

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Mindfulness Aplicado en Terapia de Pareja en
Postoperatorio de Cáncer Ginecológico
Proyecto de Investigación**

Anaemilia Miño Herrera

Licenciatura en Psicología

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Licenciada en Psicología

Quito, 8 de mayo de 2019

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

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Mindfulness Aplicado en Terapia de Pareja en Postoperatorio de Cáncer
Ginecológico**

Anaemilia Miño Herrera

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Micaela Jiménez Borja, PhD.

Firma del profesor

Quito, 8 de mayo de 2019

Derechos de Autor

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

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

Firma del estudiante:

Nombres y apellidos:

Anaemilia Miño Herrera

Código:

00127135

Cédula de Identidad:

1003679600

Lugar y fecha:

Quito, 8 de mayo de 2019

RESUMEN

El cáncer ha terminado con muchas vidas en todo el mundo, sin embargo, las personas que sobreviven a esta enfermedad quedan con estragos tanto físicos como mentales a lo largo de la vida. Este trabajo investigativo, busca analizar y encontrar una relación sobre cómo el Mindfulness como terapia psicológica, puede mejorar el estilo de vida, las emociones y sentimientos presentes alrededor de la mujer y su pareja emocional cuando la mujer ha sufrido algún tipo de cáncer ginecológico. En el Ecuador hay escasez de datos sobre esta enfermedad, y los datos que se pueden obtener no son actuales, tampoco de todo el país. De acuerdo con la información encontrada, se puede evidenciar como el cáncer ginecológico tiene alta incidencia en mujeres y una tasa de mortalidad especial, sin embargo, no existen estudios concretos y dirigidos para ayudar a las personas que logran vencer de cierta forma la carcoma.

Palabras clave: mindfulness, cáncer ginecológico, terapia de pareja.

ABSTRACT

Cancer has ended with many lives around the world, however, the people who survive this disease remain with both physical and mental ravages along life. This investigative work, seeks to analyze and find a relationship on how Mindfulness as psychological therapy can improve the lifestyle, emotions and feelings present around woman and her emotional partner when the woman has suffered some type of gynecologic cancer. In Ecuador there is a scarcity of data about this disease and the data that can be obtained are not current, either from around the country. According to the information found, it can be evidenced that Gynecologic cancer has a high incidence in women and a special mortality rate, however, there are no specific and targeted studies to help the people who manage to overcome somewhat the Woodworm.

Key words: mindfulness, gynecological cancer, couple's therapy.

TABLA DE CONTENIDO

Planteamiento del problema.....	7
Objetivos y pregunta de Investigación	8
Justificación	8
Marco Teórico	11
Cáncer, estadísticas, tratamientos médicos y psicológicos.	11
Mindfulness, su historia y aplicaciones	21
La relación de pareja y la sexualidad	26
Cáncer, Mindfulness y relación de pareja.	29
Diseño y Metodología	32
Diseño	32
Población	34
Instrumentos o materiales	34
Consideraciones Éticas.....	37
Discusión	38
Fortalezas y limitaciones de la propuesta	38
Recomendaciones para Futuros Estudios.....	39
Referencias.....	40
ANEXO A: Formulario de Consentimiento Informado.....	51

PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

Planteamiento del problema

El cáncer ginecológico ha cobrado muchas víctimas ya en el Ecuador. Un reporte de SOLCA menciona que el cáncer al cuello uterino es la segunda causa de muerte más frecuente en el país después del cáncer de mama en mujeres, por ejemplo, un estudio realizado durante el 2014 se encontró cerca de 650 casos de muertes anuales por cáncer al cuello uterino. De tal manera, en el artículo publicado por SOLCA, se menciona que se diagnostican aproximadamente 1600 casos de cáncer de cuello uterino en el Ecuador por año (SOLCA, 2017). Del mismo modo, el Dr. Sánchez (2003), planteó en un simposio dedicado al cáncer ginecológico que tiene una importante representación a nivel nacional en cuanto al tema de cáncer ginecológicos presentando un mayor número de consultas médicas, así como de tratamientos que se realizan las mujeres en el país.

Sin duda, este tipo de cáncer ginecológico tiene una alta reincidencia en el Ecuador, con respecto de los casos sobrevivientes, no se tiene mucho conocimiento de cómo manejan todas las secuelas de carga emocional y física que resulta de un cáncer como estos. El proceso por el cual las mujeres supervivientes tienen que pasar, y con qué herramientas se les ayuda, es un tema que no se trata mucho en el Ecuador, no existe mucha información al respecto. A parte de que, según los datos, las mujeres que más sufren de estos tumores malignos son personas de bajos recursos económicos y bajo nivel de escolaridad en el Ecuador (SOLCA, 2017). Tampoco existen muchos estudios sobre intervenciones para tratar, por ejemplo, disfunciones sexuales en pacientes después de un cáncer ginecológico (Lammerink, Bock, Pras, Reyners, & Mourits, 2012). Brotto y Heiman (2006), sostienen que existe un deficiente grupo control en estos estudios, y también dificulta que se pueda conocer más a fondo estos datos, pues tras una revisión de literatura acerca de las

diferentes aplicaciones del Mindfulness, no aparece el nombre de mindfulness como terapia para parejas que hayan pasado por un cáncer ginecológico.

Objetivos y pregunta de Investigación

¿Cuál es la experiencia en parejas, en un rango de edad de 30 a 60 años, en estado postoperatorio de cáncer ginecológico, luego de aplicar Mindfulness como intervención psicológica?

Este trabajo de investigación pretende analizar y describir los beneficios que tendrán las pacientes de alguno de los tipos de cánceres ginecológicos propuestos, y sus parejas, mediante la intervención con Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT Ca) desarrollada por Bartley (2017), para personas con cáncer ginecológico y sus parejas. Se presentará información de ayuda para todos ellos que sufren de efectos y consecuencias en estado postoperatorio con todos los cambios y pérdidas que se pueden ocasionar. Así también, poder dar alternativas a estas mujeres y sus parejas que sufren a causa del diagnóstico de cáncer ginecológico.

Justificación

El cáncer ginecológico, afecta la vida de muchas mujeres en todo el mundo, arrastrando así problemas y dificultades al ser sus partes íntimas, reproductivas y de placer afectadas. Para determinar las áreas de estudio, el departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (U.S. Department of Health & Human Services, HHS por sus siglas en inglés), destaca que existen los siguientes tipos de cáncer ginecológicos: cáncer

ovárico, cérvico, uterino, vaginal, vulvar, y un sexto cáncer, pero muy raro es el de las trompas de falopio (U.S. Department of Health & Human Services, 2018).

La vida de mujeres que son diagnosticadas con cáncer ginecológico da un vuelco de 360 grados. Su vida emocional, física, psicológica y social cambian, y empiezan una lucha por reajustar, aceptar, adaptarse, explorar su cuerpo y su reconexión con las relaciones con otros. Las sobrevivientes a un cáncer ginecológico sufren de varias pérdidas de capacidades o mutilaciones orgánicas tras su tratamiento médico que generan dolor, vergüenza, rechazo o aislamiento, implica que su calidad de vida se ve afectada tanto como en el bienestar físico, emocional, social y funcional (Montes, Mullins, Urrutia, 2006; Pearman, 2003). No solamente la sufre la paciente que tiene cáncer, si no todo su círculo de personas cercanas, familia, amigos y pareja; por lo tanto, Mathienson & Stam (1995) proponen que existe una renegociación por parte de los pacientes para con sus familiares, amigos, compañeros de trabajo, hasta con el mismo personal médico acerca de su autoidentidad. Se puede decir que es un proceso el cual afecta a más de una persona, pues una paciente que vive con cáncer se encuentra en un nexo de acontecimientos psicosociales dinámicos como pérdida de funcionamiento productivo, tensión financiera, estrés familiar, angustia personal, estigma, amenazas a la autoimagen (Johnston, 2012).

Por otro lado, estudios propuestos por Zabora, BrientzenfeSzoc, Curbow, Hooker y Piantadosi (2001) encuentran en una amplia muestra, que existe mayor tasa de ansiedad y estrés en pacientes con cáncer de pulmón con porcentajes como el 43.4% y un 29.6% para cánceres ginecológicos, siendo de los más altos con relación a síntomas de ansiedad y estrés producidos por la enfermedad. Una gran proporción de los pacientes que sobreviven a un tratamiento u operación de cáncer ginecológico, según Kornblith & Ligibel, citados en el

texto escrito por Speca, Carlson, Mackenzie & Mauren (2006), reportan dificultades relacionadas con la imagen corporal, miedo a la recurrencia de la enfermedad y problemas sexuales. Estos factores hacen que la vida de las mujeres y las de sus parejas pasen por varias modificaciones en torno a su vida social como las relaciones interpersonales, personal en cuanto a cambios físicos notables y percepciones mentales, e íntimos tomando en cuenta sus relaciones amorosas y disfunciones sexuales.

De tal manera, tomando en cuenta lo anterior mencionado, se busca una herramienta alternativa para que en si la pareja trabaje de manera más consciente con el mindfulness en cuanto a su relación y la forma en la que tendrán que manejarla a partir del diagnóstico. Se ha debatido que las disfunciones sexuales están relacionadas a las distracciones, ansiedad, inhibiciones, autocrítica del desempeño sexual, y algo muy importante que se menciona es la falta de atención al presente y a los estímulos sexuales (Barlow, 1986; Dove & Wiederman, 2000; Masters & Jonson, 1970) citados en (Brotto & Heiman, 2007). Por otro lado, se reporta que aun cuando Mindfulness ha sido aplicado como tratamiento de distintos trastornos de salud mental, no ha sido discutido en torno al ámbito de terapia para problemas sexuales (Brotto & Heiman, 2007). Sin duda alguna, Mindfulness-Based Interventions, dado su objetivo de lograr que prestemos atención al presente y en general estar conscientes de nuestras emociones y pensamientos, tendría cierta utilidad y beneficios al trabajar con parejas con problemas sexuales después de un cáncer ginecológico. La práctica del mindfulness con la persona diagnosticada y con su pareja ha sido identificada como muy beneficiosa, pues puede ofrecer un enfoque bastante útil en cuanto a la autoidentidad y la imagen corporal. Así, Johnston propuso una

intervención de pareja cuando existe una alteración de identidad propia en mujeres diagnosticadas con cáncer de seno (Johnston, 2012).

