACIÓN				
Sesión 1: Introducción al programa/ Cáncer Colorrectal y preguntas después del diagnóstico				
Objetivos	Procedimiento (general)	Técnica	Materiales	Duración
<p>Conocer el contenido del programa, la estructura de las sesiones y la normativa del grupo.</p> <p>Presentar e integrar a los participantes.</p> <p>Conocer en que consiste el diagnóstico de cáncer colorrectal y su tratamiento, brindando respuesta</p>	<p style="text-align: center;"><i>Introducción.</i></p> <p>Se lleva a cabo la introducción sobre el programa de intervención, la estructura de las sesiones y reglas del grupo. Seguido por una dinámica de presentación para fomentar la confianza y un ambiente de calidez en los participantes.</p> <p style="text-align: center;"><i>Psicoeducación.</i></p> <p>Se brinda información sobre el cáncer colorrectal y su tratamiento, mediante la respuesta de diferentes preguntas por áreas que surgen después del diagnóstico:</p> <p style="text-align: center;">*Cáncer ¿Qué es cáncer?</p>	<p>Psicoeducación</p>	<p>Proyector</p> <p>Laptop</p> <p>Material multimedia</p>	<p>1 hora</p>

<p>a las diferentes preguntas que surgen después del diagnóstico.</p>	<p>¿Qué es cáncer colorrectal?" ¿Por qué a mí? ¿Cause yo mismo(a) el cáncer? ¿Se puede heredar el cáncer? ¿Voy a morir? ¿Cómo hablo sobre mi diagnóstico de cáncer con las demás personas? *Decisiones sobre el tratamiento ¿Cómo se trata el cáncer? ¿Cuál tratamiento es mejor para mí? ¿Cuáles son los tipos comunes de tratamiento? Cirugía, quimioterapia y radioterapia.</p>			
---	---	--	--	--

Sesión 2: Manejo de efectos secundarios: Cirugía y Radioterapia

Objetivos	Procedimiento (general)	Técnica	Materiales	Duración
<p>Aprender los efectos secundarios del tratamiento de la cirugía y la radioterapia, así como, su manejo.</p>	<p>Los participantes aprenden en qué consiste el tratamiento de la cirugía, sus efectos secundarios y la manera de manejarlos. Asimismo, se aborda el tipo de cirugía, colostomía/ileostomía y el cambio en el estilo de vida. También aprenden en que consiste el tratamiento</p>	<p>Psicoeducación</p>	<p>Proyector Laptop Material multimedia</p>	<p>1 hora</p>

	de Radioterapia, sus los efectos secundarios (irritación en la piel, nauseas, irritación rectal, fatiga, problemas sexuales) y el manejo de los mismos.			
Sesión 3: Manejo de efectos secundarios: Quimioterapia				
Objetivos	Procedimiento (general)	Técnica	Materiales	Duración
Conocer el tratamiento de quimioterapia, aprender sus efectos secundarios y el manejo de los mismos.	Se continúa con la exposición teórica correspondiente al tratamiento de quimioterapia, sus efectos secundarios como la caída de pelo, úlceras en la boca, pérdida de apetito, náuseas y vómitos, fatiga, entre otros. Asimismo, se aprende el manejo de los mismos, fomentando en el paciente la comunicación con el equipo médico con respecto al tratamiento.	Psicoeducación	Proyector Laptop Material multimedia	1 hora.

Sesión 4: Estilo de vida saludable: nutrición, actividad física y calidad del sueño

Objetivos	Procedimiento (general)	Técnica	Materiales	Duración
<p>Aprender la importancia de tener un estilo de vida saludable y su implementación en las diferentes áreas:</p> <p>Nutrición</p> <p>Actividad física</p> <p>Calidad del sueño</p>	<p>Los pacientes aprenden la importancia de llevar a cabo un estilo de vida saludable mediante:</p> <p>Aspectos nutricionales: Conocer los aspectos generales de cómo llevar una alimentación saludable en relación a los efectos secundarios del tratamiento.</p> <p>Actividad física: Aprender la importancia de llevar a cabo actividad física, de acuerdo a las indicaciones médicas.</p> <p>Calidad del sueño: Identificar los aspectos generales de calidad de sueño y sus beneficios, para poder implementarlos.</p>	<p>Psicoeducación</p>	<p>Proyector</p> <p>Laptop</p> <p>Material multimedia</p>	<p>1 hora</p>

Sesión 5: Calidad de vida después del diagnóstico

Objetivos	Procedimiento (general)	Técnica	Materiales	Duración
<p>Aprender formas prácticas de sobrellevar problemas comunes y las pautas para manejar la salud física, social y emocional después del cáncer, mediante los cuidados de seguimiento.</p>	<p>Aprender el cuidado hacia sí mismo. También, conocerán el periodo de cambio correspondiente a los primeros meses después del cáncer. No se trata tanto de “volver a la normalidad”, sino más bien de saber qué es lo normal ahora. En este sentido, aprenden los cuidados de seguimiento para la mejora de su calidad de vida.</p>	<p>Psicoeducación</p>	<p>Proyector Laptop Material multimedia</p>	<p>1 hora</p>