



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

# PSICOONCOLOGÍA Y CALIDAD DE VIDA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA  
OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN  
PSICOLOGÍA

MARIEL CRYSTAL ARROYO ORMEÑO

LIMA – PERÚ

2020

## **MIEMBROS DEL JURADO**

Dr. Giancarlo Ojeda Mercado

**Presidente**

Lic. Mónica Elvira Velasco Taipe

**Vocal**

Mg. Elena Esther Yaya Castañeda

**Secretaria**

## **REVISORES DEL TRABAJO**

Dr. Giancarlo Ojeda Mercado

Lic. Mónica Elvira Velasco Taipe

Mg. Elena Esther Yaya Castañeda

## **DEDICATORIA**

Quiero dedicar este trabajo y todos mis éxitos en especial a mi madre Rocio, por su apoyo y amor incondicional desde antes de nacer, todo lo que soy y lo que tengo, es gracias a ella, por ello tengo una deuda eterna, pero ella es feliz con que le pague con sonrisas. A mi padre Sergio, por transmitirme paz durante las tormentas de la vida. A mi hermano André, quien es la persona que me motiva con sus abrazos en las luchas del día a día. A mis abuelas Teofila y Luisa, por ejemplificar con su amor y mimos lo hermoso que es amar a tu familia y dar todo sin esperar nada a cambio, y por eso lo merecen todo. A mi abuelo Jesús, por recibirme siempre cálidamente con una sonrisa y un abrazo al llegar a mi hogar. A los Arroyo's y Ormeño's por quererme, engreírme y hacerme reír cada momento que pasamos juntos y brindarme las fuerzas para salir adelante. A mis amigas/os de la universidad, del colegio y los que conocí en otros escenarios, por brindarme consuelo, consejos, cariño y experiencias que me ayudaron a levantarme de mis derrotas y los malos ratos que todos pasamos. A las personas que hoy ya no están conmigo, pero sé lo contentos que se sienten. A mí, por todo el sacrificio, por los errores, aciertos, logros y aprendizajes.

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer a todos los docentes de mi facultad, por transmitirme sus enseñanzas y pasión en cada curso brindado, de los cuáles disfruté muchísimo. Me hicieron una gran profesional y, sobre todo, una mejor persona. Un especial agradecimiento al Dr. Carlos López Villavicencio, Dr. Ramiro Gutiérrez Vásquez, Dra. Estela Montenegro Serkovic, Mg. Cecilia Castro Chavarry, Mg. Roxana Calderón Calderón, Mg. Maria del Pilar Montero Chicoma, Dr. Dante Gazzolo Durand, Mg. Ana Alcántara y Mg. Silvana Cáceres, a quienes admiro por su calidad como docentes, psicólogos/as y personas que mejoran nuestra sociedad, por su especial paciencia y orientarme en todas las dificultades que tuve durante mi carrera universitaria y brindarme, además, su apoyo y amistad fuera de las aulas.

## TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN

ABSTRACT

I.	INTRODUCCIÓN .....	01
II.	DESARROLLO DEL CONTENIDO .....	03
2.1	Delimitación de la Psicooncología y calidad de vida.....	03
2.2	Revisión de estudios desde diferentes perspectivas teóricas y de intervención de la Psicooncología y calidad de vida .....	07
2.2.1	Psiconeuroinmuneendocrinología (PNIE) .....	08
2.2.2	Terapia Cognitivo Conductual (TCC) .....	09
2.2.3	Mindfulness .....	11
2.2.4	Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).....	12
2.2.5	Activación Conductual (AC) .....	15
2.2.6	Terapia Dialéctica Conductual (DBT).....	17
2.3	Estudios de investigación que revisan la Psicooncología y calidad de vida en los últimos 5 años a nivel nacional e internacional .....	19
2.3.1	Nacionales .....	19
2.3.2	Internacionales.....	24
a)	Metaanálisis/Revisiones sistemáticas.....	25
b)	Estrategias de afrontamiento y calidad de vida .....	29

c)	Cáncer de mama .....	32
d)	Cuestionario de calidad de vida QLQ-C30 .....	38
e)	Otras variables asociadas a la calidad de vida.....	44
2.4	Revisión de modelos psicológicos de evaluación, intervención, prevención de la Psicooncología y calidad de vida.....	48
2.4.1	Evaluación .....	48
a)	Cuestionario QLQ-C30 .....	49
b)	Cuestionario FACT-G .....	50
c)	Cuestionario SF-36.....	50
d)	Cuestionario WHOQOL/WHOQOL-Bref .....	52
e)	Cuestionario Q-LES-Q.....	52
2.4.2	Intervención.....	53
2.4.2.1	Terapia Cognitivo Conductual .....	53
2.4.2.2	Mindfulness .....	58
2.4.3	Prevención .....	61
III.	RESULTADOS .....	67
3.1	Discusión del tema .....	67
3.2	Aportes en base al análisis crítico .....	73
3.3	Conclusiones .....	77
3.4	Recomendaciones desde una visión Psicológica .....	78
3.5	Recomendaciones desde una visión multidisciplinaria .....	79
IV.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	80

## **RESUMEN**

La Psicooncología es una disciplina que brinda atención integral a los pacientes oncológicos, sus familiares y profesionales que los atienden. En el presente estado del arte, se encontró que en los últimos 5 años, la calidad de vida (CV) ha sido ampliamente estudiada por este campo; las estrategias de afrontamiento son las más estudiadas en la calidad de vida y están correlacionadas; dentro de ellas destaca la estrategia de religiosidad/espiritualidad. Al evaluar la calidad de vida, el componente físico es el más afectado.

No se puede determinar que enfoque de intervención es el más eficaz, ya que cada uno cumple con sus objetivos, pero la Terapia Cognitivo Conductual y el Mindfulness han realizado más investigaciones en esta población.

El cáncer de mama es el más investigado. El instrumento que más se utiliza para evaluar la calidad de vida específicamente en pacientes oncológicos es el QLQ-C30 y las campañas de sensibilización son las más utilizadas para la prevención.

Palabras claves: Estado del arte, Psicooncología, calidad de vida, investigación, intervención.



## **ABSTRACT**

Psychooncology is a discipline that provides comprehensive care to cancer patients, their families and professionals who care for them. In the present state of the art, was found that in the last 5 years, the quality of life (QOL) has been widely studied by this field; coping strategies are the most studied in the quality of life and are correlated; within them, the religious/ spirituality strategy stands out. At the evaluation quality of life, the physical component is the most affected.

It is not possible to determine which intervention approach is the most effective, because each one fulfills its objectives, but Cognitive Behavioral Therapy and Mindfulness have carried out more research in this population.

Breast cancer is the most researched. The instrument that is most used to evaluated the quality of life specifically in cancer patients is the QLQ-C30 and awareness campaigns are the most used for prevention.

**Keywords:** State of the art, Psycho-oncology, quality of life, research, intervention

## **I. INTRODUCCIÓN**

La Organización Panamericana de la Salud (2019) señala que, dentro de las 10 mayores amenazas de la salud, están las enfermedades no transmisibles (diabetes, cáncer y enfermedades cardíacas) y causan más del 70% de muertes cada año (41 millones de personas) a nivel mundial. Específicamente en las Américas, el cáncer es la segunda causa de muerte; en el 2018 hubo 3.7 millones de nuevos casos, y 1.3 millones de muertes, a pesar de que el 30% de los casos de cáncer podrían curarse con una detección temprana y un tratamiento adecuado.

La Organización Mundial de la Salud (2014) emitió un documento sobre los perfiles oncológicos de cada país, en el Perú hubo 132 000 muertes, de las cuales 26 300 fueron por cáncer; en el caso de las mujeres los 3 tipos de cáncer más frecuentes fueron: estómago (13,4%), cervicouterino (12.3%) y de mama (8.6%), y en los hombres: próstata (16.9%), estómago (14.7%) y tráquea, bronquios y pulmones (10.5%). Según el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2019), en el 2018 hubo 11 865 nuevos casos de cáncer, el de cérvix y mama fueron los principales tipos.

Las estadísticas antes expuestas demuestran que actualmente el cáncer es una problemática de salud tanto a nivel nacional como internacional, por ello, muchos organismos luchan por prevenir esta enfermedad y brindar la mejor atención posible a los pacientes oncológicos. Sin embargo, no siempre fue así. Hace muchos años el cáncer era visto como una enfermedad que tenía baja esperanza de vida y era sinónimo de muerte ya que no existían muchos tratamientos que pudiesen mejorar el estado clínico, por ello, muchos médicos no revelaban el diagnóstico a

sus pacientes. En 1948, el Dr. Faber comenzó a recetar medicamentos como tratamiento a esta enfermedad dando inicio a la quimioterapia; en los años 50, este tratamiento más la cirugía y radioterapia mejoraron el panorama del cáncer y se inició el diálogo abierto médico-paciente sobre diagnóstico y alternativas de tratamiento. A partir de 1950 se realizaron diversos estudios para conocer la respuesta psicológica de pacientes oncológicos, se inició los grupos de apoyo entre pacientes diagnosticados con el mismo tipo cáncer para brindarse soporte, comenzaron los primeros informes de adaptación psicológica al cáncer y su tratamiento, y se vio necesario formar lazos clínicos entre radioterapeutas, cirujanos, oncólogos, psicólogos, entre otros, lo cual dio inicio a la Psicooncología en los años 70. (Holland 2002, citado por Robert, Álvarez y Valdivieso, 2013).

A partir de allí, la Psicooncología tomó mucha fuerza e importancia hasta la actualidad; es vista desde diferentes aristas y modelos teóricos; diversos autores la definen con distintas funciones y objetivos, pero todas coinciden en que se centra en una atención psicológica integral al paciente oncológico, sus familiares y profesionales que los atienden. Ya que en los últimos años el cáncer ha sido visible por su incidencia y mortalidad, ha surgido el interés de diversas disciplinas por investigar en esta población específica para brindar la mejor atención posible y así mejorar la calidad de vida.

A continuación, se presenta el estado del arte sobre la Psicooncología y calidad de vida, se mostrará información sobre diferentes perspectivas teóricas, evaluación, intervención, prevención y se muestra estudios realizados en los últimos 5 años; finalmente se presenta la discusión, aportes según lo investigado, conclusiones y recomendaciones desde una visión psicológica y multidisciplinaria.

## **II. DESARROLLO DEL CONTENIDO**

### **2.1 Delimitación de la Psicooncología y calidad de vida**

Para realizar el presente estado del arte, se buscó investigaciones de los últimos 5 años, al revisar dichos estudios se encontró que en el marco teórico se citaban a diversos autores que diferían al momento de definir la psicooncología o la calidad de vida, con el paso de los años, dichas variables cambiaban su definición, objetivo y funciones, o eran vistas desde diferentes perspectivas. Para conocer todo ello, se vio necesario citar autores de mayor antigüedad.

La Psicooncología es una disciplina vista desde diferentes perspectivas y, por lo tanto, se le atribuyen diversas definiciones, variables de estudio y objetivos.

Algunos autores ven a la Psicooncología desde una perspectiva dualista mente-cuerpo, y la definen como una disciplina que estudia la relación entre aspectos psicológicos y patología neoplásica, considera que las acciones psicológicas serían importantes para brindar estrategias y métodos de afrontamiento, reducir el estrés emocional ante el diagnóstico y así mejorar la calidad de vida del paciente y su familia; y además tratar los problemas relacionados a la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer. (Alonso y Bastos 2011; y Sebastian y Alonso 2003, citados por Rojas y Gutiérrez, 2016).

Holland (1992), considerada fundadora de la Psicooncología, ve a esta disciplina desde el modelo biopsicosocial y la define como una subespecialidad de la oncología que atiende las respuestas emocionales en todos los estadios del cáncer del paciente, al igual que sus familiares y el staff médico que los atiende y también

estudia los factores psicológicos, sociales y conductuales que influyen en la mortalidad y morbilidad del cáncer.

Malca (2005) y Cruzado (2003) consideran la psicooncología como una especialidad de la psicología, que brinda soporte al paciente, familiares y profesionales de la salud. Brinda apoyo en el manejo de los diversos cambios que el paciente experimenta a lo largo de la enfermedad (prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), asimismo, ayuda a mejorar la comunicación e interacción entre el personal médico que interviene al paciente oncológico.

Otros autores, como Alvarado, Genovés y Zapata (2009), tienen una perspectiva transdisciplinar, es decir, consideran toda una dinámica interactiva, reciproca, cooperativa, evolutiva e interdependiente de diversas disciplinas ante un mismo campo sujeto, objeto o contexto determinado. Ellos consideran que la Psicooncología es una disciplina que favorece el apoyo integral-humano de la persona que padece cáncer, el impacto psicosocial que repercute en su familia y del manejo de emociones de los profesionales para evitar un desequilibrio laboral que afecte la prestación de servicios. Además, perciben al paciente de manera distinta y lo ven como una persona que “piensa, siente, puede, debe y tiene el derecho de participar en la toma de decisiones de aceptar o no las alternativas del tratamiento médico, psiquiátrico y psicooncológico que se le ofrezca sin que ello signifique ser un mal paciente”.

Aunque que la Psicooncología es vista desde diferentes aristas, éstas coinciden en que es una disciplina que se enfoca en brindar el apoyo integral-

humano psicológico que el paciente necesite (como estrategias de afrontamiento, respuestas emocionales) según las problemáticas que experimente a lo largo de la enfermedad. También incluyen la atención psicológica al círculo social más cercano del paciente como sus cuidadores primarios o familiares y al personal médico (diversas disciplinas), para que ofrezcan el mejor servicio posible.

Se decidió buscar estudios sobre la Psicooncología que permitan conocer el panorama actual en investigación. En las revisiones sistemáticas sobre intervenciones psicológicas en pacientes oncológicos de Villoria, Fernández, Padierna y González (2015) (incluyeron 122 estudios) y Teo, Krishnan y Ling-Lee (2019) (incluyeron 68 estudios), se encontró que la calidad de vida era considerada como objetivo principal al aplicar alguna intervención o era utilizada para medir la efectividad de dicha intervención; en el estudio de Morena, D. y Morena, B. (2016) (376 artículos) se encontró que la calidad de vida y el cáncer de mama eran las variables más estudiadas en la revista Psicooncología. Ya que las 3 investigaciones antes mencionadas, que recopilaron un total de 566 estudios, coinciden que la calidad de vida es la variable más estudiada en la Psicooncología, se revisó más sobre dicha variable.

Vinaccia y Orozco (2005) refieren que la calidad de vida engloba cuatro áreas:

- a) Bienestar físico: Determinado por la actividad funcional, sueño, fatiga, dolor, etc.
- b) Bienestar social: Es la función del sujeto al relacionarse con otros, incluye el afecto, la intimidad y entretenimiento.

- c) Bienestar psicológico: Relacionado al temor, ansiedad, depresión y cognición que origina el tener una enfermedad o recibir un tratamiento.
- d) Bienestar espiritual: Es el significado que la persona le da a su enfermedad, al igual que la esperanza, trascendencia, fortaleza interior y religiosidad.

Según Grau (2015) la calidad de vida en salud es ampliamente estudiada en pacientes oncológicos ya que los tratamientos médicos afectan su vida física, psicológica, social y espiritual, y ello también impacta en sus familiares y círculo social.

Robles et al. (2010) refieren que el investigar sobre la calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas conllevó a que se cree el concepto de Calidad de Vida relacionado a la Salud (CVRS) y se define como la percepción del paciente sobre: los efectos de una enfermedad o recibir un tratamiento y las consecuencias en su bienestar físico, emocional y social. En el campo de la salud mental, se consideran también los efectos del apoyo social y el nivel de funcionamiento del paciente en la calidad de vida.

Quiceno y Vinaccia (2008) refieren que la CVRS es un constructo que enfatiza la valoración individual sobre limitaciones físicas, biológicas, psicológicas y sociales al atravesar una enfermedad.

Urzúa (2010) define a la CVRS como el resultado de la valoración que tiene el paciente sobre su propia salud, tras una intervención médica, el impacto de la enfermedad en su vida cotidiana y los cuidados médicos que recibe.

La CVRS es una variable estudiada específicamente en pacientes con enfermedades crónicas como el cáncer, y se enfoca en conocer el impacto de la

enfermedad (diagnóstico, intervención médica, tratamiento) en la calidad de vida del paciente oncológico. Por ello, en el campo de investigación de la Psicooncología, esta variable es ampliamente estudiada.

En el presente estado del arte, se incluirán artículos científicos, trabajos de investigación y estudios de Psicooncología relacionados a la calidad de vida en los últimos 5 años, específicamente, en los pacientes oncológicos. A pesar de que la psicooncología aborda también a los familiares, cuidadores primarios y a los profesionales que los atienden, no se incluirán, ya que en dichas poblaciones suelen estudiarse otras variables como: ansiedad, depresión, manejo emocional o la eficacia alguna intervención psicológica; y no se enfocan en la calidad de vida. Cabe resaltar que los estudios presentados son de la rama de la psicología y no de otras disciplinas afines como: oncología, cirugía, enfermería, entre otros.

## **2.2 Revisión de estudios desde diferentes perspectivas teóricas y de intervención de la Psicooncología y calidad de vida**

A continuación, se mencionan las perspectivas teóricas y de intervención sobre la psicooncología. Ya que el cáncer es una enfermedad de origen médico (no psicológico), se vio pertinente mencionar la perspectiva de la Psiconeuroinmunendocrinología (PNIE) como modelo médico teórico, seguido de otras perspectivas psicológicas como: Terapia Cognitivo Conductual, Mindfulness, Terapia de Aceptación y Compromiso, Activación Conductual y Terapia Dialéctica Conductual.



### **2.2.1 Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE)**

Corbeaux y Soza (2017) refieren que el objetivo del sistema inmune es diferenciar lo propio de lo ajeno, para defendernos de agentes patógenos como virus, bacterias, hongos, entre otros. Para que dicho sistema tenga un funcionamiento óptimo, es vital que cada órgano cumpla con su función, exista una efectiva comunicación y coordinación entre el sistema nervioso y endocrino, caso contrario surgen desbalances inflamatorios y estrés oxidativo que conlleva a diversas enfermedades.

El cáncer inicia por alteraciones genómicas (mutaciones o modificaciones epigenéticas) que a través del tiempo crecen, rápidamente se multiplican y sobreviven en el sistema, omitiendo procesos de regulación y control celular. En este caso el sistema inmune, tendría que eliminar también células propias defectuosas, como el cáncer, pero se ve debilitado y no lo hace. El envejecimiento, conlleva a que los mecanismos de control, autoreparación y vigilancia inmunológica fallen, por ello es una de las principales causas de esta enfermedad (Alberts et al., 2008 citados por Corbeaux y Soza, 2017).

La evolución del cáncer, se da porque el Sistema Nervioso Central y el Periférico, a través del eje hipotalámico-pituitaria-adrenal (HPA), producen un descontrol inflamatorio y un desbalance hormonal e inmune, lo que conlleva a desbalances en el tumor, alta producción cortisol y catecolaminas que contribuyen a la angiogénesis y metástasis. Todo ello evoluciona más rápido cuando el paciente está expuesto a factores biológicos del comportamiento y efectos secundarios del

mismo tratamiento que da como respuesta: la fatiga crónica, depresión y alteración del sueño (Corbeaux y Soza, 2017).

A pesar de que el cáncer tenga una génesis fisiológica y por lo tanto sea vital un abordaje médico, la PNIE tiene una visión sistémica, por lo tanto, considera que el cáncer necesita una intervención multidisciplinaria e incluye otras disciplinas como neurología, nutrición, psicología, entre otras, que ayuden a cambiar los hábitos desadaptativos por otros más saludables. Se ha demostrado que integrar aspectos psicológicos a la vida del paciente oncológico pueden ser muy favorables para el bienestar y calidad de vida como: flexibilidad para percibir la realidad, estrategias de afrontamiento, resiliencia, planteamiento de objetivos de vida, relaciones sociales, manejo emocional, etc (Corbeaux y Soza, 2017).

### **2.2.2 Terapia Cognitiva Conductual**

Las Terapias Cognitivo Conductuales (TCC) comenzaron por los años 60 y sus mayores representantes son Aaron Beck y Albert Ellis. Esta terapia plantea que los problemas se dan por patrones de pensamiento distorsionados que conllevan a emociones y conductas disfuncionales, dichos patrones son los que originan las alteraciones psicológicas. Por ello, la TCC trabaja profundamente con las creencias básicas/nucleares acerca del mundo, personas y de sí mismos (Beck 2011, citado por Acevedo, 2017). La TCC tiene diferentes tipos de abordaje que varían según las necesidades del paciente como el entrenamiento en habilidades de afrontamiento que se aplica cuando hay problemas externos al paciente, donde se identifica y modifica la influencia de los eventos que el paciente percibe como negativos; y la Reestructuración Cognitiva se aplica cuando los problemas surgen desde el paciente y se enfoca en las creencias a largo plazo y los eventos que generan pensamientos

automáticos disfuncionales, la técnica que se usa es la del A-B-C. Esta terapia entrena al paciente para que tenga un mayor control sobre su vida, identificando los estilos problemáticos para transformarlos en funcionales (Dobson y Dozois, 2010; Reynoso y Seligson, 2005; citados por Acevedo, 2017).

En el caso del cáncer, las intervenciones de la TCC se centran en ayudar a que el paciente tenga una percepción funcional sobre su enfermedad, entrenarlo a tomar decisiones, manejar las dificultades, resolver problemas (p. e. evaluar el tipo de tratamiento que seguirá) y mejorar su sintomatología (física y psicológica) como: las consecuencias de la quimioterapia, fatiga, ansiedad, depresión, desesperanza, valía, entre otras, para así mejorar su calidad de vida. Tejedor (2016) refiere que tras aplicar la TCC, las pacientes con cáncer de mama disminuyeron sus pensamientos negativos, distorsiones cognitivas, pensamientos automáticos y emociones negativas; y para disminuir la sintomatología depresiva, aprendieron a reconocer que eventos (A) activaban ello y los modificaban usando técnicas de funcionalidad de creencias irracionales.

Quintero y Finck (2018) mencionan que las técnicas más utilizadas de la TCC en pacientes oncológicos son las siguientes: la relajación (muscular progresiva, guiada y de respiración), alto al pensamiento, distracción cognitiva, las distorsiones cognitivas y entrenamiento en: autoinstrucciones, comunicación y planificación de actividades placenteras.

### 2.2.3 Mindfulness

Bertolin (2015) refiere que el Mindfulness apareció en los años 70 en EEUU y fue fundada por Jon Kabat-Zinn, su programa de Reducción del Estrés basado en el Mindfulness (MSBR) se basa en la meditación vipassana y fue la primera intervención terapéutica basada en la conciencia plena, luego se creó también el programa de Mindfulness basado en el manejo del dolor (MBPM). El MSBR es un programa psicoeducativo (no lo considera como un tratamiento psicoterapéutico), tiene como objetivo aliviar el dolor y estrés en enfermedades crónicas y presenta resultados efectivos, a pesar de que su intervención sea breve (duración de 8 semanas). Simon (2013), citado por Alonso y Ramos-Campos (2018), considera al Mindfulness como una terapia de tercera generación basada en la filosofía oriental que tiene como elementos esenciales a: la aceptación, el no juzgar y la vivencia del momento presente. León-Quismodo e Ibañez (2019) refieren que existe un gran interés por aplicar el Mindfulness en diversas patologías, por ello en los últimos 10 años hubo un incremento de investigaciones y artículos científicos al respecto.

Alonso y Ramos-Campos (2018) han revisado muchas investigaciones sobre la efectividad del Mindfulness en pacientes oncológicos y postulan lo siguiente respecto al dolor: la aplicación del mindfulness es tan efectiva como los calmantes y la morfina, la meditación conlleva a cambios cerebrales que con el tiempo ayudan a reducir la percepción del dolor y su duración. El Mindfulness, considera que el mismo paciente carga sus pensamientos con miedo y tensión, causando recuerdos de sufrimiento que aumentan cada vez más y llevan a que se experimente el sufrimiento en sí. El mindfulness ayuda a que al experimentar dolor, no se sufra; ello se logra cuando uno es capaz de convertirse en espectador y observa

su dolor como distante; previamente aprenden a desarrollar la sensibilidad para escuchar las necesidades de su cuerpo y dejan de lado el piloto automático, esto ayuda a que el paciente tenga una relación diferente con el dolor y la enfermedad, mejorando su bienestar.

La aplicación del Mindfulness en pacientes oncológicos brinda un mayor ajuste psicológico y calidad de vida, reducción de síntomas de dolor, ansiedad y depresión; y mejoría en la calidad de sueño y uso de estrategias de afrontamiento (Alonso y Ramos-Campos, 2018).

#### **2.2.4 Terapia de Aceptación y Comprensión (ACT)**

García y Tamayo (2018) consideran a la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) como una terapia de tercera generación o dentro de las terapias contextuales. Su fundamento teórico se basa en la Teoría del Marco Relacional, la cual refiere que el lenguaje y la cognición son la base del análisis funcional de la conducta. La ACT plantea que la naturaleza verbal impide la posibilidad de evitar la irrupción de cogniciones cargadas de emociones, y ya que culturalmente todos tienen la necesidad de sentirse bien, se evita cualquier situación, emoción o pensamiento negativo o aversivo y se intenta controlar su aparición o forma, ésta *evitación experiencial* genera un alivio a corto plazo, pero a largo plazo es contraproducente, improductiva y limitante según lo que la persona considera importante. La ACT propone dejar esta evitación de lado y enfocarse en distanciarse de los pensamientos, evitar el control (tanto emocional como cognitivo), aceptar las

alteraciones emocionales y direccionar sus acciones hacia sus valores o lo que consideran importante.

Montesinos y Luciano (2016) consideran que otras intervenciones que se centran en evitar o controlar eventos, emociones, pensamientos negativos, conllevan a que aumente la frecuencia de estos y no trae beneficios a largo plazo. La ACT considera viable la exposición a eventos privados evitados relacionados a la experiencia del cáncer para luego ser aceptados. La ACT tiene como objetivo la flexibilidad psicológica, pues ello conllevaría a una mejoría en variables como: calidad de vida, estado de ánimo y angustia, y reduce sintomatologías de: ansiedad, depresión, estrés emocional y se ve una mejoría en la espiritualidad y comportamientos saludables.

García y Tamayo (2018) realizaron una revisión sistemática para conocer la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) como tratamiento psicológico en pacientes oncológicos, se seleccionó 8 estudios cuasi experimentales o experimentales. En los pacientes con cáncer, se han utilizado distintas variables como parte del tratamiento, al comparar resultados de sintomatología ansiosa, depresiva y el distrés, la ACT muestra resultados más favorables que la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) en algunos estudios. La calidad de vida, flexibilidad psicológica y expectativas ante la vida es mayor en la ACT que en la TCC, pues se muestran resultados que van desde un aumento moderado hasta una mejoría notable. En los 8 estudios, tras finalizar la terapia ACT, la mejoría se mantiene a largo y mediano plazo en flexibilidad psicológica, aceptación, defusión del pensamiento, una mayor clarificación de los valores y compromiso de actuar. Cabe resaltar que el 75% de estos estudios fueron aplicados en pacientes con cáncer de

mama; y a nivel de psicoterapia, la ACT suele ser comparada con la TCC y no con otras terapias.

Montesinos y Luciano (2016) realizaron una aplicación breve de ACT en 12 pacientes con cáncer de mama españolas para conocer su eficacia en la aceptación del miedo a la recaída. El grupo experimental estuvo conformado por 8 pacientes y las del grupo control (N=4) fueron designadas a lista de espera. La intervención breve de la ACT tiene 3 componentes. El primero fue *Evaluación de satisfacción y clarificación de valores*, el objetivo era ayudar a que el paciente diferencie en que momentos actuaba de acuerdo a sus valores y cuando las barreras (relacionadas al cáncer) se lo impedían, se utilizó la metáfora del jardín. El segundo fue el *Componente orientado a la aceptación*, el objetivo era que el paciente vea la diferencia de centrarse en situaciones personales (o el costo por intentar suprimirlos) y centrarse en los objetivos importantes de la vida (el costo de no actuar en base a ellos). También se centró en la *Aceptación de pensamientos como pensamientos* y no como situaciones reales. El tercer componente fue la *Defusión*, se realizó un ejercicio de exposición a eventos privados, para que el paciente visualice sus preocupaciones de la enfermedad, si eran imágenes se les pidió que las visualicen como fotos y si eran palabras, como oraciones, se les pedía que decidieran entre ver sus preocupaciones como pensamientos y seguir avanzando o verlas como reales y quedarse quietos y seguir el elemento sugerente. Los 3 componentes fueron aplicados en una sola sesión, y se realizaron evaluaciones en 3 momentos: una semana, un mes y tres meses después de la intervención; se midió la interferencia y la intensidad del miedo a través de escalas subjetivas, se usó la subescala de *preocupación ansiosa* del Mental Adjustment to Cancer Scale

(MINIMAC) para conocer el afrontamiento al cáncer, la Escala de Ansiedad y Depresión (HADS), la escala de *hipocondría* del cuestionario de Comportamiento de Enfermedad (IBQ) para conocer la presencia de preocupaciones sobre el cáncer y la Escala de Frecuencia de acciones valoradas para conocer la continuidad de sus acciones relacionadas a sus valores. Como resultado, el 87% de pacientes del grupo experimental tuvo una reducción clínicamente significativa en las interferencias del miedo a la recaída en los 3 momentos de evaluaciones, en comparación las del grupo control. Hubo cambios en la intensidad, malestar emocional, preocupación ansiosa e hipocondría. Por lo tanto, la ACT fue una intervención eficaz en este estudio.

### **2.2.5 Activación Conductual (AC)**

Se ha comprobado que la población oncológica es significativamente más prevalente a los Trastornos Depresivos en contraste con la población normal, existiendo algunas diferencias relevantes según la edad, el sexo y tipo de cáncer. Se ha descrito que alrededor del 15-40% de los pacientes desarrolla ansiedad o depresión clínica. Incluso se puede observar que un porcentaje significativo de pacientes tiene trastornos depresivos y trastornos ansiosos luego del diagnóstico y aún más significancia en el caso de recurrencia de enfermedad (Massie, 2004; Sheard y Maguire, 1998, citados por Robert, Alvarez y Valdivieso, 2013)

Torre-Luque, Gambará, López y Cruzado (2016) realizaron un metaanálisis que incluyó 78 estudios, y refieren que el factor modulador más importante a tratar es la sintomatología depresiva, mientras menos se presente hay una mejor calidad de vida y respuestas favorables en la lucha contra el cáncer



La depresión es una de las problemáticas psicológicas más frecuentes en pacientes con cáncer, que conlleva a una disminución de las funciones del sistema inmunológico, afectando su salud. Por ello, se decidió buscar intervenciones de la activación conductual en pacientes oncológicos, ya que esta intervención ha demostrado ser la más eficaz para tratar la depresión.

La Activación Conductual (AC) breve para la depresión fue propuesta por Derek Richard Hopko, la cual tiene 9 sesiones y es fácil de aplicar, se focaliza en una guía de acción ideográfica y planificación de actividades para que el paciente tenga metas a corto y largo plazo. Tiene como base teórica al conductismo y considera que la depresión se da por la ausencia o bajas contingencias reforzantes en los contextos de la persona, o porque los comportamientos depresivos se convierten en una fuente refuerzos positivos (atención de otros) o negativos (evitar las responsabilidades). El retirar fuentes de reforzamiento positivo estables suelen causar respuestas: operantes (conductas desadaptativas) y respondientes (malestar emocional). La evitación conductual está asociada a estímulos aversivos condicionados (efectos secundarios de la quimioterapia) lo que incrementa el mantenimiento de respuestas depresivas (Becerra, Reynoso, Bravo y Ordaz, 2017)

La AC es eficaz porque su intervención está direccionada a los componentes que ayudaran a que los pacientes atraviesen de manera funcional su tratamiento médico como: apoyo social, expresión emocional, reordenamiento de las prioridades de vida, manejo del estrés, control de síntomas físicos y educación para la salud. El propósito de esta intervención es situar al paciente en fuentes naturales de refuerzo positivo y a través de la planificación, generar comportamientos

saludables que sean favorables para ellos, teniendo en cuenta las limitaciones propias de la enfermedad (Becerra, Reynoso, Bravo y Ordaz, 2017).

Becerra, Reynoso, Bravo y Ordaz (2017) realizaron una revisión sistemática para conocer la efectividad de la AC en el Trastorno Depresivo Mayor en pacientes oncológicos, se seleccionaron 10 estudios entre 2000-2016 en pacientes no hospitalizados con diferentes tipos de cáncer (6 estudios fueron de cáncer de mama), atendidos en la consulta externa y con intervención individual. En todos los estudios, la AC fue eficaz para reducir la depresión, cuando se utiliza técnicas complementarias como: relajación, manejo de contingencias, solución de problemas, habilidades sociales y asertividad, desensibilización sistemática, exposición y terapia cognitiva breve, la intervención es más eficaz.

### **2.2.6 Terapia Dialéctica Conductual (DBT)**

En los años 90, Marsha Linehan creó la Terapia Dialéctica Conductual (DBT, siglas en inglés) como una intervención para personas con Trastorno Límite de Personalidad, debido a su efectividad, esta terapia se aplicó a otras patologías como: adicciones, trastornos de conducta alimentaria, depresión en pacientes resistentes al tratamiento, entre otras. Esta terapia tiene como bases a las teorías: dialéctica y biopsicosocial. La DBT considera que el origen de las psicopatologías se debe a la relación disfuncional emoción-conducta, es decir, cuando la persona presenta una desregulación emocional, sobrecontrola o pierde el control de sus emociones, conlleva a que el comportamiento sea fuente de dificultades y problemas para la persona (Linehan 2015, citado por Castillo 2019).

