

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

---

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA

**“PROPUESTA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL CON  
MINDFULNESS Y PSICOLOGÍA POSITIVA PARA PACIENTES  
ONCOLÓGICOS”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADOS EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN:

ANA YARELI ESCUDERO CASTELÁN  
EDGAR ROBERTO GARCÍA MEDINA



DIRECTORA DE TESIS:

DRA. ANDRÓMEDA IVETTE VALENCIA ORTIZ

Pachuca de Soto, Hgo. Abril 2018.





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
 Instituto de Ciencias de la Salud  
 Área Académica de Psicología

18 de abril de 2018  
 Asunto: Autorización de impresión formal

DRA. REBECA MARÍA ELENA GUZMÁN SALDAÑA  
 JEFA DEL ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA  
*Head of academic psychology area*

Manifiestamos a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación de los pasantes Ana Yareli Escudero Castelan y Edgar Roberto Garcia Medina, bajo la modalidad de Tesis colectiva cuyo título es "Propuesta de intervención cognitivo-conductual con mindfulness y psicología positiva para pacientes oncológicos" debido a que reúne los requisitos de decoro académico a que obligan los reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del jurado.

"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

Nombres de los Docentes Jurados	Cargo	Firma de Aceptación del Trabajo para su Impresión Formal
Dr. Jorge Gonzalo Escobar Torres	Presidente	
Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz	Primer Vocal	
Dr. Rubén García Cruz	Segundo Vocal	
Dr. Santos Noé Herrera Mjangos	Tercer Vocal	
Mtra. Mónica Pineda Bernal	Secretario	
Mtro. Oscar Alfredo Vázquez Cobos	Suplente	
Lic. Jesús Antonio Carrillo Citalán	Suplente	



Carrillo y Carrillo, S. de C. V.  
 Dirección: P.O. Box 1000  
 San Miguel Tototlán, Hidalgo, México, CP 42160  
 Teléfono: 01521 2228 20 10 00 11 11 11 11  
 Email: info@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a la vida por todo lo que me ha dado y por la oportunidad de llegar a este día...

Gracias a Isaac por ser mi inspiración, mi motivación y lo más importante en mi vida.

Gracias a mi madre por darme la vida y aunque te fuiste muy pronto, siempre te tengo presente.

Gracias a mi papá Gemo por ser mi guía, porque a pesar de las circunstancias estás ahí, gracias por formar en mí una base sólida que me ha permitido lograr todo lo que hoy soy.

Nayeli y Joaquín gracias hermanos por todo, ustedes son unos pilares muy importantes para mí.

Gracias a mis tíos Ricardo y Luz por ser mis segundos padres y por su apoyo incondicional en toda mi vida.

Gracias a mis tíos Miriam y Mario por todo lo que aportaron para que este día sea posible.

Gracias a toda mi familia, mis abuelos, mis tíos y primos por su apoyo y por su aporte para lograr esta meta.

Gracias Roberto, por encontrarnos en este camino y por ser mi compañero en este proyecto y en la vida.

A todos mis amigas y amigos que me acompañaron en esta aventura, gracias por estar.

Dra. Andrómeda gracias por todo el aprendizaje compartido, por la motivación en la realización de este trabajo y por su muestra de dedicación y compromiso. Gracias por ser un gran ejemplo.

A los docentes que formaron parte de mi preparación académica, gracias por sus enseñanzas y por compartir su experiencia.

Gracias a los académicos que formaron parte del comité de sinodales agradezco su aportación para la culminación de este proyecto de investigación.

Yareli

A mi familia por todo lo que han aportado a mi vida, por el apoyo y por todos los momentos que hemos podido compartir, por su educación y por su amor, enseñándome que en las buenas o en las malas siempre se puede salir adelante, aunque las estrellas dejen de brillar; gracias mamá, hermana, abuelos y tíos y en especial a Yareli que me ha enseñado a ver lo que no veía, por su gran ejemplo de paciencia, valentía, dedicación, voluntad y amor, y a mi hijo Isaac que me llena de alegría.

A todas las personas que han formado parte de mi vivir por lo mucho que me han compartido y que he podido aprender de ustedes, personas con las que solo interactúe poco tiempo, amigos que ya no veo y amigos con los que aún comparto experiencias que solo ellos, al leer estas palabras, podrán identificarse con este sentimiento.

A todos mis profesores que formaron parte de mi formación y en especial a la Dr. Andrómeda por compartir una experiencia de trabajo humilde, motivadora, dedicada y objetiva.

Roberto

## **DEDICADO A**

Todas las personas que mantienen la lucha contra el cáncer...

## ÍNDICE

RESUMEN	11
ABSTRACT	11
INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO 1. CÁNCER	14
Epidemiología	17
Definición	19
Tipos	22
Manifestaciones clínicas	25
Factores biopsicosociales asociados	30
CAPÍTULO 2. BIENESTAR PSICOLÓGICO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS	40
Psicología positiva	40
Emociones positivas	43
Virtudes y fortalezas de carácter	48
Bienestar psicológico	53
Calidad de vida	58
CAPÍTULO 3. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUALES	62
EN PACIENTES ONCOLÓGICOS	62
Psicología basada en evidencias	67
Técnicas de primera generación	73
Técnicas de segunda generación	74
Técnicas de tercera generación	78
Mindfulness	79
MÉTODO	84
Justificación	84
Pregunta de investigación	86
Objetivos	86
Tipo de Estudio	87

Tipo de Diseño	87
Variables	87
Hipótesis	88
Participantes	88
Instrumentos de medición	89
Análisis estadístico propuesto	89
Procedimiento	89
RESULTADOS	91
CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN	112
REFERENCIAS	117
ANEXOS	130

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Niveles de evidencia por tipo de estudio.....	67
Tabla 2. Variable independiente.....	86
Tabla 3. Variable dependiente.....	86
Tabla 4. Sexo de los miembros del Comité de Jueces Expertos.....	90
Tabla 5. Escolaridad de los integrantes del Comité de Jueces Expertos.....	90
Tabla 6. Años de práctica en el campo de la Psicología Cognitivo-Conductual de los miembros del Comité de Jueces Expertos.....	91
Tabla 7. Años de práctica en el campo de Mindfulness de los miembros del Comité de Jueces Expertos.....	91
Tabla 8. Años de práctica en el campo de la Psicología Positiva de los miembros del Comité de Jueces Expertos.....	92
Tabla 9. ¿El objetivo general de la intervención es claro?.....	93
Tabla 10. ¿El objetivo de la intervención se encuentra respaldado de forma teórica de acuerdo al modelo cognitivo-conductual?.....	93
Tabla 11. ¿Los temas a trabajar en cada sesión favorecen el logro del objetivo?.....	94
Tabla 12. ¿La secuencia de las sesiones es adecuada?.....	94
Tabla 13. ¿La duración de la intervención es apropiada para el logro del objetivo?.....	95
Tabla 14. ¿Las técnicas cognitivo-conductuales seleccionadas son las adecuadas para alcanzar los objetivos establecidos?.....	95
Tabla 15. ¿Los componentes de mindfulness son adecuados para alcanzar los objetivos establecidos?.....	96
Tabla 16. ¿Los componentes de psicología positiva son adecuados para alcanzar los objetivos establecidos?.....	96
Tabla 17. ¿Las actividades son adecuadas para la adquisición y práctica de habilidades?.....	97
Tabla 18. ¿Las tareas y registros son fáciles de realizar y utilizar por parte de las participantes?.....	97
Tabla 19. ¿Las técnicas, actividades y tareas son apropiadas para la edad de las participantes?.....	98

Tabla 20. ¿Los objetivos de tratamiento se relacionan con los resultados esperados?.....	98
Tabla 21. ¿De acuerdo a su experiencia usted considera que con esta propuesta de intervención las participantes se verán beneficiadas?.....	99
Tabla 22. Carta Descriptiva General.....	101

**ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1. Modelo ABC.....	75
Figura 2. Modelo ABCDE.....	75

## **RESUMEN**

El objetivo de esta investigación fue desarrollar una propuesta de intervención CognitivoConductual con Mindfulness y Psicología Positiva para el manejo del dolor y aumentar el nivel de bienestar psicológico y el nivel de calidad de vida en pacientes con cáncer de mama y colorrectal, validada por jueces expertos cumpliendo con los criterios éticos y componentes necesarios para ser una intervención basada en evidencia. Es una investigación descriptiva con diseño preexperimental con medición de un solo grupo. Se realizó una revisión teórica para identificar las técnicas y los componentes Cognitivos-Conductuales, de Mindfulness y de Psicología Positiva adecuados para la implementación de una intervención de tratamiento para pacientes oncológicos; posteriormente se diseñó la propuesta del programa de intervención, se realizó la validación por jueces expertos y finalmente se realizó un análisis estadístico descriptivo. Como resultado se generó un programa de intervención con una duración de una entrevista de primer contacto y ocho sesiones.

**Palabras clave:** Cáncer, Cognitivo-Conductual, Mindfulness, Psicología Positiva, Dolor, Bienestar Psicológico, Calidad de Vida.

## **ABSTRACT**

The objective of this research was to develop a proposal of Cognitive-Behavioral intervention with Mindfulness and Positive Psychology for the management of pain and increase the level of psychological well-being and the level of quality of life in patients with breast and colorectal cancer, validated by judges experts complying with the ethical criteria and necessary components to be an evidence-based intervention. It is a descriptive research with preexperimental design with single group measurement. A theoretical review was carried out to identify the Cognitive-Behavioral, Mindfulness and Positive Psychology techniques and components suitable for the implementation of a treatment intervention for oncological patients; afterwards, the proposal of the intervention program was designed, the validation was carried out by expert judges and finally a descriptive statistical analysis was carried out. As a result, an intervention program was generated with a duration of a first contact interview and eight sessions.

**Keywords:** Cancer, Cognitive-behavioral, Mindfulness, Positive Psychology, pain, psychological well-being, quality of life

## INTRODUCCIÓN

La experiencia de cáncer genera en las personas cambios psicológicos significativos que se producen desde la fase del diagnóstico y que van cambiando de acuerdo a la fase, el tipo de cáncer, el tipo de tratamiento y conforme evoluciona la enfermedad. Son muy comunes los sentimientos de ansiedad y depresión, la presencia de confusión y dificultad para concentrarse, pérdida de control, indefensión y sentimientos de inutilidad lo que puede llevar a la incapacidad de poder sobrellevar la vida (Alonso & Bastos, 2011; American Cancer Society, 2018; Die, 2006; Moreno, 2016; Rojas-May, 2006). Algunos de los síntomas más comunes en los pacientes oncológicos son: la presencia de sintomatología ansiosa, depresiva y de estrés, la presencia de dolor que puede ser agudo o crónico, bajo nivel de calidad de vida y bajo nivel de bienestar psicológico (Alonso, 2015; Medina et al., 2015; Ornelas-Mejorada, Tufiño & Sánchez-Sosa, 2011; Zas, Rodríguez & Silva, 2013).

En 2015, 8.8 millones de defunciones mundiales fueron atribuidas al cáncer. Los cinco tipos de cáncer que causan un mayor número de fallecimientos son: pulmonar (1,69 millones de defunciones), hepático (788 000 defunciones), colorrectal (774 000 defunciones), gástrico (754 000 defunciones) y mamario (571 000 defunciones) (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017).

La Psicología de la Salud tiene campos de acción en torno a las enfermedades crónicas desde el ámbito de la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento, sin embargo, el diseño de programas psicológicos de intervención para esta población son pocos y por ello se vuelve relevante la construcción de estos programas que estén elaborados con apoyo empírico y basados en evidencias que puedan sostener su validez para el beneficio y el bienestar de la salud emocional de los pacientes (Aldana & Gómez, 2007; Martín, 2016; Valencia, De Lucio & Ruiz, 2015).

Algunos de los programas de intervención psicológica para pacientes con cáncer han encontrado eficacia significativa en la implementación de técnicas cognitivas-conductuales, y componentes de psicología positiva y de mindfulness, sin embargo, en México la literatura de este

tipo de intervenciones es escasa, dando lugar al desarrollo de guías de intervención validadas y que puedan ser utilizadas por profesionales contribuyendo a la atención integral en el sistema de salud pública del país (Bertolín, 2015; Cayoun, 2014; Instituto Catalán de Oncología, 2017; KabatZinn, 2013; Vila, Font & Caba, 2016; Villajos, Ballesteros & Barba, 2013), por lo que el objetivo de la presente investigación es diseñar y validar una propuesta de Intervención CognitivoConductual con Psicología Positiva y Mindfulness para manejo de dolor y aumento de los niveles de bienestar psicológico y de calidad de vida en pacientes oncológicos.

Los hallazgos de esta investigación permitieron desarrollar y validar por Jueces Expertos un programa de intervención dirigido al manejo del dolor, aumento de la calidad de vida y aumento del bienestar psicológico en pacientes con cáncer de mama y colorrectal.

## CAPÍTULO 1. CÁNCER

La conceptualización de la salud incluye todos los aspectos que constituyen al ser humano, factores biológicos, psicológicos y sociales, así como la interconexión e integración de múltiples niveles (Oblitas, 2010). Actualmente no existe un concepto universal de salud, debido a que el contexto es esencial para definirla; sin embargo, una de las definiciones más aceptadas es la propuesta por la OMS (2014) la cual describe que es el “estado completo de bienestar físico, mental y social y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades”; en 1994, Milton Terris, modificó el término de salud propuesto por la OMS, eliminando el término “completo” para cambiarlo por el de “capacidad de funcionamiento” quedando la definición como “estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Álvarez & Kuri-Morales, 2018).

En los últimos años la conceptualización del proceso salud-enfermedad ha tenido importantes cambios, los cuales han dado pie a reconocer que los factores psicosociales afectan a los sistemas corporales lo cual interviene en la vulnerabilidad de la persona; siguiendo esta línea, el paradigma actual establece a los hábitos de vida como el factor principal que determina la calidad de bienestar psicológico y físico (Oblitas, 2010).

El estado del proceso de salud-enfermedad es resultado de la interacción entre el estilo de vida, los factores biológicos, los factores ambientales y los servicios de salud; este estado puede ubicarse entre los extremos de salud positiva y muerte prematura (Terris, 1980 como se cita en Flórez, 2007).

La necesidad de crear modelos explicativos del proceso salud-enfermedad que incluyan factores biológicos, psicológicos y socioculturales es evidente ante la trascendencia de la conceptualización de salud, que va más allá de la ausencia de enfermedad y es visualizada como proceso, bienestar, funcionamiento positivo o calidad de vida en general (Flórez, 2007).

Así como no existe una sola definición de salud tampoco existe un solo modelo teórico sobre los determinantes del proceso salud-enfermedad que han sido resultado de las condiciones sociales y culturales predominantes en cada época y región. Algunos de los modelos más utilizados

son los siguientes: a) sanitarista: este modelo promueve medidas de saneamiento ambiental y su determinante es la condición insalubre que rodean al individuo, b) social: pone como factor culminante lo social, explica la aparición y la función de otros factores y tiene como determinante las condiciones de trabajo y vida del hombre, c) unicausal: ubica el proceso de salud-enfermedad como un fenómeno biológico e individual siendo efecto de la acción de un agente externo sobre el organismo, d) multicausal: describe que el proceso salud enfermedad es resultado de la interacción de diversos factores e integra el aspecto biológico, individual y social, e) determinantes sociales: involucra aspectos biológicos, del medio ambiente, del estilo de vida, y del sistema sanitario y visualiza el proceso salud-enfermedad como resultado de las condiciones del nacimiento de las personas, cómo viven, crecen, trabajan y envejecen esto incluye las condiciones de los propios sistemas de salud (Álvarez & Kuri-Morales, 2018).

Los procesos de cambio continuo que orientan la forma en que la población se enferma y muere son conocidos como transiciones en salud demográfica, tecnológica, de riesgos y epidemiológica: en la primera el desarrollo social se relaciona principalmente con el aumento de la esperanza de vida; la segunda se encuentra relacionada con la demográfica por la contribución al desarrollo de los avances científicos y tecnológicos hacia diversas estrategias que han ayudado a mejorar la salud; la tercera se enfoca en la forma de vivir de la población, pasando de una zona rural (presencia de una higiene deficiente, mala disposición de excretas, fauna nociva, etc.) a una zona urbana (exposición a contaminantes, tabaquismo, sedentarismo, estrés, etc.) y en la globalización; y finalmente la epidemiológica enfocada en los complejos cambios de los patrones de salud y enfermedad así como la interacción de estos, reconceptualizando la dinámica de las causas de muerte, un ejemplo de esto es que en 1975 las principales causas eran las enfermedades infectocontagiosas (54%) y los padecimientos crónicos no transmisibles representaron el 46%; en el 2000 estas enfermedades no transmisibles se elevaron el 82% y las enfermedades infectocontagiosas disminuyeron un 18%, se espera que para el 2025 los trastornos crónicos no transmisibles lleguen a un 90% (Álvarez & Kuri-Morales, 2018).

Las enfermedades crónicas se caracterizan generalmente por afectar la calidad de vida de quien la padece, las consecuencias circunstanciales y el tratamiento propio de la enfermedad comprometen un cambio en el estilo de vida, lo que involucra las habilidades afectivas, cognitivas,

sociales y conductuales de los pacientes (Oblitas, 2010). Éstos padecimientos tienen un impacto importante en el bienestar y la calidad de vida de quienes las padecen y de las personas que le rodean, afectando negativamente la autopercepción de su estado de salud, además del reajuste psicológico y de su vida cotidiana que tiene que realizar el individuo al recibir el diagnóstico (Baldi, 2012).

Las enfermedades no transmisibles o crónicas son alteraciones de larga duración con una progresión generalmente lenta, son el resultado de una combinación de factores genéticos, fisiológicos, conductuales y ambientales, y representan el 70% del número total de muertes en el mundo al año; estas enfermedades son asociadas principalmente a grupos de edad más avanzada, sin embargo, los datos estadísticos en los últimos años han demostrado que las muertes a causa de enfermedades no transmisibles se producen en edades entre 30 y 69 años, estas muertes “prematuras” suceden en países de ingresos bajos y medios. Los tipos principales de enfermedades no transmisibles ordenadas de acuerdo al número de muertes que causan al año son: 1) las enfermedades cardiovasculares (17.7 millones), 2) el cáncer (8.8 millones), 3) las enfermedades respiratorias (3.9 millones) y 4) la diabetes (1.6 millones) (OMS, 2017).

Las características biológicas más importantes que comparten las enfermedades crónicas son: 1) son sistémicas debido a que afectan a múltiples sistemas corporales y una amplia gama de funciones físicas y sociales; 2) son problemas de por vida porque se desarrollan a lo largo de muchos años, aunque la mayoría se vuelven clínicamente visible a mayor edad; 3) se pueden controlar pero pocos se pueden curar; 4) muchos, aunque no todos, tienen un carácter insidioso, es decir, gradualmente afectan una serie de actividades vitales cada vez mayor y 5) muchas se caracterizan por ser relativamente silenciosas, variando entre fases tónicas, episodios severos o complicaciones dramáticas (Leventhal, Halm, Horowitz, Leventhal & Ozakinci, 2008).

La acumulación de conductas no saludables, así como las condiciones ambientales perjudiciales han dado como resultado las enfermedades crónicas, por lo que la atención hacia el mantenimiento de conductas saludables, las cuales son acciones cognitivo-emocionales orientadas a manejar adaptativamente en estrés cotidiano, así como el desarrollo de potencialidades y reforzamiento de estados emocionales positivos de los individuos, se convierten en el centro del

enfoque psicológico actual, el cual hace hincapié en la salud humana y el funcionamiento positivo (Oblitas, 2010).

El cáncer es una enfermedad crónica que puede afectar el bienestar de las personas que la padecen, así como de quienes la rodean (familia), debido a esto es importante considerar el impacto que tienen en todos los núcleos de la persona, es decir, a nivel físico, psicológico, social e incluso espiritual y generar evaluaciones e intervenciones profesional con el objetivo de favorecer su calidad de vida (Arrivillaga, Correa & Salazar, 2007).

## **Epidemiología**

### Mundial

A nivel mundial, el cáncer ocupa uno de los primeros lugares como causa de muerte (SALUD, 2018). En 2015 8.8 millones de defunciones fueron atribuidas al cáncer. Los cinco tipos de cáncer que causan un mayor número de fallecimientos son: pulmonar (1,69 millones de defunciones), hepático (788 000 defunciones), colorrectal (774 000 defunciones), gástrico (754 000 defunciones) y mamario (571 000 defunciones) (OMS, 2017).

Se considera que cada año se diagnostican aproximadamente 10.9 millones de personas con cáncer en el mundo, ocasionando 6.7 millones de muertes. Siendo las neoplasias de pulmón (12.4%), mama (10.6%) y colon y recto (9.4%) las más frecuentes; mientras que el mayor número de defunciones se le atribuyen al cáncer de pulmón (17.5%), estómago (10.4%) e hígado (8.9%) (Granados, Arrieta & Cantú, 2013).

En la región de las Américas, se estima que 2.9 millones de personas son diagnosticadas y 1.3 millones mueren por esta enfermedad anualmente (SALUD,2018). Aproximadamente dos hombres hispanos y una de cada tres mujeres hispanas serán diagnosticadas con cáncer en algún momento de su vida; y la probabilidad de muerte a causa de cáncer en hombres hispanos es de uno de cinco y de mujeres hispanas es de una de seis (American Cancer Society, 2012).

El cáncer de mama es la segunda neoplasia más frecuente en la población mundial, aproximadamente son diagnosticados 1.67 millones de nuevos casos anualmente, representando el

25% de los casos de cáncer en mujeres. En países en vías de desarrollo es la principal causa de muerte por tumor maligno en la mujer y en países desarrollados la segunda. Cada minuto, en alguna parte del mundo hay una defunción por esta causa (Secretaría de Salud [SALUD], 2015).

La cuarta neoplasia maligna más diagnosticada y la segunda causa de muerte en el mundo es el cáncer colorrectal; este tumor daña al intestino grueso y al recto y se presenta tanto en hombres como en mujeres (SALUD, 2016).

### Nacional

Cada año se registran 190 mil nuevos casos de cáncer y 80 mil defunciones por esta causa en México (SALUD, 2017).

Durante el 2014 el cáncer en órganos hematopoyéticos es el de mayor presencia en hombres (59.2%) y mujeres (61.1%) menores de 20 años de edad; la tasa más alta de letalidad hospitalaria por tumores malignos en la población menor de 20 años se presenta en el grupo de 15 a 19 años de edad: cinco de cada 100 varones y cuatro de cada 100 mujeres que egresan del hospital por un tumor maligno, fallecen y entre la población de 20 años y más, dos de cada 10 casos de cáncer en varones son por tumor maligno en órganos digestivos, y tres de cada 10 mujeres con cáncer padecen de tumor maligno de mama, siendo las principales neoplasias malignas para cada sexo en la población adulta del país (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2017).

El cáncer de mama es la primera causa de muerte por cáncer en la mujer en México. Cada año se estima una ocurrencia de 20, 444 casos de mujeres y una incidencia de 35.4 casos por 100,000 mujeres. 3,405 defunciones fueron registradas en el año 2013 por cáncer de mama; siendo Coahuila, Sonora y Nuevo León las entidades con mayor mortalidad por esta causa (SALUD, 2015).

Billy Jiménez Bobadilla, jefe de la Unidad de Coloproctología del Hospital General de México (HGM) “Eduardo Liceaga”, informó que en la unidad mencionada opera a 40 pacientes con cáncer colorrectal cada mes, más de la mitad de ellos presentándose en etapas avanzadas y siendo el 80% menores a 40 años de edad (SALUD, 2016).

## Estatal

En el año 2015 en el estado de Hidalgo se registraron 259 defunciones hospitalarias en las instituciones del sector público de salud causadas por tumores o neoplasias, de las cuales 127 fueron hombres y 132 mujeres (INEGI, 2016).

## **Definición**

El organismo del humano se compone de una gran número de células, las cuales están organizadas en tejidos que forman órganos y sistemas, siendo la célula, la unidad anatómica fundamental de los seres vivos; el metabolismo celular es el reflejo de la dinámica de las múltiples reacciones químicas que tienen, lo que hace posible mantener y perpetuar su composición; la composición química celular es dominada y organizada por el ácido desoxirribonucleico (ADN) y el ácido ribonucleico (ARN); todas las células crecen, se dividen y mueren de manera programada, ordenada y coordinada (apoptosis); sin embargo, en algunas ocasiones este proceso se desestabiliza, el contenido genético del ADN de una célula se altera lo que provoca mutaciones irreversibles, afectando el crecimiento y la división celular normal, seguido de esto, las células no mueren cuando deberían morir y células nuevas se forman cuando el cuerpo no las necesita, estas células nuevas se multiplican y crecen aceleradamente, carentes de un patrón estructural, generando una masa de tejido, lo cual es denominado tumor (De la Garza & Juárez, 2014).

Cáncer es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de tumores o neoplasias malignas; una característica esencial, es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, un proceso que se denomina metástasis (OMS, 2017). “Se denomina cáncer a un grupo de enfermedades caracterizadas por el crecimiento incontrolado y la propagación de células anormales” (American Cancer Society, 2012 p.2).

La generación del cáncer es un proceso evolutivo el cual comprende un periodo que va desde la exposición a un carcinógeno hasta el desarrollo de una neoplasia. Dicho proceso comprende tres etapas que son: la iniciación, la promoción y la progresión tumoral; en la primera la acción de agentes biológicos, químicos o físicos alteran de forma irreversible la estructura

heredable de la célula, es decir, que la célula desarrollará células malignas; la segunda es un estadio en el cual el desarrollo natural neoplásico se expande con la alteración genética celular, sin embargo, puede ser reversible con son otros agentes que actúen como inhibidores de la comunicación intercelular; y la tercera se caracteriza por la existencia de una neoplasia benigna o maligna establecida de forma irreversible (Oblitas, 2010).

Generalmente, el cáncer necesita muchos años para desarrollarse, por lo que el riesgo de recibir un diagnóstico es superior a mayor edad; sin embargo, el cáncer puede afectar a cualquier persona (American Cancer Society, 2012).

Se conocen como oncogenes a los genes celulares o virales que inducen o mantienen el fenotipo maligno; y la transmisión viral de tales genes o la activación de genes funcionalmente similares que se encuentran en el genoma vertebrado humano desarrollan los tumores humanos. (Meza-Junco et al., 2006).

La génesis del cáncer es una célula que sufre de cambios genéticos por mutaciones adquiridas a través del tiempo en múltiples genes o en genes claves; así mismo, existe la etiología infecciosa del cáncer, en la que un virus tumoral incita la transformación al afectar directamente la célula, los virus que se han relacionado con la formación de tumores son algunos de estas familias virales: hepadnavirus, herpesvirus, flavivirus, papilomavirus, polioavirus y retrovirus (Meza-Junco, Montaña-Loza & Aguayo-González, 2006).

Existen tres tipos de mutación de los genes los que producen el cáncer: los oncogenes, son genes mutados que promueven la división celular; los genes supresores tumorales, cuando estos genes se mutan la célula se divide sin control e inhiben la apoptosis; y genes de reparación de ADN, debido a la mutación adquirida o heredada el sistema de reparación se vuelve deficiente y de acuerdo al grado en que los oncogenes y los genes supresores tumorales estén afectados por las mutaciones la probabilidad de padecer neoplasias malignas es mayor (de la Garza & Juárez, 2014).

Según la definición de Barbacci: los tumores o “neoplasia” son proliferaciones anormales de los “tejidos” que se inician de manera aparentemente espontánea (no se conoce la causa) de crecimiento progresivo, sin

capacidad de llegar a un límite definido, carente de finalidad y regulado por leyes propias más o menos independientes del organismo (Instituto Nacional del Cáncer [INC], 2014, p. 7).

Existen dos tipos de tumores de acuerdo al comportamiento clínico que tienen: a) benignos, se encuentran en una zona bien localizada, sus características no son graves y se pueden retirar mediante una extirpación quirúrgica; y b) malignos, se caracterizan por generar implantes secundarios (metástasis), es decir, que tienen la capacidad de infiltrar las estructuras adyacentes, destruyéndolas, o diseminarse a otros órganos (INC, 2014).

Las principales características de los tumores malignos incluyen la capacidad de formar nuevos vasos sanguíneos (angiogénesis), los cuales permiten la nutrición de las células tumorales, favoreciendo su crecimiento y proliferación a mayor velocidad y distancia; la capacidad de romper su unión con la estructura del tejido donde se originaron, lo que permite propagarse y establecerse como un tumor secundario de las mismas características del tumor del que se originó en sitios distantes; y tienen la capacidad de infiltrarse al torrente sanguíneo o linfático favoreciendo la expansión tumoral, con mayor frecuencia los huesos, los pulmones, hígado y cerebro son los órganos en los que se produce metástasis (de la Garza & Juárez, 2014).

La expansión de las células tumorales y el incremento del riesgo de metástasis, se debe a la actividad angiogénica, capacidad que tiene el tumor de proliferación de vasos sanguíneos. La metástasis es secundaria al angiogénesis debido a la expansión del tumor primario y el incremento del área de superficie vascular, lo cual permite que el tumor salga dentro de la circulación y exista una expansión de implantes metastásicos (Meza-Junco et al., 2006).

El cáncer es un problema de salud pública, causante de pérdidas de vidas humanas y de recursos económicos. Por lo que es de suma importancia tomar medidas preventivas (promoción de la salud, a través de la protección específica y de la educación), de diagnóstico temprano y tratamiento adecuado y oportuno. Además, en el aspecto psicológico, el diagnóstico de cáncer es percibido para el paciente y las personas cercanas a él como una amenaza al bienestar y a la vida (Granados et al., 2013).

Principalmente el tratamiento para los tumores malignos (cáncer) son: la cirugía, que es el único tratamiento curativo para los tumores sólidos; la radioterapia que es un tratamiento destinado al control local y locorregional del tumor; y la quimioterapia, la cual está enfocada al control de la enfermedad diseminada (Romero, 2010).

## **Tipos**

El origen del cáncer puede ser en cualquier tejido corporal, en cualquier célula, y en base a ello es la clasificación de este grupo de enfermedades (INC, 2014). Actualmente existen más de cien tipos de cáncer y de manera general en nombre por el cual es denominado cada tipo es el del tejido y órgano donde se origina; además también puede ser descritos de acuerdo al tipo de célula que los forma como célula epitelial o célula escamosa (INC, 2015).

De acuerdo al tipo de célula donde se forma el cáncer surgen las siguientes categorías: a) Carcinoma: son los tipos más comunes de cáncer, se forman en células que cubren las superficies internas y externas del cuerpo, es decir, en células epiteliales, y de acuerdo a la célula en la que inicia la formación de cáncer se clasifican en: 1) adenocarcinoma: el cual se forma en células epiteliales que producen fluidos o mucosidad, por ejemplo el cáncer de seno, el de colon y el de próstata; 2) carcinoma de células basales: inicia en la capa más baja o basal de la epidermis; 3) carcinoma de células escamosas (o epidermoides) se forma en células epiteliales escamosas que se encuentran debajo de la superficie exterior de la piel o que revisten órganos como el estómago, los intestinos, los pulmones, la vejiga y los riñones; 4) carcinoma de células de transición, este cáncer se forma en el tejido denominado epitelio de transición o urotelio que se encuentra en el revestimiento de la vejiga, de los uréteres, de los riñones (pelvis renal) y de otros órganos. b) Sarcoma: estos cánceres se forman en el hueso, siendo el más frecuente el osteosarcoma, y en los tejidos blandos, los más comunes son el leiomioma, el sarcoma de Kaposi, el histiocitoma fibroso maligno, el liposarcoma y el dermatofibrosarcoma protuberante, también pueden formarse en músculos, tejido adiposo, vasos sanguíneos, vasos linfáticos y en tejido fibroso (tendones y ligamentos). c) Leucemia: son cánceres que inician en los tejidos que forman la sangre en la médula ósea, no forman tumores sólidos, sino que una gran cantidad de glóbulos blancos anormales se acumulan desplazando a los glóbulos normales de la sangre, a su vez éstos se clasifican atendiendo a la rapidez con la que empeora la enfermedad (aguda o crónica) y al tipo de glóbulo en donde

comienza el cáncer (linfoblástico o mielóide). d) Linfoma: el inicio de este cáncer está en los linfocitos (células T o células B), los cuales son glóbulos blancos que forman parte del sistema inmunitario y que combaten las enfermedades; los linfocitos anormales se acumulan tanto en los ganglios linfáticos y vasos linfáticos, así como en otros órganos del cuerpo; el linfoma de Hodgkin y el linfoma no Hodgkin son los tipos principales. e) Mieloma múltiple (o enfermedad de Kahler): empieza en las células plasmáticas, que son células inmunitarias, las células plasmáticas anormales se acumulan en la médula ósea y forman tumores en los huesos de todo el cuerpo. f) Melanoma: el origen de este cáncer está en las células que se convierten en melanocitos, células especializadas en producir melanina (el pigmento que da color a la piel), la mayoría de ellos se forman en la piel, pero pueden formarse también en otros tejidos pigmentados como los ojos (INC, 2015).

Los principales tipos de cáncer que la población presenta son el de seno, el de colon y recto, el de pulmón y bronquios, y el de próstata; y los tipos de cáncer de estómago, hígado y cuello uterino, relacionados con agentes infecciosos, son más frecuentes en países en vías de desarrollo económico (American Cancer Society, 2012).

Otra clasificación dentro del cáncer es el estadio del mismo, de acuerdo al INC (2015) el estadio se refiere a la extensión del cáncer, es decir, qué tan grande es el tumor y si se ha propagado. Hay muchos sistemas de estadificación, sin embargo, la mayoría de los sistemas de estadificación incluyen información acerca de: la ubicación del tumor en el cuerpo, el tipo de células (tales como adenocarcinoma o carcinoma de células escamosas), el tamaño del tumor, si el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos cercanos, si el cáncer se ha diseminado a una parte diferente del cuerpo y el grado del tumor, el cual se refiere al aspecto anormal de las células y de la probabilidad de que el tumor crezca y se disemine.

*En el sistema TNM*, es uno de los sistemas de estadificación más utilizado (INC, 2015): La T se refiere al tamaño y extensión del tumor principal o tumor primario. La N se refiere a la extensión de cáncer que se ha diseminado a los ganglios (o nódulos) linfáticos cercanos. La M se refiere a si el cáncer ha tenido metástasis, esto significa que el cáncer se ha diseminado desde el tumor primario a otras partes del cuerpo. Además, después de cada letra se indican números que dan más detalles acerca del cáncer:

Tumor primario (T)

TX: No puede medirse un tumor primario

T0: No puede encontrarse un tumor primario

T1, T2, T3, T4: Se refiere al tamaño y/o extensión del tumor principal. En cuanto más grande es el número después de la T, mayor es el tumor o tanto más ha crecido en los tejidos cercanos. Las T pueden dividirse todavía más para proveer más detalle, como T3a y T3b.

Ganglios linfáticos regionales (N)

NX: No puede medirse el cáncer en los ganglios linfáticos cercanos

N0: No hay cáncer en los ganglios linfáticos cercanos

N1, N2, N3: Se refiere al número y ubicación de los ganglios linfáticos que tienen cáncer. En cuanto más grande es el número después de la N, más son los ganglios linfáticos que tienen cáncer.