No existen muchos estudios sobre intervenciones para tratar por ejemplo a pacientes que tengan disfunciones sexuales después de un cáncer ginecológico (Lammerink, Bock, Pras, Reyners, & Mourits, 2012). Inclusive, Brotto & Heiman (2007), destacan que el único estudio que analizó mindfulness la relación entre la sexualidad y la atención plena (AP) es una disertación doctoral dirigida por Maylan en 2005, en la que, en un estudio cualitativo con 10 mujeres y sus parejas, ambos practicantes de meditación, se encontraron tras entrevistas que las mujeres reportan mayor consciencia durante los actos sexuales, mayor excitación genital, mientras otras hablan acerca de dejar ir las expectativas sexuales por lo tanto alcanzan mayor satisfacción. Por ello, este trabajo de investigación busca brindar una alternativa de intervención basada en estudios que se han encontrado sobre mindfulness y cáncer en general, y relacionarla con el cáncer ginecológico para brindar ayuda significativa a mujeres en estado postoperatorio como a sus parejas mediante Mindfulness

Marco Teórico

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Cáncer, estadísticas, tratamientos médicos y psicológicos.

El cáncer ha sido un tema que ha sacudido y ha tomado muchas víctimas alrededor del mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo, aproximadamente el 70% de las muertes por cáncer se encuentra en países con ingresos medios y bajos (Organización Mundial de la Salud, 2019). Con cifras que asombran, como los datos argumentados por American Cancer Society en el que exponen

porcentajes y números estimados sobre nuevos casos de cáncer y muertes por este fenómeno especialmente en los Estados Unidos, por ejemplo, que en el 2017 se predijo que se esperaban 1,688,780 casos nuevos de cáncer y 600,920 muertes por este. Así como también que el 20% de incidencia en el cáncer es más alta en hombres que en mujeres, mientras que la mortalidad es más alta en mujeres con un 40% (Siegel, Miller, Jemal, 2017). Sin duda alguna los números muestran cifras reales de personas que sufren de cáncer alrededor del mundo, así también, como ésta es una enfermedad que ha apagado muchas voces, y como otras siguen peleando para vencer o al menos lograr tregua contra el virus. Los que quedan, se ven afectados y marcados con cicatrices físicas y psicológicas por el resto de sus vidas. Este trabajo investigativo, está basado específicamente en cáncer de tipo ginecológico que, como se había descrito anteriormente, trata particularmente de los tipos a continuación mencionados: cáncer cérvico o del cuello uterino, ovárico, cáncer al útero, vaginal, vulvar, y el de las trompas de falopio (HHS, 2018).

SOLCA (2017) Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, es una entidad ecuatoriana cuyo objetivo es difundir e integrar estadísticas sobre la incidencia, tendencia y mortalidad del cáncer en el Ecuador. En la plataforma web, se encuentran datos sobre los tipos de cáncer con mayor incidencia en el país y la situación de esta enfermedad. En una de las tablas demostrativas, señala al cáncer en mujeres por aparatos del cuerpo y sistemas, presentado el 2008 se encuentra que el cáncer con mayor incidencia en mujeres es el del aparato genital femenino con un 21.4%. Por otro lado, entre los 10 tipos de cáncer con mayor incidencia en mujeres residentes de Guayaquil encontramos la siguiente tabla:

Tipos de cáncer ginecológicos

TASAS ESTANDARIZADAS DE LOS PRINCIPALES TIPOS DE CÁNCER SEGÚN RESIDENTES GUAYAQUIL MUJERES 2010

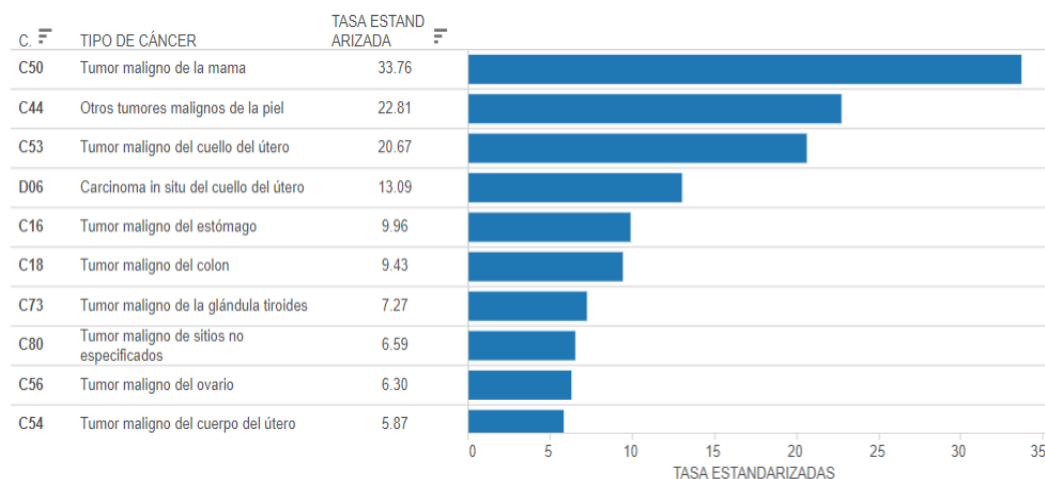


Gráfico 1

SOLCA: tasas estandarizadas de los principales tipos de cáncer según residentes Guayaquil mujeres 2010.

Como podemos observar en el *Gráfico 1*, se indica que 4 de los 10 principales tipos de cáncer que se presentan en mujeres son ginecológicos, siendo así entonces, un tema de bastante impacto en la sociedad ecuatoriana. Así mismo, podemos ver que la fecha de este estudio es del 2010, y solamente existen datos de la ciudad de Guayaquil, mostrando así su falta de indagación en el tema en el resto del país y hasta la actualidad.

Ahora bien, se explica detalladamente cada uno de los tipos de cáncer dentro del marco ginecológico para que de esta manera se logre entender más sobre la temática del cáncer ginecológico y las mujeres que lo padecen.

Para empezar, el cáncer cérvico fue alguna vez uno de los tipos de cáncer más comunes, a su vez uno de los más prevenibles, por esta razón sus cifras han disminuido, aunque no hasta el punto de lo que fuese posible. Alrededor del mundo, según la

Organización Panamericana de la Salud (OPS) se ha hecho esfuerzos para prevenir este mal, sin embargo los países menos desarrollados son los más perjudicados, especialmente América Latina y el Caribe donde la cifra de neoplasia maligna es muy alta entre las mujeres (2004). La incidencia y la mortalidad del cáncer cervicouterino se relaciona estrechamente con la pobreza, acceso limitado a los servicios de salud, la vida en zonas rurales y los bajos niveles de educación, de igual manera las mujeres que más se ven afectadas están en un rango de edad entre los 35 y 54 años (OPS, 2004). Esto muestra como este tipo de cáncer puede ser prevenido y tratado, sin embargo en los países en desarrollo, no se destinan los suficientes fondos ni esfuerzos para combatir esta enfermedad. Esencialmente algunos de los cánceres cervicales surgen por infecciones genitales persistentes de ciertos tipos genéticos del Virus Papiloma Humano (VPH), sin embargo, que tengas este virus no quiere precisamente decir que desarrolles algún tipo de carcinoma, este tiene que empeorar con la infección a un nivel avanzado para convertirse en cáncer (Stewart, 2018). La OPS (2004) insiste en que existen también cofactores en el carcinogénesis de VPH que pueden desatar un cáncer: el humo del tabaco, anticonceptivos, la alimentación y microorganismos infecciosos. Teniendo en cuenta la información presentada, se deduce que en realidad es prevenible y tratable si se lo detecta a tiempo, se podría realizar tamizajes de los tipos peligrosos de VPH para prevenir ciertos riesgos y evitar complicaciones. Así mismo, los programas de prevención, brindarían información útil para que las mujeres logren identificar sintomatología y puedan actuar a tiempo para combatirla. Evidentemente es un problema para la salud pública de América Latina y el Caribe, cerca de 77.000 casos nuevos cada año y aproximadamente 30.000 mueren prematuramente por este cáncer específico.

Otro de los tipos de cáncer ginecológicos presentados, es el cáncer del ovario que constituye en que aproximadamente 1 de cada 10 mujeres lo tendrá a lo largo de su vida, se sabe también que se presentan desde edades tempranas hasta adultas, sin embargo, se dan más casos en la etapa del climaterio que comprende de 35 a 65 años (Pons, García, Salomón, Macías, Guerrero, 2012). Al igual que el cáncer cervicouterino, se ven más afectadas las mujeres dentro de los rangos de edad propuestos y mencionados. No obstante, aún cuando este cáncer es poco común representa el 4% de todos los cánceres que afectan a las mujeres y es el 20% de los presentados en los genitales, consecuentemente se sabe que el 66% de los casos se diagnostican tarde ya que es difícil su determinación precoz y que es la cuarta causa de muerte en la mujer por delante del cáncer de seno, intestino grueso y pulmón (Ortega, 2001). Según Sankaranarayanan y Ferlay (2005), el cáncer de ovario tuvo en el 2002 un número aproximado de 204. 000 casos nuevos y 125. 000 muertes. Entonces, analizando un poco estas cifras se puede concluir que al menos la mitad de los casos diagnosticados, terminaron en muerte para sus pacientes, esto debido también al hecho de que no suele reconocer el cáncer en estadía temprana como se mencionó.