Esta terapia tiene 4 pilares fundamentales, el primero es la *tolerancia al malestar*, su premisa es que la persona enfrente de manera funcional y adaptativa las diversas situaciones que generan emociones y pensamientos desbordantes. El segundo, el *Mindfulness*, es la habilidad para vivir específicamente en el aquí y el ahora, sin juzgar, es importante la aceptación de pensamientos negativos sobre uno y los demás. El tercero es la *regulación emocional*, la persona aprende la habilidad para identificar sus emociones, experimentarlas y aceptarlas sin sentirlas de manera abrumadora y ello no conlleve a conductas desadaptativas. El cuarto pilar es la *efectividad interpersonal*, la meta es que el paciente sea capaz de expresar sus emociones, necesidades, límites y exista una negociación de conflictos de manera adecuada, sin dañar o irrespetar a los demás (Mckay, Wood y Brantley 2007, citados por Castillo, 2019).

En el caso de los pacientes con cáncer, esta psicoterapia, ayudaría a que el paciente acepte su diagnóstico de manera funcional, sin que esto sea desbordante para uno, y tenga patrones de pensamiento, emoción y conducta que ayuden a superar las dificultades que se presenten, además, el expresar y relacionarse con los demás, ayudaría a que el paciente tenga redes de apoyo que ayudarían a su recuperación.

Faraji (2015) realizó una investigación cuasi experimental en 30 pacientes con cáncer de mama, su objetivo era reducir la angustia y aumentar la esperanza de vida a través de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT). Se dividió la muestra en dos grupos, el grupo control (n=15) no recibió ninguna intervención, el grupo experimental (N=15) recibió 10 sesiones (una semanal) de 90 minutos de DBT, donde se enseñó los cuatro pilares de la DBT a través de la psicoeducación

emocional, entrenamiento en atención plena, tolerancia a la angustia, aumento de las experiencias positivas, toma de decisiones y resolución de problemas en contra de emociones desbordadas. Se realizó evaluaciones pre test y post test a través del Cuestionario de angustia psicológica Kessler 10 (K10) que se utiliza para identificar trastornos mentales, y la Escala de Esperanza de Snyder. Como resultados, se obtuvo dos diferencias significativas entre los post tests del grupo control y el experimental, el grupo que recibió DBT obtuvo 48.9 ( $F=25.861$ ,  $p<0.001$ ) en la variable estrés, es decir, la angustia se redujo; la variable expectativa de vida obtuvo un 17.6 ( $F=5.785$ ,  $p < 0.05$ ), es decir, la esperanza de vida aumentó.

### **2.3 Estudios de investigación que revisan la Psicooncología y calidad de vida en los últimos 5 años a nivel nacional e internacional.**

A continuación, se presentan estudios sobre la Psicooncología y calidad de vida desde el 2015 en adelante. Se dividió este apartado en investigaciones nacionales e internacionales. Cabe resaltar que en este apartado no se incluyeron los estudios relacionados a las intervenciones psicológicas, ya que éstas se mencionan en sus apartados correspondientes.

#### **2.3.1 Investigaciones Nacionales**

Álvarez (2019) realizó una tesis de Licenciatura titulada Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en mujeres mastectomizadas. El objetivo fue explorar la relación entre estas dos variables en 130 pacientes con cáncer de mama (30-86 años) quienes se hayan realizado la mastectomía radical modificada, las

cuales asistían a una clínica o a hospitales de Lima. La investigación fue correlacional. Los instrumentos utilizados fueron: Inventario de estimación de afrontamiento Brief-COPE y el Cuestionario de Calidad de vida QLQ-30. Los resultados mostraron que los pacientes obtuvieron un nivel promedio en la calidad de vida. Las estrategias de afrontamiento tienen un impacto positivo en la calidad de vida y salud, y hubo relaciones estadísticamente significativas; *Escala global de salud* tiene una relación alta y positiva con la *Escala global de calidad de vida* ( $r = .79, p < .001$ ), la estrategia de afrontamiento *focalizada en la emoción y espiritualidad* se asoció a dos escalas de la calidad de vida: menor presencia de *síntomas* ( $r = -.35, p < .001$ ), lo cual significaría una mejor salud física; y también con un menor impacto en *la funcionalidad del rol actividades cotidianas y sociales* ( $r = -.38, p < .001$ ). Además, esa misma variable se relacionó con la *funcionalidad emocional*, pero no fue estadísticamente significativa. La escala de *Síntomas* se relaciona positivamente con *Funcionalidad física* ( $r = .48, p < .001$ ) y finalmente la *Funcionalidad emocional* posee una relación moderada, positiva y altamente significativa con la escala *Funcionalidad en rol de actividades cotidianas y sociales* ( $r = .48, p < .001$ ).

Chanduví, Granados, García y Fanning realizaron una investigación en el 2015 titulada Asociación entre calidad de vida y estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de un hospital en Chiclayo, 2014. Su objetivo fue buscar asociación entre las dos variables. Fue una investigación no experimental correlacional, la muestra estuvo conformada por 43 pacientes de diferentes tipos de cáncer, en diversos estadios, que fueron diagnosticados hace más de 5 meses. Para

evaluar las variables se utilizó el inventario de estimación del afrontamiento COPE y el cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF. Los resultados mostraron que los pacientes evaluados tenían una calidad de vida muy alta (47%) y alta (44%), ello se relaciona con la condición de asistencia y cuidados que reciben; las tres estrategias más influyentes en la calidad de vida fueron: el acudir a la religión (59%), reinterpretación positiva (21%) y planificación (11%), pero no fueron estadísticamente significativas.

Lostanau, Torrejón y Cassaretto (2017) realizaron una investigación titulada Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama. El objetivo fue relacionar los componentes físicos y mentales de la Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) con el estrés traumático, estrés percibido y el afrontamiento. Fue una investigación correlacional, participaron 53 mujeres con cáncer de mama que fueron diagnosticadas entre 3-12 meses en un centro nacional de atención de enfermedades neoplásicas. Se utilizaron los siguientes instrumentos: el cuestionario de salud SF-36, el inventario de estimación del afrontamiento COPE, la Escala de Estrés Percibido (EEP) y la adaptación peruana de la Escala de Estrés Traumático. Los resultados mostraron un nivel medio-alto en la CVRS de dichas pacientes. Respecto al componente físico, se encontró que la condición de migración (no vivir en Lima), tipo de tratamiento y estrés traumático, varían dicho componente en un 30%; en el caso del componente mental, el estrés traumático, estrés percibido y el estilo de afrontamiento orientado a la emoción (60.92) influyen en esta variable en un 43%. El *acudir a la religión*

fue la estrategia de afrontamiento con el puntaje más alto (14.64) y el dolor corporal (69.95) fue el componente más alto en la CVRS.

Martel (2017) realizó una tesis de pregrado llamada Bienestar espiritual y calidad de vida en pacientes con cáncer de un hospital de la ciudad de Trujillo. Su objetivo fue determinar la relación entre las dos variables. Fue un estudio correlacional, la muestra estuvo compuesta por 102 pacientes en quimioterapia ambulatoria. Se utilizó la Escala de Bienestar Espiritual de Ellinson y Paloutzian y el Cuestionario de Calidad de Vida SF-36. Los resultados mostraron que el bienestar espiritual fue moderado-alto en el 76.9%, lo cual se relaciona con sus dimensiones: religioso y existencial. Los pacientes oncológicos tienen una calidad de vida alta (94.2%), lo que indicaría que la enfermedad no impide que realicen actividades físicas y cotidianas y se sienten animados, felices, tranquilos y calmados. Existe una relación altamente significativa entre el Bienestar Espiritual y Calidad de vida ( $r_s=0.660$ ), lo que indicaría que la creencia en Dios y una alta satisfacción con la vida aumenta la salud física, emocional, social y espiritual. El 86% de la muestra era católico, la práctica religiosa más frecuente era *orar y tener fe* y el 67% tenían cáncer de mama.

Rojas (2016), realizó una tesis de pregrado titulada Calidad de vida relacionada a la salud y afrontamiento en pacientes con cáncer gastrointestinal. Su objetivo fue conocer la relación existente entre la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) y los estilos y estrategias de afrontamiento. Fue un estudio correlacional, la muestra la conformaron 38 pacientes entre 31-70 años en

quimioterapia ambulatoria de tres hospitales de Lima. Se utilizó el Cuestionario de Calidad de vida SF-36 y el Inventario de Estimación de Afrontamiento COPE. Los resultados mostraron que la mayoría tiene niveles promedio y alto en las dimensiones de CVRS (mayores a 50), lo que indica una calidad de vida promedio, a excepción del rol físico que tuvo un nivel muy bajo (18.42) reportado por el 76% de la muestra, seguido del componente físico (50.66) donde el 29% mostró niveles bajos o muy bajos. En el afrontamiento, se utilizó más el estilo *centrado en la emoción* (63) y el 78% usó la estrategia *acudir a la religión* (14,32). Respecto a los estilos de afrontamiento con la CVRS, se encontró que hubo una relación directa y mediana entre afrontamiento *centrado en la emoción* con vitalidad y salud general (ambas con 0.42,  $p < 0.01$ ), y otra correlación mediana e inversa entre el *afrontamiento evitativo* y salud mental (-0.43,  $p < 0.01$ ). Respecto las estrategias de afrontamiento y la CVRS, hay una correlación directa y mediana entre las estrategia de *planificación* con salud mental (0.39,  $p < 0.05$ ) y salud general (0.36,  $p < 0.05$ ); estrategia de *acudir a la religión* con salud mental (0.43,  $p < 0.05$ ) y salud general (0.37,  $p < 0.05$ ); la estrategia *enfocar y liberar emociones* tiene una correlación mediana y directa con dolor (0.32), y la estrategia de *desentendimiento conductual* muestra una correlación inversa y mediana con la dimensión salud mental (-0.64,  $p < 0.05$ ). Se halló diferencias significativas en la CVRS según antecedentes de enfermedad; y en afrontamiento con las variables de sexo, estado civil y nivel de instrucción. Se halló correlaciones significativas.

Roberto (2018) realizó una tesis de Licenciatura titulada Resiliencia y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes adultos que reciben



quimioterapia. El objetivo fue determinar el grado en que los factores de resiliencia predicen la CVRS. Fue un estudio correlacional y participaron 60 pacientes que reciben quimioterapia de forma ambulatoria en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Se utilizó Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, y el Cuestionario de Calidad de Vida SF-36. Como producto se obtuvo que los pacientes alcanzaron valores superiores al promedio en todas las dimensiones del cuestionario de CVRS, excepto en el rol físico (25.83). Las correlaciones estadísticamente más significativas fueron: Perseverancia con la dimensión de Vitalidad ( $r=.49, p<.01$ ); la Satisfacción Personal con Salud General ( $r=.46, p<.01$ ), el factor de Confianza en sí mismo con la Vitalidad ( $r=.49, p <.01$ ) (todas las correlaciones fueron positivas). El Puntaje total de Resiliencia mostró relaciones directas estadísticamente significativas con las siguientes dimensiones de la CVRS: Función Física ( $r=.25, p=.05$ ), Salud General ( $r=.35, p<.01$ ), Vitalidad ( $r=.48, p<.01$ ) y Salud Mental ( $r=.27, p<.05$ ); y el Componente de Salud Física ( $r=.33, p<.01$ ). Resiliencia predice en un nivel estadísticamente significativo el Componente de Salud Física  $\beta=.33, t(59)=2.67, p=.01$ .

### **2.3.2 Investigaciones Internacionales**

A continuación, se presentan las investigaciones internacionales, se decidió agrupar los estudios según las temáticas que abordaban como: Metaanálisis/revisiones sistemáticas, estrategias de afrontamiento y calidad de vida, cáncer de mama, cuestionario de calidad de vida QLQ-C30 y otras variables asociadas a la calidad de vida.

### **a) Metaanálisis/ Revisiones sistemáticas.**

McDonough, Elliott, Neuhaus, Reid y Butow (2019) realizaron una revisión sistemática titulada Health-related quality of life, psychosocial functioning, and unmet health needs in patients with sarcoma. Incluyeron estudios entre 2007-2017 y solo 31 artículos fueron seleccionados. Se encontró que los pacientes con sarcoma tienen puntajes bajos en la Calidad de Vida en Relación con la Salud (CVRS) en las dimensiones: físicos y psicológicos y altos puntajes en depresión, suicidio y problemas de imagen; sin embargo, no muestran diferencias significativas al compararlo con pacientes con otros tumores malignos. En la fase de diagnóstico, la sintomatología ansiosa fue la más común, y en el tratamiento, la depresión.

Quintero y Finck (2018), realizaron una revisión sistemática sobre las Intervenciones psicológicas eficaces en pacientes con cáncer de mama en Latinoamérica y España. Debido a las limitaciones metodológicas del estudio, no se pudo conocer que intervenciones eran las más eficaces, sin embargo, se encontró información relevante para esta investigación. Según los 17 estudios seleccionados, los modelos de intervención más reconocidos en el estudio fueron: Terapia Cognitivo Conductual- TCC (28%), Desensibilización y Reprocesamiento por movimientos oculares- EMDR (28%) y la Terapia de Aceptación y Compromiso- ACT (9%). Los autores consideran que la TCC, es la más estudiada porque es la más utilizada, el objetivo de dicha intervención es aliviar síntomas a través del tratamiento de los componentes cognitivo-afectivo-comportamentales; sus técnicas

más utilizadas son: la relajación (muscular progresiva, guiada y de respiración), alto al pensamiento, distracción cognitiva, las distorsiones cognitivas y entrenamiento en: autoinstrucciones, comunicación y planificación de actividades placenteras.

Teo, Krishnan y Ling Lee (2019) realizaron una revisión sistemática desde enero de 2007 hasta junio de 2018 sobre las Psychosocial interventions for advanced cancer patients. Su objetivo fue examinar la amplitud de estas intervenciones y revisar su efectividad. Seleccionaron un total de 68 artículos que cumplieran con sus criterios de inclusión. Se clasificaron las intervenciones psicosociales en 6 grupos (a-f). Cada intervención tenía un enfoque diferente, abordaba temáticas distintas, en pacientes con diferentes tipos de funcionalidad. Como resultados se obtuvo que la Terapia Cognitivo Conductual (a) fue la más efectiva para abordar la calidad de vida y manejo de síntomas, las intervenciones eran presencial o vía teléfono. La Psicoterapia Centrada en el Significado (b) se manejaba a nivel personal o grupal, obtuvo resultados favorables en la calidad de vida y mejor sentido del significado; cabe resaltar que estas dos intervenciones tuvieron como muestra a pacientes con un pronóstico razonable. Las intervenciones educativas (c) fueron útiles en la comunicación médico-paciente y toma de decisiones médicas, utilizó como recursos: asesoría, folletos, audios, telemonitoreo/ vídeos y vía telefónica. Y la musicoterapia (d) sirvió para mejorar la calidad de vida y disminuir la ansiedad y estuvo dirigida a pacientes en estado terminal o cuidados paliativos. Las intervenciones de asesoramiento (f) y las narrativas (e), a pesar de que no obtuvieron resultados significativos en sus pacientes, si los ayudaron con las problemáticas abordadas (aumento del significado de vida). Cabe resaltar que todas

las intervenciones psicosociales apuntaban a la mejora de calidad de vida como objetivo para los pacientes (excepto un estudio que se enfocó en la angustia psicológica) y también la evaluaban para medir la efectividad de la intervención (es decir, la elegían como resultado primario).

Torre-Luque, Gambará, López y Cruzado (2016) realizaron un metaanálisis titulado *Psychological treatments to improve quality of life in cancer contexts*, escogieron 78 estudios entre 1970-2012, y se encontró dos variables significativas relacionadas a la calidad de vida; la primera, se relaciona con el estado clínico del paciente, los sobrevivientes (0,46) tienen mejor calidad de vida que los pacientes en tratamiento (0,24). La segunda variable fue el tratamiento psicológico (adyuvante) (0,74), el cual tuvo mejores efectos cuando la intervención incluía disminuir los efectos secundarios de los tratamientos médicos; el factor modulador más importante a tratar es la sintomatología depresiva, mientras menos se presente hay una mejor calidad de vida y respuestas favorables en la lucha contra el cáncer. Cabe resaltar que, en este estudio, dentro de los tratamientos psicológicos, la psicoterapia fue la intervención más estudiada. El estudio considera que es importante que los pacientes con cáncer reciban un tratamiento psicológico para que les ayude a lidiar con los síntomas de la enfermedad y sus tratamientos respectivos y enfocarse en los síntomas depresivos para mejorar la CV.

Shrestha, Martin, Burton, Walters, Collins y Wyld (2019) realizaron una revisión sistemática titulada *Quality of life versus length of life considerations in cancer patients*. Su objetivo fue determinar las complejas compensaciones y los

factores subyacentes que hacen que los pacientes con cáncer elijan la calidad sobre la cantidad de vida. Se buscaron artículos entre 1942 y octubre del 2018. Solo 30 artículos cumplieron con todos los criterios de selección. Los resultados mostraron que la edad es factor determinante y significativo en la cantidad y calidad de vida. A mayor edad, donde hay un estado físico disminuido, hay una preferencia por la calidad de vida, a diferencia de los pacientes más que jóvenes que se inclinaban por someterse a un tratamiento agresivo para aumentar sus años de vida. Los evaluados con mejor salud valoraron más la cantidad de vida, y los de peor estado físico (cáncer más avanzado), prefirieron la calidad de vida. La calidad y cantidad de vida no está relacionada al género, educación, religión, tener hijos, estado civil o tipo de cáncer. La variable *supervivencia* tiene un rol importante ante la decisión de someterse a algún tratamiento, solo lo hacen si su pronóstico mejoraría.

Villoria, Fernández, Padierna y González (2015), realizaron una revisión literaria entre 2000-2014 titulada La intervención psicológica en pacientes oncológicos, se incluyó 122 estudios. Según cada fase, se presentaban diferentes tipos de intervención. En la fase diagnóstica, las intervenciones más frecuentes fueron la psicoeducativas (39,3%), las cognitivo-conductuales (21,4%) y las individuales (21,4%); en la fase de tratamiento, cambió el porcentaje de intervenciones, la cognitivo conductual fue la más frecuente con 49%, seguida de la psicoeducativa con un 24,5%; en la fase libre de enfermedad/supervivencia, la cognitivo-conductual (34,4%) siguió siendo la más frecuente, luego la psicoterapia individual (28,1%); y en la fase de recidiva/enfermedad terminal, las terapias grupales tuvieron un porcentaje del 41,7%, seguida de la terapia cognitivo

conductual (25%). Debido a las diferencias metodológicas, no se pudo establecer que intervenciones eran las más eficaces, se llegó a la conclusión de que cada intervención psicológica llega a ser favorable y eficaz, ya que cumplen con sus objetivos de intervención relacionados a calidad de vida (28,7%), el estado emocional (26,2%) y el control de síntomas (13,9%), es por ello que es necesario diseñar cada intervención según las necesidades del paciente y la fase de la enfermedad en la que está.

#### **b) Estrategias de afrontamiento y calidad de vida**

Arrieta, Cárdenas, García y Gaviria (2019) realizaron un estudio sobre Afrontamiento y calidad de vida en mujeres con cáncer de seno: revisión bibliográfica una mirada desde la psicología de la salud. El objetivo fue identificar las estrategias de afrontamiento más utilizadas y la percepción de la enfermedad en relación con la calidad de vida entre mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. Solo 35 artículos cumplieron con todos los requisitos, todos eran entre 2012-2017. Las pacientes con cáncer de mama suelen utilizar como estrategias de afrontamiento a: buscar apoyo social y religiosidad, seguidas por la estrategia centrada en la emoción y la resolución de problemas. Los instrumentos más utilizados para evaluar dichas estrategias son: El Inventario de estimación de afrontamiento (brief COPE), el Inventario de afrontamiento (CSI) y Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) y para evaluar la calidad de vida: WHOQOL-BREF, SF-36, EORTC QLQ-C30 y el FACIT-B. La calidad de vida tiene una correlación positiva con las estrategias de afrontamiento activas y se correlaciona negativamente con las

estrategias de afrontamiento pasivas; el estadio de la enfermedad y la situación psicosocial del paciente son variables que influyen.

García y Lucio (2016) realizaron una investigación en México denominada Estilos de afrontamiento y calidad de vida en adolescentes con cáncer. El objetivo fue describir el estilo de afrontamiento y la calidad de vida en 23 adolescentes ( $x=16$  años). Fue un estudio exploratorio descriptivo. Se utilizó el Cuestionario de Afrontamiento para adolescentes, el Inventario de Calidad de vida pediátrico (a mayor puntaje, menos calidad de vida) y una entrevista semiestructurada. Se encontró que la calidad de vida tuvo un nivel deteriorado medio tanto en los que estaban en tratamiento o en recaída, las áreas con menos puntaje fueron el malestar emocional y cognitivo (6.83) y el funcionamiento emocional (7.65). La estrategia de afrontamiento más utilizada fue la religión (55.58). El 87% ha dejado de realizar actividades de su agrado debido a su diagnóstico, considera que adquirió aprendizaje durante su experiencia de tener cáncer y saben lo que quisiera dedicarse en un futuro, el 70% no asiste al colegio.

Pereira, Baia y Machado (2016) realizaron una investigación en Brasil titulada Coping and quality of life in patients with skin tumors in the follow-up stage: The mediating role of body image and psychological morbidity. Su objetivo fue examinar las relaciones entre el estilo de afrontamiento, la imagen corporal, la morbilidad psicológica y la calidad de vida. Fue un estudio correlacional, participaron 58 pacientes con tumores de piel en la fase de seguimiento tras una

cirugía. Se utilizó el índice de calidad de vida dermatológica (DLQI), escalas de ansiedad y depresión hospitalarias (HADS), la escala de imagen corporal (BIS), y la mini escala mental de ajuste al cáncer (Mini-MAC). Los resultados mostraron que los pacientes con baja calidad de vida, eran quienes usaban los siguientes estilos de afrontamiento: impotencia/desesperanza, preocupación ansiosa y evitación cognitiva. La angustia emocional y la imagen corporal son variables influyentes en la calidad de vida. La imagen corporal medió la relación entre los estilos de afrontamiento de la preocupación ansiosa, la impotencia/ desesperanza y la calidad de vida. La morbilidad psicológica medió la relación entre impotencia / desesperanza y calidad de vida.

Torrecilla, Casari y Rivas (2016), realizaron una tesis en Mendoza (Argentina), titulada Afrontamiento y calidad de vida en mujeres pacientes oncológicas. Su objetivo fue explorar y describir las estrategias de afrontamiento y dimensiones de calidad de vida (CV) y examinar una correlación en dichas variables. Fue una investigación descriptiva correlacional, participaron 80 mujeres que recibían tratamiento oncológico y tenían entre 21-55 años, el cáncer de mama fue el más frecuente (65%). Se utilizó el Inventario de respuestas de afrontamiento (CRIA-A) para evaluar las estrategias de afrontamiento y el Cuestionario de Calidad de Vida QLQ-C30. Se encontró que la estrategia de afrontamiento más utilizada es la *evitación cognitiva* (persona evita ver su enfermedad de forma realista,  $x=60.13$ ) y tiene una correlación negativa con la Calidad de Vida. Las participantes tenían una CV dentro del promedio ( $x=64$ ), todas las escalas de la calidad de vida, tuvieron un puntaje por debajo del promedio, el más bajo fue



*funcionamiento emocional* ( $x=31$ ), los síntomas variaron y algunos estaban por encima del promedio o en el promedio. Solo se encontró una correlación significativa entre las variables de estudio y fue entre *Descarga Emocional* (estrategia de afrontamiento, refiere el expresar sus emociones negativas para reducir la tensión) con *Funcionamiento Cognitivo* (CV) ( $r=-.520$ ), las demás fueron moderadas o baja.

### c) **Cáncer de mama**

Esparza, Martinez, Leibovich, Campos y Lobo (2015) realizaron un Estudio longitudinal del crecimiento postraumático y la calidad de vida en mujeres supervivientes de cáncer de mama. Su objetivo fue describir la relación entre estas dos variables en 136 mujeres argentinas con cáncer de mama durante 3 años, después de terminar su tratamiento. Se utilizó el Inventario de Crecimiento Postraumático (PTGI) que evalúa la percepción de beneficios personales en supervivientes de un acontecimiento traumático y el FACIT-B para evaluar las variables de estudio. Se encontró que el Crecimiento Post Traumático permaneció estable y la calidad de vida fue disminuyendo y dichas variables tienen una relación positiva; el 54,5%, 50%, y 53,9% de las pacientes presentaron un crecimiento postraumático de moderado a alto a lo largo de las tres evaluaciones realizadas. No hubo diferencias significativas entre las tres visitas ( $p=0,153$ ).

Gargantini y Martín (2019) realizaron una investigación en Mendoza (Argentina) llamada Imagen Corporal y su influencia en la Calidad de Vida en

mujeres con mastectomía: Comparación entre mujeres con reconstrucción inmediata, reconstrucción diferida o sin reconstrucción. El objetivo fue analizar la imagen corporal y su influencia en la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama que han tenido una mastectomía con reconstrucción inmediata, diferida o sin reconstrucción. Fue una investigación descriptiva de diseño ex post facto, retrospectiva, participaron 30 mujeres y se dividió en 3 grupos: Reconstrucción inmediata (n=10), diferida (n=10) y sin reconstrucción (n=10). Se utilizó la Escala de Imagen Corporal (S-BIS) y el Inventario de Influencia de imagen corporal sobre calidad de vida (BIQLI-SP). Las mujeres que se sometieron a la reconstrucción mamaria muestran un mejor ajuste; las que accedieron a la reconstrucción inmediata tienen un menor deterioro de imagen y mejor calidad de vida. Pero al compararse con las mujeres sin reconstrucción, no se encontraron diferencias significativas. La sexualidad fue el área más afectada encontrada en ambos instrumentos.

Irrarrazaval et.al. (2016) realizaron una investigación titulada Quality of life in Chilean breast cancer survivors. El objetivo fue evaluar la calidad de vida en sobrevivientes de cáncer. Fue una investigación descriptiva, participaron 91 mujeres con cáncer que habían culminado su tratamiento hace más de un año, el 49.5% recibió tratamiento hace más de 5 años. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Calidad de vida QLQ-C30 y el específico para cáncer de mama QLQ-BR23. Los resultados mostraron que obtuvieron una media de 73.6 en la escala global de Calidad de vida, el 25% mostró como problemas a: dificultades económicas, insomnio (21.1), dolor (20.8) y cansancio (19.8), el QLQ-BR23 mostró que la caída de cabello en la última semana fue el síntoma más relevante,

mostraron una alta preocupación (16.9) por el futuro de su salud. Las pacientes que culminaron su tratamiento hace 5 años mostraron una mejora en el funcionamiento cognitivo ( $p = 0,040$ ) en comparación con las que tenían menos tiempo. El funcionamiento de rol fue mayor en las pacientes con reconstrucción mamaria en comparación a las que recibieron cirugía conservadora, estas últimas mostraron una mejor imagen corporal ( $p=0.008$ ) y tendencia a menor sintomatología en brazos o mama ( $p=0.084$ ).

Massone y Llull (2017) realizaron una investigación en Argentina denominada Análisis del efecto de un programa de intervención grupal sobre la calidad de vida en pacientes oncológicos. El objetivo fue evaluar el efecto de un programa de intervención psicológica grupal sobre el afrontamiento y la calidad de vida del paciente oncológico. Fue un estudio cuasi-experimental, la muestra la conformaron 27 pacientes con cáncer, 17 recibieron el programa psicoeducativo sobre afrontamiento positivo, estabilidad emocional y bienestar de 90 minutos semanales y el grupo control ( $n=10$ ) recibió solo dos entrevistas individuales mensuales. Para evaluar las variables de investigación se utilizó el cuestionario Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) para evaluar la calidad de vida y el Mental Adjustment to Cancer Scale para evaluar el afrontamiento, se hicieron evaluaciones pre test y post test (1 mes). El efecto del programa fue moderado, hubo un efecto positivo en la calidad de vida ( $F=22,60$ ;  $p<0,01$ ) bienestar funcional ( $F=13,67$ ;  $p<0,01$ ), social ( $F=43,22$ ;  $p<0,01$ ) y emocional ( $F=2,84$ ;  $p=0,05$ ). En las medidas de afrontamiento, hubo diferencias significativas en desamparo ( $F=5,34$ ;  $p=0,01$ ), fatalismo ( $F=8,06$ ;  $p=0,02$ ), espíritu

de lucha ( $F=6,15$ ;  $p=0,01$ ), preocupación ansiosa ( $F=6,44$ ;  $p<0,01$ ) y negación de la enfermedad ( $F=79,10$ ;  $p <0,01$ ).

Pastell (2017) realizó una investigación llamada Mecanismos cognitivos del optimismo en cáncer de mama: efectos en la calidad de vida. Su objetivo fue estudiar la influencia del optimismo disposicional y el optimismo estratégico en la calidad de vida en dos diferentes momentos de la enfermedad, y en comparación con pacientes con trastorno adaptativo. Participaron un total de 96 mujeres con cáncer de mama divididas en 3 grupos: Fase de tratamiento ( $n=35$ ), libre de enfermedad/supervivencia ( $n=30$ ) y mujeres con un diagnóstico de Trastorno adaptativo (DSM-IV), y que no han tenido nunca un cáncer ( $n= 31$ ). Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de calidad de vida QL-CA-Afex y Life Orientation Test-Revised (LOT-R) para evaluar el optimismo disposicional. Los resultados muestran que todas las participantes se ven afectadas en el nivel psicológico/emocional de la calidad de vida y presentan un optimismo disposicional estable ( $\chi^2(2) = 1,954$ ;  $p= 0,038$ ). El grupo que está en tratamiento muestran puntajes bajos en todas las escalas de la calidad de vida  $\chi^2(2) =7,72$ ;  $p= 0,021$ , menos expectativas de solución positiva ante la situación médica  $\chi^2(2) =6,291$ ;  $p=0,040$  y menos percepción de control ( $\chi^2(2)= 11,256$ ;  $p<0,001$ ). El grupo que está en tratamiento y las de supervivencia, sienten menos culpa de su situación médica en comparación de las pacientes con trastorno adaptativo  $\chi^2(2)=13,427$ ;  $p=0,002$  y no se atribuyen a sí mismas la causa de su enfermedad  $\chi^2(2)= 21,045$ ;  $p=0,001$ .

Ramis (2017) realizó su tesis de maestría en Chile llamada Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer de Mama. El objetivo fue conocer y relacionar las dificultades físicas, psicológicas y sociales, explorar la religiosidad/espiritualidad, estrategias de afrontamiento y/o desarrollo personal en la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. Fue una investigación mixta, la muestra se conformó por 44 mujeres entre 17-71 años. Se realizó evaluaciones: pre test y a 3 meses de la quimioterapia. Se utilizó el Cuestionario de Calidad de Vida QLQ-C30 y el QLQ-BR23 y una guía de entrevista en profundidad. Los resultados mostraron una diferencia significativa entre el pre test y al tercer mes, donde empeoró el funcionamiento físico (de 9.84 a 30.04) y dolor (de 23,11 a 36,36) según el QLQ-30. El QLQ-BR23 mostró que la imagen corporal (de 22,35 a 35,42) y los síntomas (de 12,14 a 44.95) empeoraron significativamente. Las variables predictoras para la calidad de vida antes del tratamiento fueron el funcionamiento físico y los síntomas (relación inversa o negativa). En las entrevistas se encontró que el funcionamiento físico es el que más les afecta, específicamente la fatiga, ya que impide que realicen sus actividades cotidianas, pérdida de autonomía e interferencia en la vida social. El funcionamiento social fue el segundo más afectado, se presenta un mayor aislamiento debido al autocuidado de la enfermedad y la caída de cabello, ésta última es vista como una disminución de la feminidad y afectaba la manera en cómo los demás las percibían; lo positivo fue que las pacientes percibieron apoyo social por parte de su familia, que se adaptó a las limitaciones y consecuencias de su enfermedad. A nivel psicológico, se mostró la irritabilidad y cómo ello repercute en sus familiares, pero no fue percibido como grave. Respecto a las estrategias de afrontamiento y la espiritualidad, las pacientes refieren haber sentido enojo hacia

Dios o al destino al inicio de su enfermedad, pero luego entendieron que le podría pasar a cualquiera, solo una de ellas refiere tener una religión, las restantes refieren creer en un ser superior que les brinda fuerzas, apoyo y compañía; la mayoría le da un re-significado a su enfermedad como una oportunidad para descubrir su fortaleza interior.