Metástasis distante (M)

MX: No puede medirse la metástasis

M0: El cáncer no se ha diseminado a otras partes del cuerpo

M1: El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo

Para muchos cánceres, las combinaciones TNM se agrupan en cinco estadios menos detallados:

Estadio 0: Hay células anormales presentes, pero no se han diseminado al tejido cercano; también es llamado carcinoma in situ, o CIS, el CIS no es cáncer, pero puede convertirse en cáncer. Estadio I, Estadio II y Estadio III: Hay cáncer presente, en cuanto más grande es el número, mayor es el tumor y tanto más se ha extendido en los tejidos cercanos. Estadio IV: El cáncer se ha diseminado a partes distantes del cuerpo.

Otro sistema de estadificación que se usa para todos los tipos de cáncer agrupa el cáncer en una categoría principal de cinco existente: a) In situ: hay células anormales presentes, pero no se han diseminado a tejido cercano. b) Localizado: el cáncer se ha limitado al lugar en donde empezó, sin indicios de haberse diseminado. c) Regional: el cáncer se ha extendido a estructuras cercanas, como a los ganglios linfáticos, a tejidos u órganos. d) Distante: el cáncer se ha diseminado a partes distantes del cuerpo. Y e) Desconocido: no hay información suficiente para determinar el estadio (INC, 2015).

## **Manifestaciones clínicas**

Los signos del cáncer dependen de la localización y el volumen de la neoplasia, secundario a esto los efectos derivarán de la presencia de actividad metastásica o la alteración de la función de órganos distantes, sin embargo, no existen manifestaciones típicas del cáncer y la mayoría de las veces los tumores son asintomáticos, por lo que cuando las manifestaciones del mismo se producen, es porque hay existe una mayor repercusión y debido a esto muchas veces la posibilidad de curación es limitada (Granados & Herrera, 2010).

El cáncer puede causar casi cualquier signo o síntoma, mismos que dependerá de la ubicación, el tamaño, y de qué tanto afecta a los órganos o los tejidos. De acuerdo al crecimiento del cáncer, comienza a ejercer presión en los órganos, vasos sanguíneos y nervios cercanos, lo que genera algunos de los signos y síntomas propios de la enfermedad; además, puede ocasionar que el sistema inmunológico reaccione de manera que cause esos signos y síntomas. Si el cáncer se encuentra en un área crítica, como en ciertas partes del cerebro, aun el tumor más pequeño puede causar síntomas de la enfermedad, pero en ocasiones el cáncer surge en lugares donde no causará ningún signo o síntoma hasta que ha crecido en gran tamaño, como los cánceres de páncreas. Algunos de los síntomas más comunes en el cáncer son: pérdida de peso inexplicable, fiebre, cansancio, dolor, cambios en la piel, llagas que no cicatrizan, manchas blancas en la lengua o en el interior de la boca, sangrado o secreción inusual, endurecimiento o una masa en cualquier parte del cuerpo, indigestión o dificultad para tragar, tos persistente o ronquera. Es importante destacar que en ocasiones se presentan síntomas que usualmente la persona no toma importancia ellos, sin embargo, indican que algo en el organismo no está bien, por lo que es recomendable acudir al médico a una revisión general. Por otro lado, en ocasiones existe cáncer y no se presentan signos o síntomas, por lo que se reitera que las personas deben realizar estudios y revisiones médicas cotidianamente (American Cancer Society, 2014).

## Dolor

“La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor definió el dolor como ‘una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial’. La percepción del dolor se compone de un sistema neuronal sensitivo y de vías nerviosas aferentes que responden a estímulos” (Puebla, 2005, p. 33).

El dolor es descrito como una experiencia tridimensional: a) la dimensión sensorial se corresponde con el input sensorial que origina la experiencia del dolor, el espasmo vascular o la tensión muscular, b) la dimensión afectiva es una integración de la sensación de dolor a nivel intermedio, implica una inicial caracterización emocional del dolor y c) la dimensión cognitiva retoma el aspecto superior de integración de la experiencia de dolor, experiencia subjetiva del dolor (Oblitas, 2008).

Los dos componentes principales de la respuesta neurofisiológica que corresponde a la sensación dolorosa son el sensorial (algognosia) y el afectivo-conductual (algotinia); el primero se refiere al elemento objetivo básico del dolor, mientras que el segundo está orientado a detener el dolor tan pronto como sea posible, y en ocasiones, en el dolor crónico, propicia reacciones depresivas, de ansiedad, temor, etc. (Muriel, 2005).

Fisiológicamente, en los terminales de las fibras aferentes (nociceptores) que pueden ser: a) A-delta: transmiten el dolor agudo con una calidad de pellizco o pinchazo y b) C (polimodales): transmiten las características quemante y pulsátil del dolor; se ubican receptores específicos que intervienen en la transmisión del dolor: 1) vías aferentes específicas: tienen sus cuerpos celulares en los ganglios raquídeos y entran en la médula a través de las raíces posteriores hasta llegar al asta posterior (lugar estratégico para la modulación de los impulsos aferentes) donde se realiza la conexión con las neuronas de segundo orden, en esta conexión intervienen neurotransmisores como glutamato, aspartato, sustancia P, VIP, somatostatina, neurotensina y bombesina, la sustancia gris gelatinosa del asta dorsal de la médula espinal contiene receptores NMDA que facilitan y prolongan la transmisión de mensajes nociceptivos mediante la liberación de aminoácidos excitadores como el glutamato y neuropéptidos como la sustancia P (el bloqueo de estos receptores podría mejorar cuadros dolorosos de etiología neuropática, fenómenos de hiperalgesia y revertir la tolerancia a opioides), desde la médula espinal los tractos nerviosos ascienden principalmente por la vía espinotalámica, hasta el tálamo y la corteza cerebral dando lugar a la percepción consciente del dolor; y, 2) vías descendentes inhibitorias: están formadas por estructuras con abundantes receptores opioides localizados en la sustancia gris periacueductal, núcleo del rafe magno y núcleos adyacentes a la formación reticular bulbar y su estimulación produce analgesia (Muriel, 2005).

El dolor es producto de la interacción de nuestra estructura neuropsicológica y de su sustrato bioquímico, que al acceder a nuestra conciencia obtiene el significado personal (Simón, 2001, como se cita en Sánchez, Sirera, Peiró & Palmero, 2008). Como experiencia, no es un concepto estático, sino procesual, su significado e implicaciones personales y sociales en el transcurso del tiempo se modificarán con nuestras vivencias y estado emocional (Sánchez et al., 2008). Y hace referencia a los agentes físicos y los factores psicológicos, sociales y espirituales de las personas afectadas, su contexto y su significado (Muriel, 2005).

El dolor se clasifica de acuerdo a distintas características: de acuerdo a su duración el dolor agudo es limitado en tiempo y el dolor crónico es ilimitado en su duración y hay presencia de componentes psicológicos, este dolor es característico del paciente con cáncer; según su patogenia el dolor se clasifica en neuropático, nociceptivo y psicógeno, el primero es producido por estímulos directamente del sistema nervioso central o por lesión de vías nerviosas periféricas, el segundo es el tipo de dolor más frecuente y puede ser somático o visceral y el tercero se relaciona directamente con el ambiente psico-social del individuo; de acuerdo a la localización, el dolor se clasifica en somático el cual se produce por la excitación anormal de nociceptores somáticos superficiales o profundos, y visceral éste es producto de la excitación anormal de nociceptores viscerales, es continuo y profundo. De acuerdo al curso, el dolor se clasifica en continuo y en irruptivo, el primero persistente a lo largo del día y no desaparece, mientras que el segundo se caracteriza por una excitación transitoria del dolor en personas bien controladas con dolor de fondo estable. según la intensidad, el dolor puede ser leve, el cual permite la realización de actividades cotidianas, moderado, éste interfiere con las actividades habituales y severo que interfiere con el descanso y es necesario tratamiento (Puebla, 2005).

El dolor agudo se conceptualiza como de reciente aparición y probable duración limitada, con relación causal, temporal y daño real que es originado por estímulos nocivos, nociceptivos y neuropáticos, asociados con daño potencial y función anormal de uno o más estructuras del cuerpo, sin producir lesión hística actual; por otro lado, el dolor crónico permanece más allá del tiempo de curación de lesiones o enfermedades, sin identificar una causa para ello, o todo dolor coligado a un proceso patológico crónico, continuo o recurrente (Regueira, Fernández & Díaz, 2015).

Uno de los síntomas más abundantes en la población oncológica es el dolor, tiene una fisiopatología múltiple y va desde un síntoma doloroso con origen en la propia enfermedad hasta el dolor generado por procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos y por enfermedades no oncológicas pero ligadas al cáncer. El dolor va tomando un amplio porcentaje de los pacientes oncológicos conforme va avanzando la enfermedad y constituye un importante problema sanitario y social, por lo cual, se vuelve de gran importancia desarrollar intervenciones adecuadas para el manejo del dolor en pacientes con cáncer (Reyes, González, Mohar & Meneses, 2011). El dolor puede ser provocado por un tumor maligno, por el tratamiento del mismo, o por ambos. El inicio del dolor es agudo, y puede pasar a la curación o a la cronicidad, dependiendo del estado de la enfermedad y de la superficie hística afectada; sin embargo, en un cuadro de dolor crónico pueden aparecer episodios agudos (Yera, 2012, como se cita en Regueira et al., 2015).

El dolor es un componente principal de la sintomatología del paciente con cáncer y a pesar de que no es la única manifestación clínica, es el que genera más angustia al paciente y a quienes lo rodean; por lo que el tratamiento oportuno y eficaz evita alteraciones orgánicas y psicológicas en el paciente (Monge, 2006; Zas et al., 2013). El dolor oncológico en la mayoría de las ocasiones es crónico, entre el 30% y 50% de los pacientes que son diagnosticados con una neoplasia presentan dolor, que en las fases avanzadas de la enfermedad puede llegar al 70% y 90%. Los pacientes con cáncer avanzado presentan dolor 70% originado por el curso propio de la neoplasia y 30% se relaciona con los tratamientos y patologías asociadas (Puebla, 2005). Y el dolor que presenta un paciente durante un proceso oncológico es variable y depende del tipo y extensión de la enfermedad y de la tolerancia de cada individuo (Pernia & Torres, 2008 como se cita en Regueira et al., 2015). El dolor por cáncer además de ser nociceptivo y físico involucra factores como la personalidad, el afecto, la cognición, la conducta y las relaciones sociales; y el nivel varía en relación al estadio de la enfermedad entre moderado a intenso, moderado a grave y muy grave. Además, es importante destacar que el dolor, desde el punto de vista psicológico, puede afectar el ritmo de vida del paciente (Velázquez, Vázquez & Alvarado, 2009).

El mayor problema de los pacientes con cáncer es el dolor; de acuerdo a estudios realizados se manifiesta que uno de cada dos pacientes con dolor por cáncer no tiene tratamiento adecuado;

siendo el principal fundamento, el desconocimiento de dosis, vías y tratamientos no farmacológicos (Alexopoulos, Loutsogiannou, Moratis, Mestousi & Jelastopulu como se cita en Regueira et al., 2015).

De acuerdo con Plancarte, Mille y Mayer (2002) como se cita en Guillén, Plancarte, Reyes y Guajardo (2013) el dolor oncológico en 92.5% de los casos se presenta debido al tumor, la mayor intensidad oscila entre 6.6 y 7.7, según la escala visual análoga (EVA), la intensidad promedio es de 3.6 a 4.3 según la EVA, es referido en más de un sitio por el 24.8% de pacientes, tiene una duración promedio de 5.9 meses y el 47.5% de pacientes presenta dolor nociceptivo y 64.4% presentan dolor irruptivo.

Los pacientes con cáncer indicaron que la columna vertebral (36%), el abdomen (27%), el tórax (24%), los miembros inferiores (22%), la cabeza, el cuello y la región pélvica (17%), los miembros superiores (11%) y la región perianal (7%) son las regiones anatómicas en las que presentan dolor con mayor frecuencia. Por otro lado, los tratamientos oncológicos pueden ser también causa del dolor en el paciente (cirugía, post-radioterapia, post-quimioterapia) (Ministerio de Salud [MINSAL], 2011).

En cuanto al cáncer de mama la prevalencia de dolor en del 23-27,1% del total de las pacientes diagnosticadas y previo a intervención quirúrgica. El índice de dolor en mujeres sometidas a mastectomías por cáncer es de entre 20% y 65% ubicando el dolor en su mayoría en la axila/brazo y en la zona de la cicatriz. En pacientes con cáncer de pulmón el dolor se presenta en el 11% de ellos. En pacientes sometidos a toracotomía el 50 y 80% de ellos experimentan dolor crónico severo hasta varios meses después al procedimiento y en el 30% puede perdurar el dolor hasta 4 o 5 años posteriores a la cirugía (Reyes et al., 2011).

En el Instituto Nacional de Cancerología de la Ciudad de México (INCan) se realizó un seguimiento a mujeres con cáncer cervicouterino en donde se encontró que el síntoma más frecuente en esta población es el dolor, teniendo un 98,3% de casos (Reyes et al., 2011).

En un estudio realizado en el hospital de EsSalud Cusco de Perú en pacientes con cáncer de mama, se encontró que el 50% de los participantes manifestó haber sentido bastante dolor y el 35.4% registro haber sentido un poco de dolor, este síntoma se manifiesta en pacientes con fase clínica 1 y 2 principalmente en un cuadro post-operatorio (Monge, 2006).

### **Factores biopsicosociales asociados**

Uno de los aspectos que se relacionan con el padecimiento del cáncer es el envejecimiento, sin embargo, existen tipos particulares de cáncer que afectan a grupos de edades específicas, por ejemplo: leucemias linfocíticas agudas que se presenta más en menores de 15 años, y factores genéticos también son asociados con el desarrollo del cáncer; por otro lado, el género es otra variable importante a considerar, siendo el femenino con mayor riesgo de padecer dicha enfermedad que el masculino. El nivel socioeconómico de los países también se relaciona con los diferentes tipos de cáncer: la población de los países en vías de desarrollo es más propensa a las neoplasias y los tipos de cáncer más frecuentes se relacionan a la implicación de agentes infectocontagiosos; siguiendo esta línea, la exposición a carcinógenos en el ambiente se vincula con la enfermedad, lo cual depende principalmente del lugar de residencia y los cambios ambientales producto de la sociedad (Granados et al., 2013).

Desde el punto de vista epidemiológico se han relacionado diversos factores de riesgo o posibles causas del cáncer, sin embargo, las causas directas no son los únicos indicadores reales; los agentes etiológicos son las causas directas de transformación maligna (Granados et al., 2013). Dichos factores relacionados a la génesis del cáncer son de dos tipos: agentes iniciadores y agentes promotores, los primeros actúan a través de mutaciones mientras que los segundos aceleran la proliferación de células mutadas (Granados et al., 2013); Considerando que un 70% de éstos se relaciona con el estilo de vida de la persona y causas ambientales (Amigo-Vázquez, 2015 como se cita en Rojas & Gutiérrez, 2016).

Factores internos como las mutaciones heredadas, hormonas, problemas inmunitarios y mutaciones debidas al metabolismo, y factores externos como el tabaco, organismos infecciosos, alimentación deficiente, sustancias químicas y radiación, pueden ejercer acción en secuencia y/o en conjunto para causar y desarrollar el cáncer (American Cancer Society, 2012).

El agente etiológico individual más importante es el tabaco, el desarrollo tumoral se activa si existe una exposición reiterada a su composición química. Otros factores relevantes son la exposición a los rayos ultravioletas de la luz solar o las radiaciones ionizantes. El envejecimiento y otros problemas vitales, algunos virus y rasgos generales heredados también contribuyen a la génesis de las neoplasias (Granados et al., 2013).

El consumo de tabaco es el principal factor de riesgo para el cáncer de pulmón, laringe, lengua, vejiga y riñón; el sobrepeso y la alimentación son factores de riesgo significativos principalmente relacionados con el cáncer de colon y recto, mama, próstata y endometrio; las micotoxinas (aflatoxinas) son un factor generador del cáncer de hígado y el consumo excesivo de grasas animales se ha relacionado con la aparición del cáncer de mama, así mismo, el consumo de celulosa reduce el riesgo de enfermar de cáncer de colon; otro factor importante es la exposición prolongada y sin precaución a la radiación solar, relacionándose directamente con el cáncer de piel; el cáncer de cuello uterino, cavidad oral y amígdala está relacionado íntimamente con el Virus del Papiloma Humano (VPH), por lo que las prácticas sexuales sin protección constituyen un factor de riesgo; la genética es un agente importante especialmente para el cáncer de mama (5%) y de colon (5-10%); el consumo de alcohol se relaciona directamente con el cáncer de hígado y moderadamente con el de mama, además en la combinación con el consumo de tabaco el riesgo de padecer cáncer de cavidad oral y esófago incrementa (de la Garza & Juárez, 2014).

Actualmente, existe evidencia suficiente de que la salud está influenciada significativamente por nuestra conducta, pensamientos y relaciones sociales. Las conductas que tenemos en relación a los hábitos saludables, atender las recomendaciones médicas, etc; así como los estados psicológicos influyen en nuestra salud, los sentimientos y las emociones pueden tener efectos positivos o negativos en nuestro bienestar físico. Las enfermedades crónicas son causadas por diversos factores psicológicos, sociales, culturales y medioambientales; por lo que el manejo que requieren debe ser desde el aspecto biopsicosocial (Oblitas, 2008).

Los inmunógenos conductuales son aquellas conductas que reducen el riesgo de que la persona desarrolle una enfermedad (Matarazzo, 1984; Oblitas, 2008).

Los estilos de vida saludables involucran conductas saludables, que son aquellas, que al ser realizadas por el sujeto, generan la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo que intervienen en su bienestar físico y en su longevidad; la investigación epidemiológica ha proporcionado argumentos de los comportamientos relacionados con la salud, siendo los más importantes los siguientes: a) Practicar ejercicio físico: realizar una actividad física de modo regular y moderada trae consigo beneficios para la salud. b) nutrición adecuada: una práctica nutricional adecuada se caracteriza por una dieta equilibrada, que contenga todas las sustancias nutritivas esenciales, evitando una ingesta excesiva de alimentos; misma que minimiza el riesgo desarrollar enfermedades. El cáncer, se debe en gran medida a comportamientos nutricionales inadecuados. c) desarrollo de un estilo de vida minimizador de emociones negativas: las emociones negativas inducen directamente efectos psicofisiológicos que alteran la salud, además de que influyen en la promoción o el mantenimiento de conductas no saludables. d) optimismo, buen humor y risa: el optimismo es una actitud que impulsa al enfrentamiento de dificultades que se presentan con esperanza, buen ánimo y perseverancia, generando la posibilidad de encontrar soluciones creativas, ventajas y posibilidades, las personas optimistas tienden a tener buen humor y mejor estado de salud psicológica y física. e) Adherencia terapéutica: el consejo médico tiene dos aspectos, debe ser acertado y debe ser seguido por el sujeto para que éste tenga repercusiones beneficiosas sobre la salud. f) Creatividad: es la capacidad que tiene el cerebro para generar nuevas conclusiones y resolver problemas en una forma original; resolver problemas o dificultades personales con creatividad permite la adaptación y ajuste a circunstancias de la vida (Oblitas, 2008).

Romero (2010) refiere que numerosas investigaciones aportan información acerca de las emociones que un individuo experimenta ante el cáncer, además de la forma de enfrentarse al mismo, dentro de lo que destaca cuatro reacciones emocionales al cáncer que son ansiedad, ira, culpa y depresión; dichas emociones van a ir apareciendo de acuerdo a la percepción que el paciente tenga de la propia enfermedad y a la valoración o interpretación de la misma; de este modo, en un primer momento, cuando la persona recibe el diagnóstico de cáncer, la respuesta emocional que genera primordialmente es ansiedad debido a la percepción de peligro y vulnerabilidad, siendo una fuente de estrés la posibilidad del deterioro físico y/o alteración a la

imagen corporal y los sentimientos de inutilidad. La ira se manifiesta secundario a la creencia de que el dominio personal ha sido atacado de alguna forma e injustamente, esta emoción puede manifestarse como un enfado con dios, con el médico, con la pareja, consigo mismo, etc. Siguiendo con estas manifestaciones la culpa se hace presente secundario a ideas de que lo que han hecho ellos mismos los ha llevado a la enfermedad, incluso pueden ver a su padecimiento como un castigo. Y finalmente la depresión o la tristeza primordialmente inicia por la sensación de pérdida del dominio personal, por ejemplo, pérdida de su papel en la sociedad, de realizar actividades que le gustan, de partes del cuerpo, pérdida de su cabello (efecto secundario de la quimioterapia), pérdida de su trabajo, etc. Lo anterior son factores importantes dentro del proceso de la enfermedad y dará pauta a la forma en que la persona se enfrentará a la misma, es decir, desarrollará una manera de “vivir” la enfermedad y de generar estrategias de afrontamiento hacia ésta (Romero, 2010).

### Estrés

La palabra estrés se ha tomado de la ingeniería, la cual, refiere a la acción de las fuerzas físicas en las estructuras mecánicas, en el ámbito de la psicología se entiende como las situaciones o respuesta de la persona ante ellas. El fisiólogo Walter Cannon fue el primero en tomar este término para definirlo como la reacción fisiológica que se genera a partir de la percepción de situaciones amenazantes (Carlson, 2014).

El estrés hace referencia a una amenaza real o supuesta al bienestar fisiológico psicológico y conductual en donde los glucocorticoides y catecolaminas en circulación se elevan. A nivel conductual la respuesta de estrés genera reacciones de lucha, huida o comportamientos desadaptativos como el consumo de alcohol, también presenta síntomas de hipervigilancia con ansiedad y preocupación (McEwen, 2000).

Los estudios realizados en seres humanos sometidos a situaciones estresantes han demostrado pruebas que indican una serie de repercusiones en la salud. Al someterse a periodos de estrés prolongado implica la exposición prolongada de una hormona llamada glucocorticoide segregada ante la experiencia de estrés, ésta, a su vez, genera una mayor probabilidad de presentar problemas en la salud a largo plazo como: problemas en la memoria, hipertensión, daño del tejido muscular, inhibición del crecimiento en niños, inhibición de la respuesta inflamatoria dificultando

la recuperación del organismo, supresión de la respuesta inmunitaria e incluso lesión cerebral (Carlson, 2014).

Lazarus y Folkman (1984) describieron un modelo diferencial del estrés en el que se distinguen tres ámbitos: el primero se refiere a los antecedentes causales, los que involucran las características de la situación y de la persona; el segundo ámbito involucra los procesos mediadores, dentro de los cuales, la valoración es un proceso en el cual la persona establece de qué manera le afecta la situación y si de alguna manera puede enfrentarse a ella con éxito, denominando una valoración primaria de amenaza cuando el individuo considera que no tiene los medios para hacer frente a la situación y las emociones involucradas suelen ser de tipo negativo, y como valoración primaria de desafío cuando la persona considera que tiene posibilidades de acción, considera la circunstancia como un reto y las emociones asociadas son positivas; por otro lado, el afrontamiento es un proceso cambiante que se utiliza para manejar o hacer frente a las situaciones que previamente han sido valoradas, puede ser de dos tipos, el afrontamiento centrado en el problema enfoca los esfuerzos empleados para cambiar el curso o desarrollo del mismo y el afrontamiento centrado en la emoción se refiere al cambio de la repercusión emocional que la persona tiene ante la situación determinada; finalmente, el tercer ámbito es el resultado a corto y a largo plazo, los primeros involucran cambios fisiológicos y emocionales mientras que los segundos refiere la repercusión de éstos sobre la salud-enfermedad, bienestar psicológico y funcionamiento social de los individuos.

Dos de las características más relevantes de un estresor son la pérdida de control y el desconocimiento de lo que ocurrirá, siguiendo esta línea, la enfermedad en sí misma constituye un daño además de que suele ser impredecible e incontrolable en numerosas ocasiones (Soriano, 2010).

El estrés crónico es una de las principales causas de problemas de salud física y psicosocial, las respuestas fisiológicas, así como la intensidad y la duración del mismo, son las responsables de los efectos del estrés sobre el funcionamiento o estructura del organismo (Sandín, 1993 como se cita en Téllez et al., 2012). Por otro lado, la evaluación y tipo de afrontamiento que la persona hace de la situación estresante genera impacto en el sistema inmune, por tanto, en el estado de salud (Téllez et al., 2012).

El estrés representa una variable de gran importancia dentro del ámbito de salud ya que produce efectos tanto biológicos como psicológicos que requieren atención específica, por ejemplo, inhibición de las hormonas del crecimiento y de la recuperación celular, disminución inmunológica y desencadenamiento de alguna enfermedad crónica (Téllez et al., 2012).

El diagnóstico de cáncer y en general el curso de la enfermedad son factores que los individuos perciben como estresores muy amenazantes, secundario a ello, las respuestas emocionales y físicas del estrés son muy elevadas, lo que además genera mayor complicación a nivel psicológico (Valencia et al., 2015).

Es importante destacar que el diagnóstico de la enfermedad, el dolor, los procedimientos médicos, los efectos secundarios del tratamiento médico y las pérdidas personales, psicológicas y físicas que los pacientes con cáncer tienen durante el proceso de su padecimiento son situaciones estresantes (Belver, 2007 como se cita en Valencia et al., 2015).

Un elemento que puede contribuir en el estrés es cuando debido a la gravedad o al tipo de tratamiento de la enfermedad el paciente requiere ser hospitalizado, lo que implica que la persona carezca de recursos físicos propios o se encuentra en una situación de dependencia e incertidumbre, el ambiente en el que se encuentra el paciente es desconocido y con normas que ignora (horario de comidas, medicación, pruebas diagnósticas o de tratamiento, etc.), además del espacio físico en donde se encuentra y la vestimenta hospitalaria lo que genera incomodidad y una pérdida de intimidad y cambio en sus hábitos; por otro lado, tienen dudas y temores debido a que genera ideas con respecto a la gravedad de su estado de salud (Soriano, 2010).

### Ansiedad y Depresión

Existen distintas definiciones de ansiedad que se relacionan y se complementan con bastante fuerza, una de éstas describe que “La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento desagradable y/o de síntomas somáticos de tensión” (Consejería de Sanidad y Consumo, 2008 p.31). Otra definición describe que la ansiedad es “una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por las percepciones de

incontrolabilidad e impredecibilidad con respecto a sucesos potencialmente adversos y con un cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos” (Barlow, 2002, p.104). Para Amaro (2008) la ansiedad se trata de una emoción común que se manifiesta en la persona como una señal que advierte algún peligro, esta emoción puede estar alterada o ser excesiva manifestándose en situaciones en las que no habría por qué estar alerta, en este último caso pasaría a considerarse como un trastorno.

La naturaleza fisiológica de la ansiedad refleja la activación del sistema nervioso simpático (SNS) y parasimpático (SNP) siendo la activación del SNS la más prominente en la ansiedad, provocando los síntomas de la hiperactivación (Bradley, 2000 como se cita en Clark & Beck, 2010). Estudios realizados a través de neuroimagen funcional indican que la amígdala, la corteza cingulada, la prefrontal y la de la ínsula están implicadas en los trastornos de ansiedad (Carlson, 2014). Las respuestas de ansiedad van desde reacciones fisiológicas comunes a reacciones fisiológicas amplificadas ante el peligro percibido. Las distorsiones cognitivas que se generan en el procesamiento de la información, ya sea interna o externa, se asimilan con las de la depresión teniendo como diferencia los pensamientos automáticos que se desarrollan en cada caso. Las creencias y esquemas nucleares de la depresión giran en torno a la derrota, pérdida o deprivación, mientras que en la ansiedad giran en torno a la amenaza o peligro (Beck, 1976 como se cita en Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

Carlson (2014) describe que los trastornos de ansiedad se caracterizan por la presencia de temor desequilibrado e infundado caracterizados por la presencia de tensión, hiperactividad del sistema neurovegetativo, preocupación de un desastre inminente y un estado de alerta continuo ante el peligro, estos trastornos tienen una prevalencia cercana del 26% a lo largo de la vida, contribuyen a la aparición de trastornos depresivos y por abuso de sustancias, los trastornos de ansiedad son los cuadros psiquiátricos más frecuentes.

Existen otros tipos de ansiedad denominados fobia, ansiedad flotante y pánico; el primero refiere a que existe la presencia de un gran temor relacionado con un objeto o situación determinada como la claustrofobia, agorafobia, agorafobia e hidrofobia; la segunda hace referencia a una

situación de intensa ansiedad, la cual, puede manifestarse en la persona en el momento menos esperado experimentando la incapacidad para poder relacionar la experiencia con alguna situación que se asocie a la misma; y la tercera se trata de una manifestación muy aguda del nivel de ansiedad generando en la persona pérdida de control de sí misma y de la situación (Amaro, 2008).

El miedo es una valoración automática básica del peligro, presenta una función adaptativa que es crítica para la supervivencia y compone el proceso nuclear de los trastornos de ansiedad, por lo tanto, la ansiedad describe un estado más perdurable de la amenaza (Clark & Beck, 2010). La ansiedad aguda produce en la persona la evocación de lo que más teme o detesta afectando prácticamente todo el sistema del organismo y generando la presencia de síntomas en diferentes esferas: fisiológicos como sudoración, ritmo cardíaco elevado y sensación de mareo; síntomas cognitivos que llevan a interpretaciones desacertadas de la información, miedo a perder el control, estrechamiento de la atención, miedo al daño físico e hipervigilancia; síntomas conductuales como huir, dificultad para hablar, quedarse paralizado y agitación; y síntomas en la esfera afectiva como presencia de miedo, incertidumbre, impaciencia, frustración y vulnerabilidad, con todo esto se anticipan circunstancias valoradas como muy aversivas e incontrolables (Clark & Beck, 2010; Beck & Emery, 2014).

El miedo y la ansiedad son una respuesta emocional con distintas características que se pueden asociar y por otro lado también se pueden confundir: la primera hace referencia a una amenaza inminente, real o imaginaria y está asociada a accesos de activación autonómicas necesarios para la defensa o la fuga y la segunda nos habla de una respuesta anticipatoria a una amenaza próxima y está asociada comúnmente con tensión muscular y comportamientos cautelosos y evitativos (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM-5], 2016). Según el tipo de objeto o situación que genera una respuesta de miedo, de ansiedad o las conductas evitativas, y según la cognición asociada es como se puede realizar una diferenciación de los trastornos de ansiedad y estos a su vez se puede diferenciar del miedo o de la ansiedad normal propia del desarrollo por ser excesivos y persistentes (DSM-5, 2016).

En cuanto a la depresión, la presencia de tristeza en ella no quiere decir que se traten de lo mismo, las personas experimentan tristeza al vivir experiencias que les desfavorecen tales como la

pérdida de un empleo, la pérdida de un familiar o por la presencia de una enfermedad grave y el sentimiento de dolor que se experimenta supone ser menos intenso con el paso del tiempo, en cambio, en la depresión, la presencia de tristeza dura como mínimo dos semanas, interfiere con las actividades de la vida cotidiana y se desarrolla la sensación de indefensión, desesperanza y culpa por tener estos sentimientos (American Psychological Association [APA], 2018). Dentro del diagnóstico de cáncer la tristeza es una respuesta de las más comunes, por lo tanto, se vuelve de gran relevancia hacer una diferenciación entre los niveles normales de tristeza y los niveles depresivos (Fonseca, Schlack, Mera, Muñoz & Peña, 2013).

La depresión se caracteriza por tener un número amplio de síntomas y facetas y no siempre se origina de las mismas causas por ello hay numerosas teorías que intentan explicar la depresión (Winokur, 1997 como se cita en Vázquez, Muñoz & Becoña, 2000) El trastorno depresivo mayor implica cambios significativos en el afecto, la cognición, las funciones neurovegetativas y remisiones interepisódicas, los episodios son de al menos dos semanas de duración, aunque la mayoría duran más. Algunos de los síntomas que se presenta son de tipo somáticas como dolores y sufrimiento corporal otros refieren a la pérdida de interés, pérdida de placer, presencia de irritabilidad, dificultad para pensar, pensamientos de muerte, aislamiento social, agitación, alteraciones en el apetito, alteraciones en el sueño, disminución de la energía y sentimientos de inutilidad (Vázquez et al., 2000; APA, 2016).

La presencia de malestar emocional (distress) dentro de la experiencia de diagnóstico de cáncer y la evolución del mismo es evidente debido a que existe una afectación global a nivel físico, psíquico y social provocando dificultades en la adaptación a esta circunstancia generando reacciones ansiosas y depresivas, aproximadamente el 50% de los pacientes oncológicos presenten algún trastorno psiquiátrico, comúnmente se trata de un trastorno adaptativo con ánimo depresivo (Maté, Hollenstein & Gil, 2004).

En un estudio sobre ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mamá y, con una media de edad de 52.46, se encontró sintomatología ansiosa y depresiva en el 28% de las participantes (Ornelas-Mejorada et al., 2011). En otro estudio realizado por Linden, Vodermaier, MacKenzie y Greig (2012) sobre la ansiedad y la depresión después del diagnóstico de cáncer tomando en cuenta

el tipo de cáncer, el género y la edad de las personas, se encontró que en promedio el 19.0% de los pacientes mostraron niveles de ansiedad en el rango clínico, y el 22.6% mostraron niveles subclínicos, los pacientes femeninos con un 24.0% presentaron más probabilidad de presentar niveles clínicos de ansiedad contra el 12.9% de los varones. En los pacientes más jóvenes con cáncer de hueso, cáncer de mama y cáncer de próstata, en comparación al grupo de mayor edad, se encontró que tenían casi tres veces más probabilidad de reportar ansiedad y los pacientes con cáncer gastrointestinal, cáncer hematológico y cáncer neuroendocrino tenían más del doble de probabilidad de registrar niveles clínicamente relevantes de ansiedad a comparación de los pacientes de mayor edad.

Se ha encontrado que algunas de las causas de la presencia de la ansiedad en población oncológica son: la percepción de cercanía a la muerte, el miedo de la evolución de la enfermedad y las falsas creencias asociadas a la misma, anticipación de sufrimiento, no solo de ella, sino que también de los que la rodean, dificultad para expresar sentimientos, temor, pérdida de control y problemas sociales de tipo económicos entre otros (Maté et al., 2004)

En un estudio realizado por Linden et al. (2012), sobre la depresión en pacientes con cáncer, se encontró que en promedio los participantes advertían niveles por debajo del umbral subclínico siendo las mujeres con cáncer genitourinarios, hematológicos y pulmonares las que presentaron niveles por encima del umbral subclínico.

## **CAPÍTULO 2. BIENESTAR PSICOLÓGICO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS**

### **Psicología positiva**

Seligman (1999) definió a la psicología positiva como el estudio científico de las experiencias y los rasgos individuales positivos, las instituciones que facilitan su desarrollo y los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de las personas, mientras previene o reduce la incidencia de la psicopatología.

La psicología positiva aborda diferentes planos, uno de ellos es el de las experiencias subjetivas positivas, las cuales se refieren a temas como el bienestar subjetivo, la satisfacción vital, la fluidez (*flow*), el optimismo y la esperanza y los rasgos individuales positivos como el coraje, la capacidad de amar, las habilidades interpersonales, la sensibilidad estética, el perdón, la originalidad, la visión del futuro, la perseverancia, la compasión, la sabiduría y el talento; y otro es el plano grupal el cual se enfoca en el conocimiento y desarrollo de las virtudes cívicas encaminado a ser mejores ciudadanos, las cuales son la responsabilidad, la tolerancia, el altruismo, la protección, el trabajo ético, el cuidado, el amparo, la moderación y el civismo (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

El enfoque de la psicología positiva implementa como objetivo principal el hacer a las personas más felices, comprendiendo y constituyendo emociones positivas, gratificaciones y significados, implementando el bienestar individual y grupal (Seligman, Parks & Steen, 2004 como se cita en Caruana, 2010).