Así mismo, encontramos el cáncer al útero el cual incluye principalmente adenocarcinomas originados en el endometrio y algunos otros un poco más raros como los sarcomas, ambos son considerados como tumores malignos (Weiderpass, Labrèche, 2014). En un folleto publicado por el “Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud (CDC)” el cáncer de endometrio es de hecho el más común y se forma en el revestimiento del útero, por otro lado, el sarcoma uterino es un tipo poco común que se desarrolla en el músculo u otro tejido del útero (2017). Usualmente los riesgos de contraer cáncer de útero es más probable cuando la mujer tiene más de 50 años,

según datos propuestos por el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud (CDC) problemas con obesidad, medicamentos utilizados en la menopausia, problemas con quedarse embarazada, tener familiares cercanos que hayan desarrollado cáncer de útero, colon o de ovario (2017). Estos tres tipos de cáncer explicados hasta ahora: cérvico, ovárico y uterino son considerados según Weiderpass y Labrèche (2014) como los más comunes, siendo entonces los cánceres de vagina, vulva, y el de las trompas de Falopio no tan habituales. Brevemente se explica un poco de los últimos mencionados.

Como se indicó anteriormente, casi todos los cánceres del cuello uterino tienen como antecedente de VPH, de la misma manera algunos de los cánceres de vagina y vulva empiezan así. Aun cuando son poco frecuentes, existe de 6% a 7 % de mujeres que lo pueden contraer según datos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health & Human Services, 2017). Aproximadamente, se estima que 27.000 mujeres alrededor del mundo sean diagnosticadas con cáncer de vulva cada año, en un rango de edad entre los 60 y 74 años; en el caso de cáncer vaginal, 13. 200 mujeres son diagnosticadas cada año, y como dato importante es que el 80% de estos casos terminan en metástasis a la vulva, cérvix o endometrio (Dittmer, Katalinic, Mundhenke, Thill, Fischer, 2011). Generalmente, tienes más riesgo de contraer cáncer de vulva o de vagina cuando tienes: VPH, haber tenido cáncer de cuello uterino, afección que debilite el sistema como VIH, tener comezón o ardor crónico en las partes comprendidas, o fumar. Por último, encontramos al cáncer de las trompas de Falopio siendo el menos frecuente de los cánceres ginecológicos con apenas el 0.1% al 0.5% del total, con un pico de incidencia alrededor de los 60 años (Sánchez, Sánchez, Marrupe, Castaño, Viana, Juárez, 2006).

Una vez desarrollado y entendido estos casos de cánceres ginecológicos, se puede entender más la inmensa pérdida que existe en las mujeres que son diagnosticadas. Es posible que durante el tratamiento de la mujer se llegue a tener que tomar medidas drásticas de acuerdo con operaciones, quimioterapia, radioterapia o medicina específica para combatir el cáncer. Durante un diagnóstico de un existen implicaciones para las pacientes como la confrontación hacia diferentes consecuencias orgánicas y psicológicas, oportunas frente una enfermedad que afecta a partes del cuerpo que están llenas de significaciones subjetivas y culturales para la mujer y para la sociedad (Díaz, 2010). El tratamiento varía según el cáncer que sea, la edad de la paciente, salud general, cuán avanzado está el cáncer y de si existen complicaciones u anormalidades que compliquen la situación (Krishnansu, Tewari, Bradley, & Monk, 2018).

Se deben realizar revisiones cautelosas para de esta forma escoger la mejor o la menos invasiva para la paciente según su estado y situación. Las mujeres se enfrentan a muchas afecciones y dolencias orgánicas y subjetivas resultantes del cáncer y de los tratamientos oncológicos, que modifican y alteran su relación con el cuerpo, con las otras personas y con su sexualidad. Por ejemplo: se sabe que las intervenciones realizadas en estos casos son bastante agresivas y dejan secuelas orgánicas y afectivas; las cirugías a las que son sometidas por luchar por su vida implican cortes, extracciones, mutilaciones en su organismo. La quimioterapia ataca a nivel químico a sus células malignas, sin embargo, al mismo tiempo afecta a las sanas ocasionando muchas pérdidas e indisposiciones como la caída del cabello o hasta infertilidad transitoria. Por otro lado, la radioterapia destruye las células enfermas y al mismo tiempo deja quemaduras en las zonas afectadas y órganos cercanos (Díaz, 1996). Sin

duda alguna la mujer tendrá que enfrentar a varios factores que afectarán su vida con el antes y el después del diagnóstico y tratamiento:

“la representación social que se tiene de la muerte y el cáncer, la sensación de incapacidad, el deterioro corporal y la mutilación física, entre otros. Todos estos factores generan una gran inestabilidad emocional durante la evolución de la enfermedad, conformando una amenaza constante, no sólo para la vida, sino también para la integridad física, familiar, económica y social de la paciente”. (Meza, 2007, p: 72)

A raíz de esto mencionado y de algunas de las posibilidades de tratamientos clínicos médicos expuestos, se van a presentar por otro lado, ciertas terapias psicológicas que se han encontrado positivas y efectivas cuando se trata a pacientes diagnosticadas con cáncer. En un artículo publicado por Báñez, Blasco y Fernández, según un estudio sobre intervenciones psicológicas realizadas a pacientes con cáncer, se ha comentado que existe un mecanismo común que podría ser la base de los resultados que se obtienen en las terapias, este mecanismo lo llaman como la inducción al enfermo de la sensación de control sobre diversos aspectos de la enfermedad. Esto lograría entonces, directa o indirectamente que el paciente por así decirlo “tome las riendas” de la situación, y se logran aumentos en los niveles de autoeficacia y la reducción de impredecibilidad (2003). Así mismo, Fawzy y sus colaboradores citados en Meza (2013) señalan que el objetivo de las intervenciones psicológicas es ayudar a soportar mejor su diagnóstico y tratamiento, reducir los sentimientos de alineación, aislamiento, abandono, ansiedad con relación a los tratamientos y clarificar percepciones e información errada. A continuación, se nombrará y explicarán brevemente algunas de ellas, pues las más frecuentes utilizan desde estrategias educativas hasta

intervenciones de asesoramiento empleando técnicas y procedimientos terapéuticos (Marrero, Carballeira, 2002).

Por ejemplo, las intervenciones psicosociales durante los últimos diez años se han identificado con buenos resultados y beneficios siendo eficaces debido a que como personas existen diferencias entre paciente y paciente, por lo tanto, no se puede generalizar en cuanto a procedimientos.

“Cada paciente varía en cuanto a personalidad, forma de ser, historia, etapa del ciclo vital en que se encuentran, los diferentes tipos de cáncer, estadio de evolución del mismo, distintos tipos de tratamiento, con sus respectivos distintos y variados efectos secundarios, distinta duración, frecuencia y otras variables, es que se hace imposible un patrón estándar de intervención psicosocial en oncología”. (Andersen, 2001, pp: 119-130)

Se puede exponer también las terapias grupales, las cuales han demostrado en estos casos que las personas se sienten más aceptadas y entendidas en estos grupos en las que los integrantes pasan por procesos similares, infunden esperanza, favorece la expresión emocional mediante catarsis, universalidad, facilita el altruismo, cohesión, socialización y aprendizaje interpersonal (Ochoa, Sumalla, Maté, Castejón, Rodríguez, et all, 2010).

Así mismo, la terapia Cognitivo- Conductual (CBT) que según Robles (2010), Monsalve, Gomez-Carretero y Soriano (2006), Bragado (2009), Bellver y Moreno (2009), citados en (Quintero, Finck, 2018); esta intervención es funcional para personas con hábitos y pensamientos nocivos para la salud, y en el ámbito del cáncer ayuda al alivio de los síntomas a través de la relación entre cognición, afecto y conducta.

La terapia de apoyo-expresiva de Spiegel que se centra en las respuestas emocionales que se desencadenan a consecuencia del diagnóstico, se ha encontrado incremento en el manejo de emociones, expresión emocional y también ha aumentado la tasa de supervivencia (Marrero, Carballeira, 2002).

Otro ejemplo, es la psicoterapia, que juega un papel importante en gestión de acuerdo con los problemas presentes en el cáncer, pues se ha revelado que los pacientes se ven beneficiados con el uso de terapia cognitiva conductual, con psicoeducación y entrenamiento mindfulness o también conocido como atención plena, obteniendo los resultados esperados en cuanto a temas como excitación, orgasmo y disminución de la depresión (Ratner, Foran, Schwartz, & Minkin, 2010).

Se pone de ejemplo así también, a la terapia psicoeducativa de Fawzy y Fawzy (1994) que tiene cuatro componentes: educación para la salud, manejo del estrés, habilidades de afrontamiento conductual activo y apoyo psicológico. También encontramos a la intervención adyuvante de Moorey y Greer propuesta en 1989, está basada en la teoría de Beck, en la cual, a través de sentimientos, reestructuración cognitiva, relajación, entrenamiento en comunicación y otros métodos de aprendizaje conductual, desarrolla el espíritu de lucha en los pacientes, disminuye preocupación ansiosa, desesperanza y fatalismo (Greer, 1992)

Para resumir, en general las distintas formas de tratamiento han sido exitosas, sin embargo, las intervenciones cognitivo-conductuales son las que más efectos positivos han encontrado (Cwikel, Behar y Rabson-Hare, 2000). Anteriormente se mencionó el “mindfulness” como una técnica en psicoterapia. Este trabajo investigativo busca encontrar más información que será presentada a continuación, que dé a conocer sus principios y los ámbitos en los que se han aplicado. Con eso, se busca demostrar que es una terapia que puede

ser aplicada para mejorar la sintomatología del cáncer ginecológico, no solo en las mujeres que han sobrevivido con cáncer, sino también a sus parejas.

Mindfulness, su historia y aplicaciones

La terapia psicológica ha mostrado ser de gran ayuda para mejorar la calidad de vida de muchas personas que han optado por utilizar a la psicología como herramienta para su bienestar y calidad de vida. Ahora bien, para enfocarse en Mindfulness, es primordial entender sus principios y orígenes, para conocer así su evolución y su reajuste a las nuevas demandas que se van presentando en el mundo actual. El mindfulness tuvo sus inicios hace muchísimos años atrás, en las culturas budistas y se la conocía como “meditación”.