Vásquez (2018) realizó una tesis de maestría en Monterrey (México) titulada Variables psicológicas y calidad de vida del paciente con cáncer de mama y su cuidador principal. Su objetivo fue evaluar, comparar y correlacionar las variables psicológicas (optimismo, apoyo social, carga, depresión y ansiedad) y calidad de vida del cuidador principal y de la paciente con cáncer de mama después de cirugía (T1) y durante tratamiento adyuvante (T2), también determinar la variable más influyente en la calidad de vida del cuidador. Fue un estudio correlacional, donde participaron 35 mujeres con cáncer de mama y 35 cuidadores principales. Los instrumentos utilizados fueron: Cuestionario de Calidad de Vida-Cáncer (QLQC30), Índice Calidad de Vida de los Cuidadores: cáncer (CQOLC), Optimismo como Estilo Interactivo de Personalidad (OIS-García), Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC-11, Escala de Carga de Zarit, y Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Los resultados mostraron disminuciones significativas en las variables psicológicas entre el T1 y T2, en el caso del cuidador, la ansiedad (de 6.03 a 3.74) y depresión (de 2.40 a 1.74); y en el caso de la paciente, la ansiedad (de 6.17 a 2.28). Hay una correlación de calidad de vida y variables psicológicas del cuidador ( $p < 0.05$ ); en el (T1), los resultados muestran una relación negativa y significativa entre calidad de vida del cuidador

con sobrecarga (-0.640), ansiedad (-0.575) y depresión (-0.674). En el (T2), los resultados muestran una relación negativa y significativa entre CQOL con sobrecarga (-0.585), ansiedad (-0.498) y depresión (-0.784) del cuidador. Las variables predictoras de la calidad de vida del cuidador primario son: optimismo del paciente, ansiedad, depresión y sobrecarga del cuidador, explicando el 75% de la varianza. La calidad de vida del cuidador y de la paciente no presenta cambios significativos entre T1 y T2.

#### **d) Cuestionario de calidad de vida QLQ-C30**

Aguilar (2016) realizó una tesis en Mendoza (Argentina) sobre la Relación entre patrón de conducta tipo C, ansiedad-rasgo y calidad de vida en pacientes oncológicos. Su objetivo fue profundizar la relación entre las 3 variables. Fue un estudio correlacional; y cuasiexperimental para evaluar la conducta tipo C. La muestra la conformaron 38 pacientes con diferentes tipos de cáncer que estaban en tratamiento (quimioterapia, radioterapia y/o cirugía). El grupo control estuvo compuesto por 33 sujetos sanos, sin ningún tratamiento o enfermedad crónica y las características sociodemográficas fueron homogéneas en ambos grupos a excepción del estado civil. Los instrumentos utilizados fueron: Cuestionario ad hoc para recopilar los datos sociodemográficos, cuestionario de patrón de conducta tipo C-PCTC, la escala de ansiedad-rasgo de Spielberger STAI y el cuestionario de Calidad de vida QLQ-C30. Los resultados mostraron puntajes altos en las dimensiones de: Comprensión, control y represión emocional del patrón tipo C, se podría interpretar como una estrategia de afrontamiento ante la enfermedad. La ansiedad fue el rasgo más asociado a la calidad de vida, si la ansiedad disminuyera (al igual que los

síntomas), habría un aumento en el funcionamiento de la persona a nivel físico, cognitivo y emocional. Todo ello mejoraría el tratamiento oncológico y aumentaría la calidad de vida percibida.

Aminisani, Nikbakht, Asghari Jafarabadi, y Shamshirgaran realizaron una investigación en el norte de Irán en el 2017 titulada *Depression, anxiety, and health related quality of life among colorectal cancer survivors*. El objetivo fue examinar la relación entre la angustia psicológica y las dimensiones de calidad de vida (QOL) en pacientes con cáncer colorrectal (CCR). El estudio fue transversal, la muestra estuvo compuesta por 157 pacientes. Para evaluar la angustia psicológica se utilizó la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) y la calidad de vida se midió con el QLQ C-30. La asociación entre la puntuación de funcionamiento emocional (EF) de los pacientes en QLQ-C30 y sus puntuaciones de HADS se analizó mediante regresión lineal múltiple. A nivel estadístico, se encontró relaciones significativamente negativas entre EF y HADS-A (ansiedad), y entre HADS-D (depresión) y HADS-T (puntaje total). La correlación entre HADS-D y otras dimensiones de calidad de vida fue significativamente mayor. Por lo tanto, la depresión se relaciona fuertemente con una reducción de la calidad de vida.

García, D. (2018) realizó una investigación en Quito (Ecuador) titulada *Efectos de la calidad de vida en la adherencia al tratamiento de quimioterapia en el servicio de oncología del Hospital Eugenio Espejo*. El objetivo fue determinar si los efectos de la calidad de vida inciden en la adherencia al tratamiento de los



pacientes oncológicos. Fue una investigación correlacional y 50 pacientes con cáncer participaron. Los instrumentos utilizados fueron: El Cuestionario de calidad de vida QLQ-C30 y un cuestionario de 26 preguntas para evaluar la adherencia al tratamiento. Los resultados muestran que existe una correlación de  $r=-0.25$  entre las variables de estudio y hay una relación inversa, a mayor calidad de vida, menos adherencia al tratamiento. El 70% no tiene una adherencia al tratamiento de quimioterapia, el 30% que si lo tiene, se relaciona a un nivel educativo medio, nivel económico relativamente adecuado, poseer información que genera esperanza y predisposición para tener adherencia al tratamiento. Los síntomas generados por la quimioterapia conllevan a dificultades para mantener una vida regular, limita las actividades cotidianas y el ámbito social, causa cambios físicos y emocionales y aumentas las creencias religiosas.

Oraá y Cruzado (2019) realizaron una investigación en La Rioja (España) llamada Ansiedad y depresión en hombres con cáncer de próstata en función del tipo de tratamiento y su relación con la calidad de vida y la información recibida. Su objetivo fue conocer el nivel de ansiedad y depresión que tienen los pacientes con cáncer de próstata en función de variables sociodemográficas (edad, nivel de estudios, situación laboral o tener pareja) y variables clínicas (grupo de riesgo, tipo de tratamiento o fase de supervivencia) y cómo el estado emocional puede variar en función de la calidad de vida y la información recibida. Fue un estudio descriptivo, participaron 216 pacientes, se les dividió en 3 subgrupos, el primero, según el tratamiento: sistémico (terapia de privación androgénica-ADT,  $n=27$ ), tratamiento local (cirugía o radioterapia,  $n=85$ ) o combinado ( $n=64$ ); según grupo de

riesgo: bajo (n=70), medio (n=53), alto (n=45) y avanzado (n=8); y por fase de supervivencia: 3-12 meses (n=47), 12-24 meses (n=47) y 24-36 meses (n=82). Se usó la Escala Karnofsky (mide capacidad funcional) y el Mini Examen Cognoscitivo (deterioro cognitivo) para seleccionar a los participantes que formarían la muestra. Para evaluar las variables se utilizó los cuestionarios de calidad de vida QLQ-C30, QLQ-PR25 (específico para cáncer de próstata) y el cuestionario QLQ-INFO25 se usó para evaluar la calidad de la información recibida. Además, se usó el Inventario de Ansiedad y depresión de Beck (BAI y BDI-II). Los resultados muestran que los participantes obtuvieron una calidad de vida satisfactoria. La sintomatología específica del cáncer de próstata más afectada es el insomnio ( $x=23.67$ ), la actividad sexual y los síntomas urinarios, aunque en general son bajas. Existen diferencias significativas en relación con el tipo de tratamiento, los hombres que se encuentran en tratamientos hormonales padecen más niveles de ansiedad ( $x=9.63$ ,  $d_c=-0.63$ ) y depresión ( $x=12.74$ ,  $d_c=-0.66$ ) en comparación con los otros dos grupos. No hay diferencias significativas entre las características clínicas o sociodemográficas con la ansiedad y depresión. Los pacientes con los niveles más altos de ansiedad y depresión tienen una peor calidad de vida y síntomas. Los hombres que tienen niveles de ansiedad y depresión más bajos, han recibido más información sobre los tratamientos, están más satisfechos, consideran de mayor utilidad la información recibida y no desean recibir más información.

Oraá, Cruzado, Ossola, Martínez, Sánchez-Fuertes y Martínez-Castellanos (2017) realizaron una investigación en La Rioja (España) titulada Efectos del tipo

de tratamiento y grupo de riesgo en la calidad de vida y la información en pacientes con cáncer de próstata. Su objetivo fue comprobar las diferencias en la calidad de vida y la información de los pacientes con cáncer de próstata según el tratamiento y grupo de riesgo, y valorar su asociación con las variables sociodemográficas y clínicas. Fue un estudio correlacional, hubo 176 participantes mayores de 60 años de dos hospitales de La Rioja según el tratamiento, se les dividió en 4 grupos: prostatectomía (n=34), radioterapia (n=51), terapia hormonal (n=27) y tratamiento combinado (n=64); y según el nivel de riesgo, otros 4 grupos: bajo (n=70), intermedio (n=53), alto (n=45) y avanzado (n=8). Se usó la Escala Karnofsky (mide capacidad funcional) y el Mini Examen Cognoscitivo (deterioro cognitivo) para seleccionar a los participantes que formarían la muestra. Para evaluar las variables se utilizó los cuestionarios de calidad de vida QLQ-C30, QLQ-PR25 (cáncer de próstata) y el QLQ-INFO25 se usó para evaluar la percepción y satisfacción de la información recibida durante la enfermedad/tratamiento. Como producto, se obtuvo que la calidad de vida fue satisfactoria ( $x=76.75$ ), los puntajes más bajos fueron en las escalas física ( $x=50/x=75.55$ ), de rol social( $x=43.75/x=71.16$ ) y actividad sexual ( $x=13.39/x=12.34$ ) en el grupo de riesgo avanzado y los que tenían el tratamiento de hormonoterapia respectivamente. La prostatectomía era la que producía más problemas urinarios ( $x=29.77$ ), y los tratamientos combinados mayor sintomatología hormonal ( $x=16.75$ ). Existe una asociación significativa entre el grupo de riesgo y el tipo de tratamiento (Chi cuadrado=91,137;  $p<0,01$ ), el grupo de riesgo bajo recibe más técnicas radioterapia (57,1%), el nivel intermedio y alto, terapias combinadas (64,2% y 44,4% respectivamente), y los avanzados terapias hormonales (75%). Los tratados con radioterapia consideraban la información más

útil y se sentían más informados sobre la enfermedad, pruebas médicas y tratamientos que los que recibían tratamiento hormonal y estaban más satisfechos que los intervenidos con prostatectomía. Los mayores o con estudios básicos recibieron menos información ( $d$  de Cohen=  $-0,64$ ;  $p < 0,001$ ). y la consideraron menos útil.

Rooij et al. (2018), realizaron una investigación llamada Optimistic, realistic, and pessimistic illness perceptions; quality of life; and survival among 2457 cancer survivors: the population-based PROFILES registry. El objetivo fue identificar subgrupos de sobrevivientes de cáncer basados en la percepción de su enfermedad y pronóstico, y evaluar la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) y la supervivencia asociada con estos subgrupos. Fue un estudio correlacional, participaron 2457 pacientes con cáncer obtenidos del Registro de tratamiento inicial y evaluación de supervivencia a largo plazo (PROFILES) del 2008-2015. Se les evaluó a través del Cuestionario de Calidad de vida para pacientes con cáncer QLQ-C30 y el Cuestionario de Percepción de enfermedad breve. Según los resultados de la percepción de su enfermedad (IP) y su pronóstico (supervivencia relativa de 5 años), se les dividió en 3 subgrupos: IP menos amenazantes de los esperado según el pronóstico-optimistas ( $n=582$  sobrevivientes), IP consistentes con el pronóstico-realistas ( $n=1230$  sobrevivientes) e IP más amenazantes de los esperado según el pronóstico pesimistas ( $n=645$  sobrevivientes). Los resultados mostraron que los pacientes optimistas tienen una mejor CVRS que los realistas ( $p < 0,01$ ) y una mortalidad más baja (razón de riesgo,  $0,72$ ;  $P < 0,01$ ). Los pesimistas tienen una

CVRS baja al igual que en todas sus escalas ( $P < 0.01$ ) y una mayor mortalidad (razón de riesgo, 1.52;  $P < 0.001$ ).

#### **e) Otras variables asociadas a la calidad de vida**

Espinoza, Guillen y Monge (2016) hicieron su tesis de Licenciatura titulada Indicadores de Malestar Emocional y Calidad de Vida de los pacientes con enfermedad oncológica que acuden a los servicios del Hospital de Oncología del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, en la ciudad de San Salvador, durante el periodo de Octubre a Noviembre de 2015. El objetivo fue determinar existe relación entre los indicadores de Malestar Emocional y la Calidad de Vida. Fue una investigación correlacional, la muestra la conformaron 103 pacientes oncológicos, se utilizó el Cuestionario Multidimensional de Malestar Emocional y el Inventario Funcional de Terapia de Enfermedad Crónica- Bienestar Espiritual. La investigación encontró que el malestar emocional predice en un 25% la calidad de vida de estos pacientes, y existe una relación negativa, es decir, a mayor malestar emocional, menos calidad de vida. Los pacientes evaluados tuvieron un malestar emocional bajo, lo que indica que sus reacciones emocionales van de acorde a su enfermedad. La calidad de vida, fue moderada, el bienestar espiritual fue la subescala más alta y significativa con un 39.14 (de 48 puntos). Ambas variables de estudio están condicionadas por la profesión, personas con las que vive y por su nivel de escolaridad, sobre esta última variable, hay una relación negativa, mientras mayor sea el nivel educativo, menos malestar emocional.

Fontibón, Acosta, Valdemar, J., Valdemar, A. y Sánchez (2015) realizaron una investigación titulada Asociación entre variables sociodemográficas, clínicas y calidad de vida con el apoyo social percibido en pacientes colombianos con cáncer. El objetivo fue observar los factores que se relacionaban con el apoyo social percibido en pacientes con cáncer. Fue un estudio transversal-analítico y la muestra se conformó por 119 personas diagnosticadas con diferentes tipos de cáncer. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario Medical Outcomes Study-Social Support Survey (MOS-SSS) para evaluar el apoyo social percibido y el cuestionario de Calidad de Vida en pacientes con cáncer FACT-G. Los resultados mostraron que se obtuvo un puntaje de 77.6 en la escala MOS. No se encontró correlaciones significativas entre apoyo social percibido (ASP) y variables sociodemográficas. Si se encontró correlaciones significativas entre el ASP y la calidad de vida, en dos de sus subescalas: el bienestar funcional (0.84) y bienestar sociofamiliar (1.10). Tener cáncer de mama, disminuye el ASP en 6 puntos, la comorbilidad en 4 puntos y las dos dimensiones del FACT-G aumentan un punto en dicha variable.

Pérez (2015) realizó una tesis de doctorado en Barcelona (España), llamada Variables Moduladoras de la calidad de vida en supervivientes pediátricos de tumores en el sistema nervioso central. Su objetivo fue analizar el rol de las secuelas, del déficit de las capacidades cognitivas y de las variables psicológicas del adolescente; y el malestar emocional de los padres; sobre la calidad de vida relacionado a la salud (CVRS) de los adolescentes supervivientes de Tumor en Sistema Nervioso Central. Fue una investigación correlacional, la muestra la

conformaron 38 adolescentes entre los 12-19 años y 44 progenitores (solo una era la abuela de una paciente). Respecto a los instrumentos, se utilizó un protocolo de datos sociodemográfico y médico, cuestionario KIDSCREEN-52 en la versión de auto-informada para evaluar la CVRS, el Adolescent Coping Scale (ACS) para evaluar las estrategias de afrontamiento, el WAIS III y WISC IV según la edad del paciente para evaluar el funcionamiento cognitivo. En los padres se utilizó la versión proxy del KIDSCREEN-52 especialmente diseñada para que el progenitor/cuidador responda desde la perspectiva del paciente adolescente; el Inventario de estimación de afrontamiento COPE para evaluar las estrategias de afrontamiento, la Escala del estrés general percibido (PSS) y una Escala de Malestar emocional a raíz de la experiencia oncológica. Los resultados mostraron que los adolescentes tienen una CVRS promedio, lo que coincide con lo reportado por los progenitores, pero se notó una dispersión en los resultados (8.1%-51.4%) y las puntuaciones están por debajo de la desviación típica, lo que indicaría una CVRS disminuida, además la dimensión más baja fue la de bienestar físico tanto en los adolescentes (43.15) y la reportada por los padres (41.63). La secuela más afectada en la muestra fue la función cognitiva, el 84.8% de ellos tienen un CI menor a 85. El estilo de afrontamiento que más utilizan es el *esforzarse y tener éxito* (74.33) y el que menos usan es *preocuparse y concentrarse en resolver el problema*. Respecto a los padres, utilizan más el estilo de afrontamiento *engagement* y se basa en la emoción, es decir que están altamente involucrados en el problema; y el 66.90% muestran entre bastante y muchísimo como nivel de preocupación por la salud del menor. Los adolescentes valoran la CVRS desde aspectos subjetivos y los padres desde la funcionalidad y capacidad para alcanzar metas del hijo. El estilo de

afrontamiento de *resolver el problema* es el que se relaciona más a la CVRS, ya que se correlaciona con 7 dimensiones.

Rodas (2019) realizó una tesis de maestría en Ecuador titulada Calidad de vida de pacientes oncológicos en estadios III y IV de un Hospital de Cuenca – Ecuador. Su objetivo fue determinar la calidad de vida percibida en pacientes que estaban en el estadio III y IV de cáncer. Fue una investigación descriptiva, participaron 80 pacientes hospitalizados por tratamiento oncológico, el 30% tenía cáncer de mama, el 53,8 recibió quimioterapia y el 63.3% tenía la enfermedad hace menos de un año. Se utilizó el Inventario de Calidad de vida y Salud (InCaViSa). Los resultados mostraron que el 47% percibe una calidad de vida mala (31.3%) o muy mala (16,3%), las puntuaciones más bajas fueron en aislamiento (78.8%), desempeño físico (77.5%) y preocupaciones (63.8%), y las más altas en: familia (73.8%), redes sociales (78.8%) y funciones cognitivas (40%). Cerca del 25% refiere una relación negativa con el médico, lo que conllevó a una mala adherencia al tratamiento. No se encontró correlaciones significativas entre las características sociodemográficas y calidad de vida percibida. La calidad de vida tuvo una correlación significativa con quimioterapia  $p < 0,002$ , radioterapia  $p < 0,002$ , cirugía  $p < 0,00$  y quimioterapia y radioterapia  $p < 0,001$ . La mala calidad de vida, se relaciona con ciertas características principales, la primera son las sociodemográficas y fueron: hombre, adulto joven, procedencia en Azuay, secundaria completa, religión católica e ingresos medios; y las características clínicas: cáncer de mama, quimioterapia, menos de un año con la enfermedad.



Sánchez, Sierra y Martín (2015) realizaron una investigación en Colombia titulada ¿Qué es la calidad de vida para un paciente con cáncer?. El objetivo fue evaluar el concepto de calidad de vida desde la perspectiva del paciente con cáncer. Fue un análisis de correspondencias múltiples (ACM), la muestra la conformaron 1029 pacientes con diferentes tipos de cáncer contactados en el servicio de hospitalización o consulta entre 2010-2012 y a un grupo de cuidadores primarios de menores de edad con cáncer que se les preguntó ¿Cómo definiría la calidad de vida?. Los resultados muestran que, tras el análisis lexicográfico, la calidad de vida está relacionada a conceptos de bienestar, salud, funcionalidad, buena alimentación, aspectos familiares y espirituales, los cuales varían según el tipo de cáncer. El análisis de correspondencias refiere 3 dimensiones: cuidado, bienestar y aspectos sociofamiliares y alimentarios. Los conceptos “cuidado” (necesidades básicas y mucho amor) y “aspectos familiares” (familia e hijos) fueron los más frecuentes en pacientes pediátricos. El bienestar es lo más valorado para las pacientes con cáncer de mama. Lo sociofamiliar (tener buenas relaciones) se relaciona a los hombres con cáncer de próstata.

## **2.4 Revisión de modelos psicológicos de evaluación, intervención, prevención de la Psicooncología y calidad de vida**

### **2.4.1 Evaluación**

Como se mencionó anteriormente, la calidad de vida, es la variable más estudiada en pacientes con cáncer. A continuación, se describirán los cinco

instrumentos más utilizados para evaluar la calidad de vida en pacientes oncológicos según las investigaciones consideradas en el presente trabajo, los 2 primeros instrumentos evalúan la calidad de vida específicamente en pacientes oncológicos, el tercero evalúa la calidad de vida relacionado a la salud en pacientes enfermos, los dos instrumentos restantes, son utilizados para evaluar la calidad de vida en todas las personas. Dichos cuestionarios se presentarán en los anexos 1-5.

#### **a) Cuestionario QLQ-C30**

El cuestionario Quality of Life Questionnaire QLQ-C30 fue creado por la European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC), es un cuestionario para ser aplicado específicamente a pacientes con cáncer, su fin es medir la calidad de vida, tiene un alfa de Cronbach entre 0.70 y 0.87 (Fayers et al., 2001, citados por Acevedo, 2017). El cuestionario está conformado por 5 escalas funcionales (Funcionamiento físico, actividades cotidianas, funcionamiento emocional, funcionamiento cognitivo y funcionamiento social), 3 escalas de síntomas (fatiga, dolor y nauseas, vomito), 1 escala de estado global de salud y, por último, 6 ítems independientes (disnea, insomnio, anorexia, estreñimiento, diarrea e impacto económico) (Bjordal, et al., 2000: 1801-1802). El QLQ-C30 tiene un formato de respuesta tipo Likert, entre 1 y 4 (1: en absoluto, 2: un poco, 3: bastante, 4: mucho), solo en los ítems 29 y 30 se evalúan con puntaje de 1 a 7 (1: pésima, 7: excelente). Las puntuaciones obtenidas se estandarizan y se obtiene un score entre 0 y 100, que determina el nivel de impacto del cáncer en el paciente de cada una de las escalas. (Bjordal et. al. 2000, citado por García, 2018). La EORTC (s.f.) ha creado también otros instrumentos para varios tipos de cáncer como: ovario (QLQ-

OV28), próstata (QLQ-PR25), pulmón (QLQ-LC13), melanoma (QLQ-MEL38), entre otros.

#### **b) Cuestionario FACT-G**

El instrumento Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) fue creado por Cella en 1993, mide la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con cáncer. El cuestionario contiene 4 subescalas con un total de 27 ítems: Estado físico general de la salud (GP), Ambiente familiar y social (GS), Estado emocional (GE) y Capacidad de funcionamiento personal (GF). En el 2011, Sánchez, Ballesteros y Arnold realizaron una validación de este instrumento para Colombia, la cual mostró una adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0.89). La confiabilidad test-retest arrojó coeficientes de correlación ( $\rho$ .c) en un rango de 0.64-0.76, y la validez de criterio se realizó comparándola con el QLQC-30 y la correlación (Pearson) osciló entre 0.1 y 0.7 en las subescalas contrastadas (Fontibón, 2015). El FACT, tiene toda una gama de instrumentos para utilizar en pacientes oncológicos. Algunos evalúan la funcionalidad de la terapia contra el cáncer (FACT-G7) y hay otras para todo tipo de cáncer como: mama (FACT-B), cuello uterino (FACT-Cx), estómago (FACT-Ga), pulmón (FACT-L), próstata (HECHO-P), entre otros (FACIT, 2010).

#### **c) Cuestionario SF-36**

El cuestionario Short Form (SF-36) fue desarrollado en Estados Unidos por Ware y Sherbourne en 1992, para su uso en el Medical Outcomes Study (MOS) con la finalidad de proporcionar un perfil del estado de salud de las personas, permitiendo detectar los estados positivos y negativos del mismo. El SF-36 es una

escala genérica que está dirigida a personas entre los 14 y 65 años. Es un instrumento psicométricamente sólido y ha sido útil para evaluar la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) en cuanto a su funcionamiento físico y psicológico. También, detecta el impacto de diversas enfermedades, así como los beneficios en la salud que producen los tratamientos y la valoración del estado de salud de pacientes (Vilagut et al., 2005, citados por Rojas, 2016).

El SF-36 es un cuestionario auto aplicado, consta de 36 ítems con una escala tipo likert de cinco puntos, y evalúa la calidad de vida mediante la exploración de 8 dimensiones del estado de salud: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, y salud mental (Instituto Municipal de Investigación Médica, 2007; Vilagut et al., 2005, citado por Rojas 2016).

En Perú, para evaluar las propiedades psicométricas del SF-36, Salazar y Bernabé (2012) realizaron un estudio con 4344 personas provenientes de Huancayo, Lima, Piura y Trujillo entre 15 y 64 años. Se halló un alfa de Cronbach global de 0.82, por escalas, el rango fue de 0.66 (función social) hasta 0.92 (rol físico). Para evaluar la validez de constructo, se realizó un análisis en donde se observó la capacidad del cuestionario para medir las diferencias entre subgrupos a través de las variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel socioeconómico). La validez factorial se realizó a través de un análisis, se halló que el modelo de estructura factorial que mejor ajuste presentó fue el de las 8 escalas y los dos componentes (CFI = 0.96 y RMSEA = 0.05), con lo que se demostró las adecuadas propiedades psicométricas del SF-36 en nuestro contexto.

#### **d) Cuestionario WHOQoL/ WHOQoL-Bref**

El World Health Organization Quality of Life (WHOQoL), es un instrumento creado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1998, para medir la calidad de vida en personas de diferentes culturas. La versión original cuenta con 100 preguntas. Ya que el instrumento era muy extenso, se creó la versión WHOQoL-Bref que cuenta con 26 ítems y se divide en 4 dimensiones: Salud física (8 ítems), salud psicológica (6 ítems), ambiente (8 ítems), relaciones sociales (3 ítems); y apreciación global (2 ítems). Ambos instrumentos han sido validados al español y en países de Latinoamérica como Chile, Argentina, México, entre otros. (López, Gonzales y Tejada, 2016).

#### **e) Cuestionario Q-LES-Q**

El Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q) es un instrumento para medir la satisfacción o el placer de un paciente con su vida cotidiana. Está compuesta por 93 ítems, dividida en 8 áreas: Estado de salud (13 ítems), estado de ánimo (14 ítems), trabajo (13 ítems), actividad del hogar (10 ítems), tareas de clase / curso (10 ítems), actividades de tiempo libre (6 ítems), relaciones sociales (11 ítems), actividades generales (14 ítems) y dos ítems relacionados a satisfacción con la medicación y la satisfacción global. Las respuestas son de escala tipo Likert de 1 (nunca) - 5 (siempre). Respecto a la confiabilidad, todas las áreas del instrumento tienen valores significativos (Cronbach); al correlacionar las subescalas de este instrumento con las dimensiones

WHOQoL-Bref se obtuvo valores significativos (pearson,  $p > 0.01$ ). Respecto a la validez, la versión en portugués tiene una validez interna sólida. (Endicott et al, 1993, Zubaran et al, 2009, citados por Tejedor, 2016).

## **2.4.2 Intervención**

A continuación, se describirán las intervenciones de dos tipos de terapias (TCC y Mindfulness). Ambas son las más utilizadas en pacientes oncológicos.

### **2.4.2.1 Terapia Cognitivo Conductual (TCC)**

Acevedo (2017) realizó dos programas (5 sesiones presenciales) en pacientes con cáncer colorrectal para conocer 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. 94 pacientes conformaron la muestra, 40 fueron asignados al azar para ser parte del grupo experimental (TCC) y 54 para el grupo control (PE). Se seleccionaron 11 pacientes de cada grupo para analizar los resultados, se les evaluaron en 3 momentos: pre test, post test y seguimiento (3 meses después). Los instrumentos utilizados fueron: Escala de Impacto de Evento-Revisada (EIE-R) para evaluar el estrés post traumático, Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) para evaluar el distrés, Life Orientation Test (LOT-R) para evaluar el optimismo disposicional y el cuestionario de calidad de vida QLQ-C30 3.0. En la TCC, se realizaron 5 sesiones de 2 horas cada una, al iniciar se les brindó un manual de actividades, se dividieron en dos

partes, en la primera se realizaron técnicas cognitivas conductuales como la reestructuración cognitiva; en la segunda parte, se enseñó técnicas de relajación (relajación muscular progresiva y para la sanación y bienestar, respiraciones diafragmáticas y profunda e imaginación guiada), además se les dejaban tareas relacionadas a los temas tratados en cada sesión, y un CD para practicar en casa. En la PE, se realizaron 5 sesiones de una hora cada una, se brindó 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 y se les brinda un manual de información en la última sesión. En la calidad de vida, hubo mejoras en ambos grupos, pero no fueron significativas.

Respecto al distrés, la TCC y la PE fueron eficaces en el pre test (4.6), post test (4) y re test/seguimiento (3.3); en el grupo control los resultados fueron pre (6.1), post (4.4) y re (3.9). Respecto al optimismo, ambas intervenciones tuvieron leves mejoras, en el grupo experimental se obtuvieron los siguientes puntajes pre, post y re test respectivamente (39.8 – 40.4 – 42.1) y en el grupo control (38.5 – 38.4 – 43.1), a pesar de que la PE obtuvo una leve disminución en el post test, mejoró en el seguimiento. Finalmente, respecto al estrés post traumático, se observó que en el grupo experimental se obtuvieron mejoras en las escalas de Hiperactivación (3.4 – 4.5) y conductas de evitación (5.1 – 2.7) al comparar el pre test con el re test (Acevedo, 2017).

Tejedor (2016) realizó una investigación pre experimental a través de un programa de intervención cognitivo conductual para conocer sus efectos en la depresión y calidad de vida en 6 pacientes con cáncer de mama. Realizó 10 sesiones grupales, una individual, otra familiar y una de seguimiento. Cada sesión duró dos

horas y fueron una vez a la semana. Las sesiones se dividieron en 3 módulos, el Módulo I (1-4): Los pensamientos y la ansiedad, Módulo II (5-8): Las actividades y Módulo III (9-12): Las relaciones personales.

Sesión 01: Conociendo mi problema

Sesión 02: Conozco mis pensamientos

Sesión 03: En búsqueda de soluciones

Sesión 04: Repaso

Sesión 05: Incorporando mis actividades

Sesión 06: Emprendiendo nuevos retos

Sesión 07: Mi desahogo (sesión individual)

Sesión 08: Establezco metas

Sesión 09: Mis apoyos sociales

Sesión 10: Relaciones interpersonales (sesión con familiares)

Sesión 11: Alcanzar el bienestar

Sesión 12: Cierre del programa

Sesión 13: Retest (sesión de seguimiento, 7 semanas después)

Las técnicas utilizadas fueron: Psicoeducación (TCC, inteligencia emocional, emociones funciones vs disfuncionales, cáncer, ABC, importancia de las relaciones sociales y beneficios de la nutrición saludable y actividad física), relajación progresiva, reestructuración cognitiva, resolución de problemas y metas



personales. Se realizó evaluaciones en 3 momentos, respecto a la depresión (escalas de Zung y Conde/ Beck) las medias fueron las siguientes: pre test (47.67/ 13), post test (38.67/ 9) y re test (39.33/ 5.5); respecto a la calidad de vida (Q-LES-Q), pre test (301.83), post test (321.) y re test (333.5). Como resultado, obtuvo que la depresión tuvo una reducción estadísticamente significativa y la calidad de vida mejoró a nivel cualitativo, más no cuantitativo. Además identificó que las pacientes con cáncer de mama tienen diversas sintomatologías que agravan su calidad de vida y aumentan síntomas depresivos, a nivel físico: cansancio, fatiga, náuseas, reflujo, pérdida de apetito, dolor, sueño, dolores intermusculares y disfunción sexual; y a nivel psicológico: sentimiento de inutilidad, carencias afectivas y de mantenimiento de recursos sociales, de apoyo familiar o de pareja, de recursos personales, aislamiento social, sentido de dependencia, sentimiento de culpabilidad, vulnerabilidad social, discriminación laboral, prejuicios sociales y estigmatización (Tejedor, 2016).

Becerra, Reynoso, García y Ramírez (2016) realizaron un programa cognitivo conductual en 10 pacientes con cáncer de mama mexicanas para conocer su efectividad en la ansiedad ante la biopsia insicional por primera vez. La intervención se realizó en 4 fases; la primera fase fue el día en que se les programó la biopsia, se realizó la entrevista semiestructurada y psicoeducación sobre la biopsia a través de videos, trípticos y resolviendo dudas, además se les enseñó respiraciones diafragmáticas; en la fase 2: Evaluación pre intervención, fue minutos antes de la biopsia, donde se recordó lo tratado en la primera sesión, se les evaluó a través de la Escala de ansiedad-estado del IDARE y la Escala de Expresión Facial-Ansiedad (EEF-A) de 6 puntos, en la sala de urgencias se midió su tensión arterial

y frecuencia cardiaca; en la fase 3: Ejercicios de respiración e imaginación, que se realizó durante la biopsia, a través de audífonos; y en la fase 4: Evaluación post intervención, se evaluó otra vez el IDARE, el EEF-A y Escala de Expresión Facial-Dolor (EEF-D) y la tensión arterial y frecuencia cardiaca. Como resultado, la TCC es efectiva para reducir la ansiedad, ya que antes del programa tuvieron un promedio de 61.2 en ansiedad, al terminarlo, 45 (IDARE). En Escala de Expresión Facial de la Ansiedad según la prueba de Wilcoxon, obtuvieron 2,9 en antes de la intervención y 1 después.