La base de la psicología positiva reside en que un programa de intervención debe tener como objetivo un mayor bienestar psicológico en la persona, no únicamente la desaparición de los trastornos psicológicos (González-Arratia & Valdez, 2014).

Comprender y facilitar la felicidad y el bienestar subjetivo es el objetivo principal de la psicología positiva, por lo que es necesario ampliar el panorama de estudio, en donde no solamente se centre la atención en las enfermedades o las problemáticas, sino poner énfasis especial en las

emociones positivas, las fortalezas y las virtudes (Carr, 2007; Vera, 2006, como se cita en González-Arratia & Valdez, 2014).

El estudio de la psicología positiva tiene en cuenta tres aspectos esenciales que a su vez se interrelacionan, estos son: a) las experiencias subjetivas positivas: felicidad, placer, satisfacción, bienestar; b) los rasgos de personalidad positivos: carácter, talentos, intereses y valores; c) las instituciones: familias, colegios, comunidades, sociedades que facilitan los rasgos positivos, secundario a esto, generan experiencias positivas subjetivas (Martínez, 2006).

De acuerdo con Seligman (2008) la salud positiva refiere a un estado más allá de la ausencia de la enfermedad y que puede practicarse; la salud mental se asienta en emociones positivas, compromiso, propósito, relaciones positivas y logros positivos. La salud positiva protege de enfermedades debido al vínculo entre la psicología positiva y el estado de salud.

Desde el punto de vista de la psicología positiva los eventos negativos pueden fortalecer y proporcionarles perspectivas de crecimiento y bienestar a las personas; un ejemplo de ello es lo referente a la resiliencia y el crecimiento postraumático (Corral, 2012).

Desde el paradigma de la Psicología Positiva, el crear intervenciones dirigidas a personas con problemas de salud, en las que se exploren y fomente la salud positiva, las cualidades y fortalezas de cada persona con el objetivo prevenir enfermedades mentales y físicas o complicaciones de éstas últimas fortalece y corrobora los beneficios de esta orientación psicológica (Seligman, 2008).

Estudios en el ámbito de la psicología de la salud basados en el prisma de la psicología positiva arrojan resultados en el que las personas con diversas enfermedades que tienen más optimismo o fortalezas, por ejemplo, parecen tener mejor salud y mayor bienestar, por lo que, es una aportación de una nueva forma de recuperar la salud psicológica y mejorar la salud física en este grupo poblacional, sin embargo, aún el campo para la investigación es amplio (Cerezo, 2013).

El estudio de la resiliencia representa una perspectiva con potenciales de aplicación, que permite la constitución teórica que garantiza una metodología y promueve el desarrollo de programas orientados a recuperar la salud, la dignidad y la condición humana de personas inmersas en situaciones adversas (Fiorentino, 2008).

Fiorentino (2008) refiere que en general, de acuerdo a diversos autores, la conceptualización de la resiliencia coincide en que es un estado, producto de un proceso dinámico entre factores protectores y factores de riesgo que puede ser construido, desarrollado y promovido, que implica un conjunto de habilidades y actitudes que fomentan la adaptación y transformación exitosa pese a los riesgos y la adversidad que se edifica desde las fortalezas del ser humano, desarrollando las potencialidades individuales. Por lo que, las intervenciones enfocadas en aumentar la resiliencia, básicamente consisten en estimular las propias capacidades y recursos a fin de promover la salud y la calidad de vida. En conclusión, de acuerdo a la investigación basada en la evidencia, la resiliencia es una variable protectora de la salud física y mental en momentos de enfermedad (Brix et al., 2008; Jamison, Weidner, Romero & Amundsen, 2007, como se cita en Quiceno & Vinaccia, 2011).

En el Hospital Comarcal Sanat Jaume de Calella se realizó una intervención psicooncológica basada en counselling y psicología positiva en pacientes ambulatorias diagnosticadas con cáncer de mama, en la que se concluyó que una sesión tiene un impacto emocional favorable inmediato, y posterior a la sesión las pacientes experimentaron un alivio del malestar emocional y estados emocionales positivos (Vila et al., 2016).

En la Unidad de Psicooncología del Instituto Catalán de Oncología los pacientes con cáncer reciben atención psicológica basada en el modelo de Psicología Positiva desde hace diez años, obteniendo resultados favorables en la reducción significativa del malestar emocional del cáncer, en la mejora del estado de ánimo, reducción de la angustia y en el afrontamiento de la enfermedad con un funcionamiento psicológico positivo, es decir, se basa en el fomento del bienestar, la calidad

de vida, el optimismo, el sentido vital, el crecimiento, la esperanza y la felicidad (Instituto Catalán de Oncología, 2017).

### **Emociones positivas**

Las emociones tradicionalmente han sido explicadas por la función que tienen dentro de la vida cotidiana, orientadas a la acción, enfocadas en la evolución adaptativa, para lo cual las emociones han sido analizadas como positivas y como negativas; los modelos tradicionales centrados en las tendencias momentáneas de pensamiento-acción, generan particularidades en el actuar cotidiano de las personas. En este sentido una nueva perspectiva enmarca, debido a que las emociones positivas amplían el repertorio momentáneo de pensamiento-acción, lo que conllevan a la persona a descartar comportamientos automáticos dentro de lo cotidiano y promueven nuevas opciones de pensamiento y acción, creativos y sin un patrón establecido (Fredrickson, 1998).

En la línea de psicología positiva las emociones son conceptualizadas como una respuesta simple con manifestaciones fisiológicas breves y precisas, lo que refleja externamente lo que la persona siente ante un estímulo o una situación. Las emociones positivas tienen características fundamentales de placer y bienestar, por lo que tienen suma importancia tanto como detonante de bienestar como de crecimiento psicológico personal y duradero (Barragán & Morales, 2014).

Las emociones positivas son atemporales, ya que pueden expresarse o manifestarse en tiempo pasado, presente y futuro. En el pasado, se presentan con situaciones que han ocurrido anteriormente y pueden evocarse con los recuerdos, por ejemplo, la gratitud, el orgullo, la satisfacción. En el presente, la expresión de las emociones se caracteriza principalmente por el placer, la gratificación y el escaso o nulo pensamiento, y relacionan con el desarrollo de las virtudes y fortalezas de las personas en la cotidianidad. Por ejemplo, la alegría, la serenidad, la fluidez. En el futuro, las emociones positivas se caracterizan por el poder y buscar desarrollarse, por ejemplo, el optimismo, la esperanza (Barragán & Morales, 2014).

En un marco general, el proceso salud-enfermedad relacionado con las emociones, existen mayoritariamente estudios de emociones negativas como son la ansiedad, la depresión y la irahostilidad; lo anterior, siguiendo el marco de la psicología clínica vista desde la enfermedad, siendo que éstas juegan un papel importante en la etiopatogenia, desarrollo y desenlace de las

principales afecciones crónicas (Linder et al., 2012; Martín, 2016; Ornelas-Mejorada et al., 2011). Por otro lado, las emociones también marcan una pauta de investigación desde la perspectiva de la calidad de vida en salud, como indicadores de malestar-bienestar (Grau & Martín, 1994, como se cita en Martín, 2016). Y en los últimos años, especial atención se le ha dado a la función de las emociones positivas en el proceso salud-enfermedad, pues representan un atributo protector (Martín, 2016).

Algunas de las emociones positivas con mayor relevancia dentro del marco de psicología positiva son: el bienestar, definido operacionalmente como un juicio cognitivo global que la persona hace en cuanto a la satisfacción con la vida y un balance producto de la frecuencia de afecto positivo y negativo, que apoya a la persona para un adecuado funcionamiento dentro de todas sus esferas; la elevación, es referida como la manifestación de un sentimiento de afecto fuerte en presencia de acciones positivas que se realizan en pro de otros y genera el deseo de ser mejores personas y de mejorar la calidad de vida; la fluidez (flow), primordialmente refleja disfrutar en su totalidad la actividad que se está haciendo, concentrando todos los sentidos, pensamientos y emociones en ese momento, es un momento de equilibrio y función óptima de todas las habilidades del individuo; la resiliencia es referida como la capacidad que tiene la persona para actuar y recuperarse posterior a algún acontecimiento estresante, además de ser transformada positivamente por estos; y el humor el cual es descrito como un estado de ánimo, así como, la capacidad que tiene el ser humano de evocar la risa e interpretar positivamente situaciones percibidas como amenazantes (Barragán & Morales, 2014).

Fredrickson (1998) distingue cuatro emociones positivas elementales, subrayando que estas emociones son singularmente particulares, pueden ser reconocibles, aunque constituyen familias de emociones principalmente distinguidas por la intensidad de la emoción también pueden variar en las tendencias de pensamiento y acción y finalmente cada emoción es descrita de acuerdo a la circunstancia que la provoca, los cambios aparentes en el repertorio de pensamiento-acción y las consecuencias de estos cambios. Estas emociones son alegría, interés, satisfacción y amor. Las emociones positivas no solamente tienen el efecto de ampliar el repertorio de pensamiento-acción, sino que generan recursos personales físicos, intelectuales y sociales.

Fredrickson (1998) propuso el “Broaden-and-Build Model of Positive Emotions” (Modelo de ampliar y construir emociones positivas) el cual tiene dos implicaciones principalmente, la primera: las emociones positivas pueden deshacer los efectos posteriores de las emociones negativas; y la segunda: las emociones positivas pueden proteger la salud.

Fredrickson & Joiner (2002) proponen que las emociones positivas no solo producen sentirse bien en el presente, sino que, además, aumentan la probabilidad de sensación de bienestar en el futuro, es decir, su planteamiento evoca en que las emociones positivas forman espirales favorables en forma ascendente para un bienestar emocional mayor.

Las emociones positivas amplían la atención y la cognición, base al planteamiento de la formación de espirales ascendentes; la relación que existe entre el pensamiento ampliado y el significado positivo dan pie a los efectos que tienen las emociones positivas; es decir, los efectos que producen las emociones positivas deben combinarse y acumularse con la atención y la ampliación de la cognición que las mismas han desencadenado, todo esto, en conjunto facilitan el afrontamiento a la adversidad, a su vez, este afrontamiento posibilita la predicción de futuras experiencias positivas, y si el curso de este ciclo continúa, la persona desarrolla su resiliencia psicológica y mejora su bienestar emocional (Fredrickson & Joiner, 2002).

La relevancia de las intervenciones planteadas que fomentan el cultivo de las emociones positivas tiene especial énfasis en la implicación que éstas tienen en la organización cognitiva, siendo más abierta, flexible y compleja influyendo en el procesamiento intelectual, la resolución de problemas, el razonamiento y las habilidades sociales (Oros, Manucci & Richaud-de Minzi, 2011, Derryberry & Tucker, 1994; Isen, 2000; Isen & Daubman, 1984; Isen, Daubman & Nowicki, 1987; Isen, Johnson, Mertz & Robinson, 1985; Vecina, 2006 como se cita en Barragán & Morales, 2014); además de que las emociones positivas tienen un impacto especial combatiendo los efectos de las emociones negativas, optimizan la salud, el bienestar subjetivo y la resiliencia psicológica (Fredrickson, 2000).

Lo anterior ha sido demostrado en diversos estudios: uno de ellos expresa que los estados negativos como la ansiedad, la depresión y el fracaso predicen cursos locales consistentes con una

atención restringida, mientras que los estados positivos como el bienestar subjetivo, el optimismo y el éxito predicen sesgos globales consistentes con la atención ampliada (Basso, Schefft, Ris & Dember, 1996; Derryberry & Tucker, 1994 como se cita en Fredrickson & Joiner, 2002). Por otro lado, otros experimentos han demostrado que las emociones positivas producen patrones de pensamiento notablemente inusuales, flexibles, creativos y receptivos y que emociones positivas en términos generales amplían el contexto cognitivo (Isen, 1987 como se cita en Fredrickson & Joiner, 2002).

Las emociones positivas permiten ampliar el pensamiento y el modo de actuar además de generar recursos personales permanentes en las diferentes áreas del individuo (Brusasca & Mabel, 2005)

Folkman & Moskowitz (2000, como se cita en Brusasca & Mabel, 2005) identificaron que tener experiencias de afecto positivo ayuda a las personas a afrontar la adversidad en situaciones de estrés crónico; de igual forma Aspinwall (2001, como se cita en Brusasca & Mabel, 2005) mostró en su trabajo de investigación cómo el afecto y las creencias positivas son recursos de afrontamiento favorables en situaciones adversas.

Las emociones positivas forjan adaptabilidad y pueden prevenir la aparición de enfermedad, así como, complicaciones de enfermedades graves, además de que producen efectos analgésicos secundario a la liberación de opiáceos endógenos asociados a las emociones positivas (Fredrickson, 1998; Seligman, 2008; Pressman & Cohen 2005).

Fredrickson (2013) describe las diez emociones positivas clave que, de acuerdo con las investigaciones realizadas en los últimos años, son las emociones que las personas experimentan con mayor frecuencia en la vida cotidiana, siguiendo la línea de la teoría “*broaden-and-build*”, cada una de las emociones se describe en relación a los patrones de evaluación que la desencadenan, el repertorio ampliado de pensamiento-acción que provoca y los recursos duraderos que ayuda a construir:

1) *Alegría*: surge cuando las circunstancias actuales presentan una buena fortuna inesperada, la gente siente alegría, por ejemplo, cuando recibe buenas noticias o una agradable

sorpresa; crea el impulso de jugar e involucrarse y los recursos duraderos creados a través del juego son las habilidades adquiridas a través de los aprendizajes experienciales.

2) *Gratitud*: surge cuando las personas reconocen a otra persona como la fuente de su inesperada buena fortuna, el placer se convierte en gratitud, por ejemplo, cuando la persona toma conciencia de que alguien más ha participado en crear la fortuna propia; crea la urgencia de considerar creativamente nuevas formas de ser amable y generoso y los recursos duraderos acumulados cuando las personas actúan de acuerdo con este impulso son nuevas habilidades para expresar bondad y cuidado a los demás.

3) *Serenidad (también llamada satisfacción)*: surge cuando las personas interpretan sus circunstancias actuales como totalmente apreciadas, correctas o satisfactorias, las personas sienten serenidad, por ejemplo, cuando se sienten cómodas, a gusto o en armonía con su situación; crea la necesidad de saborear esas circunstancias actuales e integrarlas en nuevas prioridades o valores y los recursos duraderos creados a través de saborear e integrar incluyen un sentido más refinado y complejo de uno mismo y de las propias prioridades.

4) *Interés*: surge en circunstancias evaluadas como seguras pero que ofrecen novedad, las personas sienten interés, por ejemplo, cuando encuentran algo misterioso o desafiante, pero no abrumador; crea la necesidad de explorar, de aprender, de sumergirse en la novedad y de expandirse y el recurso duradero es el conocimiento.

5) *Esperanza*: surge en circunstancias extremas en las que las personas temen lo peor y anhelan lo mejor, la gente siente esperanza, por ejemplo, en situaciones sombrías en las que pueden imaginar al menos una posibilidad de que las cosas cambien para mejor; crea la necesidad de recurrir a las propias capacidades y la inventiva para cambiar las cosas y los recursos duraderos que construye incluyen optimismo y resistencia a la adversidad.

6) *Orgullo*: El orgullo emerge cuando las personas toman el crédito apropiado de un buen resultado valorado socialmente. Las personas sienten orgullo, por ejemplo, cuando logran un objetivo importante; crea la necesidad de fantasear sobre logros aún mayores en ámbitos similares y los grandes sueños provocados por el orgullo contribuyen al recurso duradero de la motivación de logro.

7) *Diversión*: ocurre cuando las personas evalúan sus circunstancias actuales, como involucrar a algún tipo de incongruencia social no grave, puede surgir, por ejemplo, a raíz de un error de habla inofensiva o un error físico; crea la necesidad de compartir una risa y encontrar

maneras creativas de continuar la jovialidad y a medida que las personas siguen estos impulsos, construyen y solidifican vínculos sociales duraderos.

8) *Inspiración*: surge cuando las personas son testigos de la excelencia humana de alguna manera, las personas se sienten inspiradas, por ejemplo, cuando ven a alguien hacer una buena acción o realizar un nivel sin precedentes; crea la necesidad de superarse a sí mismo, de alcanzar su propio terreno superior o el mejor personal y el recurso duradero que construye es la motivación para el crecimiento personal.

9) *Asombro*: surge cuando las personas encuentran la bondad a gran escala, las personas se sienten sobrecogidas, por ejemplo, cuando se sienten abrumadas por algo o alguien bello o poderoso que parece más grande que la vida; la experiencia de asombro obliga a las personas a absorber y acomodar esta nueva inmensidad que han encontrado y el recurso duradero es crear nuevas visiones del mundo.

10) *Amor*: surge cuando cualquier otra de las emociones positivas se siente en el contexto de una conexión o relación segura e interpersonal, amplía los repertorios de pensamiento-acción tanto de una manera "todo por encima de" como creando percepciones momentáneas de conexión social y autoexpansión y construye una amplia gama de recursos perdurables, especialmente los vínculos sociales y la comunidad.

### **Virtudes y fortalezas de carácter**

Una línea de estudio sumamente importante dentro de la psicología positiva es el de las virtudes, debido a que éstas favorecen el crecimiento humano, y está centrado en crear estrategias con el fin de cultivar rasgos mejores de carácter acorde a la clasificación establecida de fortalezas de carácter y virtudes (Seligman & Peterson, 2004).

Las fortalezas de carácter son aspectos psicológicos que definen y hacen manifiesto una virtud; se han propuesto criterios para distinguir si una característica humana específica es una fortaleza o no: 1) ubicuidad: debe ser reconocida en todas las culturas; 2) satisfacción: contribuye a la realización personal; 3) debe ser moralmente valorada por sí misma; 4) su manifestación de debe desvalorizar a otras personas; 5) debe identificarse su opuesto en negativo; 6) ser un rasgo: debe ostentar cierto grado de generalización y estabilidad; 7) ser manifestada en el comportamiento (pensamientos, sentimientos y/o acciones) para poder ser evaluada a través de instrumentos; 8) ser

distinta de otras fortalezas y no puede descomponerse en ellas; 9) dentro de la población deben poder identificarse modelos consensuados de la fortaleza; 10) podrán identificarse prodigios, es decir, aparición precoz en algunos niños y jóvenes; 11) podrán identificarse personas con total ausencia de fortalezas y 12) deben existir instituciones dirigidas al cultivo de las fortalezas en la sociedad (Martínez, 2006).

Las virtudes son valores universales, características centrales del carácter (considerado por la psicología positiva como un grupo de rasgos positivos) las cuales han sido consensuadas a lo largo de la historia de acuerdo a estudios realizados de orden moral y filosófico, mediante lo cual han definido como fundamentales la sabiduría, el coraje, la humanidad, la justicia, la templanza y la trascendencia (Martínez, 2006).

Las virtudes son las características esenciales más valoradas por los filósofos morales o pensadores religiosos, podrían ser universales, quizás enraizadas en la biología a través del proceso de evolución que seleccionó estas predisposiciones hacia la excelencia moral como medio para resolver importantes tareas en la supervivencia de las especies. Las fortalezas del carácter son los ingredientes psicológicos que definen las virtudes. Son un subconjunto de rasgos de personalidad a los que otorgamos un valor moral (Seligman y Peterson, 2004).

Seligman y Peterson (2004) propusieron y definieron una clasificación que incluyen seis virtudes que comprenden 24 fortalezas:

*1) Sabiduría y conocimiento:* son rasgos positivos relacionados con la adquisición y el uso de la información, son fortalezas cognitivas y los filósofos consideran a la sabiduría como la virtud principal que hace posible a todas las demás.

a) *Creatividad:* Implica la producción de ideas o comportamientos reconocibles como originales (novedosos, sorprendentes o inusuales). Los comportamientos o ideas relevantes deben ser adaptativos, es decir, hacer una contribución positiva a la vida de esa persona o a la de los demás.

b) *Curiosidad:* representa el deseo intrínseco por experimentar y conocer; implica el reconocimiento activo, la búsqueda y la regulación de la propia experiencia en respuesta a las oportunidades desafiantes. Cuando las personas experimentan estos estados motivacionales y

emocionales positivos, inician y mantienen conductas dirigidas a objetivos en respuesta a señales estimulantes.

c) *Apertura mental*: es la voluntad de buscar activamente pruebas en contra de nuestras creencias, planes u objetos preferidos y ponderar dichas evidencias de manera justa, siendo capaz de cambiar el punto de vista propio.

d) *Amor por el saber*: describe el modo en que una persona se relaciona con habilidades e informaciones nuevas y el interés individual sólidamente establecido por el cual una persona se relaciona con contenidos específicos. Cuando las personas tienen amor por el aprendizaje como fortaleza, están cognitivamente comprometidas. Por lo general, experimentan sentimientos positivos en el proceso de adquirir habilidades, satisfacer la curiosidad, aprovechar el conocimiento existente y / o aprender algo completamente nuevo.

e) *Perspectiva*: representa un nivel superior de conocimiento, juicio y una capacidad para dar sabios consejos a los demás, del mismo modo, permite al individuo tratar preguntas difíciles e importantes sobre el desarrollo y significado de la vida y es útil para el bien o bienestar de uno mismo y de los demás.

2) Coraje: Las fortalezas de coraje implican el ejercicio de la voluntad de lograr metas frente a la oposición, ya sea externa o interna.

a) *Valentía*: Es la capacidad de hacer lo que se necesita hacer a pesar del miedo, es la disposición de actuar de forma voluntaria, en presencia de una circunstancia peligrosa, donde los riesgos son evaluados razonablemente y sus consecuencias son aceptadas, en un esfuerzo por conseguir o perseverar algún bien percibido para uno mismo o para los demás.

b) *Persistencia*: significa terminar lo que uno comenzó, mantenerse a pesar de los obstáculos; es la continuación voluntaria de un comportamiento activo dirigido a una meta a pesar de los obstáculos, dificultades o desalientos a fin de terminarlo e implica un deseo de actuar frente a impulsos contrarios.

c) *Integridad*: se refiere a ser moralmente probo y coherente consigo mismo, o sea, con los valores que uno propugna; implica aceptar y hacerse responsable por los sentimientos y conductas de uno, tal cual son, cosechando valiosos beneficios de ello y la justificación pública de las propias convicciones morales, aun cuando no sean aceptadas por los demás.

d) *Vitalidad*: se refiere al sentimiento vivo, lleno de entusiasmo y mostrando entusiasmo por cualquier actividad, describe un aspecto dinámico del bienestar marcado por la

experiencia subjetiva de sentirse vivo y con energía, que está directa e interactivamente relacionada con factores somáticos y psicológicos.

3) Humanidad: Las fortalezas de la humanidad incluyen rasgos positivos que se manifiestan en relaciones afectuosas con otros y son fortalezas interpersonales.

a) *Amor*: ocurre dentro de una relación recíproca con otra persona; representa una orientación emocional, comportamental y cognitiva hacia los demás y se caracteriza por compartir la ayuda, la comodidad y la aceptación; además implica fuertes sentimientos positivos, compromiso e incluso sacrificio.

b) *Bondad*: Describe la tendencia generalizada de ser amable con otras personas e indica una orientación de uno mismo hacia el otro que tiene una tonalidad emocional o afectiva vinculada a la reivindicación, una humanidad compartida con el otro, al que se lo considera digno de atención, ayuda y respecto por derecho propio y que genera comportamientos de ayuda hacia los demás.

c) *Inteligencia social*: incluye la capacidad de razonamiento sobre información emocional interna o externa que se utiliza en las relaciones con otras personas e implica la comprensión y evaluación exacta de sí mismo y de los demás para ajustarse a diferentes situaciones sociales.

4) Justicia: Las fortalezas de la justicia son ampliamente interpersonales, relevantes para la interacción óptima entre el individuo y el grupo o la comunidad.

a) *Ciudadanía*: implica una identificación con, y un sentido de obligación para, un bien común, que se incluye a uno mismo, pero se extiende más allá de los intereses personales para incluir los grupos de los que uno es miembro; se manifiesta en la defensa del interés de todos por sobre el interés privado.

b) *Imparcialidad*: se refiere al trato que un individuo da a otras personas de manera similar o idéntica, sin dejar que los sentimientos personales o las elecciones sesguen las decisiones sobre otros. Es el producto del juicio moral: el proceso por el cual el individuo determina lo que es moralmente correcto, lo moralmente incorrecto y lo moralmente proscrito.

c) *Liderazgo*: Se refiere a una constelación integrada de atributos temperamentales y cognitivos orientados a influenciar y ayudar a los miembros del grupo al que pertenecemos; motiva y conduce las acciones grupales hacia el éxito colectivo, a la vez que se mantienen las buenas relaciones entre los miembros del grupo.

5) Templanza: los rasgos positivos que nos protegen del exceso son fortalezas de templanza. Los tipos de exceso de especial preocupación son: odio contra el cual el perdón y la misericordia nos protegen. Arrogancia, contra la cual la humildad y la modestia nos protegen. Placer a corto plazo con costos a largo plazo contra el cual la prudencia nos protege. Y desestabilizadores emocionales de todo tipo, contra lo cual la autorregulación nos protege.

a) *Perdón y misericordia*: el perdón representa un conjunto de cambios prosociales que ocurren en un individuo ofendido o dañado por alguien cercano, en el que las motivaciones básicas o tendencias de acción hacia el trasgresor se toman más positivas y menos negativas. El perdón puede considerarse como una forma especializada de misericordia, que es un concepto más general que refleja benevolencia, compasión o indulgencia hacia un trasgresor, o alguien sobre quien uno posee autoridad, o alguien en una gran aflicción. Implica no ser vengativo y dar segundas oportunidades.

b) *Humildad y molestia*: las características clave de la humildad son un sentido preciso (no subestimado) de las habilidades y logros, la capacidad de reconocer los propios errores, imperfecciones, lagunas de conocimiento y limitaciones, apertura a nuevas ideas, información contradictoria y consejos, mantener las capacidades y los logros en perspectivas, enfoque relativamente bajo en uno mismo o la capacidad de “olvidarse del yo” y apreciación del valor de todas las cosas, así como de las formas diferentes en que las personas y las cosas pueden contribuir a nuestro mundo. Modestia refiere principalmente a la estimación moderada de los propios méritos o logros y también se extiende a otras cuestiones relacionadas con la decencia en el vestir y el comportamiento social.

c) *Prudencia*: es una orientación cognitiva hacia el futuro personal, una forma de práctica es el razonamiento y autogestión que ayuda al individuo a alcanzar los objetivos a largo plazo de manera efectiva e incluye preocupación previsor y deliberada por las consecuencias de sus acciones y decisiones, resistencia con éxito a impulsos y otras opciones que satisfacen objetivos a más corto plazo a expensas de los de más largo plazo.

d) *Autorregulación*: se refiere a cómo una persona regula, controla o gobierna sus propias respuestas a fin de perseguir metas y cumplir con los estándares. Estas respuestas incluyen pensamientos, emociones, impulsos, actuaciones y otros comportamientos.

6) Trascendencia: el tema común de las fortalezas de trascendencia es que cada una permiten a las personas forjar conexiones con el universo más amplio y, de este modo,

proporcionales significado a sus vidas. El prototipo de estas fortalezas es la espiritualidad, definida de diversas maneras, pero siempre haciendo referencia a una creencia y un compromiso con los aspectos trascendentes de la vida, ya sean llamados universales, ideas, sagrados o divinos.

a) *Apreciación de la excelencia y la belleza:* se refiere a la capacidad de encontrar, reconocer y sentir sutiles emociones autotrascendentes como embelesamiento y emociones relacionadas respecto a lo bueno del entorno físico y social: de la naturaleza, las artes, las matemáticas, las ciencias, las experiencias cotidianas o de cualquier dominio en que pueda reconocerse excelencia. Conecta a alguien directamente con la excelencia.

b) *Gratitud:* surge como respuesta a reconocer que uno se ha beneficiado y conecta a alguien directamente a la bondad.

c) *Esperanza:* representa una actitud cognitiva, emocional y motivacional hacia el futuro. Incluye la expectativa positiva de que se van a producir los acontecimientos y resultados deseados, actuando de una manera que supone que los hace más probables de que sucedan y conecta a alguien directamente con el futuro soñado.

d) *Humor:* implica el reconocimiento lúdico, el disfrute risueño y/o la creación de incongruencias; incluye una visión alegre y serena que le permite ver el lado positivo de las cosas ante la adversidad, y, en consecuencia, mantener un buen estado de ánimo; además, conecta a alguien directamente a los problemas y contradicciones de una manera que no produce terror o ira sino placer.

e) *Espiritualidad:* se refiere a creencias y prácticas que se basan en la convicción de que hay una dimensión trascendente (no física) de la vida; el individuo con espiritualidad cree en propósitos y significados superiores, y sabe dónde encaja en un esquema superior de la vida. estas creencias proveen un sustento emocional y dan forma a sus conductas.

### **Bienestar psicológico**

El constructo de bienestar subjetivo hace referencia a cómo y porqué las personas tienen experiencias positivas en su vida, incluyendo tanto juicios cognitivos como reacciones emocionales (Diener, 1984).

A lo largo de la historia, la felicidad ha sido considerada como la principal motivación de la acción humana, desde los filósofos griegos se realizaron propuestas a cerca de la felicidad,

tomando en cuenta aspectos morales, la edad, la sencillez y la religión principalmente; la literatura que ha conceptualizado el bienestar subjetivo, en su mayoría han explorado aspectos demográficos y externos (Diener, 1984).

La definiciones de bienestar subjetivo y felicidad pueden ser agrupadas en tres categorías: primero, el bienestar ha sido definido por criterios externos como la virtud o la santidad; segundo, los científicos sociales se preguntaron qué es lo que lleva a la gente a evaluar sus vidas en términos positivos, por lo que definir bienestar subjetivo ha tomado la etiqueta de satisfacción con la vida, basada en las normas de cada persona para determinar lo que es una buena vida; y la tercera definición de bienestar subjetivo hace hincapié en una agradable experiencia emocional que la persona está teniendo en ese momento de la vida o en la predisposición que tiene a emociones agradables (Diener, 1984).

El bienestar subjetivo se define por su naturaleza subjetiva vivencial y se relaciona con aspectos específicos del funcionamiento psíquico, físico y social. Es un constructo en el cual el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo son expresados (García-Viniegras & González, 2000).

“El bienestar subjetivo se ha definido como la tendencia global a experimentar la vida de modo placentero” (Marrero & Carballeira, 2010 p.40). El individuo hace una valoración basada en dos componentes principales, el cognitivo y el afectivo; el primero refiere a la satisfacción vital y el segundo en la presencia de emociones, tanto positivas como negativas (Marrero & Carballeira, 2010).

Diener (1984) distingue dos componentes del bienestar subjetivo, el primero es el afectivo, que refiere a las emociones positivas y negativas y en segundo es el cognitivo, que involucra la valoración global de satisfacción con la vida.

Uno de los componentes fundamentales del bienestar subjetivo es la satisfacción personal con la vida, la cual refiere al intercambio entre el individuo y su entorno, lo cual incluye elementos y condiciones esenciales que determinan oportunidades para la realización personal del humano (García-Viniegras & González, 2000).

De acuerdo con Diener (1984) para la creación de modelos teóricos de bienestar subjetivo, los investigadores necesitan conocer el grado en que la satisfacción subjetiva es precursor necesario de la satisfacción de la vida y el afecto positivo; algunas teorías sugieren que podría haber una relación directa entre las condiciones externas objetivas y la felicidad sin ninguna mediación por satisfacción subjetiva consciente con esa área.

El bienestar subjetivo se manifiesta en todas las esferas de la actividad de los humanos y es parte de la salud en su sentido general (García-Viniegras & González, 2000).

En relación a la dimensión subjetiva identificada con el bienestar, los niveles de satisfacción del humano, no solo dependen de las condiciones externas, sino también de las internas, que incluyen la autovaloración y la jerarquía motivacional (García-Viniegras & González, 2000).

Diener (1984) distinguió dentro del área del bienestar subjetivo tres características elementales: la primera su carácter subjetivo, que refiere directamente a la experiencias de la persona; la segunda su dimensión global, ya que incluye una valoración o juicio de todos los aspectos de su vida y la tercera, la inclusión de medidas positivas, es decir, que el bienestar subjetivo va más allá de la mera ausencia de factores negativos, sino que consiste en la evaluación que la persona hace su vida.

El bienestar puede ser conceptualizado como la evaluación que cada individuo hace de su propia vida, incluyendo dos aspectos: el cognitivo y el afectivo, que por medio de la interacción producen en la persona percepciones con respecto a sus vivencias que van desde la agonía hasta el éxtasis; las personas que tienen alto bienestar subjetivo manifiestan satisfacción con su vida y emociones positivas frecuentemente (González-Arratia & Valdez, 2014).

El bienestar psicológico es un constructo que refiere el bienestar general o bienestar subjetivo, teniendo aspectos transitorios y estables que trascienden la reacción emocional inmediata y el estado de ánimo como tal; y define la naturaleza subjetiva vivencial del humano,

expresando sensaciones y pensamientos positivos y constructivos, basados en los aspectos particulares del funcionamiento físico, psíquico y social (Campojo, 2005).

Seligman (2002 como se cita en Arguís, Bolsas, Hernández & Salvador, 2012) identificó tres aspectos que se encuentran inmersos en el concepto de felicidad: el primero es “vida placentera”, se enfoca en experimentar emociones positivas, basadas en placeres tanto sensoriales como emocionales, interviniendo directamente las circunstancias externas. El segundo es “vida comprometida” este aspecto, refiere a las gratificaciones en todos los ámbitos de la vida, basándose principalmente en las fortalezas individuales y las actitudes internas, dejando de lado la dependencia de las circunstancias externas; las gratificaciones son emociones positivas obtenidas de acciones realizadas utilizando nuestras fortalezas y virtudes. Y el tercero “vida significativa” en este aspecto la persona trasciende y encuentra un sentido a la vida bajo el empleo de las fortalezas y virtudes individuales al servicio de algo.

Seligman (2011) describió cinco factores que contribuyen al bienestar los cuales sintetizó como PERMA por sus siglas en inglés, los cuales son los siguientes: 1) positividad, el cual refiere a experimentar emociones positivas más frecuentemente que las emociones negativas y tener cogniciones optimistas; 2) relaciones interpersonales, enfatiza en la calidad de las relaciones; 3) involucramiento, asociado al flujo de la conciencia o estar en “flow”, este factor se describe cuando el individuo se concentra totalmente en una actividad y no piensa en nada más, además de que existe cierto reto o dificultad dicha actividad y se relaciona con las habilidades que tiene para realizarla; 4) significado, que se enfoca en el tema del sentido de vida de las personas desde la perspectiva psicológica y 5) metas alcanzadas, este habla de la satisfacción que sentimos cuando enfrentamos retos y alcanzamos logros. Las fortalezas de carácter, las cuales son características humanas las cuales son frecuentemente deseables, valoradas en casi todas las culturas, valiosas por ellas mismas y maleables, es decir, poder desarrollarse o cultivar, son un elemento presente en todos los componentes del bienestar, ya que pueden influir sobre las emociones positivas y las experiencias de *flow*, pueden contribuir a construir relaciones interpersonales favorables, a encontrar nuestros propósitos de vida y a tener éxito en nuestras metas.

Lyubomirsky, Sheldon y Schkade (2005 como se cita en Arguís et al., 2012) describieron tres factores principales determinantes de la felicidad que son: a) valor de referencia: el cual se enfoca a los aspectos biológicos que son heredados genéticamente y que determinan las bases neurofisiológicas del temperamento de cada individuo y por lo tanto, la manera de responder ante las situaciones. b) circunstancias: las condiciones o particularidades que vive una persona intervienen en un 10% el bienestar de la misma. y c) actividad deliberada, de acuerdo con diferentes estudios, aproximadamente el 40 % de la felicidad depende de nosotros, es decir, de lo que hacemos y pensamos.