Etimológicamente mindfulness, o *sati* (término Pali) significa “memoria”, este fue evolucionando a nuevas connotaciones del budismo, y nuevos conceptos como: conciencia, atención, meditación, contemplación, insight, memoria del pasado o del recuerdo (Tse-fu, 1997). Entendiendo un poco más de todo lo que constituye la palabra *mindfulness*, se aumenta que “sati”, se sabe que esta era utilizada hace 2.500 años atrás por las culturas budistas. Pero, por otro lado, Simón (2007), en su artículo “Mindfulness y neurobiología”, comenta que el mindfulness probablemente existió muchísimo tiempo atrás, poniendo de referencia a cuando los seres humanos empezaron a transformar el mundo, también describe como empezó el mindfulness a esparcirse desde el oriente hasta el occidente en las prácticas psicológicas. Después menciona que, esta práctica empieza cuando se dio la migración de orientales hacia el occidente, así mediante lo que él explica como *globalización*, se da esta mezcla de tradiciones desde ramas como el budismo, hinduismo y taoísmo.

Como seres humanos, estamos siempre pensando en algo, imágenes, sonidos, olores, figuras, o simplemente vagando sin orientación alguna con miles de temas diferentes volando en nuestra cabeza. Mindfulness es la capacidad humana universal y básica que consiste en la posibilidad de ser conscientes de los contenidos de la mente, momento a momento (Simón, 2007, p: 8). Este término según Germer connota: conciencia (awareness), atención (attention) y recordar (remembering) y explica como estos están ligados y se interaccionan para su funcionalidad (2013). Según Jonh Kabat-Zinn profesor emérito de medicina, propuso lo que ahora conocemos como “mindfulness” en psicología, la atención plena es conciencia, una conciencia que se desarrolla prestando una atención concreta, sostenida, deliberada y sin juzgar al momento presente” (Kabat-Zinn, 2012, p: 8). Podemos resumir el concepto de mindfulness con tres componentes que serían conciencia, no juzgar y poner atención. En una clase dictada por Ana Trueba, profesora de la Universidad San Francisco de Quito, se mencionó que usualmente las personas solemos cometer más errores en el segundo componente que es el de “no juzgar” esto se refiere a no calificar a los pensamientos que pasan por nuestra cabeza, hay que aceptarlos como surjan, y volver a estar conscientes del momento presente.

Se sugieren numerosos beneficios para con los seres humanos hablando de mindfulness. Científicamente se ha encontrado incrementos en la densidad de la materia gris del cerebro (Hölzel, Camordy, Vangel, Congleton, Yerramsetti, et all, 2011), también ayuda en el afecto positivo que tiene que ver con un estado de ánimo positivo general, y ayuda al mejoramiento en tema de salud mental, así como en la regulación de atención, conciencia del cuerpo, regulación de las emociones tales como reevaluación, exposición, extinción y reconsolidación, además influye en el cambio sobre la perspectiva “del yo mismo” (Hölzel,

Lazar, Gard, Schuman-Olivier, Vago, & Ott, 2011). Sin duda todos estos cambios pueden ayudar significativamente a que las personas logren manejar mejor su vida, enfrentando los problemas y tomando buenas decisiones con respecto a la calidad de vida que quieran tener. A continuación, se menciona como las terapias cognitivas o también llamadas terapias de tercera generación, incursionan en el ámbito de la atención plena y la concentración mostrándose fructíferas.

Mark William y Jon Kabat-Zinn, manifiestan que el mindfulness ha tenido un crecimiento acelerado en las últimas décadas, adentrándose en áreas como la medicina, psicología, educación, liderazgo empresarial, entre otros (William, Kabat-Zinn, 2011). Por mencionar algunos ejemplos brevemente, tenemos que en el área de medicina se hizo un estudio en pacientes con dolor crónico, logrando mejorar su percepción del dolor en general (Kabat-Zinn, 1982), así como también Mañas, Franco, Gil, Gil (2014) aluden que se muestra que el mindfulness es eficaz en algunas enfermedades médicas como: cáncer, psoriasis, fibromialgia, hipertensión, asma, infarto miocardio, SIDA. Por otro lado, en la psicología en UK, el Servicio Nacional de Salud (NHS) sugieren la terapia cognitiva basada en la atención plena como un tratamiento optativo para trastornos de depresión (Mark, Kabat-Zinn (2011), o también para trastornos como ansiedad, trastornos de la personalidad, psicosis. Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad; (Mañas Franco, Gil, Gil, 2014). De igual manera, Jon Teasdale, Mark Williams y Zindel Segal, propusieron Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) para la depresión recurrente, en la sé que ofrecía estabilidad, como aprender a ser gentiles con nosotros mismos, encontrar un balance y poder manejar las cosas de forma diferente (Bartley, 2017). En el ámbito de la educación, la atención plena ha demostrado ser eficaz con los profesores reduciendo el estrés docente, las

bajas por enfermedad médica, la depresión, la ansiedad, el burnout; por otro lado, con los alumnos se ha logrado un aumento en el rendimiento académico, mejorando el autoconcepto y las relaciones interpersonales, reduciendo la agresividad y la violencia (Mañas, Franco, Gil, Gil, 2014). Por último, en el aspecto de liderazgo empresarial, encontramos que aun cuando no existe extensa revisión sobre el tema, Langer (2010) citado en Takeshi y Almeida (2016) enfatiza que los líderes entregados al mindfulness son asociados con: longevidad, salud, creatividad, flexibilidad y atención, así también con la percepción sobre las formas de liderazgo. En algunas empresas como Google, Apple, Facebook, Twitter, y cualquier tipo de organizaciones y fábricas están considerando a la meditación en el espacio de trabajo como una práctica importante y hasta indispensable (Michie, 2017). En ámbitos más sencillos como por ejemplo en el entrenamiento de algunos deportes como yoga, taichi, artes marciales; hasta en prisiones se han impuesto estas prácticas logrando así una menor reincidencia entre los presos (Michie, 2017). Desde trastornos mentales graves y enfermedades, hasta en la práctica diaria, el mindfulness es la herramienta de la actualidad.

Como se mencionó, el mindfulness ha abierto campo en algunas áreas de la vida de los seres humano, con esto también se fue creando técnicas específicas para el tema a trabajar. Por ejemplo, con lo citado en Simón (2007), se sabe que en la actualidad existen diversas técnicas que surgieron en la psicología occidental, en las cuales el mindfulness cumple un papel importante. Todo comenzó con el primer curso dictado por Jon Kabat-Zinn la Reducción del Estrés Basada en Mindfulness por sus siglas en inglés MBSR (Kabat-Zinn, 1994) que se ha visto envuelta en mejoras a nivel de la vitalidad percibida, menos dolor corporal, menos limitaciones de roles causadas por la salud física, mayor funcionamiento en la vida social y su reducción en depresión y ansiedad (Reibel, Greeson, Brainard,

Rosenzweig, 2001). La Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness, MBCT (Segal, Williams, Teasdale, 2002), que hace que te enfoques en cambiar tus pensamientos, identificar distorsiones cognitivas, reunir evidencia en contra de los pensamientos que se presenten o desarrollar pensamientos alternativos más racionales, enfocada a pacientes con dolor crónico (Baer, Krietemeyer, 2006). También la terapia de Aceptación y Compromiso, ACT (Hayes, Strosahl, Houts, 2005), que puede ser aplicada en un amplio rango de problemas y trastornos, se trata principalmente la evitación experiencial (Baer, Krietemeyer, 2006). Por otro lado, encontramos a la terapia Conductual Dialéctica, DBT (García, 2006; Linehan, 1993;) fue originalmente desarrollada para tratar a personas con trastorno de personalidad límite, pero se adaptó a otras poblaciones recientemente, y está basada principalmente en la aceptación y el cambio enfocándose en las emociones, pensamientos y comportamientos (Baer, Krietemeyer, 2006). Entre MBSR, MBCT, DBT Y ACT se pueden encontrar diferentes enfoques, por ejemplo, las dos primeras se concentran en prácticas más prolongadas, mientras que DBT y ACT, son ejercicios de atención plena más cortos y menos formales. Así también, se diferencian entre que MBRS y MCBT, son intervenciones grupales, mientras que ACT, es exclusivamente individual, y DBT puede realizarse en cualquier modalidad. Aun mencionando las diferencias, es más importante enfocarse en lo común de estas técnicas terapéuticas y es que han sido probadas para desarrollar nuestra atención al momento presente y para reducir síntomas y mejorar el bienestar (Baer, Krietemeyer, 2006).

Las mencionadas son algunas de las técnicas que se han desarrollado tomando en cuenta aspectos y principios del mindfulness. Tras una amplia búsqueda se encontró también una técnica basada en mindfulness específicamente para el campo de estudio de este trabajo investigativo, el cáncer. Bartley (2012) tras padecer ella misma esta enfermedad, y por

experiencia enseñando MBCT, se dedicó a desarrollar un programa para tratar a pacientes con cáncer, con mucha dedicación y empatía, en 10 años logró completar el programa que ahora lo llama Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Cancer (MBCT Ca). Que mejor manera de entender lo que un paciente con cáncer siente que padeciéndolo. Trish Bartley fue diagnosticada con cáncer de mama, es por eso por lo que dedicó gran parte de su tiempo para encontrar la herramienta específica para tratar a pacientes con cáncer como ella, y ayudarlos de la mejor manera. Para pasar al siguiente tema se cita a Bartley (2012, pp: 31-32):

“El cáncer plantea muchas amenazas en muchos niveles: para la supervivencia, la integridad física, las relaciones interpersonales, el sentido de nosotros mismos. La fase de ajuste inicial se caracteriza por emociones fluctuantes y pensamientos e imágenes intrusivas, que alternan con sentimientos de adormecimiento. Para algunos esta reacción traumática inicial persiste, mientras que los nuevos factores estresantes del cáncer, como la recurrencia o los efectos secundarios del tratamiento pueden hacer que los pacientes vuelvan al trauma (...) el mindfulness ofrece nuevas formas de relacionarse con el trauma y la angustia”.