Gonzales García, Gonzales Hurtado y Estrada (2015) realizaron una investigación pre experimental, con el objetivo de mostrar la eficacia de la TCC en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, con el fin de disminuir niveles de ansiedad y depresión, desarrollar habilidades de afrontamiento positivo para mejorar la percepción de calidad de vida. Fueron 10 sesiones de TCC personales de 1 hora, participaron 15 pacientes con cáncer de mama, las técnicas utilizadas fueron: psicoeducación (cáncer y sus implicancias), relajación muscular progresiva, imaginación guiada, respiración diafragmática (estas tres para reducir la ansiedad), autorregistros, pensamientos automáticos, registros ABC-DE, distracción cognitiva, Desensibilización Sistemática y resolución de problemas. Se realizaron evaluaciones pre test y post test, se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), WHOQOL- Bref (percepción de calidad de vida) y el cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (CAEPO). Como resultado se obtuvo disminución estadísticamente significativa en la subescala de ansiedad  $t(23,3)=-2,35$ ,  $p=0,027$ , en la Ansiedad y Depresión general  $t(14)=2,81$ ,  $p=0,014$ , en dos escalas de la calidad de vida (salud física  $t(14)=-2,75$ ,  $p=0,016$ ; y

relaciones interpersonales  $t(14)=-2,17, p=0,048$ ) y una escala en el afrontamiento (negación,  $w=74, p=0,048$ ).

#### **2.4.2.2 Mindfulness**

Alonso y Ramos-Campos (2018) realizaron el programa Mindfulness para la Salud/ Mindfulness basado en el manejo del dolor (MBPM) DE RESPIRA VIDA BREATWORKS en 22 pacientes oncológicos durante 8 sesiones con dos horas y media de duración, fueron semanales, el objetivo fue valorar la mejora del ajuste psicológico en los pacientes. Los pacientes fueron diagnosticados hace más de un año, sufrían diferentes tipos de cáncer (el 54.5% tenía cáncer de mama) y estaban en diferentes etapas (en tratamiento, libre de enfermedad, etc). El programa se basó en libro Tú no eres tu dolor de la editorial Kairos, recomendado por el Dr. Jon Kabat Zinn. En las sesiones se realizaron revisiones de tareas, rueda experiencial, meditación formal y psicoeducación de las temáticas siguientes:

- Semana 1. El caballo Salvaje.
- Semana 2. Tú no eres tus pensamientos.
- Semana 3. Aprende a responder en lugar de reaccionar.
- Semana 4. Observa cómo se disuelven el sufrimiento y el estrés.
- Semana 5. El placer de las pequeñas cosas.
- Semana 6. La tierna gravedad de la bondad.
- Semana 7. No estás solo.
- Semana 8. La vida vive a través de ti

Se utilizó el Cuestionario Sociodemográfico ad hoc, la Escala de Baer (FFMQ) que mide la capacidad de atención plena, Escala de autocompasión de Nef

(SCS), La Escala de afecto positivo y negativo (PANAS), Escala-SWLS para evaluar la satisfacción con la propia vida, el SVS que mide la percepción subjetiva de vitalidad de una persona y CBD que mide la intensidad de dolor del cáncer. Los resultados mostraron una mejora general en el ajuste psicológico y una mejoría significativa en las escalas de capacidad mindful ( $20.41 \pm 0.99$  vs.  $28.45 \pm 1.22$ ), autocompasión ( $69.91 \pm 3.36$  vs.  $91.80 \pm 4.18$ ) y bienestar psicológico, satisfacción con la vida ( $13.73 \pm 0.73$  vs.  $16.50 \pm 0.72$ ) y vitalidad subjetiva ( $16.50 \pm 0.74$  vs.  $17.27 \pm 0.80$ ) ( $p < 0.05$ ) y una reducción significativa del dolor físico y su interferencia en la vida cotidiana ( $p < 0.05$ ).

Chel et al. (2019) realizaron un programa de Mindfulness y metacognición para tratar el miedo a la recurrencia en 114 pacientes con cáncer de mama que tenían una angustia psicosocial significativa, las que tuvieron puntajes más altos fueron tratadas de manera individual (N=76) y el resto, grupal (N=38). Se evaluó la angustia y el miedo a la recurrencia en 3 momentos: antes, después y un mes posterior al finalizar el programa de 8 semanas. Los resultados indicaron que el miedo a la recurrencia tuvo una disminución significativa, ya que las pacientes mostraron un mayor control, disminución de la incertidumbre y aumento de las habilidades metacognitivas e interpersonales. Además, hubo una reducción significativa en síntomas de depresión, ansiedad y post traumáticos.

Bertolín (2015) realizó una revisión narrativa sobre la efectividad de los programas de Reducción del estrés basado en el Mindfulness (MSBR). La búsqueda incluyó artículos hasta julio del 2013 y finalmente se eligieron 136 artículos. En su estudio abordó diversas temáticas como estrés y ansiedad, dolor crónico, depresión y otras enfermedades. Respecto al cáncer, se basó 6 estudios y varios ECA. Se

descubrió que el MSBR mejora la calidad de vida, alteraciones anímicas, síntomas de estrés, calidad de sueño, ajuste psicosocial; y reduce la fatiga, tensión, ansiedad y depresión. Un estudio comprobó que a través de técnicas como la relajación, yoga y meditación se puede regular las concentraciones plasmáticas hormonales del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal y mejorar la función inmune.

León-Quismodo e Ibañez (2019), realizaron una revisión sistemática para conocer la eficacia de las intervenciones basadas en el Mindfulness en diferentes patologías somáticas. Respecto al cáncer, se incluyó 13 artículos, que refieren reducir las alteraciones del ánimo, ansiedad, depresión y estrés. Mejora la calidad de vida, pero no hay cambios significativos estadísticamente. Mejora el sistema inmune y la activación fisiológica, ya que se mostró cambios en la producción de citoquinas tras la intervención; y hay efectos positivos a nivel sexual y aceptación de la enfermedad.

Calero y Cruzado (2018) realizaron una revisión sistemática para conocer la eficacia de las intervenciones psicológicas basadas en Mindfulness en pacientes supervivientes de cáncer de mama, incluyeron 10 estudios que oscilaban entre el 2011 y 2017. El mindfulness es eficaz para mejorar la calidad de vida ya que reduce la sintomatología de ansiedad, depresión y estrés percibido y la fatiga.

Zimmermann, Burrell y Jordan (2018) realizaron una revisión de 8 estudios en pacientes con cáncer avanzado y refieren que el Mindfulness mejora la calidad de vida, la aceptación de su situación y reduce la depresión y ansiedad, además del uso de habilidades de atención plena.

Zhang et al. (2015) realizaron un metaanálisis con el objetivo de conocer la eficacia del mindfulness para reducir la ansiedad y depresión en pacientes oncológicos, sólo 7 estudios cumplieron con sus requisitos, hubo un total de 419 participantes, todos tenían un grupo experimental y otro control y una duración de 8 sesiones. Como resultado, el Mindfulness fue eficaz para reducir la ansiedad (0,75, intervalo de confianza del 95% 1,28, 0,22, P = 0,005) y depresión (0,90, intervalo de confianza del 95%, 1,53, 0,26, P = 0,006) en pacientes oncológicos. Haller, Winkler, Klose, Dobos, Kümmel y Cramer (2017) realizaron una investigación similar, pero ellos incluyeron 10 estudios y fue en pacientes con cáncer de mama, los resultados, fueron los mismos, además de reducir también la fatiga, problemas de sueño, estrés y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud.

### **2.4.3 Prevención**

La OMS (2016) refiere que entre un tercio y la mitad de los tipos de cáncer podrían ser prevenidos si se conociera los factores de riesgo y las intervenciones preventivas correspondientes. Se espera que si se llegara a detectar algún cáncer, sea en una etapa temprana ya que el tratamiento es menos costoso y hay mayor probabilidad de curación. Los principales factores de riesgo del cáncer son: consumo de tabaco, dieta malsana, inactividad física y consumo nocivo de alcohol, obesidad, ciertas infecciones, la contaminación atmosférica y del aire de interiores, la radiación y la presencia de productos químicos.

Rivero, Piqueras, Ramos, García, Martínez y Oblitas (2008) refieren que la Psicooncología tiene 4 objetivos, de los cuales 2 se centran en la prevención (los otros 2 están relacionados a intervención terapéutica e investigación):

- a) Prevención Primaria: Se refiere a la detección y acción de elementos psicológicos que se la relacionan a la aparición del cáncer.
- b) Prevención secundaria: Detección y acción de variables psicológicas que permitan una detección temprana de cáncer.

La aparición y detección temprana del cáncer, se puede alcanzar a través de una cultura preventiva, y el autocuidado podría ser una alternativa para ello, y existe un modelo que explica como la persona adquiere esta conducta. El Modelo de autorregulación en Salud refiere que una persona al percibir un síntoma, activa el proceso de autorregulación, eso conlleva a dos posibilidades: que la persona haga un autodiagnóstico equivocado y no busque ayuda; o al conocer sobre las causas de una enfermedad, saber que su vida es vulnerable hacia ella, se activa la “percepción de riesgo”, la persona busca ayuda y así se inicia con el autocuidado frente a una posible enfermedad. Es decir, la percepción de padecer una posible enfermedad, guía a acciones relacionadas a la salud y cómo afrontar si dicha enfermedad sucediera. (Leventhal H, Brownlee, Deifenchach y Leventhal EA, 1997; Leventhal H, Brissette, Leventhal EA, 2003, citados por Rojas y Gutierrez, 2016).

Según lo antes mencionado, el conocer las causas de una enfermedad, sus síntomas y factores de riesgo, podría conllevar al autocuidado y así tener una conducta preventiva. Ello es el objetivo de muchas campañas de sensibilización y

charlas preventivas brindadas por el INEN y La Liga contra el Cáncer (ambas nacionales) que se presentan a continuación:

Charlas preventivas: El INEN (2019) da estas charlas todos los viernes de cada mes y brinda información sobre hábitos saludables, importancia de la detección temprana, psicoeducación sobre los diferentes tipos de cáncer como: mama, próstata, cuello uterino, estómago, entre otras.

Semana Perú contra el cáncer: Se realiza desde el 2003, el INEN (2019) junto al MINSA, la celebran la tercera semana de octubre con el objetivo de sensibilizar a la población y crear conciencia sobre la importancia de la prevención de esta enfermedad a través de conductas y estilos de vida saludables, para ello se brindan tips para que la población tenga mayor conocimiento, durante toda la semana se realizan: cursos breves, seminarios, concursos, campaña informativa y consejería preventiva, exposición de arte y actividades como caminatas, flashmob, concursos de belleza, retos, bailetón.

La Liga contra el Cáncer (s.f) junto a otros organismos relacionados al cáncer, también realizan campañas de sensibilización como:

Dale su lugar al páncreas: El 16 de Noviembre se celebra el Día mundial de la prevención del cáncer de páncreas con el fin de brindar información sobre lo peligrosa y mortal que esta enfermedad, la señales de alarma, factores de riesgo, la influencia del tabaco y estilos de vida saludables para prevenirlo, todo ello lo realizan a través de difusión de contenidos (redes sociales, medios de comunicación), charlas, ferias y talleres en los diferentes distritos de Lima en noviembre.



Difundiendo prevención: Es una campaña para prevenir el cáncer de piel, se realiza en Diciembre, en el 2019 se celebró el 11 de ese mes. En los centros de prevención de la Liga contra el cáncer se realizaron despistajes de cáncer de piel y otros (cuello uterino, mama ganglios y tiroides) por un costo social y el dinero recolectado sirvió para realizar despistajes de cáncer de piel gratuitos en playas de Lima a través de las Unidades Móviles y brindar charlas informativas. Estas charlas se brindan también en otros departamentos del Perú más expuestos a la radiación UV como Chincha, Arequipa, Chiclayo y Cuzco, con el objetivo de brindar información sobre la importancia de protegerse de los rayos UV y prevenir esta enfermedad, se dio material informativo y se entregó protectores solares gratuitos.

Captura momentos, no VPH: Desde el 2017, en el mes de Marzo, se realiza esta campaña en contra del Virus de Papiloma Humano que suele causar cáncer de cuello uterino, boca, lengua, garganta, vagina, ano, pene y vulva. El objetivo es concientizar sobre este virus asintomático, informar sobre lo peligroso que es y su prevención a través de chequeos preventivos y vacunas, esta campaña se realiza también en colegios.

Tetas con propósito: Es una campaña que se realiza el 19 de Octubre por el Día mundial de prevención de Cáncer de mama con el objetivo de brindar información sobre la importancia de la detección precoz a través de una autoexamen y visita médica anual.

Pelotas en Juego: En Julio, se realiza una campaña de sensibilización para prevenir el cáncer de testículo y pene, se brinda información sobre los factores de riesgo, señales de alarma y sus métodos más efectivos para su prevención (autoexamen

mensual y visita médica anual). Además se realiza una campaña de despistaje durante ese mes por un costo social para luego brindar despistajes gratuitos en las zonas más vulnerables del Perú.

Yo soy y voy a: Esta campaña se realiza el 04 de febrero, el día mundial contra el cáncer, desde el año 2000 diversos servicios relacionados al cáncer se unen para realizar sensibilización. El objetivo es motivar a los gobiernos a que inicien medidas en contra de esta enfermedad, difundir la promoción, prevención y educación para fomentar hábitos y estilos de vida saludables para que el cáncer tenga menos impacto. El objetivo global es reducir en un 25% (37.5 millones) las muertes prematuras por cáncer y otras enfermedades no transmisibles.

- Conciencia, entendimiento, mitos e información errónea
- Prevención y reducción de riesgos
- Acción y responsabilidad de los gobiernos
- Igualdad en el acceso a servicios oncológicos
- Impacto económico y financiero
- Reducción de la brecha de formación
- Impacto mental y emocional
- Trabajar juntos como una unidad

En el 2019, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) dedicó esta fecha al cáncer cervicouterino con su campaña “Crea un futuro sin cáncer cervicouterino” para prevenirse a través de vacunas (Virus de Papiloma Humano), tamizaje y tratamiento de lesiones precancerosas y promueve la detección precoz y un tratamiento adecuado. La OMS priorizó la eliminación de esta enfermedad como

problema de salud pública, en las Américas, los ministros de salud han aprobado un plan de acción para reducirlo en un 30% para el 2030.

Según lo antes descrito, las campañas de sensibilización del cáncer son la principal propuesta para crear una cultura preventiva en el Perú y demás países.

### **III. RESULTADOS**

#### **3.1 Discusión del tema**

Las 06 investigaciones a nivel nacional, estudiaron como variable principal a las estrategias de afrontamiento o a la CVRS. De los 6 estudios nacionales, cuatro estudiaron la CVRS y dos la calidad de vida, en todos, los pacientes oncológicos tenían niveles promedios y muy altos, y no varió la información a pesar de que algunos pacientes recibían quimioterapia, tenían el diagnóstico hace un año o habían pasado por alguna cirugía. Lo que contradice lo propuesto por el metaanálisis de Torre-Luque et al. (2016) y el estudio de Pastell (2017) quienes refieren que los sobrevivientes tienen una CV más alta que los que están en tratamiento.

En los diversos estudios revisados, se encontró que si no se evaluaba la CV en pacientes oncológicos, se evaluaba la CVRS; en ambas variables se encontró que a pesar de que se tenga un nivel promedio o alto, los puntajes más bajos son de las escalas o componentes relacionados a lo físico, como lo refiere Rojas (2016) que realizó su estudio en 38 pacientes en quimioterapia ambulatoria, el rol físico tuvo un nivel muy bajo (18.42) al evaluar la CVRS. Ramis (2017) realizó una investigación mixta en 44 mujeres con cáncer de mama, refirió que al comparar la calidad de vida antes y tres meses después de la quimioterapia, la escala de funcionamiento físico empeoró (de 9.84 a 30.04), en la entrevista se habló sobre ello, las pacientes comentaron que, específicamente la fatiga, limitaba sus actividades diarias y perdían su autonomía. Irarrazaval et.al. (2016) refirió que el 25% de su muestra (n=91) refirió tener problemas relacionados al cansancio (x=19.8). Oraá et al. (2017) hicieron un estudio en 168 pacientes con cáncer de

próstata, refieren que la escala física obtuvo uno de los puntajes más bajos. Pérez (2015) refirió que la dimensión más baja al evaluar la CVRS en adolescentes oncológicos fue la de “bienestar físico” ( $x=43.15$ ). De todas las perspectivas de intervención revisadas, solo el Mindfulness incluía en sus estudios a los síntomas físicos; Alonso y Ramos-Campos (2018) aplicaron el programa Mindfulness basado en el manejo del dolor (MBPM) en 22 pacientes oncológicos durante 8 semanas y se obtuvo una reducción significativa del dolor físico y su interferencia en la vida cotidiana ( $p<0.05$ ). Bertolín (2015) realizó un estudio sobre la efectividad del programa de Reducción del estrés basado en el Mindfulness (MSBR) y refirió que es efectiva para reducir la fatiga y mejorar la calidad de sueño. Y Haller et al. (2017) refiere que reduce la fatiga y los problemas de sueño.

Dentro del campo de investigación sobre la Psicooncología y calidad de vida, se descubrió que gran parte de los estudios están inclinados por indagar sobre la relación entre las estrategias de afrontamiento y la CV, ello coincide con lo propuesto por Alonso y Bastos (2011) quienes refieren que la psicooncología brinda estrategias y métodos de afrontamiento a través de las acciones psicológicas necesarias. De todas las estrategias y/o estilos de afrontamiento, la estrategia de *acudir a la religión* fue la más frecuente en tres estudios nacionales (Lostanau et al., 2017; Rojas, 2016; Chanduví et al., 2015), lo que coincide con lo propuesto por Arrieta et al. (2019) quienes realizaron un estudio en pacientes con cáncer de mama y señalan que la estrategia de *apoyo social y religiosidad* fue la más utilizada, en suma, García y Lucio (2016) refieren que la estrategia de afrontamiento más usada fue la religión ( $x=55.58$ ) en adolescentes oncológicos. Ramis (2017) exploró la espiritualidad en pacientes con cáncer de mama, ellas comentaron creer en un ser

superior o un Dios (no tenían una religión específica) que les brinda apoyo, fuerzas y compañía durante su enfermedad. Espinoza et al. (2016) realizó una investigación en 103 pacientes oncológicos, al evaluar la calidad de vida, el bienestar espiritual fue la subescala más alta y significativa con un 39.14 (de 48 puntos). Martel (2017) realizó una investigación nacional en 102 pacientes en quimioterapia ambulatoria y refiere que existe una relación significativa entre el Bienestar Espiritual y Calidad de vida ( $r_s=0.660$ ) y la práctica religiosa más frecuente fue *orar y tener fe*. Rojas (2016) encontró que existe una correlación entre la estrategia de *acudir a la religión* con salud mental (0.43,  $p<0.05$ ). El acudir a la religión o espiritualidad, es una estrategia de afrontamiento que ayuda a los pacientes a sobrellevar su enfermedad, es su soporte y los motiva. Esta es una variable importante de resaltar en pacientes oncológicos porque contribuye en la mejora de calidad de vida.

Holland (1992) refiere que la Psicooncología, se encarga también, de atender las respuestas emocionales de los pacientes con cáncer; y se descubrió que la ansiedad y depresión son las respuestas emocionales más estudiadas en la calidad de vida. Torre-Luque et al. (2016) en su revisión sistemática refieren que el factor modulador más importante a tratar en pacientes oncológicos es la sintomatología depresiva, ya que, al disminuirla, se aumenta la calidad de vida y el luchar en contra de la enfermedad. Oraá y Cruzado (2019) realizaron un estudio sobre la ansiedad y depresión en 216 pacientes con cáncer de próstata y encontró que los pacientes con niveles más altos de ansiedad y depresión tienen una CV más baja. Aminisami et al. (2017) indagó sobre la ansiedad, depresión y otras variables en 157 sobrevivientes de cáncer colorrectal y refirió que la correlación entre HADS-D (depresión) y otras dimensiones de calidad de vida, fue significativamente mayor.

Aguilar (2016) hizo un estudio en 38 pacientes oncológicos en tratamiento y refirió que la ansiedad era el rasgo más asociado a la calidad de vida, y tratarla ayudaría a mejorar el funcionamiento de los pacientes. A nivel de intervención, la ansiedad y depresión son estudiadas para medir la efectividad, los estudios de León-Quismodo e Ibañez (2019), Calero y Cruzado (2018), Zimmermann et al. (2018), Haller et al. (2017), Bertolín (2015) y Zhang et al. (2015) refieren que el Mindfulness es efectivo para reducir la ansiedad y la depresión. Respecto a la TCC, Tejedor (2016) refirió que era estadísticamente significativa para reducir la depresión; Becerra et al. (2016) y Gonzales et al. (2015) afirman que es efectiva para reducir la ansiedad de manera significativa. El estudio de Montesinos y Luciano (2016) refiere que la ACT es efectiva para reducir la ansiedad. El estudio de Becerra et al. (2017) refieren que la activación conductual es efectiva para reducir la depresión y más cuando se complementa con otras técnicas (como relajación, habilidades sociales, asertividad).

En este estudio, se investigó también sobre las intervenciones psicológicas en pacientes oncológicos. Se quiso conocer que terapias eran las más efectivas, pero como lo mencionaron los estudios de Villoria et al. (2015), Quintero y Finck (2018) y Teo et al. (2019), es difícil saberlo, ya que cada enfoque terapéutico, aborda las problemáticas de manera diferente, algunas se enfocan solo en pacientes de una fase determinada, sus sesiones varían en duración y técnicas, algunas son individuales y otras grupales, etc. Así que ellos enfocaron sus estudios a resultados más concretos. Torre-Luque et al (2016) refiere que el estado clínico del paciente y el tratamiento psicológico adyuvante son las dos variables más asociadas a la calidad de vida; y es vital incluir, la sintomatología depresiva y los efectos secundarios de los

tratamientos médicos, en las intervenciones psicológicas. Villoria et al. (2015) refiere que, según la fase de la enfermedad, la frecuencia de aplicación de un enfoque terapéutico varía, las más resaltantes fueron la terapia cognitivo conductual (TCC) y las psicoeducativas, y refirió que mayormente, los objetivos terapéuticos se orientan a la mejora de calidad de vida (28,7%), el estado emocional (26,2%) y el control de síntomas (13,9%). Quintero y Finck (2018) refirieron que los modelos de intervención más frecuentes fueron: Terapia Cognitivo Conductual- TCC (28%), Desensibilización y Reprocesamiento por movimientos oculares- EMDR (28%) y la Terapia de Aceptación y Compromiso- ACT (9%), afirman que la TCC es la más frecuente porque es la que tiene mayor cantidad de estudios. Teo et al. (2019) estudiaron las intervenciones psicosociales y su efectividad para abordar ciertas temáticas o tratar a pacientes en alguna fase específica de la enfermedad, y refieren que las más efectivas para abordar la calidad de vida es la Terapia Cognitivo Conductual, la Psicoterapia centrada en el significado y la musicoterapia, además que, de los 68 artículos seleccionados, 67 tenían a la CV como objetivo terapéutico. Lo curioso fue que en las revisiones sistemáticas o metaanálisis mencionadas, el Mindfulness no haya sido visible, ya que, al realizar búsqueda de estudios para este estado del arte, fue una de las terapias más encontradas y según lo encontrado y descrito en el apartado de intervención, es una intervención eficaz en pacientes oncológicos.

Respecto a lo anterior, se quiso conocer que terapias abordaban la CV dentro de su intervención, y se encontró que, García y Tamayo (2018) refieren que la ACT es más eficaz que la TCC para mejorar la calidad de vida. Tejedor (2016) realizó un programa de intervención cognitivo conductual de 10 sesiones a 6 pacientes con



cáncer de mama y tras la intervención se mejoró la CV, pero no a nivel estadístico. Gonzales et al. (2015) realizaron 10 sesiones de TCC en 15 pacientes y se redujo dos escalas de la CV: salud física  $t(14)=-2,75$ ,  $p=0,016$ ; y relaciones interpersonales  $t(14)=-2,17$ ,  $p=0,048$ . Los estudios realizados por Bertolín (2015) al aplicar el MSBR, Calero y Cruzado (2018), Zimmermann et al. (2018) confirman que el Mindfulness es efectivo para mejorar la calidad de vida, y Haller et al. (2017) refiere que es efectiva para mejorar la CVRS.

Cabe resaltar que, de los 50 estudios revisados en los últimos 5 años (estudios descritos en las fichas bibliográficas del anexo 6) para este estado del arte, 17 fueron en pacientes con cáncer de mama exclusivamente, y en los estudios que se realizaban en pacientes oncológicos en general, casi siempre, el mayor porcentaje lo tenía esta población específica. Ello coincide con el estudio bibliométrico de la revista Psicooncología de Morena D. y Morena B. (2016), donde encontraron que las temáticas más abordadas fueron la calidad de vida (58) y el cáncer de mama (58). Cada tipo de cáncer afecta de manera distinta a las personas que lo padecen, en el caso de las mujeres con cáncer de mama, se presentan ciertas problemáticas específicas. Según Ramis (2017), identificó que en sus 44 participantes, la imagen corporal varió significativamente (de 22,35 a 35,42) en el QLQ-BR23 después de 3 meses de quimioterapia, en las entrevistas, ellas comentaron que la caída de cabello les causó mucho impacto porque percibían una disminución de su feminidad, lo que generó aislamiento. Gargantini y Martín (2019) refieren que las mujeres que se sometieron a una reconstrucción inmediata tienen menor deterioro en la imagen corporal, en comparación con las que no se sometieron a dicho procedimiento, además que la sexualidad fue el área más afectada en los dos instrumentos que

utilizó. Irarrazaval et.al. (2016) refieren que la caída de cabello en la última semana fue el síntoma más relevante en toda su muestra (n=91), además, mostraron una alta preocupación (16.9) por el futuro de su salud.

Arrieta et al. (2019) refiere que los instrumentos que más se utilizan para evaluar la calidad de vida en pacientes oncológicos son el WHOQOL-BREF, SF-36 y EORTC QLQ-C30. Lo que coincide al revisar los estudios para el presente estudio, por ello en el apartado de Evaluación se incluyó dichos instrumentos más el FACT-G y el Q-LES-Q, la mayoría utilizó el QLQ, un cuestionario para evaluar la calidad de vida específicamente en pacientes oncológicos.

### **3.2 Aportes en base al análisis crítico**

La Psicooncología es vista desde diferentes perspectivas, algunos autores la consideran como disciplina o subespecialidad, y también difieren con su definición y funciones. Según todo lo recopilado, la Psicooncología es una disciplina centrada en brindar el apoyo integral-humano psicológico que el paciente oncológico necesite según las necesidades que se presenten a lo largo de toda la enfermedad; esta intervención se centra también, en atender a su círculo más cercano, es decir, a los familiares o cuidadores primarios, y a todo el personal médico que los atiende para que brinden el mejor servicio posible y se trabaje de manera transdisciplinaria.

El cáncer, es una enfermedad que afecta directamente al sistema inmune, con el paso de los años y la tecnología, existen muchos tratamientos para combatirlo. Sin embargo, muchas personas consideran que el cáncer es sinónimo de muerte y al ser diagnosticados, genera desesperanza o un panorama sin

soluciones. El cáncer es una enfermedad que con o sin tratamiento afecta a la persona en todas las áreas de su vida y su funcionalidad, los pacientes refieren tener dificultades sobre todo a nivel físico como fatiga, cansancio, dolor, problemas para dormir y vómitos; además también hay un aumento de depresión, ansiedad, estrés y dificultades en la sexualidad (cáncer de mama y próstata). Además, Irarrazaval et al. (2016), Pérez (2015) y Torrecilla et al. (2016) evaluaron la función cognitiva en su muestra (adolescentes y mujeres con cáncer de mama) y refirieron que la función cognitiva tenía bajos puntajes y lo asociaban a los tratamientos oncológicos (uno lo asoció a la quimioterapia).

A pesar de que muchas investigaciones refieran que lo físico es lo más afectado en los pacientes oncológicos, el Mindfulness fue el único enfoque terapéutico que lo abordó y lo considero dentro de sus variables de estudio. Los otros enfoques se inclinaron por estudiar la ansiedad, depresión, flexibilidad psicológica, angustia, aceptación de la enfermedad, entre otras.

Cada tipo cáncer afecta de manera diferente a sus pacientes y es necesario saber ello para abordar las problemáticas del paciente. Por ejemplo, en el cáncer de mama, la caída de cabello, las cirugías y la imagen corporal generan un impacto en la feminidad y conlleva al asilamiento como lo refirió Ramis (2017), y si se tiene una paciente con este tipo cáncer, ya se conoce que problemáticas pueden estar afectándole, para trabajar en ello.

En los últimos 5 años, se encontró que en los pacientes oncológicos se evaluaba la calidad de vida o caso contrario, la Calidad de Vida Relacionada a la Salud, otra variable asociada fueron las estrategias de afrontamiento. Es importante, tener esta variable en cuenta, para saber cómo el paciente enfrenta la enfermedad,

conocer el impacto que generó el diagnóstico y brindarle las herramientas necesarias para ayudarlo en lo que requiera. Según los estudios revisados, la estrategia de afrontamiento más utilizada está relacionada a la religión o la espiritualidad, los pacientes encuentran un apoyo en ella, y les ayuda en su día a día, mejorando así la perspectiva de su enfermedad, lidiar con los efectos propios del cáncer o tratamientos. Investigaciones muestran que la religión/espiritualidad como afronte, está correlacionada significativamente con la calidad de vida, por ello, sería importante explorar ello en los pacientes oncológicos y utilizarlo como una herramienta a favor de la lucha contra su enfermedad.

A nivel de intervención, no se puede decir que perspectiva terapéutica es la más eficaz, ya que cada una tiene una mirada diferente de los problemas y lo abordan según ello. Cada paciente es diferente de otro, y las problemáticas que tienen pueden variar en su importancia, funcionalidad o intensidad, por ello es necesario que las psicoterapias e intervenciones se adaptan a ellos. Lo importante es establecer los objetivos terapéuticos en conjunto y cumplirlos para mejorar la calidad de vida del paciente. Según las investigaciones descritas, es importante incluir dentro de la intervención, el manejo de los síntomas físicos (dolor, fatiga, insomnio), las consecuencias de los tratamientos oncológicos y la sintomatología depresiva y ansiosa, ya que todas ellas, son variables que se correlacionan significativamente con la calidad de vida.

En suma, el conocer sobre su tipo de cáncer, saber el estadio en el que están, las pruebas médicas que necesitan, las vías de tratamiento más adecuadas a su estado actual y conocer cómo dichos tratamientos afectaran su vida, ayuda a que el

paciente tenga una mejor adaptación a su enfermedad y adherencia al tratamiento, por ello, la psicoeducación sobre ello, es esencial en pacientes oncológicos.

A nivel de evaluación de la calidad de vida, el Cuestionario QLQ-C30 creado por la EORTC fue el más utilizado, ya que es un instrumento específico para evaluar la calidad de vida en pacientes oncológicos; otros investigadores han evaluado la Calidad de Vida relacionados a la Salud (CVRS) en dichos pacientes y el más utilizado fue el Short Form (SF-36).

A nivel de prevención, las campañas de sensibilización son las más utilizadas y se centran en brindar información sobre los factores de riesgo, síntomas primarios, las causas y brindan como alternativa intervenciones preventivas. Sin embargo, no promueven específicamente la práctica de los factores protectores para evitar el inicio de esta enfermedad como: actividad física, dietas saludables, nulo consumo de tabaco, entre otros, que podrían ayudar a prevenir enfermedades. Es decir, se centran en qué hacer cuando noten algunos indicios de la enfermedad, pero no los factores para prevenir que éstas aparezcan en primera instancia.

### 3.3 Conclusiones

- La Psicooncología es una disciplina vista desde diferentes modelos y disciplinas, tiene diferentes definiciones, objetivos y funciones.
- En los pacientes oncológicos se evaluaba la CV directamente o la Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS).
- A nivel de investigación, la variable más asociada a la calidad de vida fueron las estrategias de afrontamiento, la más utilizada es la religión/espiritualidad.
- El componente físico es el más afectado en la calidad de vida en pacientes oncológicos.
- La depresión, es el trastorno psicológico más asociado negativamente con la calidad de vida.
- La Terapia Cognitivo Conductual y Mindfulness presentan más investigaciones en pacientes oncológicos, a diferencia de otras perspectivas de intervención.
- El cáncer de mama es el tipo de cáncer más investigado.
- Los instrumentos más utilizados para evaluar la calidad de vida en pacientes oncológicos son: QLQ-C30 y FACT-G (ambas cuentan con instrumentos específicos según los tipos de cáncer); el más usado para evaluar la CVRS fue el SF-30 y para evaluar la calidad de vida en general: WHOQOL y Q-LES-Q
- Las campañas de sensibilización son las más utilizadas como herramienta para la prevención del cáncer.