El bienestar psicológico “no es simplemente la vida feliz “per se” sino los procesos del “vivir” con sus mezclas de sabores dulces y amargos; una vida que, no evita el dolor, sino que, todo lo contrario, lo enfrenta y le da un significado constructivo para transformar lo doloroso y conflictivo de la vida en algo hermoso y digno de vivirse” (Cuadra & Florenzano, 2003, pp. 9394).

El modelo de bienestar psicológico de Ryff (1989) integra seis áreas de del desarrollo vital de las personas, propiciando el buen funcionamiento y la salud: 1) autonomía: que se refiere a la sensación de que uno toma sus propias decisiones y a la autodeterminación. 2) dominio del ambiente: se centra en la capacidad de manejar de manera efectiva el mundo que nos rodea. 3) crecimiento personal: es la sensación de estar creciendo y desarrollándose continuamente como persona y la forma en que son utilizados los recursos y potencialidades personales para el continuo desarrollo de capacidades. 4) relaciones interpersonales positivas: se enfoca en tener relaciones de calidad con los demás. 5) propósito de vida: la creencia de que la vida de uno tiene propósito y sentido. 6) autoaceptación: se refiere a las evaluaciones positivas de uno mismo, el conocimiento que se tiene de sí mismo y de sus limitaciones, y aceptación del pasado.

Alonso (2015) realizó una investigación con el objetivo de evaluar el bienestar psicológico en pacientes con cáncer de mama en la Provincia de Matanzas, Cuba; en el cual participaron 25 mujeres y los resultados obtenidos fueron que los niveles de bienestar psicológico bajo en la mayoría de la muestra estudiada, en donde la dimensión control se encontraba ausente, la de aceptación en la mayoría de las pacientes también ausente, la dimensión de autonomía baja y los vínculos psicosociales parcialmente presentes.

## **Calidad de vida**

El concepto de calidad de vida se ha abierto camino al significado del mismo. Por un lado, la calidad de vida se relacionaba directamente con indicadores objetivos de tipo económico, posteriormente se agregaron también indicadores sociales como el nivel educativo, las condiciones de salud, entre otros (García & Sales, 2011).

Actualmente, el concepto de calidad de vida se considera multidimensional, debido a que incluye todas las dimensiones que conforman al humano, así como multidisciplinario; y se refiere a la satisfacción de necesidades humanas objetivas y subjetivas, individuales y sociales, en función del ambiente donde se vive (Baldi, 2012).

Dada la diversidad de aspectos que abarca, se han postulado numerosas definiciones acerca del concepto calidad de vida, pero la mayoría de ellas presentan un común denominador, las dimensiones objetiva y subjetiva de las condiciones de vida y el nivel de satisfacción que la persona percibe en función de sus necesidades y escala de valores (Perea, 2011).

El grupo WHO-QOL de la OMS (1995, como se cita en Urzúa, 2010) identificó tres características que definen el constructo de calidad de vida, las cuales son que es subjetiva, es multidimensional e incluye dimensiones positivas como negativas; derivando de ellas el concepto como la percepción que el individuo tiene acerca de la situación en el contexto cultural y el sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses. Del mismo modo propone seis dimensiones a evaluar que a su vez se componen por diversos subdominios: físico, psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, medio ambiente y espiritualidad, religión o creencias personales.

La definición de calidad de vida se constituye de una condición objetiva, que implica la descripción de la situación de una persona, y de una condición subjetiva compuesta por sus percepciones y sentimientos, considerados como las reacciones ante dichas circunstancias (Tonón 2008, como se cita en Nuñez et al. 2010).

## Calidad de vida y salud

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) “se refiere a la percepción que un paciente tiene de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar” (Gómez Vela & Sabeh, 2001; Grau, 2015 como se cita en Rojas & Gutiérrez, 2016, pp. 94-95).

El término calidad de vida, según Perea (2011), incluye diferentes niveles de generalidad, bienestar en el ámbito social y desarrollo humano considerando la salud física, el estado psicológico, las relaciones interpersonales, la autonomía, las creencias, los valores y el contexto donde se desarrolla la persona.

Vosvick et al. (2003, como se cita en Urzúa, 2010) definen la calidad de vida funcional en términos de cinco dominios que son: funcionamiento físico, energía/fatiga, funcionamiento social, funcionamiento del rol y salud general y dolor; y sugieren que mantener un nivel de bienestar en ellos es esencial para una calidad de vida alta en personas con enfermedades crónicas.

Utilizar el concepto de calidad de vida relacionada con salud como una medición de la percepción del paciente sobre su nivel de bienestar, permite profundizar en la dimensión subjetiva de la salud humana; comprendiendo desde este punto la evaluación individual del estado de salud propio (Urzúa, 2010).

El concepto de calidad de vida es multidimensional y pretende la integridad biopsicosocial del individuo; por lo que abordar en términos de salud, implica factores biológicos, factores ambientales, estilos de vida y servicios de salud (Avendaño, Fajardo, Navarrete & Pérez, 2006, como se cita en Nuñez, 2010).

En una situación de padecimiento crónico la calidad de vida de una persona resulta de la combinación de la personalidad, la etapa de vida en la que se encuentra, el tipo de enfermedad y el proceso de la misma, la magnitud del cambio que produce en su vida y el soporte social recibido y percibido (Schwartzmann et al. 1999 en Baldi, 2012). La autopercepción favorable de la calidad de vida y del apoyo social recibido facilita en los pacientes con enfermedades crónicas la

adquisición de comportamientos saludables, fortaleciendo la autoestima y el bienestar personal (Baldi, 2012).

El diagnóstico de cáncer repercute en distintas esferas de la persona y aparecen mecanismos patológicos desde el inicio de la enfermedad, por esto, se hace necesario que el psicólogo o el psiquiatra tome la problemática desde un abordaje tanto biológico como psíquico y procure la mejora en la calidad de vida (Moreno, 2016).

En un estudio realizado en México por Moreno (2016) en paciente con cáncer cervicouterino se encontró que las participantes sufren un deterioro significativo en la calidad de vida relacionada a la salud siendo las funciones cognitivas, la actitud ante el tratamiento, la percepción corporal, el tiempo libre, el aislamiento, y el desempeño físico las áreas más afectadas. La calidad de vida en mujeres que han sido sometidas a mastectomías se ve afectada significativamente tanto por las secuelas físicas como psicológicas que se presentan en esta población (Silverio, 2016).

En un estudio realizado por Monge (2006) en el hospital de EsSalud Cusco, en pacientes con cáncer de mama, se encontró que el 81.3% de las participantes puntúan su calidad de vida como mala a comparación del 4.2% que tienen una puntuación de buena y muy buena calidad de vida.

En el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente localizado en Guadalajara, Medina et. al. (2015) realizó un estudio en 114 pacientes con cáncer de mama en el que se encontró que la calidad de vida de las participantes, usando la escala de QLQ-C30, obtuvo una media de 44.1 ubicándose por debajo de los valores medios establecidos que oscilan entre 58 y 77 de un total de 100, por lo cual, el autor concluye que las pacientes con cáncer de mama de dicha institución presentan una menor calidad de vida con respecto a la descrita en la literatura mundial de dicho año.

Velázquez, Ruiz, Padilla, Favela y Barragán (2015) realizaron un estudio en un hospital de Hermosillo, Sonora en donde participaron 65 mujeres con cáncer de mama en fase II y III con una

media de edad de 52.43 años, con el objetivo de analizar la relación entre la ansiedad y la calidad de vida, en los resultados obtenidos, el 36% de la población manifiesta en nivel de ansiedad general grave, un 39.6% reportaron ansiedad psíquica grave y sólo el 7.3% contestó que su ansiedad estaba ausente, destacando dentro de la ansiedad psíquica niveles graves en tensión (20%), insomnio (20%) y ansioso (18.5%); en relación en la calidad de vida los resultados obtenidos predominó la percepción del nivel normal (56.9%) y nadie respondió “muy buena”, resaltando cierta tendencia hacia la mala calidad de vida. en términos generales los resultados mostraron niveles de ansiedad moderada y una tendencia hacia la mala calidad de vida.

En un estudio realizado en el Instituto de Medicancer de Medellín, Colombia en donde participaron 28 pacientes de ambos géneros con diferentes diagnósticos de cáncer que estaban bajo tratamiento quimioterapéutico con el objetivo de evaluar la calidad de vida relacionada con la salud, el afrontamiento del estrés y las emociones negativas, se obtuvieron resultados en cuanto a las estrategias de afrontamiento se encontró que la evitación y la reevaluación positiva fueron las más utilizadas a diferencia de la Expresión emocional abierta, que fue la menos empleada, en cuanto a los niveles de ansiedad-depresión se observaron niveles clínicamente significativos, por otro lado, en relación a la calidad de vida fue favorable en las dimensiones funcionales y en la de síntomas de la enfermedad (Gaviria, Vinaccia, Riveros & Quiceno, 2007).

### **CAPÍTULO 3. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUALES EN PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Es importante destacar que el comportamiento y el estilo de vida es causa de la mitad de la carga global de las enfermedades a nivel mundial, la influencia que tiene las condiciones donde nacen, viven y trabajan sobre la salud en la población (Álvarez & Kuri-Morales, 2018). El conjunto de hábitos comportamentales entendidos como decisiones y formas generales de vivir, que constituyen factores de protección para la salud, o factores de riesgo de enfermedad conforman el estilo de vida; en este contexto la promoción de la salud se refiere al fomento de hábitos que protegen y mejoran la salud y la prevención indica la modificación de hábitos que constituyen riesgos de enfermedad o de disfunción general. Siguiendo esta línea la implicación de la psicología como disciplina científica en este ámbito tiene como punto de análisis y acción lo que “la persona hace”, en torno a decisiones y metas (Flórez, 2007).

En este sentido, Matarazzo (1980) define la psicología de la salud como la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud.

“La Salud Pública está conformada por una serie de esfuerzos sociales organizados para promover, preservar y en su caso recuperar la salud” (Álvarez & Kuri-Morales, 2018, p. 185). Los Programas de Salud son desarrollados con estrategias y actividades para atender los problemas de salud que se principalmente presenta la población y un programa apropiado para abordar las problemáticas en salud es un conjunto de actividades realizadas por medio de técnicas y procedimientos establecidos y ordenados en tiempo, con recursos asignados para alcanzar objetivos; descrito detalladamente (Álvarez & Kuri-Morales, 2018).

De acuerdo al modelo de Leavell y Clark (Álvarez & Kuri-Morales, 2018) existen tres niveles de prevención dentro de una intervención, esto depende del grado de avance del proceso salud-enfermedad y propusieron como teoría “la tesis de multicausalidad de una enfermedad”

fundamentada en la triada ecológica, en la que agente, huésped y medio ambiente se encuentran en un constante equilibrio y describieron la historia natural de la enfermedad dividida en las siguientes etapas: 1) Prepatogénica: es anterior a la enfermedad sin existencia de cambios celulares, tisulares u orgánicos y en esta fase es donde se llevan a cabo acciones de prevención primaria, enfocada en la promoción de salud y protección. 2) Patogénica: es la etapa en la que el individuo experimenta cambios que pueden generarse con rapidez o de manera progresiva, siendo el caso de las enfermedades crónicas no transmisibles, los signos y síntomas pueden presentarse en meses o años; esta etapa se divide a su vez en dos periodos: a) periodo subclínico: los cambios en el individuo celulares, tisulares, bioquímicos o fisiológico se presentan sin signos o síntomas, por lo que se realiza una prevención secundaria, en donde se consideran un diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y limitación del daño; y b) periodo clínico: comienzan a presentarse los signos y síntomas, por lo que se busca una prevención terciaria en la que se enfoca limitar el daño y rehabilitar al paciente; si la intervención es temprana la enfermedad puede curarse, de no ser así, la cronicidad de la enfermedad aparece e incluso puede llevar a la muerte. Se requieren de acciones multidisciplinarias en la intervención y el conocimiento de los factores que determinan la enfermedad.

Gordon (1983) propuso una clasificación en la prevención de enfermedades, definiendo la prevención como medidas, acciones o intervenciones adoptadas o practicadas en personas que actualmente no sienten los efectos de una enfermedad, en tres niveles sobre la base de la población para la cual la medida es aconsejable en el análisis de costo-beneficio. Las medidas preventivas (las que deberían aplicarse a personas que no están motivadas por el sufrimiento actual) pueden clasificarse operativamente sobre la base de los grupos de población entre los que se utilizan de manera óptima: 1) Universal, es una medida deseable para todos, en esta categoría se incluyen todas aquellas medidas que pueden dirigirse para el público en general y que, en muchos casos, pueden aplicarse sin asesoramiento o asistencia profesional, el mantenimiento de una dieta adecuada, la higiene dental, el uso de cinturones de seguridad en los automóviles, el abandono del hábito de fumar y muchas formas de inmunización entrarían claramente en la categoría universal para la cual los beneficios superan los costos y riesgos para todos. 2) Selectivas: son recomendadas solo cuando el individuo es miembro de un subgrupo de la población que se distingue por edad, sexo, ocupación u otra característica obvia, cuyo riesgo de enfermar es superior a la media, debido

a que son medidas en las que no hay equilibrio entre los beneficios y el costo, por ejemplo: la vacunación activa contra la rabia para los veterinarios, la inmunización anual contra la influenza para los ancianos, el uso de gafas de seguridad por parte de los maquinistas y la evitación del consumo de alcohol y muchas drogas por parte de las mujeres embarazadas. Y 3) Indicadas: son aconsejables solo para personas que, al examinarlas, manifiestan un factor de riesgo, condición o anomalía que las identifica, individualmente, como suficientemente alto riesgo de requerir la intervención preventiva, por ejemplo: el control de la hipertensión, medidas dietéticas para reducir la hipercolesterolemia, fármacos antituberculosos para los convertidores recientes de la prueba cutánea, el uso de fármacos uricosúricos para personas con hiperuricemia asintomática y la reexaminación frecuente y cuidadosa de personas con cáncer; la prevención indicada es la más comúnmente aplicada en el ámbito clínico, ya que la indicación se descubre normalmente mediante exámenes médicos o pruebas de laboratorio, y muchas de las medidas preventivas requieren asesoramiento o asistencia profesional para obtener resultados óptimos.

La formulación de intervenciones psicológicas tiene como línea base una serie de pasos que a continuación se describen (Eiró, Fernández & Nieto, 2016):

1) *Análisis de la demanda terapéutica*: entendiéndola a ésta como el malestar que tiene la persona, en donde se debe realizar un análisis del demandante de ayuda, en este punto es importante poner atención en quién es el usuario de nuestro servicio, atendiendo principalmente cómo surgió la petición de apoyo psicológico y la condición actual del usuario poniendo especial interés en los factores que pueden influir en la formulación clínica, el diseño del tratamiento, la adherencia al proceso psicoterapéutico y la participación activa de la persona en el mismo, en el tiempo que ha transcurrido desde la aparición del problema, en la teoría o explicación de que la persona ha generado el problema y las soluciones que ha intentado darle, en las expectativas que tiene la persona del tratamiento y conocer si ha recibido tratamiento para dicho problema anteriormente y finalmente en las características del individuo.

2) *Establecimiento de la relación terapéutica*: siendo ésta de vital importancia tanto para facilitar el inicio del proceso terapéutico como para potenciar los resultados del mismo.

3) *Formulación clínica*: este punto se refiere a la operativización de los problemas clínicos que presenta la persona, la formulación de hipótesis sobre la adquisición y el mantenimiento del o

los problemas y el establecimiento de un plan de intervención, es decir, nos permite entender la situación del usuario contextualizándonos en su malestar.

4) *Diagnóstico en la práctica clínica:* basándose en la taxonomía, siguiendo una serie de criterios establecidos por los manuales que se han consensuado en el criterio de diagnóstico, principalmente en CIE y el DSM.

5) *Diagnóstico diferencial:* el cual tiene seis dimensiones centrales: descartar trastorno facticio y simulación, descartar el uso de una sustancia como etiología, descartar etiología médica, detectar el (los) trastorno(s) primario(S) específico(s), diferenciar trastornos adaptativos de trastornos no especificados y establecer la frontera con la ausencia de trastorno mental.

6) *Instrumentos de evaluación:* los instrumentos utilizados para la evaluación de las variables de interés con el usuario son variados, es importante señalar que primordialmente existen tres momentos de evaluación, la evaluación inicial, en la que se utilizan instrumentos para medir el grado de la sintomatología, de la interferencia o la complejidad de la situación; la evaluación durante el proceso terapéutico, en esta se evalúa la evolución de la sintomatología, el compromiso de la persona y la alianza terapéutica, principalmente se utilizan autorregistros y observación clínica; y la evaluación final, en la cual se valora la efectividad del tratamiento midiendo las variables de inicio, además de que es importante realizar evaluaciones de seguimiento.

7) *Aspectos éticos con relación a la evaluación y la confidencialidad:* el ejercicio profesional de la psicología debe cumplir con los códigos deontológicos establecidos.

8) *Devolución y establecimiento de objetivos:* es importante que antes del inicio del tratamiento se realice una devolución de la información recabada al usuario, en donde lo primordial es proporcionarle a la persona una hipótesis explicativa de lo que le está ocurriendo, así como el plan que tenemos para el tratamiento del problema.

La Psicología de la Salud tiene campos de acción en torno a las enfermedades crónicas desde el ámbito de la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento, por lo que es relevante diseñar la metodología y conceptualización para la intervención fijando problemáticas relevantes y metas específicas de operación, lo cual pueda contribuir en los sistemas sociales de atención en salud relacionados a la multidisciplinariedad en la atención a pacientes con enfermedades crónicas (Martín, 2016). En este sentido, en el área de salud, el mejoramiento de la

calidad de vida se ha convertido en la meta más importante del ejercicio de la psicología tanto en las acciones de promoción, prevención y tratamiento (Oblitas, 2010).

Siguiendo esta línea, el desarrollo de programas de intervención psicológica dirigido a enfermos oncológicos debe considerar variables importantes para la toma de decisiones de los objetivos de la misma, dentro de la que se destacan las principales reacciones emocionales y estilos de afrontamiento, así como los recursos interpersonales, por otro lado, el estadio de la enfermedad y el proceso y/o tratamiento médico; todo esto teniendo como punto central la preocupación por la calidad de vida del paciente. Dentro de este acercamiento psicoterapéutico hacia este grupo de población, es importante señalar que los objetivos pueden estar encaminados hacia resolver un problema específico, por ejemplo, dolor, náuseas y vómitos anticipatorios; o bien para mejorar su nivel de adaptación físico y psicológico (Romero, 2010).

De acuerdo con la OMS (2017) el objetivo principal del tratamiento del cáncer es curar la enfermedad o prolongar la vida del paciente hasta donde sea posible además de mejorar su calidad de vida. La enfermedad del cáncer es compleja, la vida se ve comprometida y el estrés se manifiesta; por lo que el apoyo emocional e intervenciones psicosociales son una demanda latente como complemento al tratamiento médico (León, Mirapeix, Jovell, Blasco & Pousa, s/f en Sociedad Española de Psicología Positiva, 2014). Alonso y Bastos (2011) destacan la necesidad de una intervención psicológica en diferentes momentos de la enfermedad como en la fase del tratamiento donde pueden manifestarse ansiedad, miedo, pérdida de control, indefensión y sentimientos de inutilidad, así mismo, mencionan que a través de los efectos secundarios del tratamiento quimioterapéutico los pacientes manifiestan síntomas de ansiedad, depresión, baja autoestima y dificultades de concentración.

En un estudio realizado en el Hospital General San Juan de Dios en Guatemala por Paredes (2016) con mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y bajo tratamiento quimioterapéutico se encontró que la intervención psicológica ayuda a sobrellevar el tratamiento, aceptar el impacto de la enfermedad, aumenta el nivel de bienestar emocional de la familia y cuidador primario mejorando el ambiente social del paciente.

Otro estudio realizado por González, González y Estrada (2016) en San Luis Potosí sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en pacientes con cáncer de mama encontraron cambios positivos y estadísticamente significativos en ansiedad y calidad de vida y, una reducción clínicamente significativa en depresión. En otro estudio realizado en pacientes con diagnóstico de cáncer en Bogotá los resultados mostraron que una intervención cognitivo-conductual es útil en la reducción de la intensidad de la respuesta emocional y en la reducción estadísticamente significativa de la ansiedad y depresión (Riaño, 2010).

### **Psicología basada en evidencias**

Los cambios sociales actuales han dado mayor énfasis en la búsqueda de la efectividad de las terapias psicológicas; en el caso específico de la Sanidad Pública, la investigación se ha centrado en demostrar que la terapia sea eficaz, y tenga mejores condiciones que otras respecto a ser más breves, en un régimen ambulatorio, tengan menos costos, etc. (Echeburúa, de Corral, & Salaberría, 2010).

Mustaca (2011) redacta que la mayoría de los enfoques que se practican en psicoterapia carecen de validez científica, a excepción del modelo cognitivo-conductual que a lo largo de su historia ha sido avalado por sus investigaciones basadas en el método científico; en la década de 1990 el enfoque de las Terapias con Apoyo Empírico (TAE) extendió la utilización del método científico estableciendo criterios para la validación de todo tipo de intervenciones. Un criterio dentro de la planificación y la gestión de recursos en salud pública es la evidencia empírica a través de metodologías hipotético-deductivas (Eiroá, et al., 2016).

La formulación de la Psicología Basada en Evidencias surge a partir del enfoque de la Medicina Basada en Evidencias y de la necesidad de analizar la información científica actual y disponible, con el objetivo de generar conclusiones a partir de los datos obtenidos empíricamente y el juicio de expertos que aseguren un diagnóstico y un tratamiento válidos para el beneficio y el bienestar de la salud emocional de los pacientes (Aldana & Gómez, 2007). Por lo que, la Psicología Clínica Basada en la Evidencia (PsCIBE) es un modelo metodológico que se constituye de la investigación básica y aplicada, la experiencia en la práctica clínica y las características contextuales de la población a quien se dirige; que promueven la efectividad de las intervenciones

psicológicas en los diferentes niveles de aplicación que puede ser evaluación, diagnóstico, prevención, tratamiento, psicoterapia y asesoramiento, en la atención a usuarios ya sea población infantil, adolescentes, adultos, familias, o comunidades, y en las diferentes áreas de aplicación (hospitales, escuelas, prácticas independientes, clínicas, etc.) a partir del empleo de principios con el objetivo de mejorar la atención en la salud pública y demás ámbitos de aplicación de la psicología (APA, 2006).

De acuerdo con esto, la práctica de la psicología clínica requiere de normas que regulen la calidad y la eficacia de la atención que brinda a los diferentes grupos contextuales y poblacionales; la PsCIBE ha establecido criterios para el desarrollo de protocolos de evaluación e intervención en diferentes disciplinas del área de salud (Quant-Quintero & Trujillo-Lemus, 2014). Y durante las últimas dos décadas ha habido un riguroso intento para evaluar la eficacia de las terapias psicológicas, destacando de qué datos se basa o qué nivel de evidencia tiene para la afirmación de que una terapia es eficaz. En la Tabla 1 se plasman los niveles de evidencia por tipo de estudio (Echeburúa, Salaberría, de Corral, & Polo-López, 2010).

Tabla 1.

*Niveles de evidencia por tipo de estudio*

---

<b>Nivel de evidencia</b>	<b>Tipo de estudio</b>
Mínima	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descripción de casos únicos.</li> <li>• Estudios descriptivos o resoluciones de comités de expertos.</li> <li>• Estudios de caso controlados.</li> <li>• Ensayos controlados bien diseñados, pero no aleatorizados, o estudios naturalistas.</li> <li>• Ensayos controlados y aleatorizados con muestras pequeñas.</li> <li>• Ensayos controlados y aleatorizados con muestras grandes.</li> </ul>
Máxima	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meta-análisis de ensayos controlados y aleatorizados con muestras suficientemente grandes.</li> </ul>

---

La toma de decisiones de los profesionales de la Psicología Clínica sobre el diagnóstico, el pronóstico y/o la intervención psicológica deben estar basadas tanto en el juicio clínico o experiencia del experto, así como de la evidencia que aportan los datos, la elección de tratamientos que han demostrado eficacia, tomando en cuenta la demanda del paciente y el contexto social en el que está inmerso; finalmente el éxito de la terapia psicológica también depende de la relación terapéutica que se establezca con el paciente (Pascual, Frías & Monterde, 2004).

El conocimiento sobre los tratamientos psicológicos más eficaces comprende el reconocimiento de la importancia del paciente, desarrollar teorías coherentes y comprensibles, trabajar con clínicos expertos y encontrar o producir la mejor evidencia (Pascual et al., 2004).

Echeburúa et al. (2010) resaltan que la importancia de evaluar la eficacia de las intervenciones terapéuticas es inherente y radica en que el progreso científico de la psicología clínica requiere la delimitación de las terapias eficaces, así como de los componentes activos de las mismas; en los retos a los que se enfrenta la disciplina; y en la incorporación de las terapias psicológicas en los servicios de salud pública, siendo en éste ámbito, lo más relevante el ofrecer terapias efectivas en donde los objetivos principales sean acortar el sufrimiento del paciente y ahorrar tiempo y gastos a las instituciones.

La importancia de realizar y difundir Guías de Intervención Psicológica (GIP), que normen la práctica en el área, radica en la complejidad de la sistematización del diagnóstico y tratamiento de los trastornos o alteraciones emocionales y en el surgimiento de tratamientos de distintos enfoques, prioritariamente por el hecho de que no todos éstos han comprobado su efectividad y eficacia (Aldana & Gómez, 2007).

Es importante señalar algunos aspectos de las guías de práctica clínica: están realizadas para especialistas de distintas disciplinas encargadas del tratamiento hacia quienes se limita el entendimiento de las mismas, sin embargo, no se debe olvidar que la evidencia disponible tiene que conjuntarse con la experiencia clínica y las preferencias de los usuarios; la elaboración de las guías debe de basarse en el análisis de la evidencia empírica disponible de los tratamientos, así como de un consenso de expertos sobre la apropiada implementación en un sistema de salud concreto; legalmente son implican la obligación de aplicar una determinada orientación teórica,

considerando que la formación en psicología clínica y psicoterapia puede tener diferentes orientaciones teóricas, estilos de terapia y técnicas, aunque posiblemente se instauren restricciones que deben tenerse en cuenta obligatoriamente; sirven como algoritmos terapéuticos y están diseñadas para la estructuración del sistema. Puntualizando lo anterior, las guías son parte del ejercicio profesional de transparencia y comunicación de instituciones, mediante las cuales se pretende mejorar la práctica (Eiroá, et al., 2016).

Existe evidencia empírica suficiente que sustenta la eficacia de las intervenciones de la psicología de la salud en enfermedades crónicas (Nicasio, Meyerowitz & Kerns, 2004 como se cita en Arrivillaga et al., 2007). De acuerdo a las investigaciones realizadas, las intervenciones psicológicas, especialmente las comportamentales actúan positivamente sobre los síntomas y la calidad de vida de quien padece alguna enfermedad crónica; el manejo integral de la enfermedad crónica está acaudillada por la idea de curar (Arrivillaga et al., 2007).

La tarea del psicólogo de la salud con respecto a la elaboración de intervenciones para pacientes oncológicos en las diferentes fases de la enfermedad, es identificar estrategias que ofrezcan mejores resultados en la disminución del malestar emocional, en la adecuada adherencia al tratamiento médico, en mejorar la calidad de vida de la persona, además de ampliar y generar recursos y habilidades que le permitan hacer frente de manera favorable a su situación de salud/enfermedad, posibilitando con ello además de respuestas adaptativas, el bienestar (Valencia et al., 2015).

La intervención psicooncológica está basada en un protocolo de acuerdo a cada una de las etapas o fases de la enfermedad: fase de diagnóstico, fase de tratamiento, fase de intervalo libre de enfermedad, fase de supervivencia, fase de recidiva, fase final de la vida; y la atención es dirigida al paciente y a familiares, contemplando diferentes tipos de intervención como psicoeducación, consejería, terapia grupal, terapia individual (Rojas-May, 2006):

- *En la fase de diagnóstico*, el objetivo general de la atención es facilitar la adherencia correcta a los protocolos médicos, que tengan la información adecuada y se puedan diagnosticar problemas psicológicos-psiquiátricos a tiempo. Los objetivos específicos son la facilitación de la percepción de control sobre la enfermedad, la orientación emocional a la enferma y a su familia a través de material educativo y presentación de grupos de apoyo, derivación, de ser

necesaria, a un especialista en salud mental y detección de las necesidades emocionales, psicológicas y sociales, para una orientación.

- *En la fase de tratamiento*, el objetivo general es controlar y manejar los efectos secundarios psicológicos asociados a los tratamientos médicos, orientando también a la paciente y a su familia directa frente a las reacciones emocionales propias de este escenario. Los objetivos específicos son facilitar la adaptación a la enfermedad durante el proceso de tratamiento biomédico, fomentar estilos de afrontamiento activos: vivir las etapas del duelo oncológico, buscar orientación médica específica para el caso del paciente, fomentar redes de apoyo social, mantenerse activo, etc., facilitar la adhesión terapéutica a los tratamientos médicos.
- *En la fase libre de enfermedad*, el objetivo general es ayudar a afrontar mejor las preocupaciones a través de sus preguntas y dudas, estableciendo protocolos de información claros, además de proporcionar estrategias para facilitar su reincorporación a la vida cotidiana. Los objetivos específicos son el manejo adecuado de la información, ayudar a distinguir entre cancerofobia y sintomatología sospechosa que debe ser chequeada oportunamente, facilitación de la expresión de los miedos y preocupaciones por parte de la paciente y su familia, fomentar la buena comunicación médico-paciente, estrategias para controlar cualquier alteración emocional y facilitar el retorno del paciente a sus actividades cotidianas.
- *En la fase de supervivencia*, los objetivos específicos son facilitar la adaptación a las secuelas físicas, psicológicas y sociales que haya podido provocar la enfermedad y facilitar la reincorporación a las actividades e intereses significativos para los pacientes.
- *En la fase de recidiva*, el impacto puede ser más intenso que en el momento del diagnóstico inicial, estados de ansiedad, angustia extrema y depresión son muy comunes; y los objetivos específicos son la prevención y tratamiento de psicopatologías, facilitar la adaptación al nuevo estado de la enfermedad, reforzar la relación médico-paciente y establecer las necesidades emocionales de la familia frente a la recaída.
- *Y en la fase final de la vida*, los objetivos son colaborar en el control de síntomas físicos, detectar y atender dificultades psicológicas y sociales, diagnosticar y tratar psicopatologías propias de esta etapa, delirios, alucinaciones, depresión, somatizaciones, etc. y acompañar al paciente en el proceso de morir y a su familia en la elaboración del duelo.

El enfoque psicoterapéutico cognitivo-conductual se destaca por su flexibilidad, su capacidad de acompañar a los nuevos desarrollos médicos, responder a la demanda de diversas situaciones clínicas y satisfacer necesidades desde el punto de vista emocional de los usuarios, hasta ahora no suficientemente cubiertas (Rosenfeld, 2017); y cuenta con una gran cantidad de evidencia empírica y experimental sobre su eficacia y efectividad en diversos problemas psicológicos; además de que el campo de aplicación es muy amplio, en el área de la salud tiene como ventaja que es de tiempo limitado y puede aplicarse en grupo, teniendo la capacidad de atender las necesidades sociales de la intervención; las técnicas y procedimientos psicológicos que la conforman permiten crear programas de tratamiento para diversos problemas psicológicos, así como para desarrollar y optimizar potencialidades y habilidades de las personas (Ruíz et al., 2012).

Los principales objetivos de un programa de intervención cognitivo-conductual para pacientes con cáncer son: 1) reducir la ansiedad, la depresión y otras reacciones emocionales desadaptativas, 2) reestructurar la ideación irracional asociada a la enfermedad y la muerte, 3) promover un sentido de control personal sobre sus vidas y una participación activa en su tratamiento. 4) desarrollar estrategias de solución de problemas en lo relacionado con el cáncer y mejorar los niveles de autoeficacia. 5) facilitar la comunicación del paciente con los miembros de su familia, 6) estimular la participación en actividades y mejorar las relaciones sociales y 7) incrementar el autocontrol, específicamente en el enfrentamiento de dolor (Cruzado & Labrador, 1990; Bayés, 2000c, como se cita en Arrivillaga et al., 2007).

Los procedimientos psicoterapéuticos y educativos sistemáticamente estructurados con objetivos dirigidos al afrontamiento de la enfermedad, toma de decisiones en relación a la misma, manejo de la variabilidad emocional y afectiva, manejo del dolor, control de las dificultades de comunicación, manejo de sus relaciones interpersonales y de sus responsabilidades ocupacionales constituyen una intervención cognitivo-conductual en pacientes con cáncer (Arrivillaga et al., 2007).

Las técnicas conductuales tienen como objetivo principal el aprendizaje de habilidades específicas que aportan al paciente herramientas necesarias para el afrontamiento ante la enfermedad, así como para situaciones de la vida cotidiana de la persona (interacción social,

solución de problemas, etc.); las técnicas cognoscitivas generan en el paciente la flexibilidad de pensamiento, optimismo, así como incrementan la percepción de control, entre otras, de manera general, estas estrategias son benéficas en el control de pensamientos negativos (automáticos, catastróficos e intrusos) (Arrivillaga et al., 2007).

A lo largo de la historia ha ido evolucionando la Psicología en base a la época, la tecnología y el contexto social que orientan la formación de los modelos terapéuticos construidos hasta hoy, conforme se han ido desarrollando se han clasificado de manera que se puedan identificar como un conjunto de terapias, esto nos deja con las llamadas terapias de primera, segunda y tercera generación. A continuación, se explicará en breve cada una de ellas haciendo énfasis en las terapias y técnicas de interés para el presente trabajo.

### **Técnicas de primera generación**

Esta generación fue fundada en los años de 1950 que, bajo las dudas de la eficacia del psicoanálisis y de la psicoterapia por antonomasia, así como de la extensión aplicada a la clínica de la psicología del aprendizaje (condicionamiento clásico propuesto por Pavlov y condicionamiento operante propuesto por Skinner), dieron lugar a la elaboración de una terapia psicológica con base a principios científicos (Obando & Parrado, 2015; Pérez, 2006, 2014; Ruiz et al., 2012; Moreno, 2012).

Desde el condicionamiento clásico se desarrollarían, en la década de 1960, la técnica de desensibilización sistemática por J. Wolpe y la técnica de exposición por H. J. Eysenck las cuales resultaron ser funcionales para problemas clínicos concernidos con el miedo, la ansiedad y las obsesiones (Obando & Parrado, 2015; Pérez, 2006; Ruiz et al., 2012). En cuanto al condicionamiento operante existen numerosas técnicas, pero pone de relevancia el análisis funcional de la conducta denominado técnicamente como *contingencia de tres términos*, el cual, está comprendido por A (antecedente) cuya presencia hace probable la conducta que se analiza, B (conducta) produce consecuencias de A y son denominadas reforzadores, y C (consecuencia) que puede verse reforzada o extinguida (Pérez, 2006).

Existen modelos y procedimientos dentro de la psicología del aprendizaje para entender y modificar la conducta humana incluyendo el clínico, ambulatorio e institucional. Los trastornos se entienden como conductas aprendidas y desadaptativas, por esto, la terapia de condicionamiento clásico, consiste en modificar la conducta y, su aplicación, abarcaba trastornos neuróticos caracterizados por miedos condicionados y de pacientes ambulatorios mientras que el condicionamiento operante consiste particularmente en el análisis aplicado de la conducta y se dirigía generalmente a pacientes con retardo en el desarrollo y con síntomas psicóticos en instituciones educativas y psiquiátricas, a este modelo se le conocería como terapia de conducta con el objetivo central de cuestionar y comprender la función de la conducta ( Obando & Parrado, 2015; Pérez, 2006, 2014; Ruiz et al., 2012).