La relación de pareja y la sexualidad

También se incluye a la pareja de la paciente con cáncer ginecológico, pues, su círculo más cercano de personas también se ve afectada, y en este trabajo investigativo nos centraremos específicamente al inmediato más cercano, que sería su pareja romántica. Según Butow, Hobbs, Hodgkinson, Hunt, Wain, & Wyse, (2006) las parejas de las personas con cáncer pueden experimentar altos niveles de angustia al mismo tiempo que la mujer, pues son ellos los que se encargan de dar apoyo emocional y ciertos cuidados físicos, manejar los

asuntos financieros y sociales, apoyar al resto de la familia y manejar sus propias vidas. En un estudio hecho por Gilbar, Steiner y Atad, (1995) alude que se encontró un nivel de angustia más grave en el marido que en la paciente con cáncer, esto sin embargo cambiaba cuando la mujer diagnosticada con cáncer era soltera. Indiscutiblemente, como seres humanos buscamos refugio, comprensión, consuelo y coraje entre otras personas en momentos difíciles, Es por esto por lo que se busca incluir en esta investigación a estas personas, ya que muchas veces las intervenciones se centran más hacia el paciente, cuando el trabajar con la pareja sería de gran ayuda tanto como para la consolidación de la pareja y un mejor estilo de vida de los dos, pues si las parejas no están bien con ellos mismos, como se espera que estos den soporte emocional a las pacientes. Cuando una enfermedad o discapacidad se presenta en la relación, usualmente se producen una serie de problemas emocionales y físicos (Rolland, 1994) .

Es importante analizar la relación de pareja, posteriormente de todos los cambios que la mujer sufre antes, durante y después del tratamiento, trae consigo cambios a la vida de pareja como solía existir o ser. Meza menciona que entre los efectos que genera el cáncer ginecológico suelen necesitar un abordaje multidisciplinario para tratar las diferentes emociones, pensamientos y comportamientos que pueden darse; los cambios que aparecen en la paciente tienden a ser muy desconcertantes y confusos por lo que generan miedo, ansiedad y enojo, estos acarrear entonces cambios en los patrones de vida como malestar físico, ruptura marital y disminución de la actividad sexual (2007). A parte de que las mujeres sufren ya un fuerte impacto en el momento de ser diagnosticadas con cáncer y toda la información que eso requiere, pierden muchas cosas más en el transcurso de su enfermedad, hasta su vida íntima, su vida social y su vida de pareja se tambalean, hasta pueden terminarse.

Los cánceres ginecológicos y los tratamientos a los que son sometidas las mujeres suelen resultar en alguna disfunción sexual, y no solo los órganos se ven afectados, sino también los sentimientos de feminidad, el estado de ánimo, autoestima y la forma en la que se relacionan y discuten los problemas sexuales con sus parejas (Sánchez, Zhou, & Bober, 2013). Según Andersen, Anderson y Prose (1989) indican que aproximadamente el 30% de mujeres tenían disfunciones sexuales, por otro lado, Sichel publicó en 1990, un estudio identificó que la mitad de las mujeres de la muestra de su estudio no eran activas sexualmente y la otra mitad presentaba actividad sexual únicamente masturbatoria (Olivares, 2004). Esto complementado con el estudio realizado por Bouma, Schultz, Weijimar y Wiel (1990) a las parejas de las pacientes reportaron altos niveles de estrés y problemas sexuales.

Para entender un poco mejor los términos, se requiere entender qué es sexualidad, según Woods: es esta imagen que tenemos de nosotros mismos como masculinos o femeninos, y del cumplimiento de nuestros roles como tales, frente a los estándares culturales y sociales (1987). Entonces, se sugiere que el concepto del “Yo sexual” se compone de : la imagen corporal, el autoesquema sexual, y la estima sexual, afectados, los órganos sexuales de las mujeres en los cánceres ginecológicos, la sexualidad de la mujer se ve amenazada y afectada drásticamente (Price, 1998).

Los problemas sexuales mayormente reportados según Sánchez, Zhou Y Bober (2013) son: los cambios en la libido, sequedad vaginal, dificultad de alcanzar el orgasmo o cambios en la intensidad, dolor y el acortamiento de la vagina. Estas sintomatologías sin duda son molestas, incómodas para las mujeres durante el acto sexual, las mujeres evitan a toda costa forzar la situación y no exponerse al dolor que este puede causar. Por otro lado, el

manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM 5 presenta los siguientes posibles trastornos de disfunción sexual femenina: trastornos del interés o deseo sexual, trastorno de la excitación sexual, trastorno de los orgasmos y trastornos sexuales por dolor (Carter, Hartenbach, Huffman, Kushner y Rash, 2016) .

No se puede definir una sola experiencia para todas las mujeres que tienen cáncer ginecológico, todas y cada una tiene una experiencia diferente a lo que puede llegar a ser, depende de las características individuales y de los factores situacionales que la rodean (Schover, 1997). Es decir, no va a ser lo mismo ser diagnosticada con cáncer ginecológico a una mujer de 50 años, con hijos y un hogar estable; que para una mujer de 30 años sin haberse casado o tenido hijos. No es mejor ni peor, sin duda cáncer no deja de ser cáncer y no va a dejar de afectar al individuo, pero tal vez la situación sea más devastadora para una que para la otra.

Cáncer, Mindfulness y relación de pareja.

Una vez entendido los factores principales de los temas centrales que son el cáncer ginecológico y el mindfulness, esta sección va a describir los beneficios y los estudios que se han encontrado acerca de cómo se trabaja en sintonía con los temas mencionados y la relación de pareja. La práctica de atención plena beneficia tanto a individuos como para parejas en el cuidado del cáncer y puede ofrecer un enfoque útil para éstas y abordar temas como la autoidentidad y la imagen corporal, y así explorar maneras nuevas de llegar a la satisfacción sexual de ambos (Johnston, 2012).

Barsky-Reese, Keefe, Somers, Abernethy (2010) desarrollaron un modelo teórico para afrontar el cáncer en parejas y problemas de sexualidad por secuelas, en el cual

se propone adoptar comportamientos sexuales más flexibles. Con esto se quiere buscar que las parejas amplíen los conocimientos y sus experiencias para que así puedan cambiar y modificar un tanto su intimidad. En un modelo cognitivo, centrado en la imagen corporal y el cáncer, White (2000) propone que la imagen corporal está relacionada con las suposiciones. Es decir que existe una disonancia entre el pensamiento de sí misma a como se percibe cuando se ve, por ejemplo: más delgada, sin cabello, color de piel pálida, menos femenina, menos atractiva. Las mujeres están en una lucha continua por vencer el cáncer, y por dejar a un lado las malas percepciones de sí mismas para poder salir adelante. El apoyo de sus parejas en este proceso es de gran ayuda e influye mucho en el ajuste psicosocial con cáncer (Johnston, 2012).

El mindfulness se ha propuesto como terapia para parejas pasando por procesos de cáncer, y se ha encontrado que ayuda a promover la cercanía de las parejas y mejorar la conexión (Barsky, Friedman, & Rosen, 2006; Kabat-Zinn, 1994) por otro lado, la atención plena en el tratamiento de disfunciones sexuales con cáncer ginecológico, Brotto y Heiman integraron un programa de mindfulness psicoeducativo, en el cual enseñó a las mujeres ejercicios de atención plena para sus experiencias sexuales. Se reportó después del entrenamiento que el nivel de apreciación corporal subió, y también tuvieron mayor concentración en cuanto a la excitación sexual y la capacidad de respuesta (2007).

Se puede ver como el mindfulness, ha abierto campo mostrando buenos beneficios en el ámbito del cáncer, y que poco a poco va demostrando su eficacia en cuanto a tratamiento de la sintomatología de cáncer ginecológicos integrando no solo a la paciente, si no, también a su pareja sentimental.

Por todo lo mencionado anteriormente se considera que, mediante un programa de Atención Plena (AP) específicamente elaborado para este tipo de dificultad (MBCT Ca), se puede ayudar a mejorar el rendimiento del sistema inmune, reducir los niveles nocivos de la hormona del estrés que se segrega frente a todo el proceso del cáncer como el recibir la noticia de la enfermedad y el tener que tomar decisiones de tratamientos (Carlson, 2013). Esta propuesta de intervención a través de técnicas de mindfulness no propone ni ofrece una cura para el cáncer, pero se considera que puede ser una forma de enriquecer la vida de aquellos que están atravesando este proceso, ayudándoles a lidiar y procesar los síntomas y efectos secundarios, y así mejorar la calidad de sus días (Carlson & Speca, 2010). Entonces, se sabe que se sufre más por las relaciones de las experiencias del cáncer, que por la enfermedad en sí. De tal manera que se busca dar un enfoque basado en MBCT Ca, dirigido a terapia de pareja, pues Haldorf y colegas (1997) aseguran que el apoyo de las parejas es bastante influyente frente al ajuste psicosocial en el cáncer (Johnston, 2012). Dado el alto número de casos en el Ecuador de cáncer ginecológico, una opción para todas estas personas afectadas sería de gran ayuda para brindar un mejor estilo de vida.

Diseño y Metodología

Diseño

Alrededor del mundo existe información escasa sobre mindfulness y cáncer, no se ha logrado muchos estudios en el tema por su complejidad, y específicamente enfocándonos en el Ecuador, el mindfulness y la terapia de pareja para afrontar cánceres ginecológicos no tienen datos actualizados ni estudios comprobados científicamente. Razón por la cual, primero se pretende utilizar un enfoque explicativo acerca de datos relacionados a la problemática encontrados en Estados Unidos, Europa y en ciertos países de América Latina y el Caribe, para ponerlos en perspectiva con los insuficientes datos encontrados en el Ecuador sobre el tema y lograr actualizar datos y fechas que se han dejado en el olvido.

Los estudios explicativos procuran medir variables, y a la vez estudiar las relaciones de influencia entre ellas y así poder analizar los factores que intervienen en los fenómenos sociales y sus dinámicas (Sierra, 1994). Básicamente, este trabajo de investigación tiene carácter netamente cualitativo el cual se orienta según Galeano (2018), a la valoración de lo subjetivo y vivencial, y en la interacción entre sujetos de la investigación. Según Hernández, Fernández y Baptista (2006), lo que se busca en un estudio cualitativo es obtener datos que nos ayuden a entender mejores experiencias, pensamientos, percepciones, creencias, emociones, y procesos que puedan presentarse en distintas situaciones.