### **3.4 Recomendaciones desde una visión Psicológica**

- Centrarse en atender los síntomas físicos del paciente oncológico, brindar las herramientas necesarias para su manejo; y generar estilos de afrontamiento funcionales para mejorar la calidad de vida. Explorar la religiosidad/espiritualidad en los pacientes para utilizarla a favor de la lucha contra la enfermedad.
- A nivel de intervención, brindar psicoeducación sobre el cáncer, para que los pacientes tengan conocimientos sobre: el impacto del cáncer en su organismo, las pruebas médicas que necesitan realizarse, los diferentes tipos de tratamientos y su objetivo, explicarles previamente los efectos secundarios de dichos tratamientos para que no interrumpan/abandonen y comprendan que es parte de mejorar su salud; y así generar adherencia al tratamiento.
- A nivel psicoterapéutico, tener conocimientos previos sobre el tipo de cáncer del paciente para brindarle las herramientas necesarias y así prevenir ciertas problemáticas. Enfocarse en sus necesidades actuales, para brindarle el soporte emocional y apoyo requerido. Conocer las fortalezas del paciente y sus valores, para convertirlas en herramientas que ayuden en todo el trayecto y manejo del cáncer.
- A nivel de investigación, realizar estudios cualitativos para conocer a profundidad las problemáticas de los pacientes según su tipo de cáncer, ya que las investigaciones cuantitativas solo las identifican, más no se conoce realmente el impacto que genera en la persona con cáncer y en su vida diaria.

### **3.5 Recomendaciones desde una visión multidisciplinaria**

- No limitarse a sólo brindar una buena atención profesional, sino generar confianza en el paciente oncológico para crear una buena relación profesional-paciente y se genere la adherencia al tratamiento.
- Brindar psicoeducación a los pacientes sobre el tratamiento del cáncer desde su disciplina, y brindarles toda la información necesaria sobre su impacto y manejo, para generar un afronte adecuado a la enfermedad. Por ejemplo, los radioterapeutas podrían explicar los objetivos de su intervención, las enfermeras enseñar los efectos secundarios de la quimioterapia, las nutricionistas sobre la importancia de una buena alimentación en su enfermedad, etc.
- Compartir la información obtenida en su disciplina con los demás profesionales que atiendan al paciente oncológico, para tener una visión holística-integral sobre el estado actual y trabajar en equipo para mejorar su salud y calidad de vida. Es decir, no sólo brindar una atención multidisciplinaria al paciente oncológico, sino trabajar en equipo en pro de su bienestar.



#### IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo, J. (2017). *Intervención cognitivo-conductual para el manejo del estrés y la calidad de vida en pacientes con cáncer colorrectal: estudio piloto*. Tesis de Maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León (México), Facultad de Psicología. Recuperado de 2019 de <http://eprints.uanl.mx/14343/1/1080243329.pdf>
- Aguilar, E. (2016). *Relación entre patrón de conducta tipo C, ansiedad-rasgo y calidad de vida en pacientes oncológicos*. Tesis de Licenciatura, Universidad Católica Argentina, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Mendoza. Recuperado de <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/259/1/doc.pdf>
- Alonso, C. & Bastos, A. (2011). Intervención Psicológica en Personas con Cáncer. *Revista Clínica Contemporánea* 2(2), 187-207. Recuperado de <https://doi.org/10.5093/cc2011v2n2a6>
- Alonso & Ramos-Campos (2018). Mindfulness y cáncer: aplicación del programa MBPM de respira vida breathworks en pacientes oncológicos. *Revista RIECS* 3(2), 33-45. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6763880>
- Alvarado, S., Genovés, S. & Zapata, M. (2009). La psicooncología: un trabajo transdisciplinario. *Cancerología* 4(1), 47-53. Recuperado de <http://incan-mexico.org/revistainvestiga/elementos/documentosPortada/1257541342.pdf>

- Alvarez, C. (2019). *Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en mujeres mastectomizadas*. Tesis de Licenciatura, Universidad de Ciencias Aplicadas, Facultad de Psicología. Recuperado de [https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/626459/AlvarezA\\_C.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/626459/AlvarezA_C.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- Aminisani, N.; Nikbakht, H.; Asghari Jafarabadi, M. & Shamshirgaran, SM. (2017). Depression, anxiety, and health related quality of life among colorectal cancer survivors. *Journal of Gastrointestinal Oncology* 8(1), 81-88. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.21037/jgo.2017.01.12>
- Arrieta, I.; Cárdenas, J.; García, M. & Gaviria, A. (2019). Afrontamiento y calidad de vida en mujeres con cáncer de seno: revisión bibliográfica una mirada desde la psicología de la salud. *Revista Universidad Católica Luis Amigó*, (3), 115-126. Recuperado de <https://doi.org/10.21501/25907565.3261>
- Becerra, A.; Reynoso, L.; Bravo, M. y Ordaz, M. (2017). Activación conductual para el control de la depresión en pacientes oncológicos: una revisión. *Psicooncología* 14(2-3), 203-216. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.57080>
- Becerra, A.; Reynoso, L.; García, F. y Ramirez, A. (2016). Intervención Cognitivo-conductual para el control de ansiedad ante la biopsia insinacional en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncologia* 13(1), 85-99. Recuperado de [https://doi.org/10.5209/rev\\_PSIC.2016.v13.n1.52489](https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2016.v13.n1.52489)
- Bertolín, J. (2015). Eficacia-efectividad del programa de reducción del estrés basado en la conciencia plena (MBSR): actualización. *Revista de la*

*Asociación Española de Neuropsiquiatría* 35 (126), 289-307. Recuperado de <https://doi.org/10.4321/S0211-57352015000200005>

Calero, R. & Cruzado, J.A. (2018). La intervención psicológica en mindfulness con pacientes supervivientes de cáncer de mama. Revisión sistemática. *Psicooncología* 15(1): 75-88. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.59177>

Castillo, D. (2019). Terapia Dialéctica Conductual para Regulación Emocional en Pacientes Oncológicos (Proyecto de tesis). Recuperado de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/8162/1/142312.pdf>

Chanduví, L.; Granados, F.; García, L. & Fanning, M. (2015). Asociación entre calidad de vida y estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de un hospital en Chiclayo, 2014. *Revista Tzhoecoen* 7(2), 117-132. Recuperado de <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/tzh/article/view/275/283>

Chel, S.; Caligiani, L.; Martella, F.; De Bartolo, P.; Mancinni, F. & Fioretto, L. (2019). Mindfulness and metacognition in facing with fear of recurrence: A proof-of-concept study with breast-cancer women. *Psychooncology* 28(3), 600-606. Recuperado de <https://doi.org/10.1002/pon.4984>

Corbeaux, T. & Soza, C. (2017). Psiconeuro-inmuno-endrocrinología y cáncer. En Rojas, C. & Gutierrez, Y. (Eds). *Psicooncología: Enfoques, avances e investigación* (pp.85-107). Chile: Nueva Mirada Ediciones.

Cruzado, J. (2003). La formación en psicooncología. *Psicooncología*, 0 (1), 9 - 19.

Recuperado de

<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0303110009A/16373>

European Organization for Research and Treatment of Cancer (s.f.).

Questionnaires. Recuperado de <https://qol.eortc.org/questionnaires/>

Esparza, T.; Martínez, T.; Leibovich, N; Campos, R. & Lobo, A. (2015). Estudio

longitudinal del crecimiento postraumático y la calidad de vida en mujeres supervivientes de cáncer de mama. *Revista Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología* 12 (2-3), 303-314. Recuperado de

[https://doi.org/10.5209/rev\\_PSIC.2015.v12.n2-3.51011](https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n2-3.51011)

Espinoza, R.; Guillen, R. & Monge, M. (2016). *Indicadores de Malestar Emocional*

*y Calidad de Vida de los pacientes con enfermedad oncológica que acuden a los servicios del Hospital de Oncología del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, en la ciudad de San Salvador, durante el periodo de Octubre a Noviembre de 2015*. Tesis de Licenciatura, Universidad El Salvador, Facultad de Ciencias y Humanidades, Dpto. de Psicología. Recuperado de

<http://ri.ues.edu.sv/15159/1/14102789.pdf>

Faraji, M. (2015). The effectiveness of dialectical behavior therapy (DBT) in

reducing distress and increased life expectancy in patients with breast cancer. *Science Journal (CSJ)* 36 (3), 1340-1346. Recuperado de

<https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/713860>

Fontibón, L.; Acosta, L.; Valdemar, J.; Valdemar, A. & Sánchez, R. (2015).

"Asociación entre variables sociodemográficas, clínicas y calidad de vida con el apoyo social percibido en pacientes colombianos con cáncer."

*Avances en Psicología latinoamericana* 33(3), 387-395. Recuperado de

<http://dx.doi.org/10.12804/apl33.03.2015.02>

Functional Assessment for Chronic Illness Therapy (2010). Questionnaires.

Recuperado de <https://www.facit.org/FACITOrg/Questionnaires>

García, A. & Lucio, M. (2016). Estilo de afrontamiento y calidad de vida en

adolescentes con cáncer. *Gaceta Mexicana de Oncología* 15(1),3.

Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.gamo.2016.02.004>

García, A. & Tamayo, J. (2018). Revisión sistemática sobre la eficacia de la Terapia

de Aceptación y Compromiso (ACT) en el tratamiento psicológico de

pacientes con cáncer. *Psicooncología* 16(1), 101-125. Recuperado de

<http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.63651>

García, D. (2018). *Efectos de la calidad de vida en la adherencia al tratamiento de*

*quimioterapia en el servicio de oncología del Hospital Eugenio Espejo.*

Tesis de Licenciatura, Universidad Central del Ecuador, Quito, Facultad de

Ciencias Psicológicas. Recuperado de

<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/14955/1/T-UCE-0007->

[PC035-2018.pdf](http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/14955/1/T-UCE-0007-PC035-2018.pdf)

Gargantini, A. & Martín, L. (2019). Imagen Corporal y su influencia en la Calidad

de Vida en mujeres con mastectomía. Comparación entre mujeres con

reconstrucción inmediata, reconstrucción diferida o sin

reconstrucción. *Psicooncología* 16(1), 43-60. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.63647>

Gonzales García, A.; Gonzales Hurtado, A. & Estrada, B. (2015). Eficacia de la terapia cognitivo conductual en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología* 12(1), 129-140. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_PSIC.2015.v12.n1.48908](http://dx.doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n1.48908)

Grau, J. (2015). Calidad de vida y bienestar subjetivo: Un camino al futuro. *TÍPICA, Boletín Electrónico de Salud Escolar* 11(1), 1-28. Recuperado de [http://www.tipica.org/media/system/articulos/Vol11N1/A1.%20Grau\\_Calidad%20de%20Vida.pdf](http://www.tipica.org/media/system/articulos/Vol11N1/A1.%20Grau_Calidad%20de%20Vida.pdf)

Haller, H.; Winkler, M.; Klose, P.; Dobos, G.; Kümmel, S. & Cramer, H. (2017). Mindfulness-based interventions for women with breast cancer: an updated systematic review and meta-analysis. *Acta Oncológica* 56(12), 1665–76. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/0284186X.2017.1342862>

Holland J. (1992). PsychoOncology: overview, obstacles and opportunities. *Psychooncology* 1,1-13. Recuperado de <https://doi.org/10.1002/pon.2960010103>

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2019). Casos nuevos de cáncer registrados en INEN, periodo 2009-2018. Recuperado de <https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2019/12/INEN-2009-2018.pdf>

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2019). Charlas preventivas. Recuperado de <http://portal.inen.sld.pe/charlas-preventivas/>

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2019). Día Mundial contra el Cáncer. Recuperado de <http://portal.inen.sld.pe/dia-mundial-contra-el-cancer-2/>

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2019). Semana Perú contra el Cáncer. Recuperado de <http://portal.inen.sld.pe/semana-peru-contra-el-cancer/>

Irrarrazaval, M.E.; Kleinman, P.; Silva, F.; Fernández, L.; Torres, C.; Fritis, M.; Barriga, C. & Waintrub, H. (2016). Quality of life in Chilean breast cancer survivors. *Revista médica de Chile* 144(12), 1567-1576. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016001200008>

León-Quismodo, L. e Ibañez, A. (2019). Evidencia empírica de las intervenciones basadas en Mindfulness en patología somática. *Revista RIECS* 4(s1), 123-131. Recuperado de <https://www.riecs.es/index.php/riecs/article/view/120/168>

Liga contra el Cáncer (s.f.). Campañas. Recuperado de <https://www.ligacancer.org.pe/campana/diaContraElCancer#>

López, J.; Gonzáles, R. & Tejada, J. (2016). Propiedades psicométricas de la versión en español de la Escala de Calidad de Vida WHOQoL BREF en una muestra de adultos mexicanos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica* 44 (2), 105-115. Recuperado de <https://doi.org/10.21865/RIDEP44.2.09>

Lostanau, V.; Torrejón, C. & Cassaretto, M. (2017). Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama.

*Revista Actualidades en Psicología* 31(122), 75-90. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.15517/ap.v31i122.25345>

McDonough, J.; Elliott, J.; Neuhaus, S.; Reid, J. & Butow, F. (2019). Health-related quality of life, psychosocial functioning, and unmet health needs in patients with sarcoma: A systematic review. *Psychooncology* 28(4), 653-664. Recuperado de <https://doi.org/10.1002/pon.5007>

Malca, B. (2005). Psicooncología: abordaje emocional en oncología. *Persona y Bioética* 9(2), 64-67. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2053415>

Martel, B. (2017). “*Bienestar espiritual y calidad de vida en pacientes con cáncer de un hospital de la ciudad de Trujillo*”. Tesis de Licenciatura, Universidad Privada del Norte, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Psicología. Recuperado de <http://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/10613/Martel%20Enriquez%20Belen%20Abihail.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Massone, A. & Llull, D. (2017). Análisis del efecto de un programa de intervención grupal sobre la calidad de vida en pacientes oncológicos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* XXVI (2), 202-209. Recuperado de 10.24205/03276716.2017.1021.

Montesinos, F. & Luciano, C. (2016). Aceptación de miedos a la recaída en pacientes con cáncer de mama: efectos de una intervención abreviada basada en la ACT. *Psicooncología* 13(1), 7-21. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_PSIC.2016.v13.n1.52484](http://dx.doi.org/10.5209/rev_PSIC.2016.v13.n1.52484)



Morena, D. & Morena B. (2016). Estudio bibliométrico de la revista Psicooncología (2003-2015). *Psicooncología* 13 (2-3), 417-428. Recuperado de <https://doi.org/10.5209/PSIC.54445>

Organización Mundial de la Salud (2014). Perfiles oncológicos de los países 2014. Recuperado de [https://www.who.int/cancer/country-profiles/per\\_es.pdf?ua=1](https://www.who.int/cancer/country-profiles/per_es.pdf?ua=1)

Organización Mundial de la Salud (2016). Prevención y control del cáncer en el contexto de un enfoque integrado. Recuperado de [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB140/B140\\_31-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_31-sp.pdf)

Organización Panamericana de la Salud (2019). Cuáles son las 10 principales amenazas a la salud en 2019. Recuperado de [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14916:ten-threats-to-global-health-in-2019&Itemid=135&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14916:ten-threats-to-global-health-in-2019&Itemid=135&lang=es)

Organización Panamericana de la Salud (2019). Día mundial del cáncer – Crea un futuro sin cáncer uterino. Recuperado de [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14925:world-cancer-day-2019&Itemid=39809&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14925:world-cancer-day-2019&Itemid=39809&lang=es)

Organización Panamericana de la Salud (2019). Programa de cáncer. Recuperado de [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=292:cancer-program&Itemid=3904&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=292:cancer-program&Itemid=3904&lang=es)

Pastell S. (2017). Mecanismos cognitivos del optimismo en cáncer de mama: efectos en la calidad de vida. *Psicooncología* 14(2-3), 367-369. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.57091>

Pereira, MG.; Baia, V. & Machado, J. (2016). Coping and quality of life in patients with skin tumors in the follow-up stage: The mediating role of body image and psychological morbidity. *Journal of Psychosocial Oncology* 34(5), 400-412. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/07347332.2016.1196807>

Pérez, M. (2015). *Variables Moduladoras de la calidad de vida en supervivientes pediátricos de tumores en el sistema nervioso central*. Tesis de Doctorado, Universidad Autónoma de Barcelona (España), Facultad de Psicología. Recuperado de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/305113/mpc1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Quiceno, J., y Vinaccia, S. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud infantil: una aproximación conceptual. *Psicología y Salud* 18(1), 37-44. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/26575348\\_Calidad\\_de\\_vida\\_relacionada\\_con\\_la\\_salud\\_infantil\\_Una\\_aproximacion\\_conceptual](https://www.researchgate.net/publication/26575348_Calidad_de_vida_relacionada_con_la_salud_infantil_Una_aproximacion_conceptual)

Quintero, MF. & Finck, C. (2018). Intervenciones psicológicas eficaces en pacientes con cáncer de mama en Latinoamérica y España: Una revisión sistemática”. *Psicooncología* 15(1): 49-64. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.59174>

- Rivero, R., Piqueras, J., Ramos, V., García, L., Martínez, A., & Oblitas, L. (2008). Psicología y cáncer. *Suma Psicológica* 15(1), 171-198. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1342/134212604007.pdf>
- Ramis, S. (2017). *Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer de Mama: Metodología Mixta*. Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Psicología. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Sylvia\\_Ramis/publication/331810919\\_Calidad\\_de\\_Vida\\_en\\_Pacientes\\_con\\_Cancer\\_de\\_Mama\\_Metodologia\\_Mixta/links/5c8d0a03299bf14e7e7f6505/Calidad-de-Vida-en-Pacientes-con-Cancer-de-Mama-Metodologia-Mixta.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Sylvia_Ramis/publication/331810919_Calidad_de_Vida_en_Pacientes_con_Cancer_de_Mama_Metodologia_Mixta/links/5c8d0a03299bf14e7e7f6505/Calidad-de-Vida-en-Pacientes-con-Cancer-de-Mama-Metodologia-Mixta.pdf)
- Robert, V.; Álvarez, C. & Valdivieso, F. (2013). Psicooncología: un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Condes* 24(4) 677-684. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864013702074>
- Roberto, M. (2018). *Resiliencia y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes adultos que reciben quimioterapia*. Tesis de Licenciatura, Universidad de Lima, Facultad de Psicología. Recuperado de <http://doi.org/10.26439/ulima.tesis/5848>
- Robles, Y.; Saavedra, J.; Mezzich, J.; Sanez, Y.; Padilla, M y Mejía, O. (2010). Índice de calidad de vida: validación en una muestra peruana. *Anales de Salud Mental* XXVI (2), 33-43. Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/ojsinism/index.php/Revista1/article/viewFile/75/5>

- Rodas, M. (2019). *Calidad de vida de pacientes oncológicos en estadios III y IV de un Hospital de Cuenca – Ecuador*. Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Javeriana de Cali, Facultad de Psicología. Recuperado de [http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/11299/Calidad\\_vida\\_pacientes.pdf?sequence=1](http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/11299/Calidad_vida_pacientes.pdf?sequence=1)
- Rojas, C.; Fuentes, C.; Robert, V.; Brigantia, M.A.; Droguetta, M.; Iribarne, C.; Krauskopf, V. & Muñoz, E. (2017). Psicooncología en el Hospital General. Alcances en depresión y cáncer. *Revista Médica Clínica Las Condes* 28 (3), 450-459. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.05.017>
- Rojas, C. & Gutiérrez, Y. (2016). Aproximaciones en Psicooncología: Una breve revisión. En Rojas, C. & Gutierrez, Y. (Eds). *Psicooncología: Enfoques, avances e investigación*, (pp.29-47). Chile: Nueva Mirada Ediciones. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/305378250\\_Aproximaciones\\_en\\_psicooncologia\\_una\\_breve\\_revision](https://www.researchgate.net/publication/305378250_Aproximaciones_en_psicooncologia_una_breve_revision)
- Rojas, R. (2016). *Calidad de vida relacionada a la salud y afrontamiento en pacientes con cáncer gastrointestinal*. Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de letras y Ciencias humanas, Especialidad de Psicología. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/7086>
- Rooij, B.H.; Thong, M.S.; Van Rooij, J.; Bonhof, C.S.; Husson, O. & Ezendam, N.P.M. (2018). Optimistic, realistic, and pessimistic illness perceptions; quality of life; and survival among 2457 cancer survivors: the population-

- based PROFILES registry. *Cancer* 124, 3609-3617. Recuperado el 17 de Diciembre de 2019 de <https://doi.org/10.1002/cncr.31634>
- Salazar, F. & Bernabé, E. (2012). The Spanish SF-36 in Peru: Factor Structure, Construct Validity, and Internal Consistency. *Asia Pacific Journal of Public Health* 27(2), 2372-2380. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1010539511432879>
- Sánchez, R., Sierra, F. A. & Martín, E. (2015). ¿Qué es la calidad de vida para un paciente con cáncer?. *Revista Avances en Psicología Latinoamericana* 33(3), 371-385. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.12804/apl33.03.2015.01>
- Shrestha, A.; Martin, Ch.; Burton, M.; Walters, S.; Collins, K. & Wyld, L. (2019). Quality of life versus length of life considerations in cancer patients: A systematic literature review. *Psychooncology* 28(7): 1367–1380. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1002/pon.5054>
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile* 138(1), 358-365. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v138n3/art17.pdf>
- Vasquez, J. (2018). *Variables psicológicas y calidad de vida del paciente con cáncer de mama y su cuidador principal*. Tesis de Maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León, México, Facultad de Psicología. Recuperado de <http://eprints.uanl.mx/16546/1/1080291937.pdf>
- Villoria, E.; Fernández, C.; Padierna, C. & González, S. (2015). La intervención psicológica en pacientes oncológicos: una revisión de la literatura (2000-

- 2014). *Psicooncología* 12 (2-3), 207-236. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_PSIC.2015.v12.n2-3.51005](http://dx.doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n2-3.51005)
- Vinaccia, S. & Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados a la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Perspectivas en Psicología*, 1 (2), 25- 137. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/679/67910202.pdf>
- Oraá, N. & Cruzado, J. (2019). Ansiedad y depresión en hombres con cáncer de próstata en función del tipo de tratamiento y su relación con la calidad de vida y la información recibida. *Psicooncología*, 16(2), 329-344. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.5209/psic.65594>
- Oraá, N.; Cruzado, J.; Ossola, G.; Martínez, N.; Sánchez-Fuertes, M., & Martínez-Castellanos, F. (2017). Efectos del tipo de tratamiento y grupo de riesgo en la calidad de vida y la información en pacientes con cáncer de próstata. *Psicooncología* 14(2-3), 241-254. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.57083>
- Tejedor, L. (2016). "*Efectos de la terapia cognitivo conductual en el manejo de la depresión y calidad de vida en pacientes diagnosticadas con cáncer de mamas*". Tesis de Maestría, Universidad de Panamá, Facultad de Psicología. Recuperado de <http://up-rid.up.ac.pa/178/1/lourdes%20tejedor.pdf>
- Teo, I.; Krishnan, A & Ling Lee, G. (2019). Psychosocial interventions for advanced cancer patients: A systematic review. *Psychooncology* 28 (7), 1394-1407. Recuperado el 20 de Diciembre de 2019 de <https://doi.org/10.1002/pon.5103>

Torre-Luque, A; Gambará, H; López, E. & Cruzado, J. (2016). Psychological treatments to improve quality of life in cancer contexts: A meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology (May-August 2016)* 16 (2), 211-219. Recuperado el 17 de Diciembre de 2019 de <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.07.005>

Torrecilla, M., Casari, L. & Rivas, J. (2016). Afrontamiento y calidad de vida en mujeres pacientes oncológicas. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica* 8. Recuperado el 12 de Noviembre de 2019 de <http://dx.doi.org/10.5872/psiencia/8.3.21>

Zhang, M.; Wen, Y.; Liu, W.; Peng, L.; Wu, X. & Liu Q. (2015). Effectiveness of Mindfulness-based Therapy for Reducing Anxiety and Depression in Patients with Cancer. *Medicine* 94(45), 1–9. Recuperado de <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000000897>

Zimmermann, F.; Burrell, B. & Jordan, J. (2018). The acceptability and potential benefits of mindfulness-based interventions in improving psychological well-being for adults with advanced cancer: A systematic review. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 30, 68–78. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.12.014>

## **ANEXOS**



## ANEXO 1

### EORTC QLQ-C30 (version 3.0)

*Aaronson et al., 1993*

Estamos interesados en algunos aspectos de su vida cotidiana y de su salud. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, rodeando con un círculo el número que mejor se aplique a su caso. No hay respuestas "correctas" o "incorrectas". La información que nos proporcione será estrictamente confidencial.

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
¿Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compras pesada o una valija?	1	2	3	4
¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo largo?	1	2	3	4
¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de la casa?	1	2	3	4
¿Tiene que permanecer en cama o sentado en una silla durante el día?	1	2	3	4
¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al baño?	1	2	3	4

Durante la semana pasada:

¿Tuvo algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?	1	2	3	4
¿Tuvo algún impedimento para realizar sus pasatiempos favoritos u otras actividades recreativas?	1	2	3	4
¿Tuvo sensación de "falta de aire" o dificultad para respirar?	1	2	3	4
¿Ha tenido dolor?	1	2	3	4
¿Necesitó descansar más de lo habitual?	1	2	3	4
¿Ha tenido dificultad para dormir?	1	2	3	4
¿Se ha sentido débil?	1	2	3	4
¿Ha perdido el apetito?	1	2	3	4
¿Ha tenido náuseas?	1	2	3	4
¿Ha vomitado?	1	2	3	4

¿Ha estado estreñido?	1	2	3	4
¿Has tenido diarrea?	1	2	3	4
¿Se ha sentido cansado?	1	2	3	4
¿Ha interferido el dolor durante sus actividades diarias?	1	2	3	4
¿Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas como leer el diario o ver la televisión?	1	2	3	4
¿Se ha sentido tensa(o)?	1	2	3	4
¿Se ha sentido preocupada(o)?	1	2	3	4
¿Se ha sentido irritable?	1	2	3	4
¿Se ha sentido deprimida(o)?	1	2	3	4
¿Ha tenido dificultad para recordar cosas?	1	2	3	4
¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su vida familiar?	1	2	3	4
¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en sus actividades sociales?	1	2	3	4
¿Le ha causado problemas económicos su estado físico o el tratamiento médico?	1	2	3	4

Para las siguientes preguntas, por favor, marque con un círculo el numero entre 1 y 7 que mejor lo describa: 1 pésima- 7 excelente

¿Cómo calificaría su estado de salud general durante la semana pasada?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

¿Cómo calificaría su calidad de vida en general durante la semana pasada?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

## ANEXO 2

### ESCALA DE CALIDAD DE VIDA FACT-G

A continuación encontrará una lista de afirmaciones que otras personas con su misma enfermedad consideran importantes. **Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.**

	<b><u>ESTADO FÍSICO GENERAL DE SALUD</u></b>	<b>Nada</b>	<b>Un poco</b>	<b>Algo</b>	<b>Mucho</b>	<b>Muchísimo</b>
G P1	Me falta energía	0	1	2	3	4
G P2	Tengo náuseas	0	1	2	3	4
G P3	Debido a mi estado físico, tengo dificultad para atender a las necesidades de mi familia	0	1	2	3	4
G P4	Tengo dolor	0	1	2	3	4
G P5	Me molestan los efectos secundarios del tratamiento	0	1	2	3	4
G P6	Me siento enfermo(a)	0	1	2	3	4
G P7	Tengo que pasar tiempo acostado(a)	0	1	2	3	4

**Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.**

	<b><u>AMBIENTE FAMILIAR Y SOCIAL</u></b>	<b>Nada</b>	<b>Un poco</b>	<b>Algo</b>	<b>Mucho</b>	<b>Muchísimo</b>
GS 1	Me siento cercano(a) a mis amistades	0	1	2	3	4
GS 2	Recibo apoyo emocional por parte de mi familia	0	1	2	3	4
GS 3	Recibo apoyo por parte de mis amistades	0	1	2	3	4
GS 4	Mi familia ha aceptado mi enfermedad	0	1	2	3	4
GS 5	Estoy satisfecho(a) con la manera en que se comunica mi familia acerca de mi enfermedad	0	1	2	3	4
GS 6	Me siento cercano(a) a mi pareja o a la persona que es mi principal fuente de apoyo	0	1	2	3	4
Q1	<i>Sin importar su nivel actual de actividad sexual, conteste a la siguiente pregunta. Si prefiere no contestarla, marque esta casilla continúe con la siguiente sección.</i>					
GS 7	Estoy satisfecho(a) con mi vida sexual	0	1	2	3	4

	<b><u>ESTADO EMOCIONAL</u></b>	<b>Nada</b>	<b>Un poco</b>	<b>Algo</b>	<b>Mucho</b>	<b>Muchísimo</b>
G E1	Me siento triste	0	1	2	3	4
G E2	Estoy satisfecho(a) de cómo me estoy enfrentando a mi enfermedad	0	1	2	3	4
G E3	Estoy perdiendo las esperanzas en la lucha contra mi enfermedad	0	1	2	3	4
G E4	Me siento nervioso(a)	0	1	2	3	4
G E5	Me preocupa morir	0	1	2	3	4
G E6	Me preocupa que mi enfermedad empeore	0	1	2	3	4

**Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.**

	<b><u>CAPACIDAD DE FUNCIONAMIENTO PERSONAL</u></b>	<b>Nada</b>	<b>Un poco</b>	<b>Algo</b>	<b>Mucho</b>	<b>Muchísimo</b>
G F1	Puedo trabajar (incluya el trabajo en el hogar)	0	1	2	3	4
G F2	Mi trabajo me satisface (incluya el trabajo en el hogar)	0	1	2	3	4
G F3	Puedo disfrutar de la vida	0	1	2	3	4
G F4	He aceptado mi enfermedad	0	1	2	3	4
G F5	Duermo bien	0	1	2	3	4
G F6	Disfruto con mis pasatiempos de siempre	0	1	2	3	4
G F7	Estoy satisfecho(a) con mi calidad de vida actual	0	1	2	3	4

**Gracias por su colaboración**

### ANEXO 3

#### CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

VERSIÓN ESPAÑOLA 1.4 (junio de 1999).

#### INSTRUCCIONES:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

#### MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 Algo mejor ahora que hace un año
- 3 Más o menos igual que hace un año
- 4 Algo peor ahora que hace un año
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada.

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada.

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.**

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (Como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?



- 1 No, ninguno
- 2 Sí, muy poco
- 3 Sí, un poco
- 4 Sí, moderado
- 5 Sí, mucho
- 6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca.

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre

- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 5 Nunca.

**POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.**

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa



Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

---

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

---

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

---

---

---

**Gracias por su ayuda**



## ANEXO 5

### Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q)

† Se ha creado este cuestionario para ayudar a evaluar el grado de placer y satisfacción experimentados durante la semana pasada.

#### ESTADO DE SALUD FÍSICA/ACTIVIDADES

Con respecto a su estado de salud física durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia...

	<i>Nunca</i>	<i>Casi nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>A menudo o la mayor parte del tiempo</i>	<i>Muy a menudo o siempre</i>
1. ...se sintió sin dolores ni molestias?					
2. ...se sintió descansado/a?					
3. ...se sintió con energía?					
4. ...se sintió en un excelente estado de salud física?					
5. ...sintió, por lo menos, un estado de salud física muy bueno?					
6. ...no se preocupó de su estado de salud física?					
7. ...sintió que durmió lo suficiente?					
8. ...se sintió suficientemente activo/a?					
9. ...sintió que tenía una buena coordinación en sus movimientos?					
10. ...sintió que su memoria funcionaba bien?					
11. ...se sintió bien físicamente?					
12. ...se sintió lleno/a de energía y vitalidad?					
13. ...no experimentó problemas visuales?					

#### ESTADO DE ÁNIMO

Durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia se sintió...

	<i>Nunca</i>	<i>Casi nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>A menudo o la mayor parte del tiempo</i>	<i>Muy a menudo o siempre</i>
14. ...con la mente despejada?					
15. ...satisfecho/a con su vida?					
16. ...a gusto con su aspecto físico?					
17. ...alegre o animado/a?					
18. ...independiente?					
19. ...contento/a?					
20. ...capaz de comunicarse con otras personas?					
21. ...interesado/a en cuidar su aspecto físico (cabello, ropa) y su higiene personal (bañarse, vestirse)?					
22. ...capaz de tomar decisiones?					
23. ...relajado/a?					
24. ...a gusto con su vida?					
25. ...capaz de desplazarse, si fuera necesario, para realizar sus actividades (caminar, utilizar su propio automóvil, el autobús, el tren o cualquier otro medio de transporte disponible), según fuese necesario?					
26. ...capaz de hacer frente a los problemas de la vida?					
27. ...capaz de cuidar de sí mismo?					

## TRABAJO

¿Tiene trabajo? No  
Sí

¿Trabaja por su cuenta? No  
Sí

¿Realiza trabajo voluntario? No  
Sí

Si responde que no a las 3 preguntas, anote la razón.

**Si no, ¿por qué no?**

- 1 Demasiado enfermo/a físicamente
- 2 Demasiado alterado/a emocionalmente
- 3 Jubilado/a
- 98 Otra razón \_\_\_\_\_

*escriba la razón*

Si responde que sí a alguna de las 3 preguntas, complete esta sección.

Durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia...

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo o la mayor parte del tiempo	Muy a menudo o siempre
28. ...se sintió a gusto en su trabajo?					
29. ...resolvió problemas de trabajo o los manejó sin demasiada tensión?					
30. ... pensó con claridad en el trabajo?					
31. ...se mostró decidido/a en el trabajo o tomó decisiones cuando fue necesario?					
32. ...logró lo que se propuso?					
33. ...se sintió satisfecho/a con los logros conseguidos en el trabajo?					
34. ...trabajó bien?					
35. ...se sintió interesado/a por el trabajo?					
36. ...se concentró en el trabajo?					
37. ...trabajó cuidadosamente?					
38. ...realizó el trabajo como cabía esperar?					
39. ...se ocupó del trabajo usted mismo/a, cuando fue necesario?					
40. ...se comunicó e intercambió opiniones con facilidad con otros compañeros/as de trabajo?					

## LAS ACTIVIDADES DE LA CASA

**¿Es usted responsable de algunas tareas de la casa (limpieza, compras, lavar platos, comprar o preparar comidas) para usted mismo/a o para otras personas?**

NO  
SÍ

*Si responde que no, anote la razón.*

**Si no, ¿por qué no?**

- 1** Demasiado enfermo/a físicamente
- 2** Demasiado alterado/a emocionalmente
- 3** Nadie espera que haga algo
- 98** Otra razón \_\_\_\_\_

*escriba la razón*

*Si responde que sí, complete esta sección.*

**Durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia...**

	<i>A menudo o la mayor parte del tiempo</i>
	<i>Nunca Casi nunca</i>
	<i>Muy a menudo o siempre</i>
41. ...quedó satisfecho/a con la manera en que limpió su habitación/apartamento/casa?	
42. ...quedó satisfecho/a con la manera en que pagó las facturas, e hizo sus operaciones bancarias?	
43. ...quedó satisfecho/a con la manera en que compró la comida u otros artículos para la casa?	
44. ...quedó satisfecho/a con la manera en que preparó la comida?	
45. ...quedó satisfecho/a con la manera en que se ocupó de limpiar la casa y lavar la ropa?	
46. ...quedó satisfecho/a con las tareas domésticas que realizó?	
47. ...se concentró y pensó claramente en las tareas domésticas que tenía que realizar?	
48. ...resolvió los problemas de la casa o los manejó sin demasiada dificultad?	
49. ...fue firme o tomó decisiones, cuando fue necesario, respecto a las tareas de la casa?	
50. ...hizo arreglos o se encargó del mantenimiento de la casa cuando fue necesario?	

## TAREAS DE CURSO/DE CLASE

**Durante la semana pasada, ¿siguió algún curso, fue a clase, o participó en algún tipo de curso o clase en algún centro, escuela, colegio o Universidad?** NO  
SÍ

*Si responde que no, anote la razón.*

**Si no, ¿por qué no?**

- 1** Demasiado enfermo/a físicamente
- 2** Demasiado alterado/a emocionalmente
- 3** Nadie espera que haga esto
- 98** Otra razón \_\_\_\_\_  
*escriba la razón*

*Si responde que sí, complete esta sección.*

Durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia...

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo o la mayor parte del tiempo	Muy a menudo o siempre
51. ...disfrutó con las tareas del curso/clase?					
52. ...deseó empezar las tareas del curso o de la clase?					
53. ...desarrolló las tareas del curso/de la clase sin demasiada tensión?					
54. ...pensó con claridad sobre las tareas del curso/clase?					
55. ...se mostró decidido/a con las tareas del curso/clase, cuando fue necesario?					
56. ...se sintió satisfecho/a con los logros conseguidos en el trabajo del curso/de la clase?					
57. ...se interesó en las tareas del curso/clase?					
58. ...se concentró en las tareas del curso/clase?					
59. ...se sintió bien mientras hacía las tareas del curso/clase?					
60. ...se comunicó e intercambió opiniones con facilidad con los compañeros/as del curso/clase?					

## ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE

Las preguntas siguientes se refieren a las actividades de tiempo libre durante la semana pasada, como ver la televisión, leer el periódico o revistas, ocuparse de las plantas de la casa o del jardín, pasatiempos, ir a museos o al cine o a actos deportivos, etc.

	<i>Nunca</i>	<i>Casi nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>A menudo o la mayor parte del tiempo</i>	<i>Muy a menudo o siempre</i>
61. Cuando tuvo tiempo, ¿con qué frecuencia lo utilizó para actividades de tiempo libre?					
62. ¿Con qué frecuencia disfrutó de sus actividades de tiempo libre?					
63. ¿Con qué frecuencia deseó realizar las actividades de tiempo libre antes de poder disfrutar de ellas?					
64. ¿Con qué frecuencia se concentró en las actividades de tiempo libre y les prestó atención?					
65. Si surgió algún problema durante las actividades de tiempo libre, ¿con qué frecuencia lo solucionó o lo manejó sin demasiada tensión?					
66. ¿Con qué frecuencia consiguieron mantener su interés las actividades de tiempo libre?					

## RELACIONES SOCIALES

Durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia...

	<i>Nunca</i>	<i>Casi nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>A menudo o la mayor parte del tiempo</i>	<i>Muy a menudo o siempre</i>
67. ...se divirtió conversando o estando con amigos o familiares?					
68. ...deseó reunirse con amigos o familiares?					
69. ...hizo planes con amigos o familiares para futuras actividades?					
70. ...disfrutó conversando con compañeros/as de trabajo o vecinos?					
71. ...se mostró paciente cuando otras personas le irritaron con sus acciones o con sus palabras?					
72. ...se interesó por los problemas de otras personas?					
73. ...sintió cariño por una o más personas?					
74. ...se llevó bien con otras personas?					
75. ...bromeó o se rio con otras personas?					
76. ...sintió que ayudó a amigos o familiares?					
77. ...sintió que no había problemas ni conflictos importantes en su relación con amigos o familiares?					

## ACTIVIDADES GENERALES

**Nivel global de satisfacción:** En general, ¿cómo evaluaría su nivel de satisfacción durante la semana pasada en cuanto a...

	<i>Muy malo</i>	<i>Malo</i>	<i>Regular</i>	<i>Bueno</i>	<i>Muy bueno</i>
78. ...su estado de salud física?					
79. ...su estado de ánimo?					
80. ...su trabajo?					
81. ...las tareas de la casa?					
82. ...sus relaciones sociales?					
83. ...sus relaciones familiares?					
84. ...sus actividades de tiempo libre?					
85. ...su capacidad de participar en la vida diaria?					
86. ...su deseo sexual, interés, rendimiento o desempeño?*					
87. ...su situación económica?					
88. ...la situación de alojamiento o vivienda?*					
89. ...su capacidad para desplazarse sin sentir mareos, inestabilidad o caídas?*					
90. ...su visión en cuanto a la capacidad para trabajar o disfrutar de sus aficiones?*					
91. ...su sensación general de bienestar?					
92. ...la medicación? (Si no toma medicamentos, indíquelo aquí y deje la respuesta en blanco)					
93. ¿Cómo evaluaría su nivel de satisfacción general de vida durante la semana pasada?					

\*Si el nivel de satisfacción es muy malo, malo, o regular en estas respuestas, por favor **SUBRAYE** los factores asociados con la falta de satisfacción.

## ANEXO 6

### FICHAS BIBLIOGRÁFICAS

Nombre del documento	Intervención cognitivo-conductual para el manejo del estrés y la calidad de vida en pacientes con cáncer colorrectal: estudio piloto.
Autor(es)	Acevedo, J.
Referencia Bibliográfica	Acevedo, J. (2017). <i>Intervención cognitivo-conductual para el manejo del estrés y la calidad de vida en pacientes con cáncer colorrectal: estudio piloto</i> . Tesis de Maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León (México), Facultad de Psicología.
Palabras claves de búsqueda	Intervención cognitivo conductual, estrés, calidad de vida, cáncer colorrectal
Palabras claves del artículo	Cáncer colorrectal, Intervención Cognitivo-Conductual, estrés postraumático, distrés, optimismo, calidad de vida, Psicoeducación
Ubicación	<a href="http://eprints.uanl.mx/14343/1/1080243329.pdf">http://eprints.uanl.mx/14343/1/1080243329.pdf</a>
Descripción	El estudio buscó 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 la metodología de Ensayo Clínico Aleatorizado (ECA), la muestra estuvo compuesta por 22

	<p>pacientes con cáncer colorrectal, el grupo experimental (N=11) recibió la TCC y el control (N=50) la Psicoeducación. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Impacto de Evento-Revisada, EIE-R para evaluar el estrés post traumático, Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) para evaluar el distrés, Life Orientation Test (LOT-R) para evaluar el optimismo disposicional y el cuestionario de calidad de vida QLQ-C30 3.0. En los resultados se observó diferencias entre la Terapia Cognitivo-Conductual para el Manejo del Estrés breve y la Psicoeducación 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 una 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.</p>
<p>Conceptos abordados</p>	<p>Terapia cognitivo conductual para el Manejo del Estrés breve, psicoeducación, distrés, optimismo disposicional, calidad de vida, estrés postraumático, cáncer colorrectal, estoma.</p>
<p>Observaciones</p>	<p>En ambas intervenciones, se obtuvieron resultados favorables ya que cada una cumple con la función de enseñar algo que será beneficioso para el paciente, en el caso de la PE se enseña a nivel de información y en la TCC, técnicas y herramientas para el manejo de problemáticas propias del cáncer.</p>



Nombre del documento	Relación entre patrón de conducta tipo C, ansiedad-rasgo y calidad de vida en pacientes oncológicos
Autor(es)	Aguilar, E. (2016)
Referencia Bibliográfica	Aguilar, E. (2016). <i>Relación entre patrón de conducta tipo C, ansiedad-rasgo y calidad de vida en pacientes oncológicos</i> . Tesis de Licenciatura, Universidad Católica Argentina, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Mendoza.
Palabras claves de búsqueda	Conducta tipo C, ansiedad-rasgo, calidad de vida, pacientes oncológicos.
Palabras claves del artículo	Patrón de conducta tipo c, calidad de vida, ansiedad-rasgo
Ubicación	<a href="https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/259/1/doc.pdf">https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/259/1/doc.pdf</a>
Descripción	El estudio tuvo como objetivo profundizar la relación existente entre patrón de conducta tipo C, perfiles de ansiedad y calidad de vida percibida en pacientes oncológicos. Fue una investigación correlacional y cuasi experimental (patrón de conducta tipo C). La muestra estuvo conformada 38 pacientes con diferentes tipos de cáncer y grupo control de 33 personas sanas, las características sociodemográficas fueron homogéneas en ambos grupos a excepción del estado civil. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario ad hoc, cuestionario de patrón de conducta tipo C- PCTC, la escala de

	<p>ansiedad-rasgo de Spielberger STAI y el cuestionario de Calidad de vida- QLQ-C30. Se obtuvo puntajes altos en las dimensiones “Comprensión”, “Control y Represión Emocional” del patrón tipo C. La ansiedad fue el rasgo que se asocia a la calidad de vida, es un predictor negativo del funcionamiento y positivo de la incidencia sintomática.</p>
<p>Conceptos abordados</p>	<p>Patrón de conducta tipo c, calidad de vida, ansiedad-rasgo</p>
<p>Observaciones</p>	<p>Es importante abordar la ansiedad en la intervención psicológica, ya que mejoraría el tratamiento oncológico y la calidad de vida del paciente.</p>

Nombre del documento	Mindfulness y cáncer: aplicación del programa MBPM de respira vida breathworks en pacientes oncológicos.
Autor(es)	Alonso, L. & Ramos-Campos, M.
Referencia Bibliográfica	Alonso, L. & Ramos-Campos, M. (2018). Mindfulness y cáncer: aplicación del programa MBPM de respira vida breathworks en pacientes oncológicos. Revista RIECS 3(2), 33-45.
Palabras claves de búsqueda	Mindfulness, Programa MBPM, pacientes oncológicos.
Palabras claves del artículo	Mindfulness; Compasión; Dolor; Bienestar psicológico; Cáncer; Regulación emocional; Autocompasión.
Ubicación	<a href="https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6763880">https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6763880</a>
Descripción	El objetivo fue valorar la mejora del ajuste psicológico del paciente oncológico a través de la aplicación del programa de tratamiento MBPM. La muestra se conformó por 22 pacientes oncológicos, 8 sesiones de mindfulness semanales. Se utilizó el Cuestionario Sociodemográfico ad hoc, la Escala de Baer (FFMQ), Escala de autocompasión de Nef (SCS), La Escala de afecto positivo y negativo (PANAS), Escala-SWLS, la escala subjetiva de Vitalidad (SVS) y el inventario breve del dolor (CBD). Los resultados mostraron una mejora general en el ajuste psicológico, mejoría significativa en algunas escalas, y

	una reducción significativa del dolor físico y su interferencia en la vida cotidiana ( $p < 0.05$ ).
Conceptos abordados	Mindfulness, programa MBPM, pacientes oncológicos, ajuste psicológico, bienestar psicológico.
Observaciones	El mindfulness es efectivo para reducir síntomas físicos, como el dolor, que es de las principales afectaciones en paciente oncológicos, además, obtiene resultados favorables en corto tiempo (8 sesiones).

Nombre del documento	Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en mujeres mastectomizadas
Autor(es)	Álvarez, C.
Referencia Bibliográfica	Alvarez, C. (2019). <i>Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en mujeres mastectomizadas</i> . Tesis de Licenciatura, Universidad de Ciencias Aplicadas, Facultad de Psicología.
Palabras claves de búsqueda	Estrategias de afrontamiento, calidad de vida, mastectomía.
Palabras claves del artículo	cáncer de mama; mastectomía; calidad de vida; afrontamiento
Ubicación	<a href="https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/626459/AlvarezA_C.pdf?sequence=3&amp;isAllowed=y">https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/626459/AlvarezA_C.pdf?sequence=3&amp;isAllowed=y</a>
Descripción	El objetivo fue explorar la relación entre calidad de vida y estrategias de afrontamiento. El estudio fue correlacional. La muestra estuvo compuesta por 130 pacientes con cáncer de mama (30-86 años) quienes se hayan realizado la mastectomía radical modificada. Los instrumentos utilizados fueron: Brief-COPE (estrategias de afrontamiento) y el Cuestionario de Calidad de vida QLQ-30. Se obtuvo que las estrategias de afrontamiento tienen un impacto positivo en la calidad de vida y salud. Existen relaciones significativas entre algunas de las dimensiones de calidad de vida con ciertas estrategias de afrontamiento

Conceptos abordados	Calidad de vida, estrategias de afrontamiento, mujer mastectomizadas
Observacion es	No se encontraron estadísticas significativas entre calidad de vida y estrategia de afrontamiento según el tratamiento recibido ni la edad.

Nombre del documento	Depression, anxiety, and health related quality of life among colorectal cancer survivors
Autor(es)	Aminisani, N.; Nikbakht, H.; Asghari Jafarabadi, M. & Shamshirgaran, SM.
Referencia Bibliográfica	Aminisani, N.; Nikbakht, H.; Asghari Jafarabadi, M. & Shamshirgaran, SM. (2017). Depression, anxiety and health related quality of life among colorectal cancer survivors. <i>Journal of Gastrointestinal Oncology</i> 8(1), 81-88.
Palabras claves de búsqueda	Depression, anxiety, quality of life, colorectal cancer.
Palabras claves del artículo	Anxiety; depression; EORTC QLQ-C30; Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); colorectal cancer (CRC); quality of life (QOL)
Ubicación	<a href="http://dx.doi.org/10.21037/jgo.2017.01.12">http://dx.doi.org/10.21037/jgo.2017.01.12</a>
Descripción	El objetivo fue examinar la relación entre la angustia psicológica y las dimensiones de calidad de vida en pacientes con cáncer colorrectal. El estudio fue transversal, se realizó en el norte de Irán. La muestra estuvo compuesta por 157 sobrevivientes de cáncer colorrectal. La angustia psicológica se midió utilizando la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) y la calidad de vida se calculó utilizando el QLQ-C30. Se encontró una frecuencia relativamente alta de casos de

	<p>ansiedad y depresión que pueden indicar la falta de detección de rutina y la mala gestión de la angustia psicológica en las clínicas de cáncer. Ya que la dimensión de Función Emocional (EF) del QLQ-C30 evalúa la ansiedad, mas no la depresión, y ésta se presenta de manera predominante en los pacientes oncológicos, se recomienda aplicar un instrumento específico para medir depresión.</p>
<p>Conceptos abordados</p>	<p>Depresión, ansiedad, calidad de vida, sobrevivientes de cáncer colorrectal, test QLQ-C30.</p>
<p>Observaciones</p>	<p>La sintomatología depresiva es más predominante que la ansiedad en pacientes con cáncer colorrectal, ambas están relacionadas negativamente con la calidad de vida.</p>



Nombre del documento	Afrontamiento y calidad de vida en mujeres con cáncer de seno: revisión bibliográfica una mirada desde la psicología de la salud.
Autor(es)	Arrieta, I.; Cárdenas, J.; García, M. & Gaviria, A.
Referencia Bibliográfica	Arrieta, I.; Cárdenas, J.; García, M. & Gaviria, A. (2019). Afrontamiento y calidad de vida en mujeres con cáncer de seno: revisión bibliográfica una mirada desde la psicología de la salud. <i>Revista Universidad Católica Luis Amigó</i> , (3), 115-126
Palabras claves de búsqueda	Afrontamiento, calidad de vida, cáncer de seno, revisión bibliográfica.
Palabras claves del artículo	Calidad de vida; Cáncer de mama; Estrategias de afrontamiento; Psicología de la salud.
Ubicación	<a href="https://doi.org/10.21501/25907565.3261">https://doi.org/10.21501/25907565.3261</a>
Descripción	Su objetivo fue identificar las estrategias de afrontamiento más utilizadas y la percepción de la enfermedad en relación con la calidad de vida entre mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. Se revisaron estudios entre 2012-2017, solo 35 artículos cumplieron con los criterios de selección. Se descubrió que la calidad de vida tiene una correlación positiva con las estrategias de afrontamiento activas y se correlaciona negativamente con las estrategias de afrontamiento pasivas; el estadio de la enfermedad y la situación psicosocial del paciente son variables que influyen. Y los instrumentos más utilizados para evaluar las estrategias de afrontamiento son: COPE, Inventario de

	afrentamiento (CSI) y Estrategias de Coping Modificad (EEC-M) y de la calidad de vida son: WHOQOL-BREF, SF-36, QLQ-C30 y el FACIT-B.
Conceptos abordados	Estrategias de afrontamiento, cáncer de mama, calidad de vida, instrumentos, estrategias de afrontamiento positivas y negativas.
Observaciones	La religiosidad y el buscar apoyo social, son estrategias de afrontamiento activas que surgen desde el mismo paciente, es decir, son herramientas intrínsecas que podrían explorarse en el paciente oncológico en pro del tratamiento.

Nombre del documento	Activación conductual para el control de la depresión en pacientes oncológicos: una revisión.
Autor(es)	Becerra, A.; Reynoso, L.; Bravo, M. y Ordaz, M.
Referencia Bibliográfica	Becerra, A.; Reynoso, L.; Bravo, M. y Ordaz, M. (2017). Activación conductual para el control de la depresión en pacientes oncológicos: una revisión. <i>Psicooncología</i> 14(2-3), 203-216.
Palabras claves de búsqueda	Activación conductual, control de la depresión, cáncer.
Palabras claves del artículo	Activación conductual; depresión; cáncer
Ubicación	<a href="http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.57080">http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.57080</a>
Descripción	El objetivo fue conocer la efectividad de la Activación Conductual (AC) en el Trastorno Depresivo Mayor en pacientes oncológicos, se seleccionaron 10 estudios entre 2000-2016 en pacientes no hospitalizados con diferentes tipos de cáncer (6 estudios fueron de cáncer de mama), atendidos en la consulta externa y con intervención individual. Los instrumentos más utilizados para evaluar la depresión mayor son: Escala de Depresión de Hamilton (HDRS), Escala de Depresión de Beck y la escala de Depresión y Ansiedad (HADS). El autor con más estudios fue Derek Richard Hopko En todos los estudios, la AC fue eficaz para reducir la

	depresión, al combinarse con otras técnicas (Terapia cognitiva breve), mejora su efectividad.
Conceptos abordados	Activación conductual, trastorno depresivo mayor, cáncer, instrumentos
Observaciones	La activación conductual podría usarse en primera instancia en pacientes oncológicos con depresión mayor, para que retomem sus responsabilidades y actividades cotidianas, el utilizar otras técnicas complementarias como terapia cognitiva, la enriquecen y el paciente mejora.

Nombre del documento	Intervención Cognitivo-conductual para el control de ansiedad ante la biopsia insicional en pacientes con cáncer de mama
Autor(es)	Becerra, A.; Reynoso, L.; García, F. y Ramirez, A.
Referencia Bibliográfica	Becerra, A.; Reynoso, L.; García, F. y Ramirez, A. (2016). Intervención Cognitivo-conductual para el control de ansiedad ante la biopsia insicional en pacientes con cáncer de mama. <i>Psicooncologia</i> 13(1), 85-99.
Palabras claves de búsqueda	Intervención cognitivo conductual, control de ansiedad, biopsia insicional, cáncer de mama.
Palabras claves del artículo	Biopsia incisional, ansiedad, terapia cognitivo-conductual.
Ubicación	<a href="https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2016.v13.n1.52489">https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2016.v13.n1.52489</a>
Descripción	El estudio buscó evaluar el efecto de un programa cognitivo-conductual sobre la ansiedad en mujeres que se sometieron a toma de biopsia incisional en mama por primera vez. Fue un estudio pre experimental, participaron 10 mujeres. Se utilizó la Escala de ansiedad-estado del IDARE, el Escala de Expresión Facial-Ansiedad (EEF-A) y Escala de Expresión Facial-Dolor (EEF-D). El programa constó de 4 fases, donde se les enseñó diversas técnicas, se les evaluó y se les tomó la frecuencia cardiaca y la tensión arterial. La TCC fue efectiva para reducir la ansiedad, se comprobó a través del IDARE y la EEF-A.

Conceptos abordados	Ansiedad, intervención cognitivo conductual, cáncer de mama, biopsia incisional, ansiedad-estado.
Observaciones	Se demostró que la Intervención Cognitivo Conductual es efectiva para reducir la ansiedad ante la biopsia, el brindar herramienta para su manejo es beneficioso.

Nombre del documento	Eficacia-efectividad del programa de reducción del estrés basado en la conciencia plena (MBSR): actualización
Autor(es)	Bertolín, J.
Referencia Bibliográfica	Bertolín, J. (2015). Eficacia-efectividad del programa de reducción del estrés basado en la conciencia plena (MBSR): actualización. <i>Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría</i> 35 (126), 289-307.
Palabras claves de búsqueda	Eficacia, efectividad, mindfulness, programa MBSR.
Palabras claves del artículo	Mindfulness; conciencia plena; reducción del estrés basado en la conciencia plena; MBSR; meditación; evaluación de programa.
Ubicación	<a href="https://doi.org/10.4321/S0211-57352015000200005">https://doi.org/10.4321/S0211-57352015000200005</a>
Descripción	El objetivo fue conocer la efectividad de los programas de Reducción del estrés basado en el Mindfulness (MSBR). Fue una investigación cualitativa (revisión narrativa), se incluyó 136 artículos, se estudió diversas patologías. Respecto al cáncer, se descubrió que el MSBR mejora la calidad de vida, alteraciones anímicas, síntomas de estrés, calidad de sueño, ajuste psicosocial; y reduce la fatiga, tensión, ansiedad y depresión. Además, regula las concentraciones plasmáticas hormonales del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal.

Conceptos abordados	MSBR, cáncer, ansiedad, depresión.
Observaciones	Los programas de reducción del estrés basado en Mindfulness son efectivos para reducir la sintomatología física y psicológica en pacientes oncológicos y otras enfermedades.



Nombre del documento	La intervención psicológica en mindfulness con pacientes supervivientes de cáncer de mama. Revisión sistemática.
Autor(es)	Calero, R. & Cruzado, J.A.
Referencia Bibliográfica	Calero, R. & Cruzado, J.A. (2018). La intervención psicológica en mindfulness con pacientes supervivientes de cáncer de mama. Revisión sistemática. <i>Psicooncología</i> 15(1): 75-88.
Palabras claves de búsqueda	Intervención psicológica, Mindfulness, sobrevivientes de cáncer de mama.
Palabras claves del artículo	Cáncer de mama; supervivencia; mindfulness; calidad de vida.
Ubicación	<a href="http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.59177">http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.59177</a>
Descripción	El objetivo fue conocer la eficacia de las intervenciones psicológicas en mindfulness con supervivientes de cáncer de mama. Se seleccionaron 10 estudios entre el 2011-2017, todos tenían un grupo experimental y control y tenían un seguimiento post intervención. El mindfulness es efectivo para reducir la sintomatología física (como fatiga y sueño) y psicológica (ansiedad, depresión y estrés percibido), mejorando así la calidad de vida.
Conceptos abordados	Calidad de vida, mindfulness, seguimiento post intervención, cáncer de mama.
Observaciones	En el artículo, se menciona que existen estudios pioneros que exploran el mejoramiento del sistema inmune tras la aplicación

	del Mindfulness, hasta el momento se han tenido resultados favorables.
--	--

Nombre del documento	Asociación entre calidad de vida y estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de un hospital en Chiclayo, 2014.
Autor(es)	Chanduví, L.; Granados, F.; García, L. & Fanning, M.
Referencia Bibliográfica	Chanduví, L.; Granados, F.; García, L. & Fanning, M. (2015). Asociación entre calidad de vida y estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de un hospital en Chiclayo, 2014. <i>Revista Tzhoecoen</i> 7(2), 117-132.
Palabras claves de búsqueda	Calidad de vida, estrategias de afrontamiento, estrés, cáncer.
Palabras claves del artículo	Afrontamiento al estrés, calidad de vida y neoplasias.
Ubicación	<a href="http://revistas.uss.edu.pe/index.php/tzh/article/view/275/283">http://revistas.uss.edu.pe/index.php/tzh/article/view/275/283</a>
Descripción	El objetivo fue buscar asociación entre la calidad de vida y estrategias de afrontamiento. Fue una investigación no experimental correlacional, la muestra la conformaron 48 pacientes con diferentes tipos de cáncer. Se utilizó el COPE para evaluar el afrontamiento y el WHOQOL bref para evaluar la calidad de vida. El estudio afirma que los pacientes muestran una calidad de vida muy alta (47%) y alta (44%). No se obtuvieron correlaciones estadísticamente significativas entre las variables, pero se encontró que las tres estrategias más

	influyentes en la calidad de vida fueron: el acudir a la religión (59%), reinterpretación positiva (21%) y planificación (11%).
Conceptos abordados	Calidad de vida, estrategias de afrontamiento, cáncer
Observaciones	Otros estudios afirman que el acudir a la religión, es una de las estrategias de afrontamiento más relacionadas estadísticamente a una alta calidad de vida.

Nombre del documento	Mindfulness and metacognition in facing with fear of recurrence: A proof-of-concept study with breast-cancer women
Autor(es)	Chel, S.; Caligiani, L.; Martella, F.; De Bartolo, P.; Mancinni, F. & Fioretto, L.
Referencia Bibliográfica	Chel, S.; Caligiani, L.; Martella, F.; De Bartolo, P.; Mancinni, F. & Fioretto, L. (2019). Mindfulness and metacognition in facing with fear of recurrence: A proof-of-concept study with breast-cancer women. <i>Psychooncology</i> 28(3), 600-606.
Palabras claves de búsqueda	Mindfulness, metacognition, fear of recurrence, breast cancer.
Palabras claves del artículo	Mindfulness, metacognition, fear of recurrence, breast cancer.
Ubicación	<a href="https://doi.org/10.1002/pon.4984">https://doi.org/10.1002/pon.4984</a>
Descripción	El objetivo fue reducir el miedo a la recaída a través del Mindfulness y metacognición en pacientes con cáncer de mama. La muestra estuvo compuesta por 114 pacientes en recuperación. Se evaluó la angustia psicosocial y el miedo a través de instrumentos y entrevistas cualitativas, las pacientes con un puntaje patológico recibieron terapias individuales (n=76), el resto una intervención grupal (n=38). La intervención mixta fue efectiva, hubo una disminución

	significativa en los síntomas de depresión, ansiedad, postraumáticos y en el miedo a la recaída.
Conceptos abordados	Miedo a la recaída, Mindfulness, Metacognición, técnicas, terapias individuales y grupales.
Observaciones	No se pudo acceder al artículo completo ya que se necesita estar suscrito a la revista.

Nombre del documento	Estudio longitudinal del crecimiento postraumático y la calidad de vida en mujeres supervivientes de cáncer de mama
Autor(es)	Esparza, T.; Martinez, T.; Leibovich, N; Campos, R. & Lobo, A.
Referencia Bibliográfica	Esparza, T.; Martinez, T.; Leibovich, N; Campos, R. & Lobo, A. (2015). Estudio longitudinal del crecimiento postraumático y la calidad de vida en mujeres supervivientes de cáncer de mama. <i>Revista Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología</i> 12 (2-3), 303-314.
Palabras claves de búsqueda	Crecimiento postraumático, calidad de vida, supervivientes, cáncer de mama, estudio longitudinal.
Palabras claves del artículo	Calidad de Vida, Crecimiento Postraumático, estudio longitudinal, cáncer de mama.
Ubicación	<a href="https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n2-3.51011">https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n2-3.51011</a>
Descripción	Se buscó describir la relación entre el Crecimiento Post Traumático y la Calidad de vida. Participaron 156 supervivientes, y se utilizó el Inventario de Crecimiento Postraumático (PTGI) y el cuestionario de calidad de vida para pacientes con cáncer de mama FACIT-B. El Crecimiento Post Traumático se mantuvo estable y la calidad de vida fue

	disminuyendo. Más del 50% de las pacientes mostraron una CPT entre alto-moderado durante los 3 años de estudio.
Conceptos abordados	Crecimiento post traumático, calidad de vida, cáncer de mama,
Observaciones	El estrés postraumático es una variable presente en las pacientes con cáncer de mama e influye en la calidad de vida.



Nombre del documento	Indicadores de Malestar Emocional y Calidad de Vida de los pacientes con enfermedad oncológica que acuden a los servicios del Hospital de Oncología del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, en la ciudad de San Salvador, durante el periodo de Octubre a Noviembre de 2015.
Autor(es)	Espinoza, R.; Guillen, R. & Monge, M.
Referencia Bibliográfica	Espinoza, R.; Guillen, R. & Monge, M. (2016). <i>Indicadores de Malestar Emocional y Calidad de Vida de los pacientes con enfermedad oncológica que acuden a los servicios del Hospital de Oncología del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, en la ciudad de San Salvador, durante el periodo de Octubre a Noviembre de 2015</i> . Tesis de Licenciatura, Universidad El Salvador, Facultad de Ciencias y Humanidades, Dpto. de Psicología.
Palabras claves de búsqueda	Malestar emocional, calidad de vida, pacientes oncológicos.
Palabras claves del artículo	Malestar emocional, calidad de vida
Ubicación	<a href="http://ri.ues.edu.sv/15159/1/14102789.pdf">http://ri.ues.edu.sv/15159/1/14102789.pdf</a>
Descripción	Se buscó determinar la relación entre malestar emocional y calidad de vida. Fue una investigación correlacional,

	<p>participaron 103 pacientes oncológicos. Se utilizó el Cuestionario Multidimensional de Malestar Emocional y el FACIT-SP para evaluar la calidad de vida. El malestar emocional predice la calidad de vida en un 25%. El bienestar espiritual es el dominio más significativo para la calidad de vida. Mientras mayor sea el nivel educativo, menos malestar emocional.</p>
<p>Conceptos abordados</p>	<p>Malestar emocional, calidad de vida, características sociodemográficas, cáncer.</p>
<p>Observaciones</p>	<p>Es otra investigación que confirma que la espiritualidad está altamente relacionada con la calidad de vida en pacientes oncológicos. El malestar emocional se relaciona al nivel educativo, otras investigaciones dicha variable no es estadísticamente significativa.</p>

Nombre del documento	The effectiveness of dialectical behavior therapy (DBT) in reducing distress and increased life expectancy in patients with breast cancer.
Autor(es)	Faraji, M.
Referencia Bibliográfica	Faraji, M. (2015). The effectiveness of dialectical behavior therapy (DBT) in reducing distress and increased life expectancy in patients with breast cancer. <i>Science Journal (CSJ)</i> 36 (3), 1340-1346.
Palabras claves de búsqueda	Dialectical behavior therapy, DBT, distress, life expectancy, breast cancer
Palabras claves del artículo	Stress, life expectancy, dialectical behavior therapy, breast cancer
Ubicación	<a href="https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/713860">https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/713860</a>
Descripción	Se buscó reducir la angustia y aumentar la esperanza de vida a través de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT). Fue una investigación cuasiexperimental, el grupo experimental (n=15) recibió 10 sesiones de DBT y el control (n=15) no recibió intervención. Se utilizó el Cuestionario de angustia psicológica Kessler 10 (K10) que se utiliza para identificar trastornos mentales, y la Escala de Esperanza de Snyder. En el grupo experimental disminuyó la angustia y aumentó su esperanza de vida.

Conceptos abordados	Angustia, distrés, esperanza de vida, dbt, cáncer,
Observaciones	Ya que la DBT aumentó la esperanza de vida, hubiera sido interesante que se comentara en el estadio del cáncer en el que se encontraba la muestra, ya que beneficiaría a las pacientes que se encuentren en tratamiento.

Nombre del documento	Asociación entre variables sociodemográficas, clínicas y calidad de vida con el apoyo social percibido en pacientes colombianos con cáncer
Autor(es)	Fontibón, L.; Acosta, L.; Valdemar, J.; Valdemar, A. & Sánchez, R.
Referencia Bibliográfica	Fontibón, L.; Acosta, L.; Valdemar, J.; Valdemar, A. & Sánchez, R. (2015). "Asociación entre variables sociodemográficas, clínicas y calidad de vida con el apoyo social percibido en pacientes colombianos con cáncer." <i>Avances en Psicología latinoamericana</i> 33(3), 387-395.
Palabras claves de búsqueda	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, VARIABLES CLÍNICAS, CALIDAD DE VIDA, APOYO SOCIAL PERCIBIDO, CÁNCER.
Palabras claves del artículo	APOYO SOCIAL; CALIDAD DE VIDA; CÁNCER; MOS; FACT-G.
Ubicación	<a href="http://dx.doi.org/10.12804/apl33.03.2015.02">http://dx.doi.org/10.12804/apl33.03.2015.02</a>
Descripción	El objetivo fue describir la relación de las variables sociodemográficas, clínicas y calidad de vida con el apoyo social percibido en pacientes con cáncer. Fue un estudio transversal-analítico, 119 pacientes con diferentes tipos de cáncer participaron. Se utilizó el Medical Outcomes Study-Social Support Survey (MOSS) para evaluar el apoyo social

	<p>percibido y el FACT-G para evaluar la calidad de vida. No se encontraron estadísticas significativas entre el apoyo social percibido y las variables sociodemográficas, pero si con la calidad de vida, específicamente en dos subescalas del FACT-G: bienestar funcional y sociofamiliar.</p>
<p>Conceptos abordados</p>	<p>Apoyo social percibido, calidad de vida, variables sociodemográficas, cáncer.</p>
<p>Observaciones</p>	<p>Las variables sociodemográficas no se relacionan con el apoyo social percibido. El cáncer de mama está asociada a un bajo apoyo social percibido.</p>

Nombre del documento	Estilo de afrontamiento y calidad de vida en adolescentes con cáncer.
Autor(es)	García, A. & Lucio, M
Referencia Bibliográfica	García, A. & Lucio, M. (2016). Estilo de afrontamiento y calidad de vida en adolescentes con cáncer. <i>Gaceta Mexicana de Oncología</i> 15(1),3.
Palabras claves de búsqueda	Estilo de afrontamiento, calidad de vida, adolescentes, cáncer.
Palabras claves del artículo	Cáncer, adolescentes; Calidad de vida, Estilo de afrontamiento, estrategias de afrontamiento
Ubicación	<a href="http://dx.doi.org/10.1016/j.gamo.2016.02.004">http://dx.doi.org/10.1016/j.gamo.2016.02.004</a>
Descripción	Se buscó describir las estrategias de afrontamiento y de calidad de vida en adolescentes oncológicos. Fue un estudio exploratorio descriptivo, la muestra se conformó por 23 adolescentes con cáncer. Se utilizó el Cuestionario de Afrontamiento para adolescentes, el Inventario de Calidad de vida pediátrico y una entrevista semiestructurada. Se encontró que la calidad de vida fue de un nivel deteriorado medio, hubo bajos puntajes en malestar cognitivo y emocional y funcionamiento emocional. La estrategia de afrontamiento más utilizada fue la religión

Conceptos abordados	Estrategia de afrontamiento, calidad de vida, adolescentes, cáncer
Observaciones	La calidad de vida fue deteriorada baja, mientras que en pacientes oncológicos adultos la CV suele ser media a alta. Además, no hubo diferencias en el nivel de CV entre adolescentes en recaída o tratamiento.



Nombre del documento	Revisión sistemática sobre la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el tratamiento psicológico de pacientes con cáncer.
Autor(es)	García, A. & Tamayo, J.
Referencia Bibliográfica	García, A. & Tamayo, J. (2018). Revisión sistemática sobre la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el tratamiento psicológico de pacientes con cáncer. <i>Psicooncología</i> 16(1), 101-125.
Palabras claves de búsqueda	Eficacia, terapia de aceptación y compromiso, ACT, cáncer.
Palabras claves del artículo	Cáncer, Terapia de Aceptación y Compromiso, eficacia, familia, evidencia empírica.
Ubicación	<a href="http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.63651">http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.63651</a>

Descripción	<p>El fin fue conocer la eficacia de la ACT como tratamiento psicológico en pacientes oncológicos, se seleccionó 8 estudios cuasi experimentales o experimentales. En los pacientes con cáncer, se han utilizado distintas variables como parte del tratamiento, al comparar resultados de sintomatología ansiosa, depresiva y el distrés, la ACT muestra resultados más favorables que la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) en algunos estudios. La calidad de vida, flexibilidad psicológica y expectativas ante la vida es mayor en la ACT que en la TCC, pues se muestran resultados que van desde un aumento moderado hasta una mejoría notable. En los 8 estudios, tras finalizar la terapia ACT, la mejoría se mantiene a largo y mediano plazo en flexibilidad psicológica, la aceptación, la defusión del pensamiento, una mayor clarificación de los valores y compromiso de actuar. Además, La ACT suele ser comparada con la TCC y no con otras terapias.</p>
Conceptos abordados	<p>ACT, cáncer, calidad de vida, TCC, ansiedad, depresión, distrés, clarificación de valores.</p>
Observaciones	<p>La ACT suele ser comparada con la TCC y no con otras terapias.</p>

Nombre del documento	Efectos de la calidad de vida en la adherencia al tratamiento de quimioterapia en el servicio de oncología del Hospital Eugenio Espejo.
Autor(es)	García, D.
Referencia Bibliográfica	García, D. (2018). <i>Efectos de la calidad de vida en la adherencia al tratamiento de quimioterapia en el servicio de oncología del Hospital Eugenio Espejo</i> . Tesis de Licenciatura, Universidad Central del Ecuador, Quito, Facultad de Ciencias Psicológicas.
Palabras claves de búsqueda	Calidad de vida, adherencia al tratamiento, quimioterapia, cáncer.
Palabras claves del artículo	Efectos de la calidad de vida, Adherencia al tratamiento, Pacientes oncológicos.
Ubicación	<a href="http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/14955/1/T-UC-0007-PC035-2018.pdf">http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/14955/1/T-UC-0007-PC035-2018.pdf</a>
Descripción	Se buscó determinar si los efectos de la calidad de vida inciden en la adherencia al tratamiento de los pacientes oncológicos. Fue un estudio correlacional y la muestra se conformó por 25 pacientes oncológicos. Se utilizó Cuestionario de 26 preguntas para evaluar la adherencia al tratamiento y el cuestionario de Calidad de vida QLQ-C30. Se encontró que las variables tienen

	una correlación inversa de $r=-25$ , es decir, a mayor calidad de vida, menos adherencia al tratamiento oncológico.
Conceptos abordados	Cáncer, adherencia al tratamiento oncológico, tratamientos, calidad de vida, pacientes con cáncer
Observaciones	El resultado demuestra que los efectos secundarios de los tratamientos para el cáncer, afectan al paciente y afecta negativamente su calidad de vida.

Nombre del documento	Imagen Corporal y su influencia en la Calidad de Vida en mujeres con mastectomía. Comparación entre mujeres con reconstrucción inmediata, reconstrucción diferida o sin reconstrucción.
Autor(es)	Gargantini, A. & Martín, L.
Referencia Bibliográfica	Gargantini, A. & Martín, L. (2019). Imagen Corporal y su influencia en la Calidad de Vida en mujeres con mastectomía. Comparación entre mujeres con reconstrucción inmediata, reconstrucción diferida o sin reconstrucción. <i>Psicooncología</i> 16(1), 43-60.
Palabras claves de búsqueda	Imagen corporal, calidad de vida, mastectomía, cáncer de mama.
Palabras claves del artículo	Mastectomía, reconstrucción mamaria, imagen corporal, calidad de vida, psicooncología.
Ubicación	<a href="http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.63647">http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.63647</a>
Descripción	El fin fue analizar la imagen corporal y su influencia en la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama que han tenido una mastectomía con reconstrucción inmediata, diferida o sin reconstrucción. Fue una investigación descriptiva de diseño ex post facto en tres subgrupos: reconstrucción inmediata (n=10), reconstrucción diferida (n=10) y sin reconstrucción (n=10). Se utilizó la Escala de Imagen Corporal (S-BIS) y el Inventario de Influencia de imagen corporal sobre calidad de vida (BIQLI-SP). Se obtuvo que las mujeres que accedieron a la

	reconstrucción inmediata tienen un menor deterioro de imagen y una mejor calidad de vida. No se encontraron diferencias significativas en los subgrupos. La sexualidad fue la variable más afectada.
Conceptos abordados	Cáncer de mama, reconstrucción mamaria, reconstrucción inmediata, reconstrucción diferida, sin reconstrucción, calidad de vida, imagen corporal.
Observaciones	La imagen corporal es una variable que suele presentarse en las mujeres con cáncer de mama, sobre todo tras una cirugía sin reconstrucción mamaria.

Nombre del documento	Eficacia de la terapia cognitivo conductual en mujeres con cáncer de mama
Autor(es)	Gonzales García, A.; Gonzales Hurtado, A. & Estrada, B.
Referencia Bibliográfica	Gonzales García, A.; Gonzales Hurtado, A. & Estrada, B. (2015). Eficacia de la terapia cognitivo conductual en mujeres con cáncer de mama. <i>Psicooncología</i> 12(1), 129-140
Palabras claves de búsqueda	Eficacia, terapia cognitivo conductual, TCC, cáncer de mama.
Palabras claves del artículo	Terapia Cognitivo Conductual, cáncer de mama, ansiedad, percepción de calidad de vida, afrontamiento.
Ubicación	<a href="http://dx.doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n1.48908">http://dx.doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n1.48908</a>
Descripción	Se buscó demostrar la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, con el fin de disminuir niveles de ansiedad y depresión, desarrollar habilidades de afrontamiento positivo y mejorar la percepción de calidad de vida. Fue un estudio pre experimental. Se aplicó 10 sesiones individuales de TCC a 15 pacientes y se utilizó diversas técnicas. Se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), el cuestionario de calidad de vida Whoqol- Bref y el cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (CAEPO). Se obtuvo una disminución estadísticamente significativa en la subescala de

	ansiedad, en la Ansiedad y Depresión general, en dos escalas de la calidad de vida y una escala en el afrontamiento (negación).
Conceptos abordados	Calidad de vida, cáncer de mama, terapia cognitivo conductual, ansiedad, depresión, calidad de vida, afrontamiento
Observaciones	La TCC es estadísticamente efectiva para reducir la ansiedad y la depresión, ambas suelen ser los síntomas psicológicos más perjudiciales.



Nombre del documento	Mindfulness-based interventions for women with breast cancer: an updated systematic review and meta-analysis
Autor(es)	Haller, H.; Winkler, M.; Klose, P.; Dobos, G.; Kümmel, S. & Cramer, H.
Referencia Bibliográfica	Haller, H.; Winkler, M.; Klose, P.; Dobos, G.; Kümmel, S. & Cramer, H. (2017). Mindfulness-based interventions for women with breast cancer: an updated systematic review and meta-analysis. <i>Acta Oncológica</i> 56(12), 1665–76.
Palabras claves de búsqueda	Mindfulness, breast cancer, systematic review, meta-analysis.
Palabras claves del artículo	MBSR, MBCT, cáncer de mama, metanaalisis, revisión sistemática.
Ubicación	<a href="https://doi.org/10.1080/0284186X.2017.1342862">https://doi.org/10.1080/0284186X.2017.1342862</a>
Descripción	Se realizó una revisión sistemática y metaanálisis para actualizar sistemáticamente la evidencia de la reducción del estrés basada en Mindfulness (MBSR) y la terapia cognitiva basada en Mindfulness (MBCT) en mujeres con cáncer de mama. Solo 10 estudios (ensayos controlados aleatorios) cumplieron con los criterios de inclusión. Como producto se obtuvo que las intervenciones basadas en Mindfulness son efectivas para reducir la sintomatología de la calidad de vida relacionada con la salud, fatiga, sueño, estrés, ansiedad y

	depresión. El FACT-B y QLQ-30 BR23 son los instrumentos más utilizados para evaluar la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama.
Conceptos abordados	Cáncer de mama, MSBR, MBCT, calidad de vida relacionada con la salud, estrés, ansiedad, fatiga, ansiedad, depresión.
Observaciones	Los síntomas físicos son los que más afectan a pacientes oncológicos y el Mindfulness es efectivo para ello.

Nombre del documento	Quality of life in Chilean breast cancer survivors.
Autor(es)	Irrazaval, M.E.; Kleinman, P.; Silva, F.; Fernández, L.; Torres, C.; Fritis, M.; Barriga, C. & Waintrub, H.
Referencia Bibliográfica	Irrazaval, M.E.; Kleinman, P.; Silva, F.; Fernández, L.; Torres, C.; Fritis, M.; Barriga, C. & Waintrub, H. (2016). Quality of life in Chilean breast cancer survivors. <i>Revista médica de Chile</i> 144(12), 1567-1576.
Palabras claves de búsqueda	Quality of life, Chilean breast, cancer survivors
Palabras claves del artículo	Breast Neoplasms; Quality of Life; Surveys and Questionnaires; Survivors
Ubicación	<a href="https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016001200008">https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016001200008</a>
Descripción	El objetivo fue evaluar la calidad de vida en sobrevivientes de cáncer de mama. Fue un estudio descriptivo transversal, conformado por 91 sobrevivientes. Se utilizó QLQ-C30 y QLQ-BR23 para evaluar la calidad de vida. Se obtuvo que la calidad de vida en general tuvo una media 73.6. Aún se presentan síntomas como: insomnio, dolor y fatiga y tenían una alta preocupación por su salud futura.
Conceptos abordados	Cáncer de mama, sobrevivientes chilenas, calidad de vida, reconstrucción mamaria, cirugía conservadora, cirugía, radioterapia, quimioterapia.

Observaciones	Al igual que en otras investigaciones, los síntomas físicos son los que más afectan a los pacientes oncológicos (en este caso, cáncer de mama).
---------------	---

Nombre del documento	Evidencia empírica de las intervenciones basadas en Mindfulness en patología somática
Autor(es)	León-Quismodo, L. e Ibañez, A.
Referencia Bibliográfica	León-Quismodo, L. e Ibañez, A. (2019). Evidencia empírica de las intervenciones basadas en Mindfulness en patología somática. <i>Revista RIECS</i> 4(s1), 123-131.
Palabras claves de búsqueda	Evidencia empírica, intervenciones, Mindfulness, patología somática.
Palabras claves del artículo	Mindfulness; Patología Somática; Eficacia; Revisión Sistemática; Metaanálisis
Ubicación	<a href="https://www.riecs.es/index.php/riecs/article/view/120/168">https://www.riecs.es/index.php/riecs/article/view/120/168</a>
Descripción	Se realizó una revisión sistemática para conocer la efectividad del mindfulness en diversas patologías: deterioro cognitivo, enfermedades neurológicas, endocrinas, cardiovasculares, inflamatoria intestinal, cáncer, además insomnio y dolor. En el cáncer, las intervenciones basadas en mindfulness son efectivas para reducir las alteraciones del ánimo, ansiedad, depresión y estrés. Mejora la calidad de vida, el sistema inmune y la activación fisiológica. Hay efectos positivos a nivel sexual y aceptación de la enfermedad.
Conceptos abordados	Intervenciones basadas en Mindfulness, patologías, cáncer, dolor, insomnio.

Observaciones	Existen mejoras en la calidad de vida, pero no son significativas. Mejoran tanto síntomas físicos como psicológicos que más afectan a los pacientes.
---------------	--

Nombre del documento	Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama
Autor(es)	Lostanau, V.; Torrejón, C. & Cassaretto, M.
Referencia Bibliográfica	Lostanau, V.; Torrejón, C. & Cassaretto, M. (2017). Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama. <i>Revista Actualidades en Psicología</i> 31(122), 75-90.
Palabras claves de búsqueda	Estrés, afrontamiento, calidad de vida, cáncer de mama.
Palabras claves del artículo	Calidad de vida relacionada a la salud, afrontamiento, estrés percibido, estrés traumático, cáncer de mama, migración y tipo de tratamiento
Ubicación	<a href="http://dx.doi.org/10.15517/ap.v31i122.25345">http://dx.doi.org/10.15517/ap.v31i122.25345</a>
Descripción	El fin fue relacionar los componentes físicos y mentales de la Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) con el estrés traumático, estrés percibido y el afrontamiento. Fue una investigación correlacional, participaron 53 mujeres con cáncer. Se usó el cuestionario de calidad de vida SF-36, el Inventario de estimación de afrontamiento COPE y la Escala de Estrés Percibido (EEP). Los resultados mostraron un nivel medio-alto en la CVRS de dichas pacientes. La condición de migración, tipo de tratamiento y estrés traumático varían en un

	30% el componente físico. El estrés traumático, estrés percibido y el estilo de afrontamiento orientado a la emoción varían en un 43% el componente mental.
Conceptos abordados	Calidad de vida relacionada a la salud, componentes físicos y mentales del SF-36, cáncer de mama, afrontamiento, estrés.
Observaciones	El componente físico es el más afectado, coincide con otros estudios.



Nombre del documento	Health-related quality of life, psychosocial functioning, and unmet health needs in patients with sarcoma: A systematic review.
Autor(es)	McDonough, J.; Elliott, J.; Neuhaus, S.; Reid, J. & Butow, F.
Referencia Bibliográfica	McDonough, J.; Elliott, J.; Neuhaus, S.; Reid, J. & Butow, F. (2019). Health-related quality of life, psychosocial functioning, and unmet health needs in patients with sarcoma: A systematic review. <i>Psychooncology</i> 28(4), 653-664).
Palabras claves de búsqueda	Health-related, Quality of life, QOL, psychosocial functioning, unmet health needs, sarcoma, systematic review
Palabras claves del artículo	Health-related, Quality of life, QOL, psychosocial functioning, unmet health needs, sarcoma, systematic review
Ubicación	<a href="https://doi.org/10.1002/pon.5007">https://doi.org/10.1002/pon.5007</a>
Descripción	Se realizó una revisión sistemática entre el 2007-2017 sobre la Calidad de Vida Relacionado a la Salud (CVRS), funcionamiento psicosocial y necesidades de salud no satisfechas en pacientes con sarcoma, se seleccionaron solo 31 artículos. Se descubrió que, en estos pacientes, la CVRS es baja, específicamente a nivel físico y psicológico. Ante el diagnóstico, los síntomas de ansiedad son lo más frecuente y en la fase de tratamiento, la depresión.
Conceptos abordados	CVRS, cáncer, sarcoma, revisión sistemática, ansiedad, depresión

Observaciones	La sintomatología física, la depresión y ansiedad son las que más afectan a los pacientes con sarcoma.
---------------	--

Nombre del documento	Bienestar espiritual y calidad de vida en pacientes con cáncer de un hospital de la ciudad de Trujillo
Autor(es)	Martel, B.
Referencia Bibliográfica	Martel, B. (2017). “ <i>Bienestar espiritual y calidad de vida en pacientes con cáncer de un hospital de la ciudad de Trujillo</i> ”. Tesis de Licenciatura, Universidad Privada del Norte, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Psicología.
Palabras claves de búsqueda	Bienestar espiritual, calidad de vida, cáncer.
Palabras claves del artículo	Bienestar espiritual, Calidad de vida, Pacientes con cáncer
Ubicación	<a href="http://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/10613/Martel%20Enriquez%20Belen%20Abihail.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y">http://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/10613/Martel%20Enriquez%20Belen%20Abihail.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y</a>
Descripción	El objetivo fue determinar la relación entre las dos variables. Metodología: Estudio correlacional, participaron 102 pacientes en quimioterapia ambulatoria. Se utilizó la Escala de Bienestar Espiritual y el cuestionario de calidad de vida SF-36. Se obtuvo que el 76.9% de los pacientes tenían un bienestar espiritual moderado-alto y el 94.2% tenía una alta calidad de vida. Existe una relación altamente significativa entre el Bienestar Espiritual y Calidad de vida ( $r_s=0.660$ ). El 84% de la muestra era católico y su práctica religiosa era orar y tener fe.

Conceptos abordados	Bienestar espiritual, religión, existencial, calidad de vida, cáncer, quimioterapia.
Observaciones	La espiritualidad está altamente relacionado con la calidad de vida y ayuda a afrontar el cáncer, coincide con otras investigaciones.

Nombre del documento	Análisis del efecto de un programa de intervención grupal sobre la calidad de vida en pacientes oncológicos
Autor(es)	Massone, A. & Llull, D.
Referencia Bibliográfica	Massone, A. & Llull, D. (2017). Análisis del efecto de un programa de intervención grupal sobre la calidad de vida en pacientes oncológicos. <i>Revista Argentina de Clínica Psicológica XXVI</i> (2), 202-209.
Palabras claves de búsqueda	Efectividad, programa grupal, intervención, calidad de vida, pacientes oncológicos.
Palabras claves del artículo	Psicooncología; Intervención Psicológica; Calidad de Vida; Afrontamiento; Psicología Positiva.
Ubicación	DOI: 10.24205/03276716.2017.1021.
Descripción	El objetivo fue evaluar el efecto de un programa de intervención psicológico grupal sobre el afrontamiento y la calidad de vida del paciente oncológico. Fue una investigación cuasiexperimental, conformado por un grupo experimental (n=10) que recibió el programa psicoeducativo grupal sobre afrontamiento positivo, estabilidad emocional y bienestar; y el grupo control (n=10). Se utilizó el cuestionario de calidad de vida FACT-G y el Mental Adjustment to Cancer Scale para evaluar el afrontamiento. Se obtuvo que el efecto del programa fue moderado, se logró un efecto elevado sobre las variables bienestar social ( $\eta=0,79$ ) y negación ( $\eta=0,87$ ); efecto moderado

	sobre calidad de vida global ( $\eta=0,66$ ) y fatalismo ( $\eta=0,41$ ); efecto bajo sobre el bienestar emocional, espíritu de lucha, desamparo y preocupación ansiosa y efecto nulo sobre el bienestar físico.
Conceptos abordados	Programa psicoeducativo, afrontamiento, calidad de vida, estabilidad emocional, bienestar, cáncer
Observaciones	La psicoeducación mejora la calidad de vida y el afrontamiento.

Nombre del documento	Aceptación de miedos a la recaída en pacientes con cáncer de mama: efectos de una intervención abreviada basada en la ACT
Autor(es)	Montesinos. F. & Luciano, C.
Referencia Bibliográfica	Montesinos. F. & Luciano, C. (2016). Aceptación de miedos a la recaída en pacientes con cáncer de mama: efectos de una intervención abreviada basada en la ACT. <i>Psicooncología</i> 13(1), 7-21.
Palabras claves de búsqueda	Miedo a la recaída, cáncer de mama, efectividad, terapia de aceptación y compromiso, intervención abreviada.
Palabras claves del artículo	Terapia de Aceptación y Compromiso, ACT, cáncer, psicooncología, miedo a la recidiva.
Ubicación	<a href="http://dx.doi.org/10.5209/rev_PSIC.2016.v13.n1.52484">http://dx.doi.org/10.5209/rev_PSIC.2016.v13.n1.52484</a>
Descripción	El objetivo fue conocer la eficacia de una intervención breve de ACT en la aceptación del miedo a la recaída. Participaron 12 pacientes, se dividieron en grupo experimental (n=8) que recibió la ACT y las del grupo control (N=4) fueron designadas a lista de espera. La intervención breve de la ACT tiene 3 componentes: Evaluación de satisfacción y clarificación de valores, Componente orientado a la aceptación, y Defusión. Los 3 componentes fueron aplicados en una sola sesión, y se realizaron evaluaciones en 3 momentos: una semana, un mes y

	<p>tres meses después de la intervención. Se utilizaron las Escalas subjetivas para conocer la intensidad e interferencia del miedo, la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), versión abreviada de la escala de afrontamiento al cáncer (MINIMAC), Cuestionario del comportamiento de la enfermedad (IBQ) y la Escala de Frecuencia de acciones valoradas. Como resultado, se obtuvo que el 87% de pacientes del grupo experimental tuvo una reducción clínicamente significativa en las interferencias del miedo a la recaída en los 3 momentos de evaluaciones, en comparación las del grupo control.</p>
<p>Conceptos abordados</p>	<p>Miedo a la recaída, cáncer, ACT, Ansiedad, Depresión, Valores, Comportamiento de enfermedad.</p>
<p>Observaciones</p>	<p>La ACT, a comparación de otras perspectivas de intervención, considera como objetivo la flexibilidad psicológica y a través de ella mejora variables como la calidad de vida.</p>



Nombre del documento	Ansiedad y depresión en hombres con cáncer de próstata en función del tipo de tratamiento y su relación con la calidad de vida y la información recibida
Autor(es)	Oraá, N. & Cruzado, J.
Referencia Bibliográfica	Oraá, N. & Cruzado, J. (2019). Ansiedad y depresión en hombres con cáncer de próstata en función del tipo de tratamiento y su relación con la calidad de vida y la información recibida. <i>Psicooncología</i> , 16(2), 329-344.
Palabras claves de búsqueda	Ansiedad, depresión, cáncer de próstata, tipo de tratamiento, calidad de vida, información recibida.
Palabras claves del artículo	Cáncer de próstata, tratamiento local, tratamiento sistémico, ansiedad, depresión, calidad de vida, información.
Ubicación	<a href="https://dx.doi.org/10.5209/psic.65594">https://dx.doi.org/10.5209/psic.65594</a>
Descripción	El objetivo fue conocer el nivel de ansiedad y depresión que tienen los pacientes con cáncer de próstata en función de variables sociodemográficas (edad, nivel de estudios, situación laboral o tener pareja) y variables clínicas (grupo de riesgo, tipo de tratamiento o fase de supervivencia) y cómo el estado emocional puede variar en función de la calidad de vida y la información recibida. Fue un estudio descriptivo, participaron 216 pacientes, se les dividió en 3 subgrupos, el primero, según el tratamiento: sistémico, local o combinado; según grupo de riesgo: bajo, medio, alto y avanzado; y por fase de supervivencia: 3-12 meses, 12-24 meses y 24-36 meses. Se

	<p>utilizó la Escala Karnofsky (mide capacidad funcional) y el Mini Examen Cognoscitivo (deterioro cognitivo) para seleccionar a los participantes que formarían la muestra; para evaluar las variables de estudio se usó los cuestionarios de calidad de vida QLQ-C30, QLQ-PR25 (exclusivo para cáncer de próstata), QLQ-INFO25 (evaluar la percepción y satisfacción del paciente sobre la información recibida sobre su tratamiento) y los Inventarios de Ansiedad y depresión de Beck (BAI y BDI-II). No hubo diferencias significativas entre las características clínicas o sociodemográficas con la ansiedad y depresión. Los participantes tienen una calidad de vida satisfactoria. La sintomatología más afectada es el insomnio. Los hombres en tratamientos hormonales padecen más niveles de ansiedad y depresión. Los hombres que tienen niveles de ansiedad y depresión más bajos, han recibido más información sobre los tratamientos, están más satisfechos, consideran de mayor utilidad la información recibida y no desean recibir más información.</p>
<p>Conceptos abordados</p>	<p>Calidad de vida, cáncer de próstata, ansiedad, depresión, tratamiento sistémico, tratamiento combinado, tratamiento local, fase de supervivencia, grupo de riesgo.</p>
<p>Observaciones</p>	<p>La información que el paciente maneja influye en la sintomatología de depresión y ansiedad, ya que ambas variables</p>

	son incidentes en pacientes oncológicos, la psicoeducación sería una buena herramienta para prevenirlas.
--	--

Nombre del documento	Efectos del tipo de tratamiento y grupo de riesgo en la calidad de vida y la información en pacientes con cáncer de próstata.
Autor(es)	Oraá, N.; Cruzado, J.; Ossola, G.; Martínez, N.; Sánchez-Fuertes, M., & Martínez-Castellanos, F.
Referencia Bibliográfica	Oraá, N.; Cruzado, J.; Ossola, G.; Martínez, N.; Sánchez-Fuertes, M., & Martínez-Castellanos, F. (2017). Efectos del tipo de tratamiento y grupo de riesgo en la calidad de vida y la información en pacientes con cáncer de próstata. <i>Psicooncología</i> 14(2-3), 241-254.
Palabras claves de búsqueda	Tipo de tratamiento, grupo de riesgo, calidad de vida, cáncer de próstata, calidad de vida, información.
Palabras claves del artículo	Cáncer de próstata; grupo de riesgo; tratamientos; EORTC QLQ-C30; EORTC QLQ-PR25; EORTC QLQ-INFO25
Ubicación	<a href="http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.57083">http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.57083</a>
Descripción	El objetivo fue comprobar las diferencias en la calidad de vida y la información de los pacientes con cáncer de próstata según el tratamiento y grupo de riesgo, y valorar su asociación con las variables sociodemográficas y clínicas. Fue un estudio correlacional, la muestra se conformó por 137 pacientes, se les dividió en 4 grupos según su tratamiento (prostatectomía, radioterapia, terapia hormonal o tratamiento combinado) y el nivel de riesgo (bajo, intermedio, alto y avanzado. Se utilizó los cuestionarios de calidad de vida QLQ-C30, QLQ-PR25 (cáncer de próstata) y el QLQ-INFO25 (conocer la percepción y

	<p>satisfacción de la información recibida durante el tratamiento).</p> <p>La muestra obtuvo una calidad de vida satisfactoria (<math>x=76.75</math>).</p> <p>Los puntajes más bajos fueron en las escalas: física, de rol social y actividad sexual en el grupo de riesgo avanzado y los que tenían el tratamiento de hormonoterapia. La prostatectomía era la que producía más problemas urinarios y los tratamientos combinados mayor sintomatología hormonal. Existe una asociación significativa entre el grupo de riesgo y el tipo de tratamiento. Los mayores o con estudios básicos recibieron menos información y la consideraron menos útil.</p>
Conceptos abordados	Cáncer de próstata, calidad de vida, prostatectomía, radioterapia, terapia hormonal, terapia combinada, nivel de riesgo
Observaciones	Se observa como el tipo de tratamiento afecta en problemáticas específicas del paciente con cáncer de próstata. El nivel de escolaridad influye en la información que el paciente domina sobre su tratamiento.

Nombre del documento	Mecanismos cognitivos del optimismo en cáncer de mama: efectos en la calidad de vida.
Autor(es)	Pastell S.
Referencia Bibliográfica	Pastell S. (2017). Mecanismos cognitivos del optimismo en cáncer de mama: efectos en la calidad de vida. <i>Psicooncología</i> 14(2-3), 367-369.
Palabras claves de búsqueda	Mecanismos cognitivos, optimismo, cáncer de mama, calidad de vida.
Palabras claves del artículo	Mecanismos cognitivos, optimismo, cáncer de mama, calidad de vida.
Ubicación	<a href="http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.57091">http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.57091</a>
Descripción	El objetivo fue estudiar la influencia del optimismo disposicional y el optimismo estratégico en la calidad de vida en dos diferentes momentos de la enfermedad, y en comparación con pacientes con trastorno adaptativo. Participaron un total de 96 mujeres con cáncer de mama divididas en 3 grupos: Fase de tratamiento (n=35), libre de enfermedad/supervivencia (n=30) y mujeres con un diagnóstico de Trastorno adaptativo (DSM-IV), y que no han tenido nunca un cáncer (n= 31). Se utilizó el Cuestionario de calidad de vida QL-CA-Afex y Life Orientation Test-Revised (LOT-R) para evaluar el optimismo disposicional. Se encontró que todas las participantes se ven afectadas en el nivel psicológico/emocional de la calidad de vida y presentan un optimismo disposicional

	estable ( $\chi^2(2) = 1,954$ ; $p= 0,038$ ). El grupo que está en tratamiento y las de supervivencia, sienten menos culpa de su situación médica en comparación de las pacientes con trastorno adaptativo $\chi^2(2)=13,427$ ; $p=0,002$ y no se atribuyen a sí mismas la causa de su enfermedad $\chi^2(2)= 21,045$ ; $p=0,001$ .
Conceptos abordados	Calidad de vida, optimismo disposicional, optimismo estratégico, cáncer de mama, trastorno adaptativo, fase de tratamiento, fase de supervivencia.
Observaciones	El funcionamiento emocional es lo más afectado para la muestra, a diferencia de otros estudios (que los puntajes más bajos están en el funcionamiento físico), probablemente se deba a que el estudio no ha sido exclusivo para pacientes con cáncer de mama.

Nombre del documento	Coping and quality of life in patients with skin tumors in the follow-up stage: The mediating role of body image and psychological morbidity
Autor(es)	Pereira, MG.; Baia, V. & Machado, J.
Referencia Bibliográfica	Pereira, MG.; Baia, V. & Machado, J. (2016). Coping and quality of life in patients with skin tumors in the follow-up stage: The mediating role of body image and psychological morbidity. <i>Journal of Psychosocial Oncology</i> 34(5), 400-412.
Palabras claves de búsqueda	Coping, Quality of life, QOL, skin tumors, follow-up stage, body image, psychological morbidity.
Palabras claves del artículo	Calidad de vida, imagen corporal, afrontamiento, morbilidad psicológica, tumores de piel.
Ubicación	<a href="https://doi.org/10.1080/07347332.2016.1196807">https://doi.org/10.1080/07347332.2016.1196807</a>
Descripción	El fin fue examinar la relación entre el estilo de afrontamiento, la imagen corporal, la morbilidad psicológica y la calidad de vida. Metodología: Estudio correlacional, participaron 158 pacientes con cáncer de piel en fase de seguimiento. Se utilizó el Índice de calidad de vida dermatológica (DLQI), (HADS), imagen corporal escala (BIS) y Mini-MAC. Los pacientes con baja calidad de vida usaban los estilos de afrontamiento de impotencia/desesperanza, preocupación ansiosa y evitación cognitiva. La angustia emocional y la imagen corporal son



	variables influyentes en la calidad de vida. La morbilidad psicológica y la imagen corporal median la relación entre estilo de afrontamiento y calidad de vida.
Conceptos abordados	Calidad de vida, imagen corporal, angustia emocional, cáncer de piel.
Observaciones	Los estilos de afrontamiento inadecuados, son los que influyen en una calidad de vida baja. No se obtuvo acceso al artículo completo ya que se necesitaba una membresía para ello.

Nombre del documento	VARIABLES MODULADORAS DE LA CALIDAD DE VIDA EN SUPERVIVIENTES PEDIÁTRICOS DE TUMORES EN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
Autor(es)	Pérez, M.
Referencia Bibliográfica	Pérez, M. (2015). Variables Moduladoras de la calidad de vida en supervivientes pediátricos de tumores en el sistema nervioso central. Tesis de Doctorado, Universidad Autónoma de Barcelona (España), Facultad de Psicología.
Palabras claves de búsqueda	VARIABLES MODULADORAS, CALIDAD DE VIDA, SUPERVIVIENTES PEDIÁTRICOS, TUMOR, SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.
Palabras claves del artículo	VARIABLES MODULADORAS, CALIDAD DE VIDA, SUPERVIVIENTES PEDIÁTRICOS, TUMOR, SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.
Ubicación	<a href="https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/305113/mpc1de1.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y">https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/305113/mpc1de1.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y</a>
Descripción	El fin fue analizar el rol de las secuelas, del déficit de las capacidades cognitivas y de las variables psicológicas del adolescente; y el malestar emocional de los padres; sobre la CVRS de los adolescentes supervivientes de Tumor en Sistema Nervioso Central. Fue un estudio descriptivo y correlacional, participaron 38 adolescentes con cáncer (12-19 años) y 44 progenitores. En los adolescentes, se utilizó un protocolo de datos sociodemográfico y médico, cuestionario KIDSCREEN-52 (versión de auto-informada) para evaluar la CVRS, el Adolescent

	<p>Coping Scale (ACS), el WAIS III y WISC IV (para evaluar lo cognitivo). En los padres, la versión proxy del KIDSCREEN-52, el Inventario de estimación de afrontamiento COPE para evaluar las estrategias de afrontamiento, la Escala del estrés general percibido (PSS) y una Escala de Malestar emocional a raíz de la experiencia oncológica. Los adolescentes poseen una CVRS disminuida, aunque en los resultados de ellos y los padres refieran un nivel promedio. El estilo de afrontamiento que más utilizan es el <i>esforzarse y tener éxito</i>, el de los padres es el <i>engagement</i>. Los adolescentes valoran la CVRS desde aspectos subjetivos y los padres desde la funcionalidad y capacidad para alcanzar metas del hijo. El estilo de afrontamiento de <i>resolver el problema</i> es el que se relaciona más a la CVRS, ya que se correlaciona con 7 dimensiones.</p>
Conceptos abordados	<p>Adolescente, CVRS, estilos de afrontamiento, padres, estilos de afrontamiento, déficit cognitivo, tumor en el sistema nervioso central.</p>
Observacion es	<p>A diferencia de otros estudios, el funcionamiento cognitivo fue el más afectado (probablemente se deba a los tratamientos médicos), los niños y los padres afrontan la enfermedad de manera distinta debido a las perspectivas que tienen sobre la enfermedad y tratamiento.</p>



Nombre del documento	Intervenciones psicológicas eficaces en pacientes con cáncer de mama en Latinoamérica y España: Una revisión sistemática
Autor(es)	Quintero, MF. & Finck, C.
Referencia Bibliográfica	Quintero, MF. & Finck, C. (2018). Intervenciones psicológicas eficaces en pacientes con cáncer de mama en Latinoamérica y España: Una revisión sistemática”. <i>Psicooncología</i> 15(1): 49-64.
Palabras claves de búsqueda	Intervenciones psicológicas, eficacia, cáncer de mama, Latinoamérica y España, revisión sistemática.
Palabras claves del artículo	Intervenciones psicológicas; cáncer de mama; Latino-américa
Ubicación	<a href="http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.59174">http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.59174</a>
Descripción	Se realizó una revisión sistemática entre el 2006-2016 sobre las intervenciones psicológicas eficaces en pacientes con cáncer de mama, se seleccionaron 17 artículos sobre estudios realizados en Latinoamérica y España. El Modelo teórico más utilizado fue el Cognitivo Conductual (28%), seguida de las intervenciones grupales y psicosociales. Debido a limitaciones metodológicas no se pudo identificar cual era la más efectiva, ya que las intervenciones son distintas en objetivos, número de sesiones, tamaño de la muestra, problemáticas abordadas, etc.
Conceptos abordados	Intervenciones psicológicas, cáncer de mama, psicooncología, terapia cognitivo conductual, respuestas emocionales

Observaciones	Otra revisión sistemática que coincide en la complejidad de elegir una perspectiva de intervención como la más eficaz, ya que cada una cumple con sus objetivos. La Terapia Cognitiva Conductual es la más estudiada.
---------------	---

Nombre del documento	Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer de Mama: Metodología Mixta.
Autor(es)	Ramis, S.
Referencia Bibliográfica	Ramis, S. (2017). <i>Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer de Mama: Metodología Mixta</i> . Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Psicología.
Palabras claves de búsqueda	Calidad de vida, cáncer de mama, metodología mixta.
Palabras claves del artículo	Calidad de vida, cáncer de mama, metodología mixta.
Ubicación	<a href="https://www.researchgate.net/profile/Sylvia-Ramis/publication/331810919_Calidad_de_Vida_en_Pacientes_con_Cancer_de_Mama_Metodologia_Mixta/links/5c84ba0399b14c7e7f6505c/Calidad-de-Vida-en-Pacientes-con-Cancer-de-Mama-Metodologia-Mixta.pdf">https://www.researchgate.net/profile/Sylvia-Ramis/publication/331810919_Calidad_de_Vida_en_Pacientes_con_Cancer_de_Mama_Metodologia_Mixta/links/5c84ba0399b14c7e7f6505c/Calidad-de-Vida-en-Pacientes-con-Cancer-de-Mama-Metodologia-Mixta.pdf</a>
Descripción	El fin fue conocer y relacionar las dificultades físicas, psicológicas y sociales, explorar la religiosidad/espiritualidad, estrategias de afrontamiento y/o desarrollo personal en la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. Fue una investigación mixta, participaron 44 mujeres. Se utilizó los cuestionarios de calidad de vida QLQ-C30 y QLQ-BR23 (exclusivo para cáncer de mama). Se encontró que el funcionamiento físico y el dolor son las dimensiones más afectadas en el QLQ-C30. La imagen corporal y los síntomas son las más afectadas según el QLQ-

	BR23. Las pacientes reportaron tener mayores dificultades a nivel físico (fatiga), seguido de la social (aislamiento y caída de cabello) y psicológico (irritabilidad). Respecto a las estrategias de afrontamiento y espiritualidad, refieren creer en un ser superior que les brinda apoyo, fuerzas y compañía y ven su enfermedad como una oportunidad para descubrir su fuerza interior.
Conceptos abordados	Cáncer de mama, calidad de vida, dificultades psicológicas,, sociales y físicas, espiritualidad.
Observaciones	El estudio muestra las problemáticas específicas en el cáncer de mama: imagen corporal, la sexualidad y la influencia de la pérdida de cabello. La parte cualitativa permitió conocer a profundidad la influencia de los síntomas.



Nombre del documento	Resiliencia y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes adultos que reciben quimioterapia
Autor(es)	Roberto, M.
Referencia Bibliográfica	Roberto, M. (2018). <i>Resiliencia y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes adultos que reciben quimioterapia</i> . Tesis de Licenciatura, Universidad de Lima, Facultad de Psicología.
Palabras claves de búsqueda	Resiliencia, calidad de vida relacionada a la salud, CVRS, cáncer, quimioterapia.
Palabras claves del artículo	Resiliencia, Calidad de Vida Relacionada con la Salud, CVRS, Quimioterapia, Pacientes Oncológicos, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
Ubicación	<a href="http://doi.org/10.26439/ulima.tesis/5848">http://doi.org/10.26439/ulima.tesis/5848</a>
Descripción	El fin fue determinar el grado en que los factores de resiliencia predicen la CVRS en pacientes adultos que reciben quimioterapia. Metodología: Fue un estudio correlacional y participaron 60 pacientes en quimioterapia ambulatoria. Se utilizó la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young y el Cuestionario de Calidad de Vida SF-36. Se encontró que la resiliencia tiene un rol predictivo estadísticamente significativo sobre cuatro dimensiones: función física, salud general, vitalidad y salud mental. Los pacientes alcanzaron valores

	superiores al promedio en todas las dimensiones del cuestionario de CVRS, excepto en el rol físico (25.83).
Conceptos abordados	Calidad de vida, cáncer, quimioterapia ambulatoria, resiliencia.
Observaciones	Otro estudio que coincide que el rol físico es lo más afectado.  La resiliencia es una variable que ayuda a aumentar la calidad de vida. Se recomienda explorar esta variable en paciente oncológico para utilizarlo como un herramienta a favor en la intervención psicológica..

Nombre del documento	Calidad de vida de pacientes oncológicos en estadíos III y IV de un Hospital de Cuenca – Ecuador
Autor(es)	Rodas, M.
Referencia Bibliográfica	Rodas, M. (2019). <i>Calidad de vida de pacientes oncológicos en estadíos III y IV de un Hospital de Cuenca – Ecuador</i> . Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Javeriana de Cali, Facultad de Psicología.
Palabras claves de búsqueda	Calidad de vida, pacientes oncológicos, estadio III y IV, Ecuador.
Palabras claves del artículo	Calidad de vida, cáncer, variables sociodemográficas, características de la enfermedad.
Ubicación	<a href="http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/11299/Calidad_vida_pacientes.pdf?sequence=1">http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/11299/Calidad_vida_pacientes.pdf?sequence=1</a>
Descripción	El fin fue determinar la calidad de vida percibida en pacientes que estaban en el estadio III y IV de cáncer. Fue una investigación descriptiva, participaron 80 pacientes hospitalizados por tratamiento. Se utilizó el Inventario de Calidad de vida y Salud (InCaViSa). Se encontró que el 47% percibe una calidad de vida mala (31.3%) o muy mala (16,3%), las puntuaciones más bajas fueron en aislamiento, desempeño físico y preocupaciones. Cerca del 25% refiere una relación negativa con el médico, lo que conllevó a una mala adherencia al tratamiento. No se encontró correlaciones significativas entre las

	<p>características sociodemográficas y calidad de vida percibida. La calidad de vida tuvo una correlación significativa con quimioterapia <math>p &lt; 0,002</math>, radioterapia <math>p &lt; 0,002</math>, cirugía <math>p &lt; 0,00</math> y quimioterapia y radioterapia <math>p &lt; 0,001</math></p>
<p>Conceptos abordados</p>	<p>Calidad de vida, cáncer, estadio III y IV, características sociodemográficas, características clínicas, pacientes en tratamiento.</p>
<p>Observaciones</p>	<p>A diferencia de otros estudios, los puntajes de calidad de vida fueron bajos, probablemente por efectos de los tratamientos que reciben y el estadio en el que se encuentran. La adherencia al tratamiento se debe a una mala relación médico-paciente.</p>

Nombre del documento	Calidad de vida relacionada a la salud y afrontamiento en pacientes con cáncer gastrointestinal.
Autor(es)	Rojas, R.
Referencia Bibliográfica	Rojas, R. (2016). <i>Calidad de vida relacionada a la salud y afrontamiento en pacientes con cáncer gastrointestinal</i> . Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de letras y Ciencias humanas, Especialidad de Psicología.
Palabras claves de búsqueda	Calidad de vida relacionada a la salud, CVRS, afrontamiento, cáncer gastrointestinal.
Palabras claves del artículo	Calidad de vida relacionada a la salud, afrontamiento, cáncer gastrointestinal.
Ubicación	<a href="http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/7086">http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/7086</a>
Descripción	El fin fue conocer la relación existente entre la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) y los estilos y estrategias de afrontamiento. Fue un estudio correlacional, la muestra la conformaron 38 pacientes de 3 hospitales diferentes en quimioterapia ambulatoria. Se utilizó el cuestionario de calidad de vida SF-36 y el Inventario de estimación de afrontamiento COPE. Se encontró que la mayoría reportó una CVRS en nivel promedio, al igual que en sus dimensiones, a excepción del rol físico. En el afrontamiento, se utilizó más el estilo “centrado en

	<p>la emoción” y la estrategia “acudir a la religión”. Hubo relaciones significativas entre las dimensiones de la CVRS y los estilos y estrategias de afrontamiento, la más significativas fueron: la estrategia de “desentendimiento conductual” tiene una correlación inversa y mediana con la dimensión salud mental y el estilo de afrontamiento evitativo con la salud mental.</p>
<p>Conceptos abordados</p>	<p>Calidad de vida, estilos de afrontamiento, estrategias de afrontamiento, pacientes oncológicos, quimioterapia ambulatoria.</p>
<p>Observaciones</p>	<p>Las estrategias de afrontamiento menos funcionales como el afrontamiento evitativo y el desentimiento conductual, se relacionan negativamente con la calidad de vida y la salud mental.</p>

Nombre del documento	Optimistic, realistic, and pessimistic illness perceptions; quality of life; and survival among 2457 cancer survivors: the population-based PROFILES registry
Autor(es)	Rooij, B.H.; Thong, M.S.; Van Roij, J.; Bonhof, C.S.; Husson, O. & Ezendam, N.P.M.
Referencia Bibliográfica	Rooij, B.H.; Thong, M.S.; Van Roij, J.; Bonhof, C.S.; Husson, O. & Ezendam, N.P.M. (2018). Optimistic, realistic, and pessimistic illness perceptions; quality of life; and survival among 2457 cancer survivors: the population-based PROFILES registry. <i>Cancer</i> 124, 3609-3617.
Palabras claves de búsqueda	Optimistic, pessimistic illness perceptions, quality of life, QOL, cancer survivors, PROFILE registry.
Palabras claves del artículo	Optimistic, pessimistic illness perceptions, quality of life, QOL, cancer survivors, PROFILE registry.
Ubicación	<a href="https://doi.org/10.1002/cncr.31634">https://doi.org/10.1002/cncr.31634</a>
Descripción	El fin fue identificar subgrupos de sobrevivientes de cáncer basados en la percepción de su enfermedad y pronóstico, y evaluar la CVRS y la supervivencia asociada con estos subgrupos. Fue un estudio correlacional, participaron 2457 pacientes con cáncer obtenidos de PROFILES del 2008-2015. Se dividieron en 3 subgrupos: realistas, optimistas y pesimistas. Se utilizó el cuestionario de calidad de vida QLQ C-30 y el Cuestionario de Percepción de enfermedad breve. Los optimistas mostraron una CVRS más alta y una baja

	mortalidad; los pesimistas mostraron una CVRS baja (al igual que en todas sus escalas) y una mortalidad más alta.
Conceptos abordados	CVRS, pronóstico, mortalidad, sobrevivientes.
Observaciones	La percepción que cada paciente tiene sobre el pronóstico de su enfermedad, influye en la calidad de vida relacionado a la salud y sus escalas.



Nombre del documento	¿Qué es la calidad de vida para un paciente con cáncer?
Autor(es)	Sánchez, R., Sierra, F. A. & Martín, E.
Referencia Bibliográfica	Sánchez, R., Sierra, F. A. & Martín, E. (2015). ¿Qué es la calidad de vida para un paciente con cáncer? <i>Revista Avances en Psicología Latinoamericana</i> 33(3), 371-385.
Palabras claves de búsqueda	Calidad de vida, paciente, cáncer.
Palabras claves del artículo	calidad de vida; neoplasias; formación de concepto
Ubicación	<a href="http://dx.doi.org/10.12804/apl33.03.2015.01">http://dx.doi.org/10.12804/apl33.03.2015.01</a>
Descripción	<p>El fin fue evaluar el concepto de calidad de vida desde la perspectiva del paciente con cáncer. Fue un análisis de correspondencias múltiples (ACM), participaron 1029 pacientes con diferentes tipos de cáncer, y un grupo de cuidadores primarios de pacientes pediátricos con cáncer. Se obtuvo que la calidad de vida está relacionada a conceptos de bienestar, salud, funcionalidad, buena alimentación, aspectos familiares y espirituales. Los conceptos “cuidado” y “aspectos familiares” fueron los más frecuentes en pacientes pediátricos. El bienestar es lo más valorado para las pacientes con cáncer de</p>

	mama. Lo sociofamiliar y alimentario se relaciona con el cáncer de próstata.
Conceptos abordados	Calidad de vida, cáncer, análisis de correspondencias múltiples, bienestar, cuidado, aspectos familiares, sociofamiliar.
Observaciones	La perspectiva del concepto de “calidad de vida” varía según el tipo de cáncer que el paciente tenga.

Nombre del documento	Quality of life versus length of life considerations in cancer patients: A systematic literature review
Autor(es)	Shrestha, A.; Martin, Ch.; Burton, M.; Walters, S.; Collins, K. & Wyld, L.
Referencia Bibliográfica	Shrestha, A.; Martin, Ch.; Burton, M.; Walters, S.; Collins, K. & Wyld, L. (2019). Quality of life versus length of life considerations in cancer patients: A systematic literature review. <i>Psychooncology</i> 28(7): 1367–1380.
Palabras claves de búsqueda	Quality of life, QOL, length of life, LOL, cancer patients, systematic review.
Palabras claves del artículo	Quality of life, length of life, cancer patients, systematic review.
Ubicación	<a href="http://dx.doi.org/10.1002/pon.5054">http://dx.doi.org/10.1002/pon.5054</a>
Descripción	El objetivo fue determinar las complejas compensaciones y los factores subyacentes que hacen que los pacientes con cáncer elijan la calidad sobre la cantidad de vida. Se buscaron artículos entre 1942 y octubre del 2018. Solo 30 artículos fueron

	<p>seleccionados. Los resultados mostraron que la edad es factor determinante y significativo en la cantidad y calidad de vida. A mayor edad, donde hay un estado físico disminuido, hay una preferencia por la calidad de vida, a diferencia de los pacientes más que jóvenes que se inclinaban por someterse a un tratamiento agresivo para aumentar sus años de vida. La variable “supervivencia” tiene un rol importante ante la decisión de someterse a algún tratamiento, solo lo hacen si su pronóstico mejoraría.</p>
<p>Conceptos abordados</p>	<p>Calidad de vida, cantidad de vida, cáncer, supervivencia, pronóstico.</p>
<p>Observaciones</p>	<p>La edad y las probabilidades de supervivencia influyen en la elección de la intervención por la calidad o cantidad de vida.</p>

Nombre del documento	VARIABLES PSICOLÓGICAS Y CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA Y SU CUIDADOR PRINCIPAL.
Autor(es)	Vasquez, J. (2018).
Referencia Bibliográfica	Vasquez, J. (2018). <i>VARIABLES PSICOLÓGICAS Y CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA Y SU CUIDADOR PRINCIPAL</i> . Tesis de Maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León, México, Facultad de Psicología.
Palabras claves de búsqueda	VARIABLES PSICOLÓGICAS, CALIDAD DE VIDA, CÁNCER DE MAMA, CUIDADOR PRINCIPAL.
Palabras claves del artículo	CÁNCER DE MAMA, CUIDADOR PRINCIPAL, CALIDAD DE VIDA, OPTIMISMO, APOYO SOCIAL, CARGA, ANSIEDAD, DEPRESIÓN.
Ubicación	<a href="http://eprints.uanl.mx/16546/1/1080291937.pdf">http://eprints.uanl.mx/16546/1/1080291937.pdf</a>
Descripción	El objetivo fue evaluar, comparar y correlacionar las variables psicológicas (optimismo, apoyo social, carga, depresión y ansiedad) y calidad de vida del cuidador principal y de la paciente con cáncer de mama después de cirugía (T1) y durante tratamiento adyuvante (T2), también determinar la variable más influyente en la calidad de vida del cuidador. Fue un estudio correlacional, la muestra compuesta por 35 mujeres y sus respectivos cuidadores principales (n=35). Se utilizaron los cuestionarios de calidad de vida QLQ-C30 para el paciente y el CQOLC para los cuidadores, el instrumento de Optimismo

	<p>como Estilo Interactivo de Personalidad (OIS-García), Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC-11, Escala de Carga de Zarit y la Escala de Ansiedad y Depresión (HADS). Se encontró disminuciones significativas en las variables psicológicas entre el T1 y T2, en el caso del cuidador, la ansiedad y depresión; y en el caso de la paciente, la ansiedad. Hubo correlaciones de calidad de vida y variables psicológicas del cuidador en el T1 y T2. La calidad de vida del cuidador y de la paciente no presenta cambios significativos entre T1 y T2.</p>
Conceptos abordados	<p>Calidad de vida, ansiedad, depresión, optimismo, apoyo social, cuidadores principales, cáncer de mama.</p>
Observaciones	<p>La ansiedad afecta tanto al paciente como su cuidador, mientras el tratamiento va avanzando, ésta disminuye.</p>

Nombre del documento	La intervención psicológica en pacientes oncológicos: una revisión de la literatura (2000-2014)
Autor(es)	Villoria, E.; Fernández, C.; Padierna, C. & González, S.
Referencia Bibliográfica	Villoria, E.; Fernández, C.; Padierna, C. & González, S. (2015). La intervención psicológica en pacientes oncológicos: una revisión de la literatura (2000-2014). <i>Psicooncología</i> 12 (2-3), 207-236.
Palabras claves de búsqueda	Intervención psicológica, pacientes oncológicos, revisión de literatura.
Palabras claves del artículo	Cáncer, intervención psicológica, estado emocional, síntomas físicos y calidad de vida.
Ubicación	<a href="http://dx.doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n2-3.51005">http://dx.doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n2-3.51005</a>
Descripción	Se incluyó 122 estudios. Según cada fase, se presentaban diferentes tipos de intervención. En la fase diagnóstica, las intervenciones más frecuentes fueron la psicoeducativas, las cognitivo-conductuales y las individuales; en la fase de tratamiento, la cognitivo conductual fue la más frecuente seguida de la psicoeducativa; en la fase libre de enfermedad/supervivencia, la cognitivo-conductual fue la más frecuente, seguida de la psicoterapia individual; y en la fase de recidiva/enfermedad terminal, las terapias grupales fueron las más frecuentes, seguidas de la terapia cognitivo conductual.

	Los objetivos de intervención más frecuentes fueron: calidad de vida, el estado emocional y el control de síntomas.
Conceptos abordados	Terapia cognitivo Conductual, psicoeducación, psicoterapia individual, terapias grupales, fases del cáncer, calidad de vida.
Observaciones	Debido a las diferencias metodológicas, no se pudo establecer que intervenciones eran las más eficaces, ya que cada una cumple con sus objetivos, pero se observó que las terapias cognitivo conductuales son las más aplicadas en todas las fases de la enfermedad.

Nombre del documento	Efectos de la terapia cognitivo conductual en el manejo de la depresión y calidad de vida en pacientes diagnosticadas con cáncer de mamas
Autor(es)	Tejedor, L.
Referencia Bibliográfica	Tejedor, L. (2016). " <i>Efectos de la terapia cognitivo conductual en el manejo de la depresión y calidad de vida en pacientes diagnosticadas con cáncer de mamas</i> ". Tesis de Maestría, Universidad de Panamá, Facultad de Psicología.
Palabras claves de búsqueda	Terapia Cognitivo Conductual, depresión, ansiedad, calidad de vida, cáncer de mama.
Palabras claves del artículo	Terapia Cognitivo Conductual, depresión, ansiedad, calidad de vida, cáncer de mama.
Ubicación	<a href="http://up-rid.up.ac.pa/178/1/lourdes%20tejedor.pdf">http://up-rid.up.ac.pa/178/1/lourdes%20tejedor.pdf</a>
Descripción	El fin fue conocer los efectos de un programa cognitivo conductual en la depresión y calidad de vida. Fue un estudio pre experimental, participaron 6 pacientes con cáncer de mama. Se utilizó la entrevista clínica, Inventario de Depresión de Beck (BDI), Escala autoaplicada para la medida de la Depresión de Zung y Conde, cuestionario sobre calidad de vida: satisfacción y placer Q-LES-Q. Se evaluó en 3 momentos: pre test, post test y re test. El programa estaba compuesto por 3 módulos



	divididos en 12 sesiones de dos horas, fue semanal. La depresión tuvo una reducción estadísticamente significativa.
Conceptos abordados	Terapia cognitivo conductual, calidad de vida, depresión, ansiedad, cáncer de mama
Observaciones	La terapia cognitivo conductual, muestra una vez más, su eficacia para reducir significativamente la depresión.
Nombre del documento	Psychosocial interventions for advanced cancer patients: A systematic review.
Autor(es)	Teo, I.; Krishnan, A & Ling Lee, G.
Referencia Bibliográfica	Teo, I.; Krishnan, A & Ling Lee, G. (2019). Psychosocial interventions for advanced cancer patients: A systematic review. <i>Psychooncology</i> 28 (7), 1394-1407.
Palabras claves de búsqueda	Psychosocial interventions, advanced cancer patients, systematic review
Palabras claves del artículo	Psychosocial interventions, advanced cancer patients, systematic review
Ubicación	<a href="https://doi.org/10.1002/pon.5103">https://doi.org/10.1002/pon.5103</a>
Descripción	Se incluyó 68 artículos y se encontró que Terapia Cognitivo Conductual, fue la más efectiva para abordar la calidad de vida y manejo de síntomas. La Psicoterapia Centrada en el Significado, obtuvo resultados favorables en la calidad de vida y mejor sentido del significado. Las intervenciones educativas, fueron útiles en la comunicación médico-paciente y toma de decisiones médicas. La musicoterapia, sirvió para mejorar la

	<p>calidad de vida y disminuir la ansiedad en pacientes en estado terminal o cuidados paliativos. Las intervenciones de asesoramiento y las narrativas, a pesar de que no obtuvieron resultados significativos en sus pacientes, demostró ayudar con las problemáticas abordadas (aumento del significado de vida). Casi todas las intervenciones psicosociales apuntaban a la mejora de calidad de vida como objetivo para los pacientes (excepto un estudio que se enfocó en la angustia psicológica) y también la evaluaban para medir la efectividad de la intervención.</p>
<p>Conceptos abordados</p>	<p>Terapia Cognitivo Conductual, Psicoterapia centrada en el significado, intervenciones educativas, musicoterapia, intervenciones de asesoramiento, terapia narrativa, cáncer, calidad de vida.</p>
<p>Observaciones</p>	<p>Las diversas intervenciones aplicadas en pacientes oncológicos, logran mejorar diversas problemáticas, la mayoría apunta a la calidad de vida como objetivo principal de intervención.</p>

Nombre del documento	Psychological treatments to improve quality of life in cancer contexts: A meta-analysis.
Autor(es)	Torre-Luque, A; Gambará, H; López, E. & Cruzado, J.
Referencia Bibliográfica	Torre-Luque, A; Gambará, H; López, E. & Cruzado, J. (2016). Psychological treatments to improve quality of life in cancer contexts: A meta-analysis. <i>International Journal of Clinical and Health Psychology (May-August 2016) 16 (2)</i> , 211-219.
Palabras claves de búsqueda	Psychological interventions, quality of life, QOL, cancer, meta-analysis
Palabras claves del artículo	Quality of life, Cancer, Psychological interventions, Depression, Meta-analysis
Ubicación	<a href="http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.07.005">http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.07.005</a>
Descripción	Se seleccionaron 78 estudios entre 1970-2012. Se encontró dos variables asociadas a la calidad de vida: El estado clínico de paciente, donde los sobrevivientes tenían una mejor CV que los pacientes en tratamiento; y la terapia psicológica adyuvante; que era más efectiva cuando se trataba los efectos secundarios del tratamiento médico. El factor modulador más significativo fue la depresión, también lo consideran una variable predictiva de una baja CV. La psicoterapia fue la intervención más utilizada. Las intervenciones psicológicas son importantes en pacientes con cáncer.

Conceptos abordados	Calidad de vida, cáncer, depresión, intervención psicológica, psicoterapia
Observaciones	Otro estudio que muestra la incidencia de la depresión en pacientes oncológicos y su relación negativa con la calidad de vida. Abordar dicha variable en la intervención es vital.

Nombre del documento	Afrontamiento y calidad de vida en mujeres pacientes oncológicas
Autor(es)	Torrecilla, M., Casari, L. & Rivas, J.
Referencia Bibliográfica	Torrecilla, M., Casari, L. & Rivas, J. (2016). Afrontamiento y calidad de vida en mujeres pacientes oncológicas. <i>PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica</i> 8.
Palabras claves de búsqueda	Afrontamiento, calidad de vida, mujeres, pacientes oncológicas.
Palabras claves del artículo	Afrontamiento, Calidad de vida, Psico-oncología
Ubicación	<a href="http://dx.doi.org/10.5872/psiencia/8.3.21">http://dx.doi.org 10.5872/psiencia/8.3.21</a>
Descripción	<p>El fin fue explorar y describir las estrategias de afrontamiento y dimensiones de calidad de vida (CV) en mujeres pacientes oncológicas y examinar una correlación en dichas variables.</p> <p>Fue una investigación descriptiva correlacional, participaron 80 mujeres que recibían tratamiento oncológico. Se utilizó el Inventario de respuestas de afrontamiento (CRIA-A) y el cuestionario de calidad de vida QLQ-C30. Se encontró que la “evitación cognitiva” es la estrategia de afrontamiento más utilizada y tiene una correlación negativa con la CV. Respecto a la CV, el puntaje global fue promedio, pero todas las escalas estaban por debajo del promedio. Hay una correlación significativa entre <i>Descarga Emocional</i> con <i>Funcionamiento</i></p>

	<i>Cognitivo (CV)</i> . Las demás tuvieron correlaciones promedias o baja.
Conceptos abordados	Estrategias de afrontamiento, estilos de afrontamiento, calidad de vida, cáncer.
Observaciones	Se encontró que la CV tiene puntajes promedios, diferencia de otros estudios donde se tienen puntajes entre promedios y altos. Ello se debe probablemente a que la mayoría de la muestra tenga estrategias de afrontamiento como la evitación cognitiva.

Nombre del documento	Effectiveness of Mindfulness-based Therapy for Reducing Anxiety and Depression in Patients with Cancer
Autor(es)	Zhang, M.; Wen, Y.; Liu, W.; Peng, L.; Wu, X. & Liu Q.
Referencia Bibliográfica	Zhang, M.; Wen, Y.; Liu, W.; Peng, L.; Wu, X. & Liu Q. (2015). Effectiveness of Mindfulness-based Therapy for Reducing Anxiety and Depression in Patients with Cancer. <i>Medicine</i> 94(45), 1–9.
Palabras claves de búsqueda	Effectiveness, Mindfulness-based Therapy for Reducing Anxiety and Depression, patients, cancer
Palabras claves del artículo	Effectiveness, Mindfulness-based Therapy for Reducing Anxiety and Depression, patients, cancer
Ubicación	<a href="https://doi.org/10.1097/MD.0000000000000897">https://doi.org/10.1097/MD.0000000000000897</a>
Descripción	Incluyeron 7 estudios, como resultado, el Mindfulness fue eficaz para reducir la ansiedad y en pacientes oncológicos.
Conceptos abordados	Mindfulness, atención plena, Depresión, ansiedad.
Observaciones	En esta intervención, el mindfulness se centra como único objetivo a reducir ansiedad y depresión, a comparación de otros estudios que además se centran en síntomas físicos.

Nombre del documento	The acceptability and potential benefits of mindfulness-based interventions in improving psychological well-being for adults with advanced cancer: A systematic review.
Autor(es)	Zimmermann, F.; Burrell, B. & Jordan, J.
Referencia Bibliográfica	Zimmermann, F.; Burrell, B. & Jordan, J. (2018). The acceptability and potential benefits of mindfulness-based interventions in improving psychological well-being for adults with advanced cancer: A systematic review. <i>Complementary Therapies in Clinical Practice</i> 30, 68–78.
Palabras claves de búsqueda	Acceptability, benefits, mindfulness-based interventions, psychological well-being, adults, advanced cancer, systematic review.
Palabras claves del artículo	Acceptability, benefits, mindfulness-based interventions, psychological well-being, adults, advanced cancer, systematic review.
Ubicación	<a href="https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.12.014">https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.12.014</a>
Descripción	Incluyeron 8 estudios en pacientes con cáncer avanzado y refieren que el Mindfulness mejora la calidad de vida, la aceptación de su situación y reduce la depresión y ansiedad, y el uso de habilidades de atención plena. Se recomendó MBI más breves y simplificados, tiempo de sesión abreviado, flexibilidad con respecto a la localidad del tratamiento y disminuir el uso de instrumentos.



Conceptos abordados	Mindfulness, cáncer, ansiedad, depresión, atención plena
Observaciones	El estudio coincide con los resultados de otros estudios, es decir, que comprueban la efectividad del mindfulness para reducir las principales problemáticas del paciente a nivel físico y psicológico.