### **Técnicas de segunda generación**

Esta generación empieza a partir de la influencia del enfoque cognitivo sobre la terapia de conducta en la década de 1970, esto llevaba a redenominar terapia de conducta a terapia cognitivoconductual (Obando & Parrado, 2015; Pérez, 1985 como se cita en Pérez, 2014). La influencia cognitiva que se generaba en la psicología dio lugar a las terapias cognitivas preexistentes antes de la década de 1960 como la terapia racional emotiva de Albert Ellis y la terapia cognitiva de Aaron Beck y, a su vez, estos modelos dieron apertura a las terapias de segunda generación (Pérez, 2006, 2014).

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) describe que las cogniciones como los pensamientos, expectativas, atribuciones y creencias son las causas de las disfunciones emocionales y conductuales y, que, cada trastorno, tiene una disfunción específica. El éxito de esta terapia se conocería por el desarrollo de tratamientos psicológicos eficaces siendo la más representada dentro de los tratamientos psicológicos que han mostrado su eficacia incluso comparados con la medicación (Pérez-Álvarez, Fernández-Hermida, Fernández-Rodríguez & Amigo, 2003 como se cita en Pérez, 2006; Ruiz, 2012).

Es importante señalar que existen tres tipos de terapias cognitivo-conductual, 1) las terapias de reestructuración cognitiva centradas en la identificación y cambios de las cogniciones, de la cual se desglosa la terapia racional emotiva, el entrenamiento de autoinstrucciones, la terapia

cognitiva y la reestructuración racional sistemática; 2) las terapias de habilidades de afrontamiento centradas en enseñar habilidades para afrontar adecuadamente las diversas situaciones de la vida, de aquí se desprenden el modelo encubierto, entrenamiento para afrontar situaciones, el entrenamiento en manejo de la ansiedad y el entrenamiento en inoculación de estrés; 3) terapias de solución de problemas dirigidas a corregir el modo en que las personas abordan los problemas, de aquí se desprenden la terapia de solución de problemas interpersonales y la ciencia personal (Becoña & Oblitas, 1997 como se cita en Obando & Parrado, 2015; Ruiz et al., 2012).

El estímulo y la respuesta son aspectos distintivos de la terapia Cognitivo-Conductual, Albert Ellis expone estas características mediante el modelo A-B-C que es utilizado en la terapia cognitiva de Aaron Beck (se distingue de la contingencia de tres términos del condicionamiento operante por tomar en cuenta aspectos cognitivos como las creencias), el cual describe que A) se refiere al evento que ocurre, B) se refiere a las creencias que se tiene sobre A, y C) se refiere a las respuestas emocionales y conductuales. Este modelo continúa con D y E para introducir la terapia; el terapeuta inicia explicando y hace ver al paciente que los conflictos emocionales y conductuales (C) en realidad no surgen de A, las circunstancias de la vida (pérdidas, conflictos, crisis), sino de B, ósea de sus creencias y pensamientos acerca de A, esto es resultado de una disposición aprendida y que se expresa de manera automática e inconsciente para procesar la información (pensamientos automáticos y sesgos cognitivos). La TCC no solo se enfoca en los pensamientos y creencias disfuncionales, sino que también en promover pensamientos y creencias más funcionales y favorables (D) así como la experimentación (E) de ver las cosas de una manera más objetiva y racionalista (Gabalda, 2009; Ruiz et al., 2012; Pérez, 2014).

### *Psicoeducación*

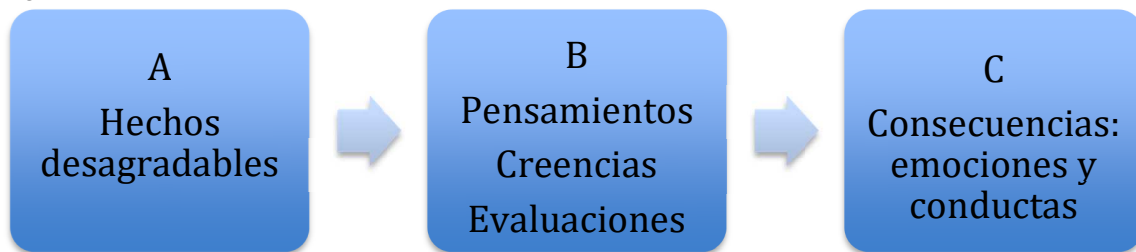
La psicoeducación tiene como objetivo proporcionar información que pueda servir a los usuarios a entender la situación o el problema por el que están pasando, además de cómo es que la asistencia que estamos brindando puede aliviar el malestar que sienten; por otro lado, es relevante recalcar que la psicoeducación no se trata simplemente de transmitir información sino que debe facilitar el aprendizaje y la comprensión de aspectos de la promoción de hábitos saludables, el compromiso con el tratamiento e identificación de posibles recaídas, exponiendo que el malestar

psicológico tiene una causa compleja pero que puede aliviarse si se modifican algunos elementos cognitivos, conductuales o ambientales (Eiroá et al., 2016).

### *Reestructuración cognitiva*

Gabalda (2009) describe que uno de los conceptos fundamentales dentro del modelo de Albert Ellis es el A B C que se explicó anteriormente dando lugar a generar cuestionamientos y alternativas de los pensamientos, así como la comprobación de las consecuencias de éstas (D, E):

Figura 1. Modelo ABC

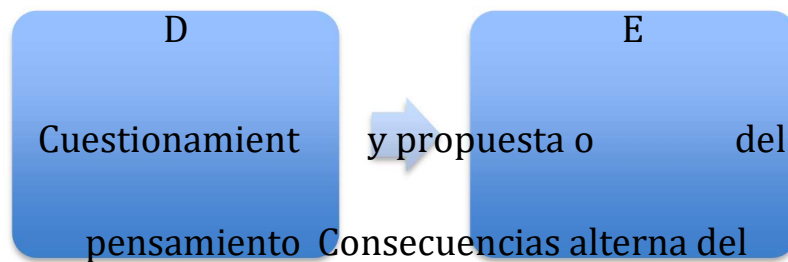


Se debe explicar el modelo A B C a la persona haciéndole saber que en su vida existen situaciones desagradables tanto del pasado, del presente como del futuro y que estas situaciones se pueden entender de manera racional o irracional y según sea el caso, tienen un tipo de consecuencias que pueden ser emocionales y conductuales que resultan apropiadas, ligeras o negativas, de esta manera la persona tiene que entender que su interpretación de una situación puede tener dos tipos de posibilidades. El objetivo es pasar de lo irracional a lo racional en el bloque B, la persona tendrá que reconocer lo irracional y las consecuencias que tiene para ella, posteriormente tendrá que intentar cambiar lo irracional a racional (Gabalda, 2009; Mayorga, 2014).

El paciente trabaja junto con el terapeuta para generar un análisis que indique si sus pensamientos son válidos y útiles evaluado el grado de creencia sobre el pensamiento negativo, obteniendo datos y pruebas favorables sobre el pensamientos y discutiendo sobre si en realidad son favorables, se exponen pruebas contrarias al pensamiento, se deben identificar las interpretaciones alternativas a la original, posteriormente se evalúa el grado de creencia de la

interpretación alterna que se genere así como las consecuencias de ésta y, por último, se debe evaluar nuevamente el grado de creencia sobre el pensamiento negativo (Caballo, 1998; Bados, 2001 como se cita en Bados & García, 2010; Mayorga, 2014).

Figura 2. Modelo ABCDE



alterno  
pensamiento

Los pensamientos no adaptativos distorsionan la realidad, desfavorecen las emociones y dificultan el logro de los objetivos. Ellis señala que las personas realizan una serie de supuestos ilógicos (distorsiones cognitivas) cuando experimentan algún conflicto emocional. Algunas de las distorsiones cognitivas más comunes son: pensamiento del todo o nada, saltar a conclusiones, adivinar el futuro, descalificar lo positivo, totalidad y nunca, etiquetado y sobregeneralización, perfeccionismo, personalización, magnificación y minimización, y afirmaciones con *debería* (Caballo, 1998; Caudill, 2011; Mayorga, 2014).

#### *Entrenamiento en asertividad*

El objetivo del entrenamiento en asertividad radica principalmente en que la persona reconozca los tres estilos de respuesta de comportamiento: pasivo, asertivo y agresivo; y que comprenda que el comportamiento asertivo es, generalmente, más adecuado y reforzante que otros estilos de comportamiento, ayudando a la persona a expresarse libremente y que frecuentemente consiga los objetivos que se ha propuesto. Inicialmente el objetivo de esta técnica es que las personas reconozcan la relación que existe entre sus cogniciones, sus sentimientos y conductas; y generar la modificación de una respuesta pasiva o agresiva a una asertiva (Caballo, 1998).

### *Entrenamiento en solución de problemas*

La solución de problemas es un proceso metacognitivo mediante el cual las personas entienden la naturaleza de los problemas, entendidos como situaciones específicas que exigen respuestas para el funcionamiento adaptativo, pero que las personas que se enfrentan con éstas no generan respuestas de afrontamiento eficaces debido a la presencia de distintos obstáculos (ambigüedad, incertidumbre, exigencias contrapuestas, la falta de recursos etc.), es decir, es un reflejo del desequilibrio percibido (persona-ambiente) entre las demandas y la disponibilidad de una respuesta adaptativa; y se dirigen a la modificación de la naturaleza de la situación problemática y/o de sus reacciones emocionales negativas hacia ésta, esto es, en una solución. Las soluciones eficaces son respuestas de afrontamiento que maximizan las consecuencias positivas (beneficios) y minimizan las consecuencias negativas (costes). Siguiendo esta línea, el entrenamiento de solución de problemas se compone de tres aspectos, el primero es la solución del problema, el cual es el proceso de encontrar una solución eficaz a una situación problema (verificando costes y beneficios); la puesta en práctica de la solución, es la ejecución de la solución escogida, en donde intervienen factores como la capacidad para la solución de problemas, las deficiencias en las habilidades de ejecución, las inhibiciones emocionales y los déficits de motivación (o reforzamiento). La solución de problemas eficaz se compone de cinco procesos: orientación hacia el problema, definición y formulación del problema, generación de alternativas, toma de decisiones y puesta en práctica de la solución y verificación (Caballo, 1998).

### **Técnicas de tercera generación**

De acuerdo con Moreno (2012) y Pérez (2014) las “terapias de tercera generación” es el nombre que se les ha otorgado a una serie de terapias psicológicas que surgen en la década de 1990 en la tradición de la terapia de conducta y cognitivo-conductual, las principales son: Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), Psicoterapia Analítica Funcional (PAF), Terapia de Conducta Dialéctica (TCD), Terapia Integral de Pareja (TIP), Activación Conductual (AC), Terapia de Reducción del Estrés Basada en la Atención Plena (REBAP), Terapia con Base en Mindfulness (BMT) y Terapia Cognitiva con Base en la Persona para las Psicosis.

### *Acción Opuesta*

“La acción opuesta actúa en sentido opuesto al impulso emocional de hacer o decir algo” (Linehan, 2015, p.362). Una manera efectiva de regular las emociones que desfavorecen es actuando en contra de las conductas que las acompañan, para esto, en primer lugar, se deben identificar las emociones que se están experimentando en el momento presente para poder conocer si ésta se está presentando por una situación que corresponde a ella o no, posteriormente se deben analizar las consecuencias conductuales que se están generando a partir de ésta experiencia. En el caso en el que la emoción no esté justificada por los hechos presentes el primer paso antes de la acción opuesta sería tratar de hacer entender al paciente los hechos reales que se presentan ya que podría cambiar su experiencia ante la situación tan solo con esto. Se debe utilizar una escala para identificar el nivel de la emoción antes y después de la acción opuesta y una lista con acciones opuestas a la emoción (Anexo 14) (Linehan, 2015).

### *Posposición a la preocupación*

Se trata de una técnica de regulación emocional en la que el individuo identifica si se anticipa a las consecuencias de una situación, es decir, el acto de estarse preocupando, observando las respuestas inmediatas de este acto y generando aprendizaje sobre el impacto desfavorable que tiene en las emociones a largo plazo. Si se puede resolver la situación se debe hacerlo, siguiendo un procedimiento basado en la estrategia de solución de problemas, siguiendo el siguiente procedimiento: ya visualizada la preocupación, la persona debe identificar tres cosas que pueden hacer para resolver el problema, posterior a esto elegir una que tenga probabilidad de ser efectiva, desarrollar un plan de acción y actuar y utilizar sus habilidades de actuación efectiva. Si de lo contrario no hay solución para la situación, se recomienda practicar la aceptación radical (Anexo 16) (Reyes & Tena, 2016).

### **Mindfulness**

Mindfulness proviene de una meditación budista denominada *Vipassana* (ver las cosas tal como son) y está basada en las enseñanzas de Siddharta Gautama (Buddha) centrando éstas en el despertar de la ignorancia y concluir con la liberación de las ataduras mentales, propone que las causas del sufrimiento-insatisfacción tienen bases en las actitudes mentales insanas apegadas al odio, deseo y la ignorancia (Namto, 2000). “La Enseñanza y la Disciplina del Buddha es una

explicación racional del surgir y cesar del sufrimiento a partir de sus causas psicológicas, y un método práctico para eliminar dichas causas” (Solé-Leris & Vélez, 2010, p.20).

Hay algo muy importante que aclarar sobre la enseñanza original de Buddha ya que se tiene la creencia de tratarse de una religión, pero de ninguna manera lo era ni pretendía serlo, sino que se puede definir como un sistema Ético-Psicológico que se dirige hacia la realización concreta del potencial humano al generarse una reestructuración e integración total de la psique (Solé-Leris & Vélez 2010).

No es sencilla la traducción del inglés al español de la palabra “Mindfulness” por ésta razón se han propuesto diversas traducciones de las cuales son más utilizadas “atención plena” y “conciencia plena” (Simón, 2011). Una de las definiciones más claras describe que “Mindfulness es conciencia, una conciencia que se desarrolla prestando una atención concreta, sostenida, deliberada y sin juzgar al momento presente” (Kabat-Zinn, 2013, p.8). Otra definición menciona que Mindfulness es comprendido como la presencia atenta y reflexiva de lo que pasa en el momento presente de manera activa con la intención de no inferir ni valorar lo que se percibe (Vallejo, 2006).

Mediante la práctica de la atención plena se desarrolla progresivamente la capacidad de reconocer y observar los pensamientos sin añadir o quitar elementos, ni tomándose como hechos definitivos, evaluando cada circunstancia vivida con mayor claridad y la de generar respuestas más favorables, creativas y eficaces en lugar de las respuestas automáticas habituales (Segal et al., 2012 en Moreno, 2012).

Dentro de las prácticas budistas de meditación, la atención plena, resulta ser la más antigua, su método está descrito en Satipatthana Sutta, discurso atribuido a Buda, el cual, tiene la finalidad de sensibilizar a la persona (escuchar con atención, ver completamente y saborear con cuidado). La atención plena debe basarse en preceptos budistas para que pueda alcanzar su máximo desarrollo. En Satipatthana Sutta se describen cuatro fundamentos de la atención plena los cuales son; observar el cuerpo, observar las sensaciones, observar la mente y observar los objetos

mentales; la primera implica ser consciente de los movimientos del cuerpo y de lo que los produce, la segunda implica ser conscientes del apego a las sensaciones tanto agradables como desagradables, la tercera se trata de ser consciente del tipo de pensamiento que se genera (indiferente, repulsivo o de atracción) y la cuarta refiere a ser consciente de la actitud mental presente como alegría, preocupación, calma o duda (Solé-Leris & Vélez 2010; Vipassana Fellowship, 2018).

Otro fundamento de la práctica budista “atención plena” descrito en Satipatthana Sutta es “*las cuatro nobles verdades*” las cuales son: la noble verdad del sufrimiento-insatisfacción, describe que en la vida por naturaleza es inestable, existe el dolor, las enfermedades, la muerte, el miedo, la ira, la frustración, la envidia, etc. La segunda noble verdad es la de la causa del sufrimiento-insatisfacción y plantea que el sufrimiento es un resultado de los deseos, el odio y la ignorancia. La tercera noble verdad es la del cese del sufrimiento-insatisfacción y describe que el sufrimiento puede superarse y la posibilidad de lograr la verdadera felicidad, por último, la cuarta noble verdad describe que se puede superar el sufrimiento si uno sigue el Noble Óctuple Sendero el cual, consiste en la integridad de la persona en todos los aspectos de la vida, consciencia de los pensamientos y actos así como el desarrollo de la sabiduría mediante el entendimiento de las cuatro Nobles Verdades y mostrando la compasión a los demás (Namto, 2000; Solé-Leris & Vélez, 2010; Nikaya, 2500 A.C., como se cita en Moreno, 2012).

“*El Noble Óctuple Sendero*” está conformado por: la *Recta Opinión* que es el modo correcto de ver y de comprender la realidad, el *Recto Propósito* el cual refiere a el modo correcto de pensar y querer, la *Recta Palabra* que incluye el no mentir, calumniar o insultar, la *Recta Conducta* que refiere a no hacerse daño a uno mismo ni a los demás, el *Recto Sustentamiento* que refiere a no ganarse la vida con actividades nocivas, el *Recto Esfuerzo* que implica la perseverancia y esfuerzo del cultivo de la atención y concentración, la *Recta Atención* que refiere a la observación intencional y ecuánime para percibir la experiencia tal y como es sin añadiduras emocionales o intelectuales y, por último, la *Recta Concentración* que implica la necesaria concentración mental para tranquilizar la mente (Solé-Leris & Vélez 2010).

El Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) con la traducción al español Regulación Emocional Basada en Atención Plena (REBAP), es una intervención terapéutica desarrollada por Kabat-Zinn en 1979 (Kabat-Zinn, 2007). Ha sido utilizado en diversos trabajos de investigación y evaluado su eficacia en población oncológica, quedando avalada a través de meta-análisis y mediante una revisión crítica (León et al., 2013). Bertolín (2015) describe que el programa (REBAP) es una intervención psicoeducativa, estructurada, multimodal e inespecífica, que tiene como propósito desarrollar la atención focalizada en el presente.

Los programas basados en Mindfulness realizados por el Dr. Kabat-Zinn han sido pioneros en el tratamiento del estrés, ansiedad, desórdenes de pánico, fibromialgia, psoriasis y dolor crónico en el Centro Médico de la Universidad de Massachusetts (Mason & Hargreaves, 2001, como se cita en Sánchez, 2011). Existen estudios en donde se prueba la efectividad del programa en dolor crónico, depresión recurrente, estrés, trastornos de ansiedad y en situaciones médicas como cáncer, epilepsia resistente, psoriasis y VIH (Bertolín, 2015).

El entrenamiento en mindfulness ha demostrado su eficacia en la reducción del estrés y problemas médicos asociados al mismo (ansiedad, pánico y depresión), de igual forma en el tratamiento del dolor crónico aumentando la calidad de vida de los que padecen de cáncer y de esclerosis múltiple y reduce la incidencia de recaída en personas con depresión mayor; también se ha demostrado su influencia positiva sobre el procesamiento de la información del cerebro en situaciones de estrés, asociado a un mayor equilibrio emocional y cambios positivos correlativos en el sistema inmunitario (Kabat-Zinn, 2013).

Para Sánchez (2011) los efectos de Mindfulness van más allá de los objetivos iniciales abordados como el manejo del estrés, control del dolor, sintomatología por enfermedades y la potenciación del desarrollo humano integral, generando así, a su vez, repercusiones favorables sobre el bienestar psicológico y fisiológico general, disminuyendo preocupaciones, pensamientos intrusivos, desarrollando mayor conciencia y autocontrol de procesos emocionales y fisiológicos disfuncionales, así mismo, Villajos et al. (2013) menciona que otros de los propósitos del Mindfulness es la de generar en la persona responsabilidad sobre su estilo de vida y participación de sus procesos de salud al fortalecer sus recursos.

En un estudio realizado en la Universidad de Toronto encontraron dos redes neuronales asociadas a diferentes tipos de experiencia autorreferencial, son llamadas foco narrativo (FN) y foco experiencial (FE), la primera se activa cuando se está elaborando una narración mental sobre la presente experiencia, comúnmente asociada a la preocupación y cavilación así mismo se ha encontrado que es el área de la corteza cerebral más activa cuando “no hacemos nada” y la segunda se activa cuando nos enfocamos en lo que experimentamos en el momento presente ocupándose de la experiencia sensorial que acontece sin evaluaciones de la red FN, así mismo en este estudio se descubrió que las personas entrenadas en REBAP presentaban un aumento de la actividad de la red FE y una disminución de la red FN dejando en claro cómo el Mindfulness puede transformar el modo en que procesamos la información. Cuando predomina el FN puede limitar la comprensión que tenemos de nosotros mismos, así como, de nuestras posibilidades, en cambio, cuando predomina el FE aprendemos a vivir la experiencia en el momento presente sin valorar ni juzgar (Kabat-Zinn, 2013).

En 2009 Elizabeth Blackburn junto con sus colaboradores recibieron el premio nobel en el área de fisiología por haber descubierto como los cromosomas están protegidos por los telómeros y la enzima telomerasa, la primera está asociada con la división celular la cual es limitada y la segunda se encarga de prevenir el deterioro de las células y por consiguiente el envejecimiento del organismo, estos componentes han sido decisivos para entender la relación entre la estructura de los cromosomas, el cáncer, el envejecimiento y la biología de las células madres (Varela, 2009). Siguiendo esta línea de investigación sobre los telómeros y la telomerasa, Tonya et al. (2011) realizó un estudio longitudinal en el que demostró como los procesos de meditación tienen efectos positivos contribuyendo en el aumento de la actividad de la telomerasa que repercute favorablemente a la longevidad de las células.

En un estudio clínico se encontró que los participantes con un mayor nivel de atención plena pretratamiento presentaron mayor nivel de atención, mayor nivel bienestar subjetivo y disminución del estrés percibido (Bertolín, 2015). Se ha demostrado que la aplicación de mindfulness beneficia la capacidad de regular las emociones, combatir disfunciones emocionales, mejorar las pautas cognitivas y disminuir los pensamientos desfavorables (Villajos et al., 2013).

En un estudio realizado por Carlson, Speca, Faris y Pastel (2007, como se cita en Bertolín, 2015) se demostró la eficacia del programa de mindfulness en la reducción del estrés y aumento de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mamá y próstata.

En un estudio realizado en Chile se encontró que la Intervenciones Basadas en Mindfulness para el tratamiento del bienestar emocional y la calidad de vida de los pacientes con cáncer en las diferentes fases de la enfermedad, incluyendo las más avanzadas, con sus múltiples problemáticas, resultaron ser sumamente útiles y eficaces (Rosenfeld, 2017).

Para la implementación de Mindfulness se llevarán a cabo tanto la práctica formal como la práctica informal descritas por Kabat-Zinn (2013) incluyendo la meditación guiada a través de audios, mismos que son utilizados en el programa REBAP.

## **MÉTODO**

### **Justificación**

El cáncer constituye uno de los problemas de salud más importantes de nuestro siglo, debido a su elevada incidencia y las consecuencias del mismo (Alonso & Bastos, 2011); a nivel mundial, ocupa uno de los primeros lugares como causa de mortalidad (SALUD, 2018) y en México es la tercera causa de muerte, 14 de cada 100 mexicanos fallecen por dicho padecimiento y la expectativa de vida de quienes la padecen es de alrededor 63 años (SALUD, 2017).

Las enfermedades no transmisibles (ENT) o crónicas consumen cada vez mayores cantidades de los presupuestos destinados a la atención de la salud pública en América Latina y el Caribe y figuran entre las principales causas de mala salud, discapacidad y muerte prevenible y prematura, así mismo, las ENT ponen en riesgo el crecimiento económico de muchos países, en particular aquellos de ingresos bajos y medianos que tienen un rápido crecimiento de su población (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017).

Dentro de las enfermedades crónicas dependiendo del tipo y estadio de la afección, entre el 12 % y el 40% de los pacientes padecen alguna forma de trastorno emocional (Brothers & cols., 2011; Hotopf & cols., 2002; Kellerman & cols, 2010, como se cita en Gómez, 2011). La enfermedad oncológica es una de las afecciones que más problemas psicológicos causa en la persona que lo padece, secundario al diagnóstico de este padecimiento se dan una serie de circunstancias que son fuente de malestar psicológico: su naturaleza crónica, la incertidumbre ante su evolución, los efectos secundarios de los tratamientos que habitualmente se utilizan para su control y el significado social de la palabra cáncer, que conllevan a un impacto emocional en donde reacciones de miedo, ansiedad, tristeza, depresión, incertidumbre, rabia, entre otras, se hacen presentes, baja autoestima y dificultades de concentración (Alonso & Bastos, 2011). Entre las principales afecciones psicológicas están: presencia de dolor, sintomatología ansiosa, depresiva y de estrés, y afectación en la calidad de vida, todas estas asociadas a la enfermedad (APA, 2018; Maté, 2004; Medina et al., 2015; Monge, 2006; Moreno, 2016; Ornelas-Mejorada, 2011; Silverio, 2016; Valencia et al., 2015; Zas, 2013) Debido a lo anterior, se vuelve relevante implementar un tratamiento psicológico para ésta población.

Un estudio publicado por la revista *The Lancet* el 30 de enero de 2018 (SALUD, 2018) que incluye el análisis de más de 37 millones de pacientes de 71 países, muestra avances globales en la supervivencia al cáncer, sin embargo, se manifiesta diferencias entre los países de acuerdo al nivel de desarrollo del mismo, por lo que uno de los objetivos globales es contribuir a reducir la carga mundial de cáncer, centrándose en la reducción de factores de riesgo y la mejora en el acceso al diagnóstico temprano y tratamiento adecuado, además, haciendo hincapié en evaluar las estrategias de prevención y la efectividad de los sistemas de salud. Es por ello que el crear una intervención psicológica estructurada y validada es una contribución al sistema de atención integral en salud en nuestro país.

En este contexto las intervenciones Cognitivo-Conductual así como el uso de componentes de la Psicología Positiva y de Mindfulness han demostrado consistencia y eficacia en los efectos positivos de los aspectos psicológicos en manejo del dolor, el bienestar psicológico y la calidad de vida, sin embargo, estos componentes, han sido poco estudiados en pacientes oncológicos de México (Becerra, 2014; Bertolín, 2015; Instituto Catalán de Oncología, 2017; Kabat-Zinn 2013; Rosenfeld, 2017; Seligman, 2008; Villajos, 2013). Por lo que realizar una investigación en la que

se diseñe una intervención psicológica con componentes de Mindfulness y Psicología Positiva sugiere una implicación relevante en la práctica de la psicología de la salud que ampliará el campo de acción en población oncológica.

Tanto el Mindfulness como la Psicología Positiva no sólo son eficaces en la reducción de sintomatología de la enfermedad, sino que van más allá al incrementar el bienestar y el desarrollo del potencial humano (Kabat-Zinn, 2003, 2013; Sánchez, 2011; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Villajos, 2013). Debido a lo expuesto anteriormente se abre una pauta distinta de atención psicológica a la tradicional en donde los objetivos no solo se dirigen hacia la cura de la afección, sino que también se encarga de potencializar el bienestar de la persona.

### **Pregunta de investigación**

¿Las características de una propuesta de intervención cognitivo-conductual con mindfulness y psicología positiva para el manejo del nivel de dolor e incremento del nivel de bienestar psicológico y del nivel de calidad de vida en pacientes con cáncer de mama y colorrectal cumple con los criterios metodológicos para su validación por Jueces Expertos?

### **Objetivos**

#### Objetivo general

Desarrollar y validar por jueces expertos una intervención cognitivo-conductual con mindfulness y psicología positiva para el manejo del dolor e incremento del nivel de bienestar psicológico y del nivel de calidad de vida en pacientes con cáncer de mama y colorrectal cumpliendo con los criterios éticos y los componentes necesarios para ser una intervención basada en evidencias.

#### Objetivos específicos

- Desarrollar una intervención cognitivo-conductual con mindfulness y psicología positiva con el objetivo de manejo del dolor e incremento del nivel de bienestar psicológico y del nivel de calidad de vida en pacientes con cáncer de mama y colorrectal.
- Desarrollar materiales de uso clínico para una intervención cognitivo-conductual con mindfulness y psicología positiva con el objetivo de manejo del dolor e incremento del

nivel de bienestar psicológico y del nivel de calidad de vida en pacientes con cáncer de mama y colorrectal

- Validar por jueces expertos la intervención cognitivo-conductual con mindfulness y psicología positiva con el objetivo de manejo del dolor, y aumentar el nivel de bienestar psicológico y el nivel de calidad de vida en pacientes con cáncer de mama y colorrectal

### Tipo de Estudio

Descriptivo ya que se llevó a cabo mediciones en un grupo de personas en una o más variables y se describió los efectos observados (García, Márquez & Ávila, 2009).

### Tipo de Diseño

Es un diseño pre-experimental con medición de un solo grupo (García et al., 2009).

### Variables

Tabla 2 *Variable independiente*

Definición conceptual	Definición operacional
Programa de intervención cognitivo-conductual con mindfulness y psicología positiva con el objetivo de disminuir el dolor crónico y aumentar el nivel de y el nivel de calidad de vida en pacientes con cáncer de mama y colorrectal.	Conjunto de técnicas cognitivo-conductuales (psicoeducación, regulación emocional, entrenamiento en asertividad, solución de problemas, etc.) y componentes de mindfulness (práctica formal e informal) y psicología positiva (emociones positivas y fortalezas de carácter) con objetivos generales y específicos, procedimientos, material de uso clínico para pacientes y facilitadores, actividades específicas y tiempo para llevarlo a cabo.

Tabla 3

*Variable dependiente*

Definición conceptual	Definición operacional
-----------------------	------------------------

Validación de Jueces Expertos de la intervención cognitivo-conductual con mindfulness y psicología positiva con el objetivo de disminuir el dolor crónico y aumentar el nivel de bienestar psicológico y el nivel de calidad de vida en pacientes con cáncer de mama y colorrectal.

Cuestionario para la Validación de Jueces expertos de la intervención Cognitivo-Conductual con Mindfulness y Psicología Positiva para pacientes oncológicos (Anexo 1). El cual está conformado por 13 preguntas divididas en tres áreas: objetivos, procedimientos y resultados esperados.

---

## **Hipótesis**

### Hipótesis conceptual

Las características de una propuesta de intervención cognitivo-conductual con mindfulness y psicología positiva para el manejo del nivel de dolor e incremento del nivel de bienestar psicológico y del nivel de calidad de vida en pacientes con cáncer de mama y colorrectal cumplen con los criterios metodológicos para su validación por Jueces Expertos.

### Hipótesis nula

Las características de una propuesta de intervención cognitivo-conductual con mindfulness y psicología positiva para el manejo del nivel de dolor e incremento del nivel de bienestar psicológico y del nivel de calidad de vida en pacientes con cáncer de mama y colorrectal no cumplen con los criterios metodológicos para su validación por Jueces Expertos.

## **Participantes**

### Muestra

Los participantes están integrados por expertos en el área de psicología de la salud, mindfulness y psicología positiva.

### Tipo de muestreo

No probabilístico, por conveniencia

### Criterios de inclusión:

- Tener grado académico de licenciatura, maestría o doctorado en el área de psicología.
- Tener experiencia en el área de intervención cognitivo-conductual.
- Tener experiencia en el área de psicología positiva y/o mindfulness.

- Que acepte la participación como jurado en la aprobación de la propuesta de intervención.

#### Criterios de exclusión:

- No tener grado académico de licenciatura, maestría o doctorado en el área de psicología.
- No tener experiencia en el área de intervenciones cognitivo-conductual.
- No tener experiencia en el área de psicología positiva y/o mindfulness.
- Que no acepte la participación como jurado en la aprobación de la propuesta de intervención.

#### Criterio de eliminación:

- Que no responda el cuestionario proporcionado.
- Que no entregue el resultado de su evaluación en el tiempo requerido.

#### **Instrumentos de medición**

Cuestionario de Jueces Expertos para la validación de la Intervención CognitivoConductual con Mindfulness y Psicología Positiva para pacientes oncológicos (Anexo 1): es un cuestionario digital diseñado en base a la validación social planteada por Wolf (1978), se compone de 13 preguntas que evalúan las características de la intervención en tres áreas: metas, procedimientos y resultados; con la finalidad de determinar si cumple con las normas éticas, los objetivos son los adecuados, las técnicas y los materiales son apropiados para esta población y el procedimiento es propicio para lograr los resultados esperados.

#### **Análisis estadístico propuesto**

Análisis estadístico descriptivo utilizando el paquete de datos estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 21.

#### **Procedimiento**

Se realizó una revisión teórica para identificar los componentes y las técnicas cognitivoconductuales, de mindfulness y de psicología positiva adecuadas para la implementación de una intervención de tratamiento en pacientes con cáncer con el objetivo de manejo del dolor e incremento del bienestar y la calidad de vida.

Posteriormente se elaboró la propuesta del programa de Intervención CognitivoConductual con Mindfulness y Psicología Positiva para pacientes oncológicos, el cual se compone de una entrevista individual para la evaluación y un tratamiento de ocho sesiones, una semanalmente con duración de 2 hrs. 15 min cada una.

Seguido de esto, para realizar la validación por Jueces Expertos, se elaboró una presentación en PowerPoint donde se exponía el contenido del programa de intervención diseñado, incluyendo los objetivos, las técnicas y actividades, el procedimiento y los resultados esperados de cada sesión y un formulario digital que incluyó el consentimiento informado y el Cuestionario de Jueces Expertos para la Validación de la Propuesta de Intervención Cognitivo-Conductual con Mindfulness y Psicología Positiva para pacientes oncológicos.

Posteriormente la presentación y el formulario digital fueron enviados vía correo electrónico a los jueces expertos y se les pidió que lo revisaran y contestaran el Cuestionario de Validación para Jueces Expertos. Finalmente se analizaron los datos utilizando estadística descriptiva utilizando el Paquete de Datos Estadístico para las Ciencias Sociales SPSS versión 21.

## RESULTADOS

En la validación de la Intervención Cognitivo-Conductual con Mindfulness y Psicología Positiva para pacientes oncológicos participaron 16 jueces, todos psicólogos y uno de ellos, además, sobreviviente de cáncer, quienes fueron elegidos de acuerdo a su experiencia en los componentes de este programa de intervención:

El comité de jueces expertos que participaron en la validación de la intervención estuvo integrado por el 62.5% de mujeres y el 37.5% de hombres (Tabla 4).

Tabla 4

*Sexo de los miembros del Comité de Jueces Expertos.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mujer	10	62.5	62.5	62.5
Hombre	6	37.5	37.5	100.0
Válidos				
Total	16	100.0	100.0	

---

De los psicólogos que participaron como jueces expertos el 18.8% tienen grado académico de licenciatura, 6.3% de especialidad, 56.3% de maestría y 18.8% de doctorado (Tabla 5).

Tabla 5

*Escolaridad de los integrantes del Comité de Jueces Expertos.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Licenciatura	3	18.8	18.8	18.8
Especialidad	1	6.3	6.3	25.0
Maestría	9	56.3	56.3	81.3
Válidos				

Doctorado	3	18.8	18.8	100.0
Total	16	100.0	100.0	

En relación a los años de práctica clínica que tienen los jueces expertos en el campo de la psicología cognitivo-conductual el 6.3% reportó menos de un año, 12.5% reportó de 1 a 4 años, 50% de 4 a 10 años y 31.3% más de 10 años (Tabla 6).