Como metodología, se utilizará Grounded Theory o en español conocida como teoría fundamentada, que consiste en la construcción de teoría, y está basada en los datos empíricos que la sustentan, siguiendo un procedimiento de análisis inductivo (Jones, Manzelli, Pacheny, 2004). Es decir que se obtendrá conclusiones una vez realizada una observación profunda y

hecho el análisis correspondiente frente la problemática. Los autores Glaser y Strauss, propusieron esta teoría como una estrategia de aproximación a la realidad social, con el objetivo de dar interpretaciones que puedan explicar y proporcionar información útil que ayude a entender ciertas situaciones en estudio .

“Es una metodología de análisis unida a la recogida de datos, que utiliza un conjunto de métodos, sistemáticamente aplicados, para generar una teoría inductiva sobre un área sustantiva. El producto de investigación final constituye una formulación teórica, o un conjunto integrado de hipótesis conceptuales, sobre el área sustantiva que es objeto de estudio”. (Glaser 1992, p. 30)

La confiabilidad y validez en investigaciones cualitativas se denomina dependencia o consistencia lógica (Guba y Lincoln, 1989; Sandín, 2003) citados en Hernández, Fernández y Baptista (2006), esto hace referencia a como datos recolectados por otros investigadores tienen coherencia entre estudios, aun cuando el punto de vista y análisis de estos no sean iguales. Se busca que haya consistencia para que se pueda decir que un estudio cumple con los niveles de confiabilidad cualitativa necesarios. Así mismo Coleman y Unrau (2005) citados en el mismo libro, recomiendan tres puntos importantes para lograr la dependencia:

- Evitar que nuestras creencias y opiniones que afecten. Es decir que la coherencia y sistematización de las interpretaciones de los datos sean lo más neutrales posibles.
- No establecer conclusiones antes de que los datos sean analizados. Es importante no adelantarse y estar dentro del espacio fenomenológico.
- Considerar todos los datos sin saltarse ni tampoco ignorar información que puede ser relevante.

Entonces prácticamente se habla de la problemática del sesgo personal frente a la investigación y a las conclusiones apresuradas sin haber analizado detalladamente los datos recolectados.

Población

Se escogió a una población de mujeres y sus parejas sentimentales, de entre los 30 a 60 años, ya que están consideradas dentro de su etapa más activa sexualmente, así como también en la edad más fértil. Así mismo, a saber, que es entonces cuando este tipo de cáncer es diagnosticado, resultando varios problemas e inconvenientes (Lammerink, Bock, Pras, Reyners, & Mourits, 2012).se propone así mismo, ofrecer ayuda no solo a la paciente sino, a sus compañeros o parejas para que juntos puedan trabajar en busca de una mejor complementación, debido a que, el cáncer no solo afecta a la mujer directamente, sino también a las personas que la rodean. Entonces se trabajará con 50 parejas ecuatorianas en la ciudad de Quito, previamente seleccionadas, filtradas y tamizadas para cumplir con las expectativas y características requeridas para del estudio y su análisis respectivo.

Instrumentos o materiales

Se utilizará el instrumento de recolección de información conocido como la entrevista, siendo ésta un poco más íntima, flexible y abierta al tratarse de una entrevista cualitativa (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). Es super importante que se den estas características mencionadas anteriormente en la entrevista, ya que, al ser tratados temas personales, el ambiente de la entrevista debe permitir al entrevistado, explayarse y poder brindar toda la información necesaria sin sentirse presionado, abrumado o incomodo con lo que se está hablando. Kvale (2011) argumenta que mediante las entrevistas se pretende llegar al mundo de “ahí fuera”, este mundo que no se puede ver tan fácilmente, y salir de entornos

de investigación especializada como los laboratorios, para entender, describir y explicar “desde el interior”. La entrevista será semiestructurada para poder permitirse al entrevistado y al entrevistador improvisar o saltarse un poco las líneas, si así la situación lo requiere. Se dispondrá de una hora y media de entrevista aproximadamente por pareja, para poder profundizar los temas de interés.

Procedimiento de recolección de datos

Se buscará principalmente datos de mujeres supervivientes (con parejas sentimentales) que hayan sido diagnosticadas con cánceres ginecológicos en hospitales del norte de la ciudad de Quito buscando en los registros de estos y con la respectiva autorización de las autoridades competentes del caso. Se tendrá un acercamiento mediante los datos que nos proporcionen los hospitales, y se les informará a los posibles participantes sobre las condiciones y objetivos del estudio. Dependiendo de su aceptación, se explicará más a fondo sobre el estudio y sus implicaciones personales. Acto seguido se firmarán cartas de consentimiento informado sobre la aceptación de participación en el estudio y de las reglas que se tomarán en cuenta. Como se mencionó en la sección anterior, se propone aplicar entrevistas profundas y semi estandarizadas a las parejas participantes. Las entrevistas serán cuidadosamente grabadas para que se capte la esencia y las percepciones correctas al momento de analizarla, y así poder tener la mayor precisión posible realizando posteriormente un transcript para poder tener un mejor análisis inductivo sobre las mismas.

Análisis de los datos

El análisis de datos es esencial para lograr una adecuada consecución de los objetivos presentados en el trabajo investigativo, López (2002) argumenta la importancia que tiene el método que se utilice para analizar los datos, pues mientras más metódica sea su desarrollo,

la formulación será más clara, concreta y precisa. En el análisis se encontrarán datos cualitativos bastante variantes, pero, estos tienen en común algo y es que todos son ejemplos de comunicación humana de gran significancia (Gibbs, 2012). Los datos que se obtienen en entrevistas tienen que ser cuidadosamente analizados, procurando no omitir información, y tampoco asumir respuestas poniendo palabras que los entrevistados no hayan dicho. Nada de interpretaciones lanzadas y apresuradas. Analizar este tipo de información lleva tiempo y dedicación, y es un proceso meticuloso para evitar cualquier error. La mayoría de los trabajos investigativos cualitativos buscan explicar lo que las personas entrevistadas y las situaciones tienen en común, y ligarlos con la teoría existente y propuesta (Gibbs, 2012).

Como se mencionó anteriormente, el método que se utilizara para el análisis de datos es Grounded theory ya que se considera que éste, permite explicar de cierta forma de mejor manera los datos que se van a recibir. El objetivo principal es generar esquemas teóricos, y de esta forma desarrollar una nueva teoría basada en los datos recopilados (Arranz, Blum, Ito, 2001; Bitsch, 2005). Entonces, una vez recopilados los datos, se empieza el proceso de codificación que resultara con la creación de categorías, mismas que serán separadas en subcategorías posiblemente, las cuales se resaltan siguiendo lo que el entrevistado comentó y dijo, como lo dijo, más no lo que el entrevistador piensa que quiso decir. Es decir es necesario no hacer precipitaciones ni concluir cosas que a la final no son (Hernández, 2014).

Glaser (1978), y Strauss y Corbin (1990) citados en Bitsch (2005) resaltan un concepto de gran importancia: sensibilidad teórica, que hace referencia a la capacidad de pensar en los datos en términos teóricos e integrar el conocimiento, es decir, tener conocimiento, dar sentido a los datos, comprenderlos, y analizar lo que es pertinente y lo que no.

El proceso a seguir para la codificación de los datos, según Hernández (2014) en la teoría fundamentada se le conoce como codificación teórica, que básicamente consiste en la interpretación de la transcripción de las entrevistas; existe la codificación abierta, axial y la selectiva. Brevemente se explica que en la codificación abierta se intenta expresar los datos en forma de conceptos. En la codificación axial, como segundo paso se filtra las categorías que han surgido después de los diferentes conceptos que se logran proponer y se reorganiza formando nuevas categorías. Finalmente la codificación selectiva que consiste en seleccionar una categoría general para así poder organizar el resto de las categorías.

Consideraciones Éticas

Este estudio propone cumplir con todas las normas y consideraciones éticas del caso, siendo un estudio enfocado a individuos, el mismo que será enviado, revisado, aceptado y aprobada por el Comité de Ética de la Universidad San Francisco de Quito. Una vez aprobado el trabajo de investigación, se procederá a informar a las parejas participantes sobre el estudio, sus implicaciones, limitaciones y objetivos, así también, que es un estudio netamente voluntario en el cual pueden retirarse sin ninguna penalización. El estudio está desarrollado para que los participantes desarrollen habilidades positivas y mejores su estilo de vida frente a un cáncer ginecológico, por lo tanto, se mantiene un nivel de seguridad hacia los participantes importante. Una vez aceptada la participación, se continúa a firmar un consentimiento informado del estudio en el que constan todos los parámetros a tomarse en cuenta de este (ver ANEXO A).

Discusión

Fortalezas y limitaciones de la propuesta

Como fortalezas del estudio encontramos que se ha probado que el mindfulness ha dado buenos resultados en otras áreas como se ha mencionado reiteradamente, que son en la medicina, en la educación, en psicología. Es por eso por lo que se proponen muchos beneficios al participar en este estudio, que viene siendo un estudio control en el Ecuador. Al ser el primero, se encuentran bastantes obstáculos, sin embargo, se mantiene esperanza en su eficacia.

Otra de las fortalezas que tiene el estudio es que como se mencionó, la metodología que se propone, es una de las más completas para analizar problemáticas sociales y estudios cualitativos, y según Según Strauss y Corbin (1998), la Teoría Fundamentada tiene como requisito principal partir de una investigación orientada a generar una teoría de un fenómeno, o que se desarrolle en un área en la que no existen explicaciones suficientes y satisfactorias como es el caso de este estudio sobre el mindfulness, el cáncer y como llevarlo a terapia de pareja.

Por el contrario, una de las principales limitaciones encontradas en el estudio, es la falta de datos e información en el Ecuador, y los pocos que se pueden encontrar sobre cifras y diagnósticos en cáncer ginecológico, son muy retrasados. Se necesita actualizar los datos, y es ahora uno más de los objetivos de este trabajo de investigación, presentar más información que sustente la teoría. Otra limitación es la población a la que va dirigida, como se mencionó, no existen datos actuales, por lo tanto, se tomará una muestra para reabrir un poco el tema en la ciudad de Quito, para que sirva de guía para abrirse campo en el resto del país.

En cuanto a una de las limitaciones en la metodología, se sabe que, al ser un estudio cualitativo, dependemos de la subjetividad de las personas, y de cuan entregadas estén al estudio. Pueden resultar datos falsos, o algunas incoherencias. Sin embargo, aplicando las técnicas y haciéndolo de la manera más precisa posible, se intenta esquivar estos obstáculos.

Los estudios cualitativos tienen una muestra generalmente más pequeña porque la forma en que se analizan los datos cualitativos es mucho más trabajosa. Por ello, es difícil hacer generalizaciones en toda la sociedad. Sin embargo, como una fortaleza en la metodología, según Mendoza (2006) dice que, los métodos cualitativos permiten una comunicación más horizontal entre entrevistado- entrevistador, haciendo el proceso más natural y con mayor habilidad de estudiar los factores que se presenten, son fuertes en temas de validez interna, pero débiles en validez externa.

Recomendaciones para Futuros Estudios

Como recomendaciones para futuros estudios, se puede resaltar la importancia de que se genere conciencia en el Ecuador sobre la importancia del tema, y empujar, proponer, promover que se desarrollen mejores investigaciones en cuanto a la enfermedad y los casos aproximados actualizados de cánceres ginecológicos en el país. Se pudo evidenciar esta falta de datos e información sobre un tema de importancia de salud pública.

Por otro lado, sería importante poder replicar estudios control en otras zonas del Ecuador para poder tener muestras y resultados de la Sierra, la Costa, Amazonía y la región Insular. Así poder tener más proximidad en la población y analizar los alcances de la propuesta.

REFERENCIAS

- Andersen, B. L., Anderson, B., & DeProse, C. (1989). *Controlled prospective longitudinal study of women with cancer: II. Psychological outcomes. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*(6), 692-697. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.57.6.692>
- Andersen, B. (2001) *A biobehavioral model for psychological interventions*. En A. Baum y B.L. Andersen (Ed.) *Psychosocial interventions for cancer* (pp. 119-130). Washington: American Psychological Association
- Amezcu, M., Gálvez, A. (2002). *Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta*. *Revista Española de Salud Pública. 76* (5) recuperado el 20 de marzo del 2019 desde http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272002000500005&script=sci_arttext&tlng=pt
- Arranz, L., Blum, B., ItoE. (2001). *Estudio de mujeres sujetas a tratamientos de reproducción asistida: un enfoque cualitativo*. México: UNAM
- Baer, R.A., Krietemeyer, J. (2006). *Mindfulness-Based treatments approaches: overview of mindfulness and acceptance-based treatment interventions*. Baer. A (Ed). United States of America: Elsevier.
- Baréz M, Blasco T, Fernández J. (2003). *La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer*. *Ann Psicol; 19*: 235-46.
- Barsky, J.L., Friedman, M. A., & Rosen, R. C. (2006). *Sexual dysfunction and chronic illness: the role of flexibility in coping*. *Journal of Sex and Marital Therapy, 32*, 235–253.

- Barsky-Reese, J., Keefe, F. J., Somers, T. J., & Abernethy, A. P. (2010). *Coping with sexual concerns after cancer: the use of flexible coping*. *Support Cancer Care*, 18, 785–800.
- Bartley, T. (2012). *Mindfulness based cognitive therapy for cancer: gently turning towards*. United States: Wiley-Blackwell.
- Bartley, T. (2017). *Mindfulness: a kindly approach to being with cancer*. United Kingdom: Wiley-Blackwell
- Bitsch, V. (2005). *Qualitative research: a grounded theory example and evaluation criteria*. *Journal of Agribusiness* 23,1
- Brotto, L., & Heiman J.R. (2006). *Mindfulness in sex therapy: applications for women with sexual difficulties following gynecologic cancer*. Recuperado el 26 de octubre del 2018 desde <https://doi.org/10.1080/14681990601153298>
- Butow, P., Hobbs, K.M., Hodgkinson, K., Hunt, G.E., Wain, G., & Wyse, R. (2006). *Life after cancer couples: couples' and partners' psychological adjustment and supportive care needs*. Australia: Springer-Verlag
- Carlson, L.E., & Speca, M. (2010). *Mindfulness-based cancer recovery: a step by step MBRS approach to help you cope with treatment & reclaim your life*. Canada: New Harbinger Publications, INC.
- Carlson, L.E. (2013). *Mindfulness-based cancer recovery: the development of an evidence-based psychosocial oncology intervention*. 2(12). Canada: Canadian Cancer Research

Carter, J., Hartenbach, E.M., Huffman, L.B., Kushner, D.M., y Rash, J.K. (2016).

Maintaining sexual health throughout gynecologic cancer survivorship: a comprehensive review and clinical guide. New York: Elsevier

Centro Nacional para la prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud

CDC. (2017). *Infórmes sobre los cánceres ginecológicos.* Departamento de Salud de los Estados Unidos. Recuperado el 3 de febrero de 2019 desde https://www.cdc.gov/spanish/cancer/knowledge/pdf/gyn_brochure_spanish.pdf

Chung, T., Noronha, A., Carroll, K. M., Potenza, M. N., Hutchison, K., Calhoun, V. D., Gabrieli, J. D. E., Morgenstern, J., Nixon, S., Wexler, B. E., Brewer, J. A., Ray L., Filbey, F., Strauman, T. J., Kober, H., Feldstein Ewing, S. W., (2016). *Curr Addict Rep.* 3(3): 332-42.

Cwikel, J., Behar, L. y Rabson-Hare, J. (2000). *A comparison of a vote count and a meta-analysis review of intervention research with adult cancer patients.* *Research on Social Work Practice*, 10 (1), 139-158.

Díaz, V. (1996). *Aspectos psíquicos del paciente oncológico.* Documento presentado en el Encuentro interdisciplinario sobre la fase terminal y la muerte, Medellín.

Díaz, V. (2010). *Sexualidad, cuerpo y duelo: experiencia clínica en mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico o de mama.* Colombia: Universidad de Antioquia.

Dittmer, C., Katalinic, A., Mundhenke, C., Thill, M., & Fischer, D. (2011). *Epidemiology of vulvar and vaginal cancer in Germany.* Germany: Springer-Verlag

- Fawzy, F.I. y Fawzy, N.W. (1994). *Psychoeducational interventions and health outcomes*.
Glaser, R., & Kiecolt-Glaser, J.K. (Eds.), *Handbook of human stress and immunity*.
San Diego: Academia Press.
- Galeano, M.E. (2018) *Estrategias de investigación social cualitativa: el giro en la mirada*.
(2da. Ed.). Colombia: Universidad de Antioquia, Fondo editorial FCSH.
- García, A. (2006). *La terapia dialéctico-comportamental*. *eduPsyché*, 5 (2): 255-271.
- Germer, C.K. (2013) *Mindfulness and psychotherapy: mindfulness: what is it? What does it matter?* (2ed). Germer, CK., Siegel, R., Fulton, PR. (Eds.). Guilford Publications
- Glaser, B. (1992). *Basic of grounded theory analysis: emergence versus forcing*. Mill Valley
C.A.: Sociology Press
- Gratz, K.L., Tull, M.T. & Wagner, A.W. (2005). *Applying DBT mindfulness skills to the treatment of clients with anxiety disorders*. Orsillo, S.M., & Roemer, L. (eds.), *Acceptance and Mindfulness-based approaches to anxiety: conceptualization and treatment*. (pp. 147 – 161). New york: Springer Science & Business Media.
- Greer, S. (1992). *Terapia psicológica adyuvante para mujeres con cáncer de mama*. England.
- Gibbs, G. (2012). *El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa*. Madrid:
Ediciones Morata S.L
- Gilbar, O., Steiner, M.,& Atad, J. (1995). *Adjustment of married couples and unmarried women to gynaecological cancer*. *Psycho-Onchology* 4, 203-21.
- Hayes, S., Strosahl, K., & Houts, A. (2005). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer.
- Hernandez, R., Fernández, C., & Baptista, P. (1991). *Metodología de la investigación*.
México: McGraw-Hill.

- Hernandez, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006) *Metodología de la investigación*. (4ta ed.). México: McGraw-Hill
- Hernández, R.M. (2014). *La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la teoría fundamentada*. España: Universidad Internacional de la Rioja.
- Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., & Lazar, S. W. (2011). *Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density*. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 191, 36–43.
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). *How does mindfulness meditation work? conceptual and neural perspective*. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 537–559
- Johnston, D. (2012). *Mindfulness: a proposed couple-based intervention for the altered self-identity of breast cancer*. Springer Science: DOI 10.1007/s12671-012-0093-6.
- Jones, D., Manzelli, H., Pacheny, M. (2004). *Grounded theory: una aplicación de la teoría fundamentada a la salud*. Chile: Universidad de Chile.
- Kabat-Zinn, J. (1982). *An outpatient program in behavior medicine for chronic pain in patients based on the practice of Mindfulness meditation*. United States: Elsevier North Holland Inc.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go there you are: mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2003). *Vivir con plenitud las crisis. Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Kairós. Barcelona.
- Kabat-Zinn, J. (2012). *Mindfulness para principiantes*. David González. (trad.) España: Kairós

- Kabat-Zinn, J. (2016). *Jon Kabat-Zinn, mindfulness para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. (26 de abril de 2016). Universidad Complutense de Madrid recuperado el 14 de diciembre de 2018 desde <https://www.youtube.com/watch?v=mmdqidh3-N4&t=183s>
- Krishnansu. S., Tewari, M.D., Bradley, J., Monk, M.D. (2018). *Clinical gynecologic oncology: invasive cervical cancer*. Canada: Elsevier
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata
- Lammerink, E. A. G., de Bock, G. H., Pras, E., Reyners, A. K. L., & Mourits, M. J. E.(2012). *Sexual functioning of cervical cancer survivors: A review with a female perspective*. *Maturitas*, 72(4), 296-304. doi: [https://www.maturitas.org/article/S0378-5122\(12\)00187-9/fulltext](https://www.maturitas.org/article/S0378-5122(12)00187-9/fulltext)
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford. New York.15
- López, F. (2002). *El análisis de contenido como método de investigación*. *Revista de educación*. (5) 4. Recuperado el 20 de marzo de 2019 desde <http://hdl.handle.net/10272/1912>
- Mañas, I., Franco, C, Gil, M.D., & Gil C. (2014). *Educación consciente: mindfulness(atención plena) en el ámbito educativo: educadores conscientes formando seres humanos conscientes*. España: Acongagua Libros.
- Marrero, R.J., Carballeira, M. (2002). *Terapia de solución de problemas en enfermos de cáncer*. España: Redalyc.org
- Mathieson, C. M., & Stam, H. J. (1995). *Renegotiating identity: cancer narratives*. *Sociology of Health and Illness*, 17, 283–306.

Mendoza, R. (2006). Investigación cualitativa y cuantitativa: diferencias y limitaciones.

Recuperado el 20 de marzo de 2019 desde

https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/31340456/investigacion.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1553114867&Signature=QM2f%2BKqW%2Bd2fv90%2FQbQnxzPMrQQ%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DContributors_Sep._1977.pdf

Meza, M. (2007). *Guía clínica de intervención psicología de la mujer con cáncer de mama y ginecológico*. México: Perinatol Reprod Hum.

Michie, D. (2017). *Por qué el mindfulness es mejor que el chocolate: tu guía para alcanzar la paz interior, la atención plena y la felicidad absoluta*. Colombia: Penguin Random House Grupo Editorial

Montes, L.M., Mullins, M.J., Urrutia, M.T. (2006). Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico uterino. *Obstet Ginecol.* 71(2):129-134

Newell, S.A., Sanson-Fisher, R.W., & Savolainen, N.J. (2002): *Systematic Review of Psychological Therapies for Cancer Patients: Overview and Recommendations for Future Research*. *Journal of the National Cancer Institute*, 94(8). DOI: <https://doi.org/10.1093/jnci/94.8.558>

Ochoa, c., Sumalla, e.c., Maté, J., Castejón, V., Rodríguez, A., Blanco, I., & Gil, F. (2010). *Psicoterapia positiva grupal en cáncer: hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer*. *Psicooncología* 7 (1).

Oficina Internacional del Trabajo. (2002). *Directrices relativas a los sistemas de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo ILO-OSH 2001*. Ginebra, SuizaSmith

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Cáncer*. Recuperado el 27 de octubre del 2018

desde <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Organización Mundial de la salud. (2019). *Cáncer*. Recuperado el 28 de enero de 2019 desde

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Organización Panamericana de la Salud. (2004). *Análisis de la situación del cáncer*

cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington D.C: OPS

Ortega, J.A.M. (2001). *Cáncer ovárico*. España: Radiobiología

Payne, D. (2011). *Handbook of psychotherapy in cancer care*. Watson, M & Kissane, D.

(Ed.): Wiley-Blackwell

Pearman, T. (2003). *Quality of life and psychosocial adjustment in gynecologic cancer*

survivors. Health and Quality of life Outcomes, 1(33). [https://doi.org/10.1186/1477-](https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-33)

[7525-1-33](https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-33)

Price, B., 1998. *Cancer: altered body image*. *Nursing Standard* 12 (21), 11e17.

Pons, L.M., García, O., Salmon, A., Macías, M.M., Guerrero, C.M. (2012). *Tumores de*

ovario: patogénica, cuadro clínico, diagnóstico ecográfico e histopatológico.

Quintero, M.F., & Finck, C. (2018). *Intervenciones psicológicas eficaces en pacientes con*

cáncer de mama en Latinoamérica y España: una revisión sistémica. Bogotá:

Ediciones Complutenses.

Ratner, E.S., Foran, K.A., Schwartz, P.E., & Minkin, M.J. (2010). *Sexuality and intimacy*

after gynecological cancer. Ireland: Elsevier. Recuperado el 8 de febrero de 2019

desde <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378512210000423>

- Reibel, D.K., Greeson, J.M., Brainard, G.C., Rosenzweig, S., 2001. *Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population*. *Gen. Hosp. Psychiatry* 23 (4), 183–192.
- Rolland, J.S. (1994). *In sickness and in health: the impact of illness on couples' relationships*. *Journal of Marital and Family Therapy* 20(4)
- Sankaranarayanan, R., Ferlay, J. (2005). *Worldwide burden of gynaecological cancer: size of the problema*. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2005.10.007
- Sánchez, J. (2003) *Cáncer ginecológico*. Ecuador recuperado el 29 de octubre de 2018 desde seo.com.ec/old_site/revista/index.php/RevOncolEcu/article/view/325/319
- Sánchez, F.M., Sánchez, E., Marrupe, D., Castaño, A., Viana, A., & Juárez, F. (2006). *Un caso de carcinoma de trompa de Falopio*. Madrid: Scielo.
- Sánchez, V., Zhou, E.S., Bober, L. (2013). *Management of sexual problems in cancer patients and survivors*. *Curr Probl Cancer* 37, 319-352.
- Segal, Z.V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Siegel, R. L., Miller, K.D., Jemal, A. (2017). *Cancer statistics*. 67(1). DOI: 10.3322/caac.21387
- Simón, V.M. (2007). *Mindfulness y neurobiología*. España: Universidad de Valencia.
- Sierra, B. (1994). *Técnicas de investigación social: teoría y ejercicios*. (9na. ed.). Madrid: Editorial Parainfo S.A
- Schover, L. R. (1997). *Sexuality and fertility after cancer*. Nueva York: John Wiley.

- Smith, J.E., Richardson, J., Hoffman, C. & Pilkington, K. (2005). *Mindfulness based stress reduction as supportive therapy in cancer care: Systematic Review*. Journal of Advanced Nursing, 52, 315 – 327
- Shonin, E., Van Gordon, W. (2016). *The mechanisms of mindfulness in the treatment of mental illness and addiction*. United Kingdom: CrossMark
- Sociedad de Lucha Contra el Cáncer. (2013a). *Registro de tumores SOLCA matriz*. Recuperado el 30 de enero de 2019 desde <http://www.estadisticas.med.ec/webpages/reportes/grafico1-3.jsp>
- Sociedad de Lucha Contra el Cáncer. (2013b). *Registro de tumores SOLCA matriz*. Recuperado el 30 de enero de 2019 desde <http://www.estadisticas.med.ec/webpages/reportes/grafico1-1.jsp>
- Solca (2017). *Cáncer de cuello uterino 2017*. Recuperado el 29 de noviembre de 2018 desde https://issuu.com/solcaquito/docs/dia_mundial_del_cancer_de_cuello_ut
- Specia, M., Carlson, L.E., Mackenzie, M.J., & Maureen, A. (2006). *Mindfulness-based stress reduction (MBSR) as an intervention for cancer patients*. En Baer, R. (Ed.). *Mindfulness- based treatment approaches: clinicians guide to evidence and applications*. (pp: 239-261). United Kingdom: Elsevier.
- Stewart, L. (2018). *Clinical gynecologic oncology: Preinvasive disease of the cervix*. Canada: Elsevier
- Strauss, A., and Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Takeshi, A., & Cunha, C. (2016). *Mindful Leadership: Uma década de abordagens identificadas em publicacoes academicas*. IJKEM, INT.J.KNOWL. ENG. MANAGE V.5, N.12, 127-151.
- Tse-fu. K. (1997). *Mindfulness in early Buddhism: new approaches through psychology and textual analysis of Pali, Chinese and Sanskrit sources*. London: Routledge
- U.S. Department of Health & Human Services. (2017). *Cáncer de útero*. United States: CDC. Recuperado el 3 de febrero de 2019 desde https://www.cdc.gov/spanish/cancer/uterine/basic_info/risk_factors.htm
- U.S. Department of Health & Human Services. (2018). *Gynecologic cancers: basic information about gynecologic cancers*. United States: CDC. Recuperado el 28 de octubre de 2018 desde https://www.cdc.gov/cancer/gynecologic/basic_info/
- William, M.G., & Kabat-Zinn, J. (2011) *Mindfulness: diverse perspectives on its meaning, origins, and multiple applications at the intersection of science and dharma*, *Contemporary Buddhism*, 12:01, 1-18, DOI: 10.1080/14639947.2011.564811
- Weiderpass, E., Labrèche, F. (2014) *Malignant tumors of the female reproductive system*. Anttila, S., Boffetta, P. (Eds). Occupational cancers. London: Springer
- Woods, N., 1987. *Toward a holistic perspective of human sexuality: alterations in sexual health and nursing diagnoses*. *Holistic Nursing Practice* 1 (4)
- 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

ANEXO A: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
 The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: Mindfulness Aplicado en Terapia de Parejas en Postoperatorio de Cáncer Ginecológico

Organización del investigador *Universidad San Francisco de Quito*

Nombre del investigador principal *Anaemilia Miño Herrera*

Datos de localización del investigador principal *0979786866, aminohstud.usfq.edu.ec.*

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

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

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no. Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre _____ *(describir estudio)* porque _____ *(criterio de inclusión)*.

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

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

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

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

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

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

- 2A) Si se toman muestras de su persona estas muestras serán utilizadas solo para esta investigación y destruidas tan pronto termine el estudio *(si aplica)* ó
- 2B) Si usted está de acuerdo, las muestras que se tomen de su persona serán utilizadas para esta investigación y luego se las guardarán para futuras investigaciones removiendo cualquier información que pueda identificarlo *(si aplica)*
- 3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

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

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

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono _____ que pertenece a _____, o envíe un correo electrónico a _____

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Iván Sisa, presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

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

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

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