Tabla 6

*Años de práctica en el campo de la Psicología Cognitivo-Conductual de los miembros del Comité de Jueces Expertos.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Menos de 1 año	1	6.3	6.3	6.3
De 1 a 4 años	2	12.5	12.5	18.8
De 4 a 10 años	8	50.0	50.0	68.8
Más de 10 años	5	31.3	31.3	100.0
Total	16	100.0	100.0	

Los psicólogos que participaron como jueces expertos en cuanto a los años de práctica clínica en el campo de mindfulness, el 6.3% reportó menos de 1 año, 12.5% de 1 a 4 años, el 50% de 4 a 10 años y 31.3% más de 10 años (Tabla 7).

Tabla 7

*Años de práctica en el campo de Mindfulness de los miembros del Comité de Jueces Expertos.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
--	------------	------------	-------------------	----------------------

Válidos	Menos de 1 año	5	31.3	31.3	31.3
	De 1 a 4 años	9	56.3	56.3	87.5
	Más de 10 años	2	12.5	12.5	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

En relación a los años de práctica clínica en el campo de la psicología positiva los psicólogos que participaron como jueces expertos el 18.8% tienen menos de 1 año, el 50% de 1 a 4 años, el 18.8% de 4 a 9 años y el 12.5% más de 10 años (Tabla 8).

Tabla 8

*Años de práctica en el campo de la Psicología Positiva de los miembros del Comité de Jueces Expertos.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menos de 1 año	3	18.8	18.8
	De 1 a 4 años	8	50.0	68.8
	De 4 a 10 años	3	18.8	87.5
	Más de 10 años	2	12.5	100.0
Total	16	100.0	100.0	

Los datos obtenidos de la aplicación del Cuestionario de Jueces Expertos para la validación de la Intervención Cognitivo-Conductual con Mindfulness y Psicología Positiva para pacientes oncológicos constó de 13 preguntas que corresponden a tres áreas de evaluación: objetivos, procedimiento y resultados esperados.

### 1) Resultados relacionados con los objetivos de la intervención:

Cuando se les preguntó a los jueces expertos si el objetivo general de la intervención es claro, el 6.3% de ellos contestó estar en desacuerdo, el 37.5% dijo estar de acuerdo y el 56.3% estar totalmente de acuerdo (Tabla 9).

Tabla 9

*¿El objetivo general de la intervención es claro?*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
En desacuerdo	1	6.3	6.3	6.3
De acuerdo	6	37.5	37.5	43.8
Totalmente de acuerdo	9	56.3	56.3	100.0
Total	16	100.0	100.0	

A la pregunta ¿el objetivo de la intervención se encuentra respaldado de forma teórica de acuerdo al modelo cognitivo-conductual?, el 43.8% de los jueces expertos dijo estar de acuerdo y el 56.3% estar totalmente de acuerdo (Tabla 10).

Tabla 10

*¿El objetivo de la intervención se encuentra respaldado de forma teórica de acuerdo al modelo cognitivoconductual?*

Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
------------	------------	-------------------	----------------------

	De acuerdo	7	43.8	43.8	43.8
	Totalmente de acuerdo				
Válidos		9	56.3	56.3	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

La tercera pregunta correspondía a si los temas a trabajar en cada sesión favorecen al logro del objetivo, el 6.3% dijo estar en desacuerdo, el 31.3% de acuerdo y el 62.5% totalmente de acuerdo (Tabla 11).

Tabla 11

*¿Los temas a trabajar en cada sesión favorecen el logro del objetivo?*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	En desacuerdo	1	6.3	6.3	6.3
	De acuerdo	5	31.3	31.3	37.5
Válidos	Totalmente de acuerdo	10	62.5	62.5	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

## 2) Resultados relacionados al procedimiento de la intervención:

Al preguntarles a los jueces expertos si la secuencia de las sesiones es adecuada, el 12.5% contestó no sé, el 68.8% dijo estar de acuerdo y el 18.8% totalmente de acuerdo (Tabla 12).

Tabla 12

*¿La secuencia de las sesiones es adecuada?*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
--	------------	------------	-------------------	----------------------

	No sé	2	12.5	12.5	12.5
Válidos	De acuerdo	11	68.8	68.8	81.3
	Totalmente de acuerdo	3	18.8	18.8	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

En cuanto a la pregunta ¿la duración de la intervención es apropiada para el logro del objetivo?, el 25% de los jueces expertos respondió estar en desacuerdo, el 6.3% contestó no sé, el 50% dijo estar de acuerdo y el 18.8 totalmente de acuerdo (Tabla 13).

Tabla 13

*¿La duración de la intervención es apropiada para el logro del objetivo?*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	En desacuerdo	4	25.0	25.0	25.0
	No sé	1	6.3	6.3	31.3
Válidos	De acuerdo	8	50.0	50.0	81.3
	Totalmente de acuerdo	3	18.8	18.8	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

Cuando se les preguntó a los jueces expertos si las técnicas cognitivo-conductuales seleccionadas son las adecuadas para alcanzar los objetivos establecidos, el 50% estuvieron de acuerdo y el 50% totalmente de acuerdo (Tabla 14).

Tabla 14

*¿Las técnicas cognitivo-conductuales seleccionadas son las adecuadas para alcanzar los objetivos establecidos?*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
De acuerdo	8	50.0	50.0	50.0
Totalmente de acuerdo	8	50.0	50.0	100.0
Válidos				
Total	16	100.0	100.0	

En la pregunta sobre si los componentes de mindfulness son adecuados para alcanzar los objetivos establecidos, el 6.3% contestaron no sé, el 43.8% dijeron estar de acuerdo y el 50% estar totalmente de acuerdo (Tabla 15).

Tabla 15

*¿Los componentes de mindfulness son adecuados para alcanzar los objetivos establecidos?*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No sé	1	6.3	6.3	6.3
De acuerdo	7	43.8	43.8	50.0
Totalmente de acuerdo	8	50.0	50.0	100.0
Válidos				
Total	16	100.0	100.0	

Con respecto a si los componentes de psicología positiva son adecuados para alcanzar los objetivos establecidos, el 12.5% dijo estar en desacuerdo, el 43.8% estar de acuerdo y el 43.8% estar totalmente de acuerdo (Tabla 16).

Tabla 16

*¿Los componentes de psicología positiva son adecuados para alcanzar los objetivos establecidos?*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
En desacuerdo	2	12.5	12.5	12.5
De acuerdo	7	43.8	43.8	56.3
Totalmente de acuerdo	7	43.8	43.8	100.0
Total	16	100.0	100.0	

Sobre la pregunta ¿las actividades son adecuadas para la adquisición y práctica de habilidades?, el 6.3% de los jueces expertos dijo estar en desacuerdo, el 6.3% contestó no sé, el 50% estuvo de acuerdo y el 37.5% estar totalmente de acuerdo (Tabla 17).

Tabla 17

*¿Las actividades son adecuadas para la adquisición y práctica de habilidades?*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
En desacuerdo	1	6.3	6.3	6.3
No sé	1	6.3	6.3	12.5
De acuerdo	8	50.0	50.0	62.5
Totalmente de acuerdo	6	37.5	37.5	100.0
Total	16	100.0	100.0	

Al preguntarles a los jueces expertos si las tareas y registros son fáciles de realizar y utilizar por parte de los participantes, el 18.8% contestaron no sé, el 37.5% dijo estar de acuerdo y el 43.8% totalmente de acuerdo (Tabla 18).

Tabla 18

*¿Las tareas y registros son fáciles de realizar y utilizar por parte de las participantes?*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No sé	3	18.8	18.8	18.8
De acuerdo	6	37.5	37.5	56.3
Totalmente de acuerdo	7	43.8	43.8	100.0
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

En relación a la pregunta si las técnicas, actividades y tareas son apropiadas para la edad de las participantes, el 12.5% de los jueces expertos contestaron no sé, el 25% estar de acuerdo y el 62.5% totalmente de acuerdo (Tabla 19).

Tabla 19

*¿Las técnicas, actividades y tareas son apropiadas para la edad de las participantes?*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No sé	2	12.5	12.5	12.5
De acuerdo	4	25.0	25.0	37.5
Totalmente de acuerdo	10	62.5	62.5	100.0
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

### **3) Resultados relacionados a los resultados esperados de la intervención:**

Cuando se les preguntó si los objetivos se relacionan con los resultados esperados el 56.3% estuvieron de acuerdo y el 43.8% totalmente de acuerdo (Tabla 20).

Tabla 20

*¿Los objetivos de tratamiento se relacionan con los resultados esperados?*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
De acuerdo	9	56.3	56.3	56.3
Totalmente de acuerdo	7	43.8	43.8	100.0
Válidos				
Total	16	100.0	100.0	

En la pregunta ¿de acuerdo a su experiencia usted considera que con esta propuesta de intervención las participantes se verán beneficiadas?, el 6.3% de los jueces expertos estuvieron en desacuerdo, el 37.5% de acuerdo y el 56.3% totalmente de acuerdo (Tabla 21).

Tabla 21

*¿De acuerdo a su experiencia usted considera que con esta propuesta de intervención las participantes se verán beneficiadas?*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
En desacuerdo	1	6.3	6.3	6.3
De acuerdo Válidos	6	37.5	37.5	43.8
Totalmente de acuerdo	9	56.3	56.3	100.0
Total	16	100.0	100.0	

### **Análisis Cualitativo de las observaciones de los jueces expertos**

Finalmente, dentro de la sección de observaciones realizadas por los 16 Jueces Expertos la mayoría de los comentarios fueron dirigidos hacia dudas con respecto a los instrumentos que permitan identificar pre-test pos-test la presencia de niveles de las variables descritas haciendo énfasis en un instrumento que mida el nivel de dolor para así mismo puntualizar si existe un manejo

favorable de éste por parte del paciente, consecuencia de los componentes del programa de intervención; los comentarios también fueron dirigidos hacia el tiempo de duración de las sesiones recomendando mayor accesibilidad por las características de la población.

Hubo un comentario que proponía hacer un pre-test y pos-test de la psicoeducación en cada sesión para poder demostrar el aprendizaje de las participantes en cada una de estas, lo cual está contemplado realizar dentro de los cuadernillos que se les proporcionarán. Otro de los jueces expertos propuso indicadores biológicos que den certeza del aprendizaje de la atención plena, sin embargo, para la medición de este aprendizaje se aplicará un instrumento pre-test pos-test que mida el nivel de mindfulness de las participantes.

Por otro lado, un Juez Experto tuvo la duda sobre si sólo se generarán sesiones explicativas sobre la Psicología Positiva o también se llevarán a cabo ejercicios que les sirvan de antecedente para realizarlos en casa. Para esto se llevarán a cabo ejercicios grupales donde las participantes podrán identificar en qué consisten las actividades que realizarán en casa.

En general, los comentarios fueron enfocados hacia elementos que no eran visibles dentro de la presentación proporcionada a los Jueces Expertos debido a que no se incluyó en la misma el programa de la “Intervención Cognitivo-Conductual con Mindfulness y Psicología Positiva para Pacientes Oncológicos” completo.

En cuanto a los comentarios positivos podemos mencionar que en general se dirigen hacia que el programa cuenta con elementos que cumplen con los objetivos de la intervención, así como una estructura de las sesiones bien organizadas, detalladas y con componentes y estrategias adecuadas para el logro de los mismos.

## Descripción de la propuesta final de la Intervención Cognitivo-Conductual con Mindfulness y Psicología Positiva para pacientes oncológicos.

La revisión teórica y la validación por jueces expertos tuvieron como resultado una “Intervención Cognitivo-Conductual con Mindfulness y Psicología Positiva para Pacientes Oncológicos” con duración de una entrevista de primer contacto para evaluación y ocho sesiones de tratamiento como se muestra en la Tabla 22.

Tabla 22

### *Carta Descriptiva General*

---

Fecha de elaboración: Enero 2018

Elaborado por: Ana Yareli Escudero Castelán y Edgar Roberto García Medina

Revisado por: Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz

Objetivo general: Manejar el nivel de dolor y aumentar el nivel de bienestar psicológico y el nivel de calidad de vida en pacientes con cáncer de mama y cáncer colorrectal.

---

**Entrevista de primer contacto:** Las participantes serán entrevistadas de manera individual, se les proporcionará el consentimiento informado (Anexo 2), una ficha de identificación (Anexo 3), un registro de tratamiento médico (Anexo 4) y se aplicarán los siguientes instrumentos de medición (Ver anexo 5 para conocer propiedades psicométricas):

- Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (Anexo 6)
  - Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) (Anexo 7)
  - Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMC-M) (Anexo 8)
  - Inventario de Estrés Percibido para pacientes con cáncer (IEP-C) (Anexo 9)
  - Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) de Zigmond y Snaithe (1983) (Anexo 10) • La Escala Visual Análoga (EVA) de dolor (Anexo 11).
- 

Sesión	Tema	Objetivo	Materiales	Duración
1	Presentación	Presentar el contenido de la intervención a los participantes.	Presentación de PowerPoint.	2 hrs 15 min.
	Psicoeducación	Realizar psicoeducación acerca del cáncer, emociones y adherencia al tratamiento.	Cuadernillos.	

2	Mindfulness y Psicología Positiva	Realizar psicoeducación acerca de mindfulness, psicología positiva: emociones positivas, virtudes y fortalezas.	Presentación de PowerPoint. Cuadernillos.	2 hrs. 15 min.
3	Entrenamiento en mindfulness Pensamientos automáticos Actividades de reforzamiento	Explicar los elementos básicos del mindfulness para la práctica. Explicar qué son los pensamientos automáticos y proporcionar estrategias para su identificación y regulación. Explicar en qué consisten, el objetivo y ejemplos de actividades de reforzamiento enfocadas en emociones positivas y fortalezas.	Presentación de PowerPoint. Cuadernillos y CD de audio.	2 hrs. 15 min.
4	Revisión y retroalimentación de las tareas terapéuticas Reestructuración cognitiva Posposición de la preocupación Actividades complementarias de mindfulness	Retroalimentar la práctica de mindfulness y las actividades de reforzamiento para generar aprendizaje y recursos entre el grupo. Enseñar a las participantes a identificar sus distorsiones cognitivas para que puedan trabajarlas y cambiarlas. Enseñar a las participantes a identificar la preocupación y la estrategia de posposición de la preocupación. Explicar las dificultades típicas en la práctica y estrategias para resolverlas.	Presentación de PowerPoint. Cuadernillos y CD de audio.	2 hrs. 15 min.
5	Revisión y retroalimentación de las tareas terapéuticas Entrenamiento en asertividad Actividades complementarias de mindfulness	Retroalimentar la práctica de mindfulness y las actividades de reforzamiento, para generar aprendizaje y recursos entre el grupo. Explicar qué es asertividad y estrategias para llevarla a cabo. Explicar mindfulness en el dolor.	Presentación de PowerPoint. Hoja de apoyo para el tema asertividad. Cuadernillos y CD de audio.	2 hrs. 15 min.

6	Revisión y retroalimentación de las tareas terapéuticas Entrenamiento en solución de problemas Actividades complementarias de mindfulness	Retroalimentar la práctica de mindfulness y las actividades de reforzamiento, para generar aprendizaje y recursos entre el grupo. Proporcionar estrategias para la solución de problemas. Explicar atención plena a los sonidos y los pensamientos, y beneficios de la práctica.	Cuadernillos y CD de 2 hrs. 15 min. audio.
7	Revisión y retroalimentación de las tareas terapéuticas. Prevención de recaídas Actividades complementarias de mindfulness	Retroalimentar la práctica de mindfulness y las actividades de reforzamiento, para generar aprendizaje y recursos entre el grupo. Explicar qué es la prevención de recaídas y proporcionar un plan de mantenimiento. Explicar atención sin límites y beneficios de la práctica.	Formato de plan de mantenimiento “mi práctica diaria” Cuadernillos y CD de audio.
8	Post-test Conclusión	Realizar la post-evaluación a los participantes. Finalizar el programa de intervención.	Instrumentos de medición. de 2 hrs. 15 min.

## Descripción de las sesiones

### Entrevista de primer contacto:

- Título: Evaluación
- Objetivo: Proporcionar el consentimiento informado a las participantes y aplicar los instrumentos de evaluación.
- Materiales: Consentimiento informado, ficha de identificación, formato de registro de Tx médico, Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, InCaViSa, FFMC-M, IEP-C, HADS para pacientes oncológicos mexicanos y EVA, para cada participante.

- Descripción: Se presentarán los facilitadores de la intervención con cada participante y se realizará una entrevista breve individual a cada participante, en donde se le indicarán generalidades del programa y se realizará el encuadre; posteriormente se le proporcionará el consentimiento informado, una ficha de identificación, un formato de registro de Tx médico y los instrumentos de evaluación, se les pedirá que contesten los formatos, excepto el registro de Tx médico que podrán llevárselo para llenarlo en casa.

### Sesión 1

- Título: Presentación y psicoeducación
- Objetivo: Presentar el contenido de la intervención y realizar psicoeducación acerca de cáncer, emociones y adherencia al tratamiento.
- Materiales: Presentaciones de PowerPoint, lap-top, proyector, cuadernillos individuales para las participantes, CD película “Intensa-mente”.
- Descripción: Se iniciará con un mensaje de bienvenida y la presentación del programa de intervención realizando una exposición del mismo con el apoyo de una presentación de PowerPoint, en donde se explicarán generalidades del modelo cognitivo-conductual, se abordará brevemente el concepto de bienestar psicológico y calidad de vida, se mencionarán los temas generales de las sesiones posteriores y se dará un momento para resolver dudas; seguido de esto se realizará la dinámica “presentación por binas” en la que cada participante hablará durante unos minutos con alguna compañera para luego presentarse mutuamente ante el grupo, al finalizar la presentación, se proporcionarán los cuadernillos de autorregistros a cada participante y se les explicará la forma correcta de utilizarlos, como deberán ser llenados y el objetivo de los mismos, dando unos minutos para dudas o comentarios. Posteriormente se iniciará con la psicoeducación en donde se realizarán exposiciones de tres temáticas apoyadas con presentaciones de PowerPoint, el primer tema que será abordado es el de cáncer, se les pedirá a las participantes que manifiesten qué es el cáncer desde su experiencia, después se retomarán la información brindada para una retroalimentación con una exposición de aspectos generales y factores biopsicosociales asociados a dicha enfermedad; el segundo tema será el de las emociones, se iniciará con una dinámica en donde se les presentarán caras para que las participantes identifiquen las emociones básicas, posteriormente se realizará una exposición para explicar aspectos básicos de las emociones, tipos, su función dentro de la vida cotidiana

y, características biológicas y expresivas, seguido de esto, algunas participantes, de manera voluntaria, darán ejemplos desde su experiencia de emociones vividas recientemente, después se realizará una técnica para cuestionar los supuestos negativos de las mismas (examinar evidencias, descatastrofización y costos y beneficios) por medio de estrategias de educación, metáforas y ejercicios. El tercer tema que será abordado es el de la adherencia al tratamiento, se generará una lluvia de ideas entre las participantes sobre la importancia de seguir el tratamiento establecido, y a partir de ello explicar el tema de adherencia, proporcionando educación, estrategias de registro y control del tratamiento médico y psicológico. Finalmente se agradecerá y reconocerá a las participantes por su participación en esta intervención y se invitará a la próxima sesión, fomentando la adherencia terapéutica.

## Sesión 2

- Título: Psicoeducación
- Objetivo: Realizar psicoeducación acerca de emociones positivas, virtudes y fortalezas, mindfulness, y proporcionar una estrategia de manejo
- Materiales: Presentaciones de PowerPoint, lap-top, proyector, cuadernillos individuales para las participantes.
- Descripción: Se iniciará la sesión con una exposición sobre aspectos generales de la psicología positiva, del modelo PERMA, emociones positivas y virtudes y fortalezas de carácter, seguido de la exposición, se realizará una dinámica en la que se asignarán equipos de cuatro integrantes y cada equipo narrará una anécdota en la que se identifique alguna de las emociones positivas, después de esto se concluirá la exposición con la relación que tienen éstas con la salud, posterior a ello, se hará una dinámica en donde cada participante realizará una lista de identificación de fortalezas de sí misma y se dará un momento para comentarios preguntas. Posteriormente se realizará una exposición en donde se explicará en qué consiste el mindfulness, su relación con la psicología, sus aplicaciones y beneficios, y al final de ésta, se dará un momento para comentarios preguntas. Después se llevará a cabo una estrategia de regulación emocional, en donde se les pedirá a las participantes que recuerden una situación donde haya experimentado un grado intenso de malestar, identificando las emociones que se manifiestan, y de qué manera le afecta físicamente, sus impulsos, expresión facial, postura corporal, pensamientos, conducta, etc., se les darán algunos momentos para reflexionar sobre

la información obtenida y preguntarse a sí mismas ¿qué acción opuesta puedo tomar para actuar de forma efectiva?, voluntariamente algunas participantes compartirán su experiencia con el ejercicio, y se les dará una hoja de sugerencias de acciones opuestas en algunas emociones. Seguido de esto, se proporcionará los cuadernillos de autorregistros a cada una y para finalizar se fomentará la adherencia terapéutica invitándoles a la siguiente sesión.

### Sesión 3

- Título: Entrenamiento en mindfulness e identificación de pensamientos automáticos
- Objetivo: Identificar los pensamientos irracionales
- Materiales: Presentaciones de PowerPoint, lap-top, proyector, hojas blancas, cuadernillos individuales para las participantes, CD de audio 1
- Descripción: La sesión iniciará con una presentación en donde se explicará qué son los pensamientos automáticos, sus características y el esquema ABC, después se realizará un ejercicio de identificación, un ejercicio con la estrategia de flecha vertical y otro ejercicio con la estrategia de cuestionar el pensamiento automático. Seguido de esto, se explicará en qué consisten y el objetivo que tienen las actividades de reforzamiento de emociones positivas, de virtudes y fortalezas que deberán realizar en casa, mostrándoles un ejemplo de cómo vienen las actividades en los cuadernillos individuales y cómo se utilizará el autorregistro destinado para este componente, se dará un momento para comentarios y resolver dudas, después se realizará un ejemplo del tipo de actividades que se llevarán a cabo, pidiéndole a las participantes que hagan una lista de las emociones positivas experimentadas el día anterior, al terminar la actividad algunas participantes de manera voluntaria aportarán lo que hicieron en su ejercicio, y se retroalimentará la actividad. Posteriormente se realizará una explicación de elementos básicos de mindfulness, la importancia de la atención en la respiración y la postura corporal, después se hará un ejercicio breve de atención en la respiración y se continuará con la explicación del entrenamiento formal e informal de mindfulness, su uso en la vida cotidiana y sobre el uso de los autorregistros, y se dará un momento de comentarios y resolución de dudas. Para finalizar se proporcionará los cuadernillos de autorregistro y actividades, y el CD de audio 1 dando las indicaciones correspondientes. Finalmente se agradecerá y reconocerá la participación en la intervención fomentando la adherencia terapéutica.

#### Sesión 4

- Título: Reestructuración cognitiva
- Objetivo: Trabajar con reestructuración cognitiva y regulación emocional
- Materiales: Presentaciones de PowerPoint, lap-top, proyector, hoja con método para practicar la aceptación radical, cuadernillos individuales para las participantes y CD de audio 2
- Descripción: Al inicio de la sesión se pedirá a las participantes de manera aleatoria que describan su experiencia de la práctica formal e informal de mindfulness y de las actividades de reforzamiento enfocadas a las emociones positivas y/o virtudes y fortalezas, para generar retroalimentación sobre lo aprendido en la sesión anterior y la semana con las tareas terapéuticas. Seguido de esto, se realizará una exposición con apoyo de una presentación de PowerPoint de las distorsiones cognitivas y se les pedirá a las participantes que mencionen con cual se identifican utilizando como apoyo sus autorregistros de la semana anterior; después se explicará el esquema ABCDE y por medio de la aportación de ejemplos por parte de las participantes se harán ejemplos del mismo, aclarando dudas de cómo identificar las distorsiones cognitivas y cómo deberán llenar el autorregistro correspondiente al esquema ABCDE. En seguida, se realizará la técnica de regulación emocional “posposición de la preocupación”, en la cual se les pedirá a las participantes que identifiquen si anticipan la consecuencia de un evento o buscan una solución infalible ante él, es decir, si tienen la acción de estarse preocupando, ya que hayan identificado, se les pedirá que observen las recompensas inmediatas y el impacto negativo a largo plazo que pudiera tener esa acción; después se les explicará el procedimiento de la técnica, siguiendo con el recuerdo que hayan evocado, se les pedirá que visualicen la situación, definiendo lo que sucede, cómo se sienten, y si pueden resolver la situación pensar en las posibles soluciones y elegir la que tenga mayor probabilidad de ser efectiva, desarrollar un plan de acción y llevarlo a cabo; o de lo contrario practicar la aceptación radical, para lo cual se les proporcionará una hoja en donde se describe el método de la aceptación radical. Posteriormente se explicará el tema de las dificultades típicas dentro de la práctica de mindfulness, sus implicaciones y estrategias que las participantes pueden adoptar, finalmente habrá unos minutos para dudas y comentarios. Para finalizar la sesión se les proporcionará individualmente su cuadernillo de autorregistros y actividades y el CD de audio 2, y se invitará a la próxima sesión, además de reconocer la participación en la intervención.

## Sesión 5

- Título: Asertividad
- Objetivo: Realizar actividades complementarias de mindfulness y trabajar estrategias de entrenamiento en asertividad
- Materiales: Narraciones para ejercicio de asertividad, cuadernillos individuales de cada participante y CD de audio 3
- Descripción: Esta sesión iniciará con una retroalimentación de las tareas terapéuticas en donde se les pedirá a las participantes que de manera voluntaria compartan sus experiencias en la práctica de mindfulness y en las actividades de reforzamiento de emociones positivas y fortalezas de carácter. Después se realizará una explicación acerca de asertividad, primero se explicarán los tipos de respuesta (pasiva, asertiva y agresiva), se presentarán algunas estrategias para la comunicación asertiva (disco rayado, aplazamiento asertivo, banco de niebla, pregunta asertiva) y se realizará una actividad en la cual se presentarán cinco narraciones, en cada una habrá situaciones distintas en las que las participantes seleccionadas tendrán que complementarla con una respuesta asertiva, al término de la actividad, se resolverán dudas sobre el tema. Posteriormente se llevará a cabo una explicación de los factores psicológicos asociados al dolor y mindfulness en el dolor, y se realizará un ejercicio para el manejo del dolor que se enfoca en la atención en sensaciones presentes de dolor, al finalizar el ejercicio, se darán unos momentos para resolver dudas y comentarios. Finalmente se darán los cuadernillos de autorregistros y actividades y el CD de audio 3 a cada participante, concluyendo la sesión con el reconocimiento de la participación y lo aprendido de la sesión, fomentando la adherencia terapéutica.

## Sesión 6

- Título: Solución de problemas
- Objetivo: Realizar actividades complementarias de mindfulness y abordar el tema de solución de problemas
- Materiales: Cuadernillos individuales para las participantes y CD de audio 4.
- Descripción: Para iniciar la sesión se pedirá aleatoriamente a algunas participantes que compartan la experiencia de la práctica formal e informal de mindfulness durante la semana,

de la misma manera acerca de las actividades de reforzamiento de emociones positivas y fortalezas, para llevar a cabo una retroalimentación en torno a lo mencionado. Posteriormente se abordará el tema de entrenamiento en solución de problemas para lo que se realizará una actividad en la que una de las participantes dirá una situación en la que se presente un problema, se explicarán los pasos a seguir para resolver un problema y al mismo tiempo las demás participantes generarán lluvia de ideas siguiendo la secuencia para enlistar las posibilidades de solución que tiene el problema planteado; se explicará la estrategia costobeneficio, y las participantes seguirán participando para ejemplificar esta estrategia con el problema planteado y después de realizar la valoración de la situación se elegirá una solución a dicho problema; al terminar la actividad, habrá un momento de dudas y comentarios. Después se explicará en qué consiste la atención plena a los sonidos y los pensamientos, los beneficios de la práctica y se realizará un ejercicio de atención plena a los sonidos y los pensamientos, al finalizar el mismo, se dará un momento para comentarios y resolver dudas. Para culminar con la sesión se otorgará el material de apoyo (cuadernillos y CD de audio) a las participantes, realizando una despedida agradeciendo la participación y resaltando el aprendizaje de la sesión.

### Sesión 7

- Título: Prevención de recaídas.
- Objetivo: Trabajar con actividades complementarias de mindfulness y abordar el tema prevención de recaídas.
- Materiales: Formato “mi práctica diaria”, cuadernillos individuales para las participantes y CD de audio 5
- Descripción: Esta sesión dará inicio con la retroalimentación de las tareas terapéuticas de la semana anterior, las participantes compartirán de manera voluntaria su experiencia de la práctica formal e informal de mindfulness, así como de las actividades de reforzamiento de las emociones y las fortalezas, para generar conclusiones de lo generado. Posteriormente se abordará el tema de prevención de recaídas, en donde se explicará la diferencia entre resbalones y caídas y qué es la prevención de recaídas, seguido de esto se proporcionará un plan de mantenimiento, explicando detalladamente el contenido de éste: Automonitoreo, conciencia plena, vivir en el aquí y ahora, fortalecer el respeto hacia uno mismo y acciones de

compromiso con los valores y metas personales; para lo que se dará el formato “mi práctica diaria” a cada participante. Después, sobre el tema de mindfulness, se explicará qué es la atención sin límites, los beneficios de la práctica y se llevará a cabo un ejercicio de atención sin límites y al terminar el ejercicio habrá un momento para comentarios y resolución de dudas. Finalmente se dará el cuadernillo de autorregistros y actividades y el CD de audio 5 a cada participante, concluyendo la sesión con la invitación a la próxima sesión y reconocimiento de la participación de cada persona.

### Sesión 8

- Título: Cierre de la intervención
- Objetivo: Realizar la pos-evaluación y concluir la intervención.
- Materiales: Conjunto de instrumentos post-test
- Descripción: Para iniciar la sesión se realizará la evaluación post-test, por lo que se proporcionará el conjunto de instrumentos a cada participante y se darán las instrucciones para contestarlos, en caso de haber dudas se atenderá individualmente. Posterior a que todas las participantes hayan contestado todos los instrumentos, se realizará una dinámica para generar conclusiones de la intervención, cada una de las participantes aportarán su experiencia, aprendizaje, conclusión y todo lo que quieran aportar de la intervención, se retroalimentarán los comentarios aportados, se agradecerá la participación en la intervención generando un discurso de despedida.

## CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

Cáncer, se refiere a un grupo de enfermedades que consisten en el crecimiento descontrolado de cualquier tipo de células y es característica la proliferación a tejidos adyacentes, es por lo tanto una enfermedad crónica no transmisible y ocupa uno de los primeros lugares como causa de muerte en el mundo (OMS, 2017; SALUD, 2018). Este tipo de enfermedades tienen un impacto relevante en el bienestar y la calidad de vida de quienes la padecen (Baldi, 2012; Oblitas, 2010), y uno de los principales síntomas que se presentan es el dolor, mismo que incrementa conforme avanza la enfermedad (Reyes et al., 2011), por lo que es importante considerar el impacto que tienen en todos los núcleos de la persona, es decir, a nivel físico, psicológico, social e incluso espiritual y generar evaluaciones e intervenciones profesional con el objetivo de favorecer su calidad de vida (Arrivillaga, Correa & Salazar, 2007).

Las intervenciones psicológicas, ya sea de prevención, tratamiento o rehabilitación, están determinadas por las limitaciones y/o los síntomas propios de las enfermedades, aunque puede haber especificaciones de acuerdo al curso de la misma o a los tipos de síntomas que se presenten (Martín, 2016). De esta manera, es de gran importancia que se realice una validación hecha por jueces expertos en el diseño de programas de intervención para que cuente con componentes adecuados para la población y los objetivos planteados, que muestren evidencias claras de la eficacia de su aplicación y que cumplan con los criterios éticos establecidos en la práctica clínica, para así generar intervenciones basadas en evidencias.

Por lo que, en este estudio, se realizó un cuestionario para llevar a cabo la validación por jueces expertos, mismo que ha sido utilizado en otros trabajos, adaptado a las características propias de la investigación, obteniendo resultados satisfactorios (Islas, 2017; Lima & Straffon, 2018; Valencia, 2007); el cual cumple con los criterios descritos por Wolf (1978) en la validación social, que plantea que se deben considerar tres aspectos fundamentales: 1) Metas u objetivos, evaluadas de acuerdo a la importancia y a la aceptabilidad del usuario; 2) Procedimiento, evaluado mediante las estrategias de tratamiento y las variables que puedan influir en ellas; y 3) Resultados: en donde se considera la satisfacción del cambio producido por el tratamiento acorde a lo esperado e incluyendo lo no previsto. Siguiendo esta línea, el diseño de este programa de intervención y la

validación de la misma permitió crear material y manuales tanto para facilitadores como para usuarios (Anexo 12 y Anexo 13) para la utilización clínica.

Esta propuesta de intervención tiene como objetivo general el manejo del dolor y el incremento del bienestar psicológico y la calidad de vida, el 43% de los jueces expertos respondieron que estaban de acuerdo y el 56.3% totalmente de acuerdo con que los objetivos de la intervención eran claros; y con respecto a que si los temas a trabajar en cada sesión favorecen el logro del objetivo el 31.3% estuvo de acuerdo y el 62.5% totalmente de acuerdo.

Cuando se les preguntó si el objetivo de la intervención se encuentra respaldado de forma teórica de acuerdo al modelo cognitivo-conductual el 43.8% de los jueces expertos estuvieron de acuerdo y el 56.3% totalmente de acuerdo; y en la pregunta en relación a si las técnicas cognitivoconductuales seleccionadas son las adecuadas para alcanzar el logro de los objetivos establecidos, el 50% de los jueces expertos estuvo de acuerdo y el 50% totalmente de acuerdo; esto corresponde a lo que se muestra en el marco de las investigaciones en el área de la psicología clínica y de la salud en Latinoamérica, de acuerdo a una revisión de diferentes autores en estos temas, la tendencia que predomina es un enfoque cuantitativo como metodología para la investigación, un enfoque cognitivo-conductual como sustento teórico y con una buena cantidad de estudios de validación, además siendo investigaciones realizadas desde las universidades; el modelo cognitivo-conductual se basa en el método científico y cuenta con criterios de validación como lo plantea el enfoque TAE (Eiroá et al., 2016; Martín, 2016; Mustaca, 2011; Ruiz et al., 2012). Intervenciones realizadas basadas en el enfoque cognitivo-conductual en población oncológica muestran evidencia de su eficacia (González, González & Estrada, 2016; Riaño, 2010).

Al preguntarles a los jueces expertos si la duración de la intervención era apropiada para el logro del objetivo, el 25% de ellos estuvo en desacuerdo, el 6.3% contestó no sé, el 50% estuvo de acuerdo y el 18.8% totalmente de acuerdo; resaltando dentro de las observaciones la dificultad en la adherencia terapéutica debido a las características de la población, en este sentido, en consenso Cohen et al. (2014) han definido la adherencia terapéutica como “la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el profesional sanitario, tanto desde el punto de vista de hábitos o estilos de vida recomendados como del propio tratamiento farmacológico prescrito” (p.

7); la carencia de adherencia terapéutica es un obstáculo para mejorar la salud y la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas, además de que implica un cuantioso coste sociosanitario, sin embargo, esta adherencia ha sido poco descrita en población oncológica en la literatura científica (Castañeda 2015; Conthe et al., 2014). Conthe et al. (2014) refieren que en un extenso meta-análisis de estudios clínicos en las últimas décadas se demostraron que uno de cada cuatro pacientes no toma la medicación de la forma que se considera adecuada, además de existir una diferencia en la adherencia de acuerdo con la enfermedad, siendo que en los pacientes con sida es más elevada (88.3% promedio en los estudios revisados), en segundo lugar, los pacientes que tienen cáncer (79.1%) y epilepsia (78.4%) y entre los de menor adherencia se encuentran los problemas de sueño (65.5%). Y un dato interesante que arroja esta revisión sistemática de estudios es que la adherencia en las terapias vinculadas al comportamiento se encuentra en una posición intermedia (30.3%). Y se destaca que dentro de las variables relacionadas con la falta de adherencia terapéutica están las características personales del paciente, la terapia que se utiliza, la enfermedad, el entorno familiar y social y a la estructura del sistema sanitario y a los profesionales que lo atienden en el mismo; siendo las características personales del paciente las más relevantes, destacando una elevada falta de adherencia terapéutica en pacientes de mayor edad, mujeres y que viven solos o con depresión, también se debe a la negación de la enfermedad, la estigmatización, los efectos secundarios, la percepción de falta de beneficios del tratamiento y los aspectos económicos (Conthe et al., 2014; Salinas & Nava, 2012).

La psicología positiva pretende comprender, a través de la investigación científica, los procesos latentes en pensamientos, actitudes y emociones positivas del ser humano; con el objetivo de contribuir al conocimiento que permita generar estrategias para la solución de problemas de salud y mejorar la calidad de vida de las personas; el crear intervenciones dirigidas a personas con problemas de salud, en las que se exploren y fomente la salud positiva, las cualidades y fortalezas de cada persona con el objetivo prevenir enfermedades mentales y físicas o complicaciones de éstas últimas, fortalece y corrobora los beneficios de esta orientación psicológica. El concepto de resiliencia desde la psicología positiva se centra, fundamentalmente en las fortalezas y aspectos positivos presentes en las personas, teniendo especial interés en estudiar las condiciones que posibilitan un desarrollo sano y positivo; la resiliencia contribuye a la calidad de vida de los individuos (Seligman, 2008; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Por lo que, integrar

componentes de psicología positiva en la intervención es relevante para el logro de los objetivos, como lo indicaron los jueces expertos en la pregunta si los componentes de psicología positiva son adecuados para el logro de los objetivos establecidos, a lo que el 43.8% dijeron estar de acuerdo y el 43.8% totalmente de acuerdo.

La incorporación de la práctica de mindfulness se encuentra en aumento dentro de las técnicas de terapias psicológicas como la Terapia Cognitivo-Conductual con Mindfulness Integrado (TCCMi) que se dirige a distintos trastornos psicológicos, siendo el autor de la misma, quien describe que la práctica de la Terapia Cognitivo-Conductual puede resultar todavía más relevante cuando se implementa un método basado en Mindfulness ya que tiene implicaciones significativas en distintos aspectos psicológicos mostrando eficacia su aplicación (Cayoun, 2014). Por otro lado, dentro del manual de entrenamiento en habilidades basado en la Terapia de Comportamiento Dialéctico (DBT por sus siglas en inglés), realizado por Linehan (2015) sobre trastornos psicológicos y regulación de las emociones, incluye como elemento fundamental para la DBT la práctica de las habilidades de Mindfulness que son tan esenciales tanto para el terapeuta como para los participantes, enfatizando en que la práctica por parte del terapeuta mejora los resultados del proceso terapéutico.

De acuerdo con un estudio comparativo realizado por León et al. (2013) en el Institut Oncològic del Vallès de Barcelona sobre el Mindfulness para la reducción del malestar emocional en pacientes oncológicos contra una Intervención Psicoeducativa estándar, se encontró que el REBAP produce una mejoría estadísticamente significativa en depresión, ansiedad rasgo, ansiedad estado y la calidad de vida, superior a la que puede conseguirse con una intervención psicoeducativa denotando la eficacia y beneficios de implementar Mindfulness dentro de los programas de intervención psicológica.

Con respecto a lo anterior se evidencia la aplicación y eficacia del Mindfulness dentro de los programas psicológicos tal y como fue propuesto en el presente trabajo y aceptado por los jueces experto teniendo como resultado que el 43.8% estaba de acuerdo y el 50% estaba totalmente de acuerdo de que los componentes de Mindfulness a utilizar son los adecuados para la población descrita.

Con respecto a las limitaciones de este proyecto fueron en relación a que los componentes utilizados de mindfulness y psicología positiva han sido poco estudiados en población oncológica en México y otra de las limitaciones fue que este programa de intervención no fue aplicado a la población descrita, quedando solo en el diseño y en la validación por jueces expertos.

Por lo cual se recomienda llevar a cabo investigaciones que aborden el impacto de estos componentes y que se realicen estudios pilotos para comprobar su eficacia y efectividad, así como, desarrollar guías clínicas que puedan utilizar los especialistas de la salud en el país.

En conclusión, este proyecto contribuye con el diseño de programas de intervención basado en evidencias en el área de la salud, específicamente en enfermedades crónicas; atendiendo las necesidades propias de la enfermedad, así como utilizando componentes de intervención psicológica que cuentan con el respaldo teórico y práctico, lo que abre el panorama en una necesidad global actual en la población, tanto de los investigadores, los terapeutas y la población en general.

## REFERENCIAS

- Aldana, E., & Gómez, M. E. (2007). Criterios para la elaboración de las Guías de Intervención Psicológicas. *Perinatol Reprod Hum* 21(1), 11-21
- Alonso, C., & Bastos, A. (2011). Intervención psicológica en pacientes con cáncer. *Clínica Contemporánea* 2(2), 187-207 Doi:10.5093/cc2011v2n2a6
- Alonso, L. (2015). Comportamiento del bienestar psicológico en pacientes con cáncer de mama, Matanzas, 2014. Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud 2015. ID 475  
Recuperado de <http://www.convencionsalud2015.sld.cu/index.php/convencionsalud/2015/paper/viewFile/475/849>
- Álvarez, R., & Kuri-Morales, P. A. (2018). Salud Pública y Medicina Preventiva. Ciudad de México: Manual Moderno.
- Amaro, F. (2007). *Ansiedad (aspectos conceptuales) y Trastornos de Ansiedad en niños y adolescentes*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- American Cancer Society (2012). *Datos y estadísticas sobre el Cáncer entre los hispanos/Latinos 2012-2014*. Atlanta, Georgia: Sociedad Americana Contra el Cáncer.
- American Cancer Society (2014). Signos y síntomas del cáncer. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/aspectos-basicos-sobre-el-cancer/senales-y-sintomasdel-cancer.html>
- American Cancer Society (2018). Sobre el Cáncer. Hoja informativa. Recuperado de: <https://www.cancer.org/es/cancer.html>
- American Psychological Association (APA) (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist* 61(4), 271-285.
- American Psychological Association (APA) (2018). Psicoterapia y depresión. Hoja informativa. Recuperado de: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/depresion.aspx>
- Arguís, R., Bolsas A. P., Hernández, S., & Salvador, M. M. (2012). *Programa "Aulas felices". Psicología positiva aplicada a la Educación*. Zaragoza, España: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública.
- Arrivillaga, M., Correa, D., & Salazar, I. C. (2007). *Psicología de la salud. Abordaje integral de la enfermedad crónica*. Colombia: Manual Moderno

Bados, A., & García, E. (2010). La Técnica de la Reestructuración Cognitiva. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. Recuperado de:

<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuración.pdf>

Baldi, G. (2012). Calidad de vida y enfermedades crónicas. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX. Jornadas de Investigación VIII. Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR Facultad de Psicología.

Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. New York: Guilford Press.

Barragán, A. R., & Morales, C. I. (2014). Psicología de las emociones positivas: generalidades y beneficios. *Enseñanza e investigación en psicología* 19(1), 103-118.

Becerra, A. L. (2014). Medicina conductual aplicada en pacientes oncológicos. *Medicina Conductual: teoría y práctica* (pp.313-332). México, D.F.: qartuppi

Beck, A. T., & Emery, G. (2014). *Trastornos de Ansiedad y Fobias. Una perspectiva cognitiva*. España: Desclée de Brouwer.

Bertolín, J. M. (2015). Eficacia-efectividad del programa de reducción del estrés basado en la conciencia plena (MBSR): actualización. *Revista de asociación española de neuropsiquiatría* 35(126), 289-307. Doi: 10.4321/S0211-57352015000200005

Brusasca, C., & Mabel, L. (2005). Emociones positivas: algunas de sus implicaciones psicológicas. *Atlas de Psicología de la Salud* (pp. 159-171). Colombia: Psicom Editores.

Caballo, V. E. (1998) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid, España: Siglo XXI de España Editores.

Campojo, E. (2005) Humor para establecer el bienestar psicológico. *Atlas de Psicología de la Salud* (pp. 146-157). Colombia: Psicom Editores.

Carlson, N. R., (2014). *Fisiología de la Conducta* (Eds.). Madrid, España: Pearson Educación.

Caruana, A. (2010). Psicología Positiva y educación. Esbozo de una educación desde y para la felicidad. *Aplicaciones educativas de la Psicología Positiva* (pp.16-58). España: Generality Valenciana Conselleria d'Educació.

- Castañeda, A. H. (2015). Calidad de vida y adherencia al tratamiento de personas con enfermedad crónica oncológica. *CUIDARTE* 6(1), 906-913.
- Castillo, J. A. (2014). *Diseño y validación de un Inventario de estrés percibido para pacientes con cáncer* (Tesis de Maestría). Universidad Autónoma de Tamaulipas: México
- Caudill, M. A. (2011). *Controle el dolor antes de que el dolor le controle a usted*. México D.F: Paidós.
- Cayoun, A. B. (2014). *Terapia Cognitivo-Conductual con Mindfulness integrado*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Cerezo, M. V. (2013). Variables psicológicas positivas en pacientes con cáncer. *Informació psicológica* 106, 17-27.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. Science and Practice*. New York, USA: The Guilford Press.
- Conthe, P., Márquez, E., Aliaga, A., Barragán, B., Fernández de Cano, M.N., González, M., ... Pinto, J.L. (2014). Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro. *Revista Clínica Española* 943, 1-9. Doi: 10.1016/j.rce.2014.03.008
- Consejería de Sanidad y Consumo. (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastorno de Ansiedad en Atención Primaria*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Corral, V. (2012). *Sustentabilidad y psicología positiva. Una visión optimista de las conductas proambientales y prosociales*. México: Manual Moderno.
- Cuadra, H., & Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, XII(1), 83-96.
- De la Garza, J. G., & Juárez, P. (2014). *El cáncer*. Monterrey, México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Die, M. (2006). Impacto Psicosocial del Cáncer. *Contigo Psicooncología* (6) 19-21. Recuperado de:  
[https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/revista\\_contigo/n\\_6/psicooncologia.pdf](https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/revista_contigo/n_6/psicooncologia.pdf)
- Diener, E. (1948). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin* 95(3), 542-575. Recuperado de:  
[https://internal.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Diener\\_1984.pdf](https://internal.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Diener_1984.pdf)

- Echeburúa, E., de Corral, P., & Salaberría, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: un análisis de la realidad actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 15(2), 85-99
- Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P., & Polo-López, R. (2010). Terapias Psicológicas Basada en la Evidencia: Limitaciones y retos futuros. *Revista Argentina de Psicología Clínica* XIX(3), 247-256.
- Eiroá, F. J., Fernández, M. J., & Nieto, R. (2016). *Formulación y tratamiento psicológico en el siglo XXI*. Barcelona: Editorial UOC
- Florentino, M. T. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma Psicológica* 5(1), 95-113.
- Flórez, L. (2007). *Psicología social de la salud. Promoción y prevención*. Bogotá, Colombia: Manual Moderno.
- Fonseca, M., Schlack, C., Mera, E., Muñoz, O., & Peña, J. (2013). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer terminal. *Rev Chil Cir* 65(4), 321-328.
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions. *Review of General Psychology* 2(3), 300-319.
- Fredrickson, B. L. (2000). Cultivating Positive Emotions to Optimize Health and Well-being. *Prevention & Treatment* 3(7), 1-25.
- Fredrickson, B. L. (2013). Chapter one. Positive emotions broaden and build. *Advances in Experimental Social Psychology* 47, 1-53. Doi:10.1016/B978-0-12-407236-7.00001-2
- Fredrickson, B. L., & Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science* 13(2), 172-175. Doi: 10.1111/1467-9280.00431
- Gabalda, I. C. (2009). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas* (Eds). Henao, Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Galindo, O., Benjet, C., Juárez, F., Rojas, E., Riveros, A., Aguilar, J.L., ... Alvarado, S. (2015). Propiedades Psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental* 38(4), 253-258.
- García, B., Márquez, L., & Ávila, J. L. (2009). Planeación y desarrollo del proyecto de investigación (pp.1-48). *Manual de métodos de investigación para las ciencias sociales*. México, D.F.: Manual Moderno.
- García, J. J., & Sales F. J. (2011). *Bienestar y calidad de vida en México*. N. L. México, D.F: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública.

- García-Viniegras, C. R. V., & González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 16(6), 586-592 Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v16n6/mgi10600.pdf>
- Gaviria, A. M., Vinaccia, S. Riveros, M. F., & Quiceno, J. M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, 20, 50-75.
- Gómez, B. (2011). Introducción al Tema Especial: Contribuciones de la psicología clínica al campo de las enfermedades físicas crónicas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* XX(3), 197-200.
- González-Arratia, N. I., & Valdez, J. L. (2014). Psicología positiva y bienestar. *Bienestar y familia. Una mirada desde la psicología positiva* (pp.23-36). México: Ediciones y gráficos Eón
- González, A. L., González, A., & Estrada, B. (2016). Eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual en Mujeres con Cáncer de Mama. *Psicooncología* 2(1) 129-140. Doi: 10.5209/rev\_PSIC.2015.v12.n1.48908
- González, J. J., Monroy, A., & Kupferman, E. (1978). *Dinámica de grupos. Técnicas y tácticas*. México, D.F.: Editorial Concepto
- Gordon, R. S. (1983). An Operational Classification of Disease Prevention. *Public Health Reports* 98(29), 107-109.
- Granados, M., Arrieta, O., & Cantú, D. (2013). *Oncología y cirugía. Bases y principios*. México, D.F.: Manual Moderno
- Granados, M., & Herrera, A. (2010). *Manual de Oncología. Procedimientos médicos quirúrgicos*. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Guerra, M. (2010). Manual de Publicaciones de la American Psychological Association. México: Manual Moderno.
- Guillén, M.R., Plancarte, R., Reyes, D., & Guajardo J.A. (2013). *Tratamiento del dolor. Oncología y cirugía*. México, D.F.: Manual Moderno
- Instituto Nacional del Cáncer (INC) (2014). *Manual de enfermería oncológica*. Argentina: Ministerio de Salud.
- Instituto Nacional del Cáncer (INC) (2015). Estadificación del cáncer. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/estadificacion>
- Instituto Nacional del Cáncer (INC) (2015). Tipos de cáncer. Recuperado de

- <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2017). Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer (4 de febrero). Recuperado de [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/cancer2017\\_Nal.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/cancer2017_Nal.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2016). *Anuario estadístico y geográfico de Hidalgo 2016*. México: INEGI
- Instituto Catalán de Oncología (2017). La Psicología Positiva ayuda a afrontar mejor el cáncer. Recuperado de <http://ico.gencat.cat/es/detall/noticia/Nova-Noticia-07168>
- Islas, M. (2017). Análisis funcional de la higiene del sueño en niños mediante un autorregistros para dispositivos móviles (Tesis para obtener el título de licenciado en psicología) Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Jacobs, T., Epel, E., Lin, J., Blackburn, E., Wolkowitz, O., Bridwell, D., ...MacLean, K. (2010). Intensive meditation training, immune cell telomerase activity, and psychological mediators Psychoneuroendocrinology DOI: 10.1016/j.psyneuen.2010.09.010
- Kabat-Zinn, J. (2003). *Vivir con plenitud las crisis: cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para enfrentar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Barcelona: Kairós.
- Kabat-Zinn, J. (2007). *La práctica de la atención plena*. Barcelona: Kairós.
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Mindfulness para principiantes*. Barcelona, España: Kairós.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company
- León, C., Mirapeix, R., Blasco, T., Jovell, E., Arcusa, A., Martín, A., ... Seguí, M. A. (2013). Mindfulness para la reducción del malestar emocional en pacientes oncológicos: estudio comparativo con una intervención psicoeducativa estándar. *Psicooncología* 10(2-3), 263274.
- Leventhal, H., Halm, E., Horowitz, C., Leventhal, E. A., & Ozakinci, G. (2008). *Living with chronic illness: a contextualized, self-regulation approach. The SAGE Handbook of Health Psychology*. London: SAGE Publications Ltd. Doi: 10.4135/9781848608153.n8
- Lima, A. & Straffon, D. K. (2018). Intervención cognitivo-conductual con componentes de psicología positiva para desarrollar fortalezas de carácter en niños con y sin sintomatología

- depresiva (Tesis para obtener el título de licenciadas en psicología). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Linden, W., Vodermaier, A., MacKenzie, R., & Greig, D. (2012) Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of Affective Disorders* 141(2-3), 343-351. Doi:10.1016/j.jad.2012.03.025
- Linehan, M. M. (2015). *DBT Skills Training Manual* (Eds.). New York: The Guilford Press.
- Marrero, R. J., & Carballeira, M. (2010). El papel del optimismo y el apoyo social en el bienestar subjetivo. *Salud mental* 33(1), 39-46. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58215621005.pdf>
- Martín, M. (2016). La psicología en la atención a las personas con enfermedades crónicas: experiencias y retos. *Integración Académica en Psicología* 4(11), 2-18
- Martínez, M. L. (2006). El estudio científico de las fortalezas trascendentales desde la psicología positiva. *Clínica y Salud* 17(3), 245-258.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioural health and behavioural medicina. Frontiers of a new health psychology. *American Psychologist* 35, 807-817. Doi: 10.1037/0003-066X.35.9.807
- Matarazzo, J.D. (1984). Behavioral immunogens and pathogens in health and illness. *Psychological and health* (pp. 5-43). Washington, D.C.:The master lectures
- Maté, J., Hollenstein M. F., & Gil, F. L. (2004). Insomnio, Ansiedad y depresión en Pacientes Oncológicos. *Psicooncología* 1(2-3) 211-230.
- Mayorga, T. M. (2014). *Aplicación de la Terapia Racional Emotiva de Ellis para el Fortalecimiento de la Autoestima en Pacientes Adultos con Insuficiencia Renal, tendidos en la Clínica de los Riñones Menydia de la Ciudad de Ambato*. (Disertación de grado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato, Ecuador.
- McEwen, B. S. (2000). The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance. *Brain Research* 886, 172-189.
- Meda, R. M., Herrera, M., Blanco-Donoso, L. M., Moreno-Jiménez, B., & Palomera, A. (2015). Propiedades Psicométricas del “cuestionario de cinco facetas de la conciencia plena” (Five Facet Mindfulness Questionnaire, FFMQ-M) en México. *Psicología conductual* 23(3), 467-487.

- Medina-Calvillo, M. A., Gutiérrez-Hernández, C. Y., & Padrós-Blázquez, F. (2013). Propiedades psicométricas de la escala de bienestar psicológico de Ryff en población mexicana. *Revista de Educación y Desarrollo* 27, 25-30.
- Medina, J. J., Ángeles W. G., Delgado J. A., Lomelí, J. A., Ojeda J. A., & Montes L. (2015). Calidad de Vida de las Pacientes con Cáncer de Mama: Cirugía Radical Versus Cirugía Conservadora. *Cirujano General* 37(1-2) 15-24.
- Meza-Junco, J., Montaña-Loza, A., & Aguayo-González, A. (2006). Bases moleculares del cáncer. *Revista de Investigación Clínica* 58(1), 56-70.
- Ministerio de Salud (MINSAL) (2011). *Guía clínica auge. Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos*. MINSAL: Santiago, Chile.
- Monge, F. S. (2006). Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer de Mama Hospital EsSalud Cusco. *Situa* 15(1-2) 48-54.
- Moreno, A. (2012). Terapias Cognitivo-Conductuales de Tercera Generación (TTG): La atención Plena/Mindfulness. *Revista Internacional de Psicología* 12(1), 1-17.
- Moreno, G. (2016). *Estudio Correlacional de Ansiedad, Depresión y Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer Cervicouterino*. (Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, México).
- Muriel, C. (2005). *Dolor oncológico*. Reunión de expertos. España: Fundacio Grunenthal.
- Mustaca, A. E. (2011). Evaluación Objetiva de los Tratamientos Psicológicos: Modelos Basados en la Ciencia. *Revista Colombiana de Psicología* 20(1), 99-106.
- Namto, S. S. (2000). *Atención plena momento a momento. Meditación vipassana: manual ilustrado para meditar*. México, D.F: Editorial Yug.
- Núñez, A.C., Tobón, S., Arias, D., Hidalgo, C. A., Santoyo, F., Hidalgo, A., & Rasmussen, B. (2010). Calidad de vida, salud y factores psicológicos asociados. *Perspectivas en psicología* 13, 11-32.
- Obando, I. & Parrado, F. (2015). Aproximaciones conductuales de primera, segunda y tercera generación frente a un caso de ludopatía. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 8(1), 51- 61.
- Oblitas, L. A. (2008). Psicología de la salud: una ciencia del bienestar y la felicidad. *Avances en Psicología* 16(1), 9-38.

- Oblitas, L. A. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México, D.F.: Cengage Learning Editores.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). *Documentos básicos*. Italia: Autor. Recuperado de <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017). Cáncer. Nota descriptiva. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017). Enfermedades no transmisibles. Nota descriptiva. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/> Ornelas-Mejorada, R. E., Tufiño, M. A. & Sánchez-Sosa J. J. (2011). Ansiedad y Depresión en Mujeres con Cáncer de Mama en Radioterapia: Prevalencia y Factores Asociados. *Acta de Investigación Psicológica* 1(3), 401-414.
- Organización Panamericana de la Salud, (2017). *Las Dimensiones Económicas de las Enfermedades no Transmisibles en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C: OPS.
- Paredes, M. C. (2016). Importancia de la intervención psicológica en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en el Hospital General San Juan de Dios (Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Rafael Landívar, Facultad de Humanidades, Guatemala de la Asunción).
- Pascual, J., Frías, M. D., & Monterde, H. (2004). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo* 25(87), 1-8.
- Perea, R. (2011). *Educación para la salud y Calidad de vida*. España: Díaz Santos.
- Pérez, M. (2006) La terapia de conducta de tercera generación. *Psicología y Psicopedagogía* 5(2), 159-172.
- Pérez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. España: Editorial Síntesis
- Peterson, C., Park, N., & Seligman, M. (2006). Greater Strengths character and recovery from illness. *The journal of Positive Psychology* 1(1), 17-26. Doi: 10.1080/17439760500372739
- Pressman, S. D., & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological bulletin* 131(6), 925-971. Doi: 10.1037/0033-2909.131.6.925
- Puebla, F. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS. Dolor iatrogénico. *Oncología* 28(3), 33-37. Recuperado de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/anestesiologia/tipos\\_de\\_dolor.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/anestesiologia/tipos_de_dolor.pdf)

- Quant-Quintero, D. M., & Trujillo-Lemus, S. (2014). Psicología clínica basada en la evidencia y su impacto en la formación profesional, la investigación y la práctica clínica. *Revista Costarricense de Psicología* 33(2), 123-136.
- Quiceno, J. M., & Vinaccia, S. (2011). Resiliencia: Una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento Psicológico* 9(17), 69-82.
- Regueira, S. M., Fernández, M. D., & Díaz, M. J. (2015). Generalidades del dolor oncológico. *Dr. Zoilo E. Marinello* 40(10), 1-14. Recuperado de [http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/rt/printFriendly/343/html\\_107](http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/rt/printFriendly/343/html_107)
- Reyes, D., González, J. C., Mohar, A., & Meneses, A. (2011). Epidemiología del Dolor por Cáncer. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 18(2), 118-134. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113480462011000200006&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113480462011000200006&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Reyes, M.A. & Tena, E. A. (2016). *Regulación emocional en la práctica clínica. Una guía para terapeutas*. México, D.F.: Manual Moderno.
- Riaño, M. E. (2010). *Modificación de la Intensidad de las Respuestas Emocionales en Pacientes con Diagnóstico de Cáncer a través de la TCC y de Técnicas Conductuales Dirigidas al Cambio en la Relación Terapéutica*. (Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá).
- Riveros, A., Sánchez-Sosa, J. J., & del Águila, M. (2009). *Inventario de Calidad de vida y Salud (InCaViSa)*. México, D.F.: Manual Moderno.
- Rojas, C., & Gutiérrez, V. (2016). *Psicooncología. Aportes a la Comprensión y la Terapéutica*. Talca, Chile: Nueva Mirada Ediciones.
- Rojas-May, G. (2006). Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Rev. Med. Clín. Condes* 17(4), 194-197.
- Romero, R. (2010). *Intervención Psicológica en el paciente oncológico crónico. Guía práctica de Psicología de la Salud en el Ámbito Hospitalario*. Valencia: Col-legi Oficial de Psicòlegs de la Comunitat Valenciana.
- Rosenfeld, C. (2017). Nuevos aportes a la psicooncología desde el abordaje psicoterapéutico cognitivo conductual. *Psicooncología. Enfoques, avances e investigación* (pp.179-198). Talca, Chile: Nueva Mirada Editores.

- Ruiz, M. A., Díaz, M. I., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Ryff, C. (1989). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: new directions in quest of successful ageing. *International Journal of Behavioral Development* 12(1), 35-55. Doi: 10.1177/016502548901200102.
- Sánchez, G. (2011). Meditación, Mindfulness y sus efectos biopsicosociales. Revisión de literatura. *Revista electrónica de psicología Iztacala* 14(2), 223-254.
- Sánchez, P.T., Sirera, R., Peiró, G., & Palmero, F. (2008). Estrés, depresión, inflamación y dolor. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción* XI(28). Recuperado de <http://reme.uji.es>
- Salinas, E., & Nava, M. G. (2012). Adherencia terapéutica. *Enfermería Neurológica*, 11(2), 102104. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122i.pdf>
- Secretaría de Salud (SALUD) (2015). Estadísticas de Cáncer de Mama y Cáncer Cérvico Uterino. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/informacion-estadistica>
- Secretaría de Salud (SALUD) (2016). Dieta rica en fibra puede prevenir el cáncer colorrectal. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/prensa/dieta-rica-en-fibra-puede-prevenir-elcancer-colorrectal?idiom=es>
- Secretaría de Salud (SALUD) (2017). Cáncer, tercera causa de muerte en México. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/prensa/318-cancer-tercera-causa-de-muerte-en-mexico>
- Secretaría de Salud (SALUD) (2017). “Nosotros podemos. Yo puedo”. Día mundial contra el cáncer 2017. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/articulos/nosotros-podemos-yopuedo?idiom=es>
- Secretaría de Salud (SALUD) (2018). Día mundial contra el cáncer 2018. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/articulos/dia-mundial-contra-el-cancer-2018?idiom=es>
- Seligman, M. (1999). The President’s address. *APA 1998 Annual Report. American Psychologist* 54, 559-562.
- Seligman, M. (2008). Positive Health. *Applied Psychology* 57, 3-18. Doi: 10.1111/j.14640597.2008.00351.x
- Seligman, M. (2011). *Flourish a visionary new understanding of happiness and well-being*. New York, E.U: Free Press
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. An introduction. *American Psychologist* 51(1), 5-14. Doi: 10.1037//0003-066X.55.1.5

- Seligman, M., & Peterson, C. (2004). *Character Strengths and virtues: a handbook and classification*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Silverio, A. (2016) *Calidad de Vida en la Mujer con Cáncer de Mama Sometida a Mastectomía*. (Trabajo Fin De Master, Universidad de Oviedo, Centro Internacional de Posgrado, España).
- Simón, V. (2011). *Aprende a practicar Mindfulness*. Barcelona: Sello editorial.
- Sociedad Española de Psicología Positiva (2014). *II Congreso Internacional de Psicología Positiva. Libro de resúmenes*. Oropesa del Mar, Castellón: Autor.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2010). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Soriano, J. (2010). *Estrés y Salud en Enfermos Hospitalizados. Guía práctica de psicología de la salud en el ámbito hospitalario*. Valencia: Col·legi Oficial de Psicòlegs de la Comunitat Valenciana.
- Tarragona, M. (2013). Psicología positiva y terapias constructivas: una propuesta integradora. *Terapia psicológica* 31(1), 115-125. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v31n1/art11.pdf>
- Téllez, A., López, F., García, C. H., Sánchez, L., Martínez, J., García, E., ... Villegas, D. R. (2012). Estrés y cáncer (pp.181-190). *Estrés y Salud. Investigación básica y aplicada*. México: Manual Moderno.
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile* 138, 358-365.
- Valencia, A. I. (2007). Programa de apoyo psicosocial para niños con cáncer y sus familias (Tesis para obtener el grado de doctora en psicología). TESIUNAM
- Valencia, A. I., De Lucio, T., & Ruiz, X. (2015). Intervenciones psicológicas con apoyo empírico en cáncer. *Intervenciones con apoyo empírico* (pp.147-167). México: Manual Moderno.
- Vallejo, M. A., & Ortega, J. (2007). La utilización del Mindfulness en el paciente oncológico. *Psicooncología* 4(1), 35-41.
- Varela, M. E. (2009). Premio Nobel 2009. Premio Nobel de fisiología o medicina 2009: telómeros y telomerasa. Suecia: Mi+d
- Vázquez, F. L., Muñoz, R. F., & Becoña B. (2000). Depresión: Diagnóstico, Modelos Teóricos y Tratamiento a Finales Del Siglo XX. *Psicología Conductual* 8(3) 417-449.

- Velázquez, E., Ruiz, M. L., Padilla, N., Favela, M. A., & Barragán, O. (2015). Ansiedad y calidad de vida en la mujer con cáncer de mama. *EPISTEMUS 19*, 14-23
- Velázquez, N., Vázquez, L. G., & Alvarado, S. (2009). Ansiedad asociada al dolor agudo en pacientes oncológicos. *Cancerología 4*, 19-29.
- Vila, L., Font, A., & Caba, L. (2016). Estado emocional en mujeres con cáncer de mama: variación experimentada después de una sesión psicooncológica basada en el counselling y la psicología positiva. *Psicooncología 13*(2-3), 205-225. Doi: 10.5209/PSIC.54433
- Villajos, L., Ballesteros, F., & Barba, M. (2013). Mindfulness en Medicina. *Med Fan Andal 14*(2), 166-169.
- Vipassana Fellowship (2018). Meditation Resources. Recuperado en <http://www.vipassana.com/meditation/>
- Wolf, M. M. (1978). Social validity: the case for subjective measurement or how applied behavior analysis is finding its heart. *Journal of applied behavior analysis 11*(2), 203-214.
- Zas, V., Rodríguez, J. R., & Silva, E. (2013). El dolor y su manejo en los cuidados paliativos. *Panorama Cuba y Salud 8*(2), 41-48.

## ANEXOS

### Anexo 1

## Cuestionario para la Validación por Jueces Expertos

Estimado(a) experto (a) es un gusto estar en contacto de usted.

Debido a sus conocimientos y trayectoria en área de Psicología en el uso de estrategias Cognitivo-Conductual, de Mindfulness y de Psicología Positiva, se le ha elegido para formar parte del Comité de Validación por Jueces de la "Intervención Cognitivo-Conductual con Mindfulness y Psicología Positiva para dolor, bienestar y calidad de vida en pacientes oncológicos".

Los datos que usted brindará serán totalmente confidenciales y se usarán solo con fines de investigación. Agradecemos su valioso tiempo.

Atentamente:

Alumnos: Ana Yareli Escudero Castelán y Edgar Roberto García Medina

Asesora: Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz

**\*Obligatorio**

1. Dirección de correo electrónico \*

---

2. Acepto participar como Juez Experto para la validación de la "Intervención Cognitivo-Conductual con Mindfulness y Psicología Positiva para dolor y bienestar y calidad de vida en pacientes oncológicos". \*

Si

No Deja de rellenar este formulario.

## Cuestionario para la Validación por Jueces Expertos

3. Sexo \*

Mujer

Hombre

4. Escolaridad \*

Licenciatura

Especialidad

Maestría

Doctorado

5. Años de práctica clínica en el campo de la Psicología Cognitivo-Conductual

- Menos  de 1 año
- De 1 a  4 años
- De 5 a  9 años
- Más de 10 años
5. Años de práctica en el campo de Mindfulness \*

- Menos  de 1 año
- De 1 a  4 años
- 
- De 4 a  9 años
- Más de 10 años

6. Años de práctica en el campo de la Psicología Positiva \*

- Menos  de un año
- De 1 a  4 años
- 
- De 4 a  9 años
- Más de 10 años

**Intervención Cognitivo-Conductual con Mindfulness y Psicología Positiva para dolor, bienestar y calidad de vida en pacientes oncológicos.**

El objetivo de este estudio es comprobar o rechazar la hipótesis que una Intervención Cognitivo-Conductual basada en Mindfulness y Psicología Positiva favorece al manejo del nivel de dolor e incremento de los niveles de bienestar psicológico y de calidad de vida en mujeres con cáncer de mama y colorrectal.

Le solicitamos que previamente haya revisado la presentación que contiene las características de la intervención.

A continuación, le presentaremos algunas afirmaciones relacionadas con las metas, procedimiento y posibles resultados del tratamiento, le pedimos su colaboración para seleccionar la opción que considere apropiada para cada enunciado. De antemano le agradecemos su participación y observaciones.

7. Objetivos \*

Totalmente en    En    No    De    Totalmente desacuerdo  
desacuerdo    desacuerdo    sé    acuerdo    de acuerdo



**objetivos  
establecidos.**

**Los componentes de**

**objetivos  
establecidos.**

**Los componentes de  
psicología positiva  
son adecuados para  
alcanzar los  
objetivos  
establecidos.**

**Las actividades son  
adecuadas para la  
adquisición y  
práctica de  
habilidades.**

**Las tareas y  
registros son fáciles  
de realizar y utilizar  
por parte de las  
participantes.**

**Las técnicas,  
actividades y tareas  
son apropiadas para  
la edad de las  
participantes.**

**mindfulness son**

**alcanzar los**

**adecuados para**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**9. Resultados esperados \***

	Totalmente en	En	No	De	Totalmente	desacuerdo
	desacuerdo	desacuerdo	desacuerdo	sé	acuerdo	de acuerdo
Los objetivos de tratamiento se relacionan con los resultados esperados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De acuerdo a su experiencia usted considera que con esta propuesta de intervención las participantes se verán beneficiadas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**11. Observaciones \***

---

---

---

---

## Anexo 2

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**¿Cuál es la finalidad del estudio?** La finalidad de esta investigación es llevar a cabo un tratamiento cognitivo-conductual basado en mindfulness y psicología positiva con el objetivo de disminuir el dolor crónico, aumentar el nivel de bienestar subjetivo y nivel de calidad de vida en pacientes con cáncer de mama y colorrectal.

**¿Cuál es la finalidad del consentimiento informado?** Este documento tiene como finalidad solicitar su autorización escrita para la aplicación de pruebas psicométricas y la participación en el programa de intervención que consta de ocho sesiones, una por semana con una duración de dos horas con 15 minutos. Usted, como participante, proporcionará sus datos personales, contestará seis pruebas psicométricas que serán proporcionadas por los facilitadores y asistirá regularmente a las sesiones programadas.

**¿Cuáles son los lineamientos éticos?** Se protegerá la dignidad y los derechos de las personas participantes en el estudio al favorecer el respeto, la no discriminación y al poder abandonar la investigación en el momento que lo considere conveniente. La confidencialidad de las participantes será resguardada en todo momento conforme lo marca el Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010).

**¿Existe algún tipo de riesgo?** No se espera que se presenten efectos secundarios, malestar físico o emocional derivados de la participación en este tratamiento. Sin embargo, usted tiene la libertad de abandonarlo en el momento que lo considere conveniente.

**¿Qué se hará con los datos?** los datos que se obtengan del análisis de las pruebas psicométricas serán archivados y formarán parte del estudio. Los resultados se le comunicarán a usted y se mantendrán confidenciales.

**¿Quiénes son los responsables?** Dra. Andrómeda I. Valencia Ortiz profesora investigadora de la UAEH, Ana Yareli Escudero Castelán y Edgar Roberto García Medina, pasantes de la Licenciatura en Psicología.

**He leído y comprendo las características de la investigación que se realizará en el tratamiento cognitivo-conductual basado en mindfulness y psicología positiva. ACEPTO participar en este proyecto.**

**NOMBRE Y FIRMA** \_\_\_\_\_

Anexo 3

## FICHA DE IDENTIFICACIÓN

1. FOLIO: \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_
2. FECHA: \_\_\_\_\_
3. NOMBRE: \_\_\_\_\_
4. EDAD: \_\_\_\_\_ Esta encuesta es de carácter confidencial, ninguno de los datos que proporcione serán revelados a ninguna persona o institución y serán únicamente utilizados para los fines de este estudio.

**Instrucciones: Señale con una "X" la respuesta correspondiente.**

5. Estado civil: Soltera\_\_\_ Casada\_\_\_ Unión libre\_\_\_ Divorciada\_\_\_ Viuda\_\_\_
6. Domicilio actual: Mineral de la Reforma, Hgo. \_\_\_\_\_ Pachuca de Soto, Hgo. \_\_\_\_\_
7. Vive con: Solo \_\_\_ Con sus padres \_\_\_ Con su pareja \_\_\_  
Con su pareja e hijos \_\_\_ Con hijos\_\_\_ Otro (especifique) \_\_\_\_\_
8. ¿Quién la acompaña regularmente a sus citas médicas?: Mamá\_\_\_ Papá\_\_\_  
Pareja\_\_\_ Hijo(s)\_\_\_ Otro (especifique) \_\_\_\_\_
9. Ocupación: Estudiante\_\_\_ Trabajadora\_\_\_ Hogar \_\_\_ Otro (especifique)  
\_\_\_\_\_
10. ¿En qué trabaja? \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_  
Horario: \_\_\_\_\_
11. ¿Quién depende de usted económicamente? Sus padres \_\_\_ Su pareja  
\_\_\_\_\_  
Su pareja e hijos \_\_\_ Sus hijos\_\_\_ Otro (especifique) \_\_\_\_\_
12. Si no trabaja ¿de quién depende económicamente? Padres\_\_\_ Pareja\_\_\_  
Hijos\_\_\_ Pareja e hijos\_\_\_ Pensión propia\_\_\_ Otro  
(especifique)\_\_\_\_\_
13. ¿Ha recibido anteriormente apoyo psicológico? Sí\_\_\_ No\_\_\_
14. Durante cuánto tiempo: Sólo una sesión\_\_\_ Menos de un mes\_\_\_ De dos a  
cinco meses\_\_\_ Más de seis meses\_\_\_ Más de un año\_\_\_
- 15.Cuál es su diagnóstico médico\_\_\_\_\_
16. Tiempo del diagnóstico médico\_\_\_\_\_
17. ¿Qué actividades realiza en tu tiempo libre?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Anexo 4

## REGISTRO DE TRATAMIENTO MÉDICO

Instrucciones: En esta tabla deberá describir detalladamente su tratamiento médico actual de acuerdo a lo señalado.

Tratamiento actual (radioterapia, quimioterapia, etc.)	
Citas médicas	
Medicamentos (Nombre/horarios)	
Alimentación	
Otras indicaciones	

## Anexo 5

### Ficha técnica de instrumentos de medición.

- Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (Anexo 4): Adaptada en población mexicana por MedinaCalvillo, Gutiérrez-Hernández y Padrós-Blázquez (2013) consta de 39 ítems tipo Likert agrupados en 6 factores definidos por las subescalas, presenta una validez satisfactoria, una elevada consistencia interna para el total de la escala, y valores entre moderados y elevados para las seis dimensiones, y confiabilidad alfa de Cronbach de 0.918.
- Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) (Anexo 5): El inventario se compone de doce áreas, cada una con cuatro reactivos, con una escala de respuesta tipo Likert de cero a cinco. Con una confiabilidad alfa de Cronbach entre 0.6831 hasta 0.9337 en cada área y muestra adecuadas propiedades psicométricas de consistencia interna, validez concurrente y test re-test (Riveros, Sánchez-Sosa & del Águila, 2009).
- Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMC-M) (Anexo 6): El cuestionario de Cinco Facetas de la Conciencia Plena adaptada en población mexicana por Meda, Herrero, Blanco-Donoso, MorenoJiménez y Palomera (2015) consta de 19 ítems tipo Likert agrupados en 4 factores definidos por las subescalas que mostraron indicadores de fiabilidad con un rango de  $\omega = 0.70$  as  $\omega = 0.84$ , excepto el quinto factor de No-juicio que mostró una fiabilidad moderadamente baja ( $\omega = 0,61$ ).
- Inventario de Estrés Percibido para pacientes con cáncer (IEP-C) (Anexo 7): fue desarrollado por Castillo (2014) y está compuesto por 46 preguntas con escala de respuesta tipo Likert de 5 opciones, las cuales se dividen en tres dimensiones: fisiológica, emocional y cognitivo/conductual. La confiabilidad del instrumento es elevada teniendo puntuaciones de alfa de Cronbach mayores a 0.85 en sus tres dimensiones. En cuanto a la validez se realizó una correlación de Pearson obteniendo resultados de correlación positiva y significativa con puntuaciones entre 0.730 y 0.939.
- Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) de Zigmond y Snaith (1983) (Anexo8): validada en pacientes oncológicos mexicanos por Galindo et al. (2015) cuenta con 12 preguntas divididas en dos factores, la consistencia interna global obtuvo un índice satisfactorio ( $\alpha=0.86$ ); el valor de alfa de Cronbach de cada subescala fueron 0.79 y 0.80 respectivamente. Los resultados obtenidos de validez a través de correlación con las medidas concurrentes fueron r de Pearson=0.51 a 0.71,  $p<0.05$ .
- La Escala Visual Análoga (EVA) de dolor (Anexo 9), medida unidimensional de la intensidad del dolor. La EVA de dolor es una línea horizontal o vertical continua de diez cm. de longitud anclado por dos descriptores verbales, uno para cada extremo (sin dolor, el peor dolor imaginable). En ausencia de un estándar de oro para evaluar dolor, la validez de criterio no puede ser evaluada.

## Anexo 6

### Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (Medina-Calvillo, Gutiérrez-Hernández & Prados-Blázquez, 2013).

**Instrucciones:** En esta lista encontrará una serie de frases a las que debe responder marcando con una **X** la opción con la que más se identifique.

Totalmente en desacuerdo	De acuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente en acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6

	1	2	3	4	5	6
1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento en cómo han resultado las cosas.	1	2	3	4	5	6
2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.	1	2	3	4	5	6
3. No tengo miedo de expresar mis opiniones incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de las personas.	1	2	3	4	5	6
4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.	1	2	3	4	5	6
5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.	1	2	3	4	5	6
6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad.	1	2	3	4	5	6
7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.	1	2	3	4	5	6
8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.	1	2	3	4	5	6
9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.	1	2	3	4	5	6
10. Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes.	1	2	3	4	5	6
11. He sido capaz de construir un modo de vida a mi gusto.	1	2	3	4	5	6
12. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo.	1	2	3	4	5	6
13. Si tuviera la oportunidad hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría.	1	2	3	4	5	6
14. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.	1	2	3	4	5	6
15. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.	1	2	3	4	5	6
16. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.	1	2	3	4	5	6
17. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que pienso hacer en el futuro.	1	2	3	4	5	6
18. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración.	1	2	3	4	5	6
19. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.	1	2	3	4	5	6
20. Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo.	1	2	3	4	5	6
21. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.	1	2	3	4	5	6
22. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.	1	2	3	4	5	6
23. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.	1	2	3	4	5	6

24. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.	1	2	3	4	5	6
25. En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida.	1	2	3	4	5	6
26. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.	1	2	3	4	5	6
27. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.	1	2	3	4	5	6
28. Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria.	1	2	3	4	5	6
29. No tengo claro que es lo que intento conseguir en la vida.	1	2	3	4	5	6
30. Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida.	1	2	3	4	5	6
31. En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y de la vida que llevo.	1	2	3	4	5	6
32. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.	1	2	3	4	5	6
33. A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia no están de acuerdo.	1	2	3	4	5	6
34. No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está.	1	2	3	4	5	6
35. Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo.	1	2	3	4	5	6
36. Cuando reflexiono sobre mi vida, realmente no he mejorado mucho como persona.	1	2	3	4	5	6
37. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.	1	2	3	4	5	6
38. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.	1	2	3	4	5	6
39. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida, haría lo posible para mejorarla.	1	2	3	4	5	6

# INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA V SALUD (InCaViSa)

**mP**  
84-2

Dra. Angélica Riveros Rosas  
Juan José Sánchez-Sosa, PhD  
Mark del Águila , PhD



## INSTRUCCIONES

Los siguientes enunciados se refieren a su salud y actividades cotidianas. Por favor conteste encerrando en un círculo la opción que mejor describa su situación. Si le parece que la pregunta ni se aplica a usted en lo absoluto, déjela en blanco. Conteste con toda confianza y franqueza. Para este cuestionario no existen respuestas buenas ni malas.

Por favor siéntase en absoluta libertad de solicitar ayuda en caso de cualquier duda, o bien para leer o llenar el cuestionario, con todo gusto le atenderemos.

## EJEMPLO

Hay situaciones o cosas que me hacen sentir mucho miedo o terror.

	20%				
	Casi		0% 40%	60%	80% 100%
	Nunca	Veces	Nunca Pocas mente	Frecuente- Siempre	Casi Siempre

Encerraría en un círculo "CASI NUNCA" si siente miedo o temor muy rara vez en su vida. Si pensara que siente miedo o terror en todo momento, encerraría en un círculo "SIEMPRE"

0% . . . . .	20% . . . . .	40% . . . . .	60% . . . . .	80% . . . . .	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	

Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde: *con toda confianza y conteste con la verdad.*

Las siguientes preguntas se refieren únicamente a cómo ha pensado o sentido durante **las últimas dos semanas**, por favor tenga en mente sus creencias, esperanza, gustos y preocupaciones, pero sólo en los **últimos quince días**.

1. Creo que si me cuido mi salud mejorará

0% .....	20% .....	40% .....	60% .....	80% .....	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	

2. Creo que me enfermo más fácilmente que otras personas

0% .....	20% .....	40% .....	60% .....	80% .....	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	

Durante las últimas 2 semanas...

### PREOCUPACIONES

3. Me preocupa que algunas veces necesito ayuda económica con los gastos de mi enfermedad

0% .....	20% .....	40% .....	60% .....	80% .....	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	

4. Me preocupa que algunas veces mi enfermedad es una carga para los demás

0% .....	20% .....	40% .....	60% .....	80% .....	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	

5. Me preocupa que alguien se sienta incomodo(a) cuando está conmigo por mi enfermedad

0% .....	20% .....	40% .....	60% .....	80% .....	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	

6. Me molesta que otras personas me cuiden demasiado debido a mi enfermedad

0% .....	20% .....	40% .....	60% .....	80% .....	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	

Durante las últimas 2 semanas...

## DESEMPEÑO FÍSICO

7. Tengo suficiente energía para mis actividades cotidianas

0% .....	20% ....	40% ....	60% ....	80% ....	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	

8. Si es necesario puedo caminar dos o tres cuadras fácilmente

0% .....	20% ....	40% ....	60% ....	80% ....	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	

9. Puedo cargar las bolsas del mandado sin hacer grandes esfuerzos

0% .....	20% ....	40% ....	60% ....	80% ....	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	

10. Puedo subir varios pisos por las escaleras sin cansarme demasiado

0% .....	20% ....	40% ....	60% ....	80% ....	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	

Durante las últimas 2 semanas...

## AISLAMIENTO

11. Siento que soy un estorbo, inútil o incompetente

0% .....	20% ....	40% ....	60% ....	80% ....	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	

12. Me siento tan vacío(a) que nada podría animarme

0% .....	20% ....	40% ....	60% ....	80% ....	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	

13. Me parece que desde que enfermé no confían en mí como antes

0% .....	20% ....	40% ....	60% ....	80% ....	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Siempre	Nunca	Veces	mente	

14. Me siento solo(a) aun estando en compañía de otros

0% .....	20% ....	40% ....	60% ....	80% ....	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	

Durante las últimas 2 semanas...

**PERCEPCIÓN CORPORAL**

15. Me siento poco atractivo(a) porque estoy enfermo(a)			
0% . . . . .	20% . . . .	40% . . . .	60% . . . .
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-
	Nunca	Veces	mente
16. Me siento restringido(a) por mi peso			
0% . . . . .	20% . . . .	40% . . . .	60% . . . .
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-
	Nunca	Veces	mente
17. Me da pena mi cuerpo			
0% . . . . .	20% . . . .	40% . . . .	60% . . . .
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-
	Nunca	Veces	mente
18. Mi cuerpo se ve diferente porque estoy enfermo(a).			
0% . . . . .	20% . . . .	40% . . . .	60% . . . .
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-
	Nunca	Veces	mente

80% . . . .	100%
Casi	Siempre
Siempre	
80% . . . .	100%
Casi	Siempre
0% . . . . .	20% . . . .
Nunca	Casi
Pocas	Nunca
Veces	Veces
Siempre	
80% . . . .	100%
Casi	Siempre
Siempre	
80% . . . .	100%
Casi	Siempre
Siempre	

Durante las últimas 2 semanas...

**FUNCIONES COGNITIVAS**

19. Se me olvida en donde puse las cosas			
0% . . . . .	20% . . . .	40% . . . .	60% . . . .
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-
	Nunca	Veces	mente
20. Se me olvidan los nombres			
0% . . . . .	20% . . . .	40% . . . .	60% . . . .
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-
	Nunca	Veces	mente
21. Tengo dificultades para concentrarme y pensar			
0% . . . . .	20% . . . .	40% . . . .	60% . . . .
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-
	Nunca	Veces	mente
22. Tengo problemas con mi memoria			

80% . . . .	
Casi	100%
Siempre	Siempre
80% . . . .	100%
Casi	Siempre
Siempre	
80% . . . .	100%
Casi	Siempre
Siempre	
80% . . . .	100%
Casi	Siempre
Siempre	

**ACTITUD ANTE EL TRATAMIENTO**

23. Me fastidia tomar tantas medicinas

Durante las últimas 2 semanas...

	0% .....	20% ....	40% ....	60% ....	80% ....	100%
Nunca		Casi	Pocas	Frecuente-		
		Nunca	Veces	mente		
24. Los efectos de las medicinas son peores que la enfermedad						
Nunca	0% .....	20% ....	40% ....	60% ....	80% ....	100%
		Casi	Pocas	Frecuente-	Nunca	Veces
		Nunca	mente		Casi	Siempre
25. Me da pena que los demás noten que tomo medicinas						
Nunca	0% .....	20% ....	40% ....	60% ....	80% ....	100%
		Casi	Pocas	Frecuente-	Nunca	Veces
		Nunca	mente		Casi	Siempre
26. Me siento incómodo(a) con mi médico						
Nunca	0% .....	20% ....	40% ....	60% ....	80% ....	100%
		Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
		Nunca	Veces	mente	Siempre	

Durante las últimas 2 semanas...

## FAMILIA

27. El amor de mi familia es lo mejor que tengo						
Nunca	0% .....	20% ....	40% ....	60% ....	80% ....	100%
		Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
		Nunca	Veces	mente	Siempre	
28. Me siento a gusto entre los miembros de mi familia						
Nunca	0% .....	20% ....	40% ....	60% ....	80% ....	100%
		Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
		Nunca	Veces	mente	Siempre	
29. Mi familia me comprende y me apoya						
Nunca	0% .....	20% ....	40% ....	60% ....	80% ....	100%
		Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
		Nunca	Veces	mente	Siempre	
30. Mi familia me cuida y me apoya						
Nunca	0% .....	20% ....	40% ....	60% ....	80% ....	100%
	Casi	Pocas	Nunca	Veces	Frecuente-	Casi
					mente	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

80% .... 100%  
Casi Siempre  
Siempre

## TIEMPO LIBRE

31. Desde que enfermé dejé de disfrutar mi tiempo libre

0% ..... 20% .... 40% .... 60% ....  
Nunca Casi Pocas Frecuente-  
Nunca Nunca Veces mente

32. Me siento triste cuando veo a personas que hace las cosas que antes hacía

0% ..... 20% .... 40% .... 60% .... 80% .... 100%  
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre  
Nunca Nunca Veces mente Siempre

33. Desde que enfermé, dejé de pasar el rato con mis amigos

0% ..... 20% .... 40% .... 60% .... 80% .... 100%  
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre  
Nunca Nunca Veces mente Siempre

34. Mi enfermedad interfiere con mis actividades sociales, como visitar a mis amigos o familiares.

0% ..... 20% .... 40% .... 60% .... 80% .... 100%  
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre  
Nunca Nunca Veces mente Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

## VIDA COTIDIANA

35. Desde que enfermé mi vida se ha vuelto difícil

0% ..... 20% .... 40% .... 60% .... 80% .... 100%  
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre  
Nunca Nunca Veces mente Siempre

36. Desde que enfermé mi vida dejó de ser placentera

0% ..... 20% .... 40% .... 60% .... 80% .... 100%  
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre  
Nunca Nunca Veces mente Siempre

37. Ahora que estoy enfermo(a) la vida me parece aburrida

Durante las últimas 2 semanas...

				80% . . . .	
				Casi	
				Siempre	
0% . . . . .	20% . . . .	40% . . . .	60% . . . .	80% . . . .	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	
38. Dejé de disfrutar mi vida porque estoy enfermo					
0% . . . . .	20% . . . .	40% . . . .	60% . . . .	80% . . . .	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	

### DEPENDENCIA MÉDICA

39. Espero que el médico cure todos mis síntomas					
0% . . . . .	20% . . . .	40% . . . .	60% . . . .		
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-		
	Nunca	Veces	mente		
40. Sólo el médico puede hacer que me sienta mejor					
0% . . . . .	20% . . . .	40% . . . .	60% . . . .	80% . . . .	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	
41. No me importa que tengo, sólo quiero que el médico me cure					
0% . . . . .	20% . . . .	40% . . . .	60% . . . .	80% . . . .	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	
42. El responsable de que me cure es el médico					
0% . . . . .	20% . . . .	40% . . . .	60% . . . .	80% . . . .	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	

Durante las últimas 2 semanas...

### RELACIÓN CON EL MÉDICO

43. Disfruto asistir al médico

Durante las últimas 2 semanas...

						80% ....	100%
						Casi	Siempre
						Siempre	
0% .....	20% ....		40% ....	60% ....		80% ....	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Nunca	Veces	Casi	Siempre
		mente				Siempre	
44. Me gusta hablar con el médico sobre mi enfermedad							
0% .....	20% ....		40% ....	60% ....		80% ....	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Nunca	Veces	Casi	Siempre
		mente				Siempre	
45. Visitar al médico se ha convertido en parte de mi vida							
0% .....	20% ....		40% ....	60% ....		80% ....	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Nunca	Veces	Casi	Siempre
		mente				Siempre	
46. Necesito atención médica constantemente							
0% .....	20% ....		40% ....	60% ....		80% ....	100%
Nunca	Casi		Pocas		Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca		Veces		mente	Siempre	

## REDES SOCIALES

47. Tengo a quien recurrir cuando tengo problemas de dinero							
0% .....	20% ....		40% ....	60% ....			100%
Nunca	Casi		Pocas		Frecuente-		Siempre
	Nunca		Veces		mente		
48. Cuando las cosas salen mal, hay alguien que me puede ayudar							
0% .....	20% ....		40% ....	60% ....	80% ....		100%
Nunca	Casi		Pocas		Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca		Veces		mente	Siempre	
49. Hay alguien con quien puedo hablar sobre decisiones importantes							
0% .....	20% ....		40% ....	60% ....	80% ....		100%
Nunca	Casi		Pocas		Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca		Veces		mente	Siempre	
50. Si necesito arreglar algo en casa, hay alguien que puede ayudarme							
0% .....	20% ....		40% ....	60% ....	80% ....		100%
Nunca	Casi		Pocas		Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca		Veces		mente	Siempre	

Durante las últimas 2 semanas...

80% . . . .

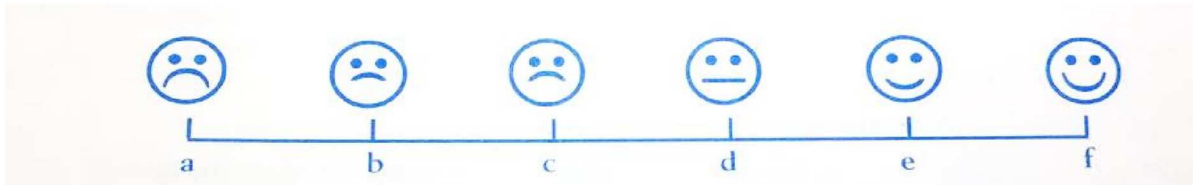
Casi

Siempre

---

51. En general, ¿cómo evaluaría mi calidad de vida?

Elija una letra de la siguiente escala y enciérrela en un círculo.



La peor calidad de

vida posible

La mejor calidad

de vida posible

Tan mala o peor que estar  
muerto (a)

## BIENESTAR Y SALUD

52. Mi salud en general es...

O.....O.....O.....O.....O.....O

Muy Mala Regular Buena Muy Excelente

Mala Buena

53. En comparación con el año pasado ¿Cómo evaluaría en general mi salud ahora?

O.....O.....O.....O.....O.....O

Muy Mala Regular Buena Muy Excelente

Mala Buena

54. En los últimos siete días ¿Ocurrió algún hecho que influyera claramente con mi bienestar? (por ejemplo: disgustos, problemas de salud, intranquilidad, etc.).

NO SI, por favor describa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

55. En los últimos siete meses: ¿Ha ocurrido algún suceso importante que haya cambiado mi vida? (por ejemplo: muerte o enfermedad grave de algún familiar cercano, salida de un hijo de la casa, cambio de domicilio o de trabajo, separación, etc.).

NO SI, por favor describa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

56. Por favor indique su padecimiento y desde hace cuánto tiempo lo padece:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

## COMENTARIOS GENERALES

57. Si desea comentar algo más acerca de su enfermedad o del cuestionario, por favor escríbalo aquí. En caso de que necesite más espacio utilice el reverso de esta página.

---

---

---

## SÍNTOMAS FÍSICOS INSTRUCCIONES

La siguiente es una lista de preguntas sobre los síntomas físicos más frecuentes que pudiera tener. Por favor conteste encerrando en un círculo la opción que mejor refleje su propio caso.

Todas las preguntas se refieren a cómo se sintió usted en los **últimos 7 días**.

1. ¿Dolor de cabeza?

.....  .....  .....  .....  .....

No tuvo            Un poco            Moderadamente            Mucho            Muchísimo

2. ¿Dolores musculares?

.....  .....  .....  .....  .....

No tuvo            Un poco            Moderadamente            Mucho            Muchísimo

3. ¿Dolor en articulaciones? (codo, rodillas, muñecas, ingle, dedos, etc)

.....  .....  .....  .....  .....

No tuvo            Un poco            Moderadamente            Mucho            Muchísimo

4. Hinchazón de tobillos y/o piernas?

.....  .....  .....  .....  .....

No tuvo            Un poco            Moderadamente            Mucho            Muchísimo

5. ¿Problemas para ver?

.....  .....  .....  .....  .....

No tuvo            Un poco            Moderadamente            Mucho            Muchísimo

6. ¿Problemas para oír?

.....  .....  .....  .....  .....

No tuvo            Un poco            Moderadamente            Mucho            Muchísimo

7. Comezón o lesiones en la piel? (llagas de cama, hongos, ampollas, resequedad, etc)

.....  .....  .....  .....  .....

No tuvo            Un poco            Moderadamente            Mucho            Muchísimo

8. ¿Tos molesta?

.....  .....  .....  .....  .....

No tuvo            Un poco            Moderadamente            Mucho            Muchísimo

9. ¿Problemas al orinar? (ardor, cambio de olor, por su frecuencia o cantidad, etc)

.....  .....  .....  .....  .....

No tuvo            Un poco            Moderadamente            Mucho            Muchísimo

10. ¿Tics, tartamudeo?

O.....O.....O.....O.....O.....O  
No tuvo      Un poco      Moderadamente      Mucho      Muchísimo

11. ¿Mal olor, por ejemplo en aliento o por sudoración?

O.....O.....O.....O.....O.....O  
No tuvo      Un poco      Moderadamente      Mucho      Muchísimo

**DATOS SOCIODEMOGRAFICOS**

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo:                      Femenino       Masculino

¿Vive solo?    Si       No

En caso de haber respondido no, por favor escriba las edades de las personas con quien vive y la relación o parentesco que tiene con usted

Edad	Sexo	Relación o parentesco
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Escolaridad (marque uno):

- Primaria incompleta. Escriba hasta qué grado estudió: \_\_\_\_\_
- Primaria completa
- Secundaria incompleta. Escriba hasta qué grado estudió: \_\_\_\_\_
- Secundaria completa
- Estudios comerciales. Escriba qué grado estudió: \_\_\_\_\_
- Bachillerato incompleto: Escriba hasta qué grado estudió: \_\_\_\_\_
- Bachillerato completo
- Estudios Universitarios. Escriba la carrera y el último semestre o grado obtenido  
\_\_\_\_\_

¿Cuál es su ocupación? \_\_\_\_\_

Ingreso promedio mensual: \$ \_\_\_\_\_

Ingreso promedio mensual de los habitantes en su casa: \$ \_\_\_\_\_

*Gracias por su participación y paciencia*

**HOJA DE PERFIL  
INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD  
(InCaViSa)**

**Nombre**

\_\_\_\_\_

**Edad**

\_\_\_\_\_

**Tiempo desde el inicio del padecimiento**

**Padecimiento**

\_\_\_\_\_

	Calificación percentilar en C.V.				
	Puntuación total	Muy alta	Alta	Baja	Muy baja
Preocupaciones		○	○	○	○
Desempeño físico		○	○	○	○
Aislamiento		○	○	○	○

Percepción corporal		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Funciones cognitivas		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actitud ante el tratamiento		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiempo libre		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vida cotidiana		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Familia		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Redes sociales		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dependencia médica		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relación con el médico		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Notas:



## Anexo 8

### “Cuestionario de Cinco Facetas de la Conciencia Plena” (Five Facet Mindfulness Questionnaire, FFMQ-M) En México (Meda, Herrero, Blanco-Donoso, Moreno-Jiménez & Palomera, 2015)

A continuación, le presentamos una serie de afirmaciones sobre su estado interior. Por favor valore con qué frecuencia le sucede.

1. Nunca	2. Rara vez	3. Algunas veces	4. A menudo	5. Muy a menudo
----------	-------------	------------------	-------------	-----------------

Factor	Núm.	Ítem					
--------	------	------	--	--	--	--	--

<b>CONCIENCIA PLENA</b>	Ausencia de Reacción	1	Percibo mis sentimientos y emociones sin tener que reaccionar a ellos/as	1	2	3	4	5
		4	Puedo ver mis sentimientos sin perderme en ellos	1	2	3	4	5
		7	En situaciones difíciles, puedo hacer una pausa, sin reaccionar de inmediato	1	2	3	4	5
		10	Normalmente, cuando tengo pensamientos o imágenes angustiantes, puedo notarlos sin reaccionar a ellos/as.	1	2	3	4	5
		13	Normalmente, cuando tengo pensamientos o imágenes angustiantes, me siento tranquilo poco después	1	2	3	4	5
		16	Normalmente, cuando tengo pensamientos o imágenes angustiantes, soy consciente de lo que está pasando sin sentirme dominado por ellos/as	1	2	3	4	5
	Ausencia de Juicio	12R	Hago juicios acerca de si mis pensamientos son buenos o malos	1	2	3	4	5
		21R	Me desapruero a mí mismo cuando tengo ideas irracionales	1	2	3	4	5
		23R	Por lo general, cuando tengo pensamientos o imágenes angustiantes, me juzgo como bueno o malo, dependiendo de su contenido.	1	2	3	4	5
	Actuación Consciente	25R	Cuando hago algo, mi mente divaga y me distraigo fácilmente.	1	2	3	4	5
		27R	No presto atención a lo que hago porque sueño despierto, porque me preocupo o porque me distraigo.	1	2	3	4	5
		29R	Me distraigo fácilmente.	1	2	3	4	5
		31R	Me es difícil permanecer centrado/a en lo que está sucediendo en el presente.	1	2	3	4	5
	Descripción de la Experiencia	19	Normalmente, cuando tengo pensamientos o imágenes angustiantes, tomo nota de ellos/as y los/as dejo pasar	1	2	3	4	5
		26	Con facilidad puedo poner en palabras mis creencias, sentimientos y expectativas.	1	2	3	4	5
		28R	Me es difícil encontrar palabras para describir lo que siento.	1	2	3	4	5
		34	Incluso cuando estoy muy enfadado, encuentro una forma de expresarlo con palabras.	1	2	3	4	5
		36	Mi tendencia natural es poner mis experiencias en palabras.	1	2	3	4	5
		38	Normalmente puedo describir como me siento con considerable detalle.	1	2	3	4	5

### Anexo 9

#### Inventario de estrés percibido para pacientes con cáncer (Castillo, 2014)

**Instrucciones:** A continuación, se enlistan una serie de afirmaciones sobre situaciones, pensamientos y sentimientos que algunas personas pueden experimentar. Nos gustaría saber si usted se ha sentido así en las últimas dos semanas y con qué intensidad. No existen

respuestas buenas o malas, por lo que le pedimos responda con la verdad. Por favor lea cuidadosamente cada oración y marque con una “X” la opción que mejor le describa. Ejemplo:

	Nada	Poco	Más o menos	Mucho	Bastante
	0%	25%	50%	75%	100%
Me duele la espalda				X	

En la frase anterior “Me duele la espalda”, si usted se ha sentido así durante las últimas dos semanas y considera que lo ha sentido con mucha fuerza o intensidad deberá marcar con una “X” la casilla que dice “Mucho”. Si tiene alguna duda puede preguntarle al personal que le atendió.

	Nada	Poco	Más o menos	Mucho	Bastante
	0%	25%	50%	75%	100%
1) He sentido dolor de cabeza					
2) Tengo miedo o incertidumbre hacia el futuro					
3) Tengo problemas para concentrarme a raíz de mi enfermedad					
4) Tengo problemas para conciliar el sueño					
5) He peleado o discutido más que antes					
6) Siento tensión muscular en el cuerpo					
7) Mi familia me juzgan mal por mi enfermedad					
8) Pienso que mi futuro es malo e incierto					
9) Desde la enfermedad me he sentido agotada(o) la mayor parte del tiempo					
10) Me siento irritable en mi casa o en cualquier lado					
11) Olvido muchas cosas					
12) Debido a mi enfermedad he perdido el interés por divertirme					
13) Tengo sentimientos de culpa por mi enfermedad					
14) Creo que tengo muchos problemas en comparación con antes					
15) Siento “hormiguelo” en el cuerpo					
16) Me molestan los comentarios que hace mi familia.					
17) Me siento incapaz de resolver mis problemas					
18) He tenido muchos conflictos en mi familia por situaciones poco importantes.					
19) Me siento cansada(o) sin importar cuantas horas duerma					
20) Desde la enfermedad mi consumo de tabaco ha aumentado					
21) Creo que no soy capaz de lidiar con mi enfermedad					

22) Mis hábitos de sueño han cambiado					
23) Me siento enojada(o) por estar enferma(o)					
24) Siento ganas de llorar					
25) He sentido dolores en la espalda					
26) Evito tener contacto íntimo con mi pareja					
27) Tengo menos energías que antes para realizar mis actividades					
28) Disfruto igual que antes la compañía de mis amigos					
29) Siento la misma satisfacción que antes al realizar mis pasatiempos (hobbies).					
30) Pienso en mi enfermedad					
31) Los conflictos que ocurren en mi familia me afectan más que antes					
32) Evito salir con algún conocido debido a mi enfermedad					
33) He sentido dolores en otras partes del cuerpo					
34) Me molestan los comentarios que hacen mis amigos					
35) Mi respiración es agitada (acelerada)					
36) Desde la enfermedad el corazón me late más rápido que de costumbre					
37) Me preocupa que la enfermedad vuelva después del tratamiento					
38) Tengo nauseas antes de pasar a la sala de radioterapia o quimioterapia					
39) Me preocupa que pueda heredar la enfermedad a mis hijos					
40) Desde la enfermedad he tenido problemas de digestión					
41) Creo que mi enfermedad va a ir de mal en peor					
42) Mi apetito ha cambiado					
43) Evito salir para que no me vean					
44) Me asusta estar en la sala de radioterapia o quimioterapia					
45) Me preocupa que el cáncer se extienda a otras partes del cuerpo					
46) Mis amigos me juzgan mal por mi enfermedad					

## Anexo 10

### Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) para pacientes oncológicos mexicanos (Galindo et al., 2015)

**Instrucciones:** Este cuestionario se ha construido para ayudar al equipo de salud que le atiende para saber cómo se siente. Lea cada frase y marque la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido durante la última semana incluyendo el día de hoy.

**1. Me siento tenso(a) o nervioso(a):**

- 3 Todos los días
- 2 Muchas veces
- 1 A veces
- 0 Nunca

**2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba:**

- 0 Como siempre
- 1 No tanto como antes
- 2 Solo un poco
- 3 Nunca

**3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder:**

- 3 La mayoría de las veces
- 2 Con bastante frecuencia
- 1 A veces, aunque no muy a menudo
- 0 Sólo en ocasiones

- 4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas:**
- 0 Igual que siempre
  - 1 A veces
  - 2 Casi nunca
  - 3 Nunca

**5. Tengo mi mente llena de preocupaciones:**

- 3 La mayoría de las veces
- 2 Con bastante frecuencia
- 1 A veces, aunque no muy a menudo
- 0 Sólo en ocasiones

**6. Me siento alegre:**

- 0 Casi siempre
- 1 A veces
- 2 No muy a menudo
- 3 Nunca

**7. Tengo una sensación extraña, como de “aleteo” en el estómago**

- 0 Nunca
- 1 En ciertas ocasiones
- 2 Con bastante frecuencia
- 3 Muy a menudo

- 8. He perdido el interés en mi aspecto personal**
- 3 Totalmente
  - 2 No me preocupo tanto como debiera
  - 1 Podría tener un poco más de cuidado
  - 0 Me preocupa igual que siempre

**9. Me siento inquieto(a), como si no pudiera parar de moverme**

- 3 Mucho
- 2 Bastante
- 1 Poco
- 0 Nada

**10. Me siento optimista respecto al futuro**

- 0 Igual que siempre
- 1 Menos de lo acostumbrado
- 2 Mucho menos de lo acostumbrado
- 3 Nada

**11. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico**

- 3 Siempre
- 2 Muy a menudo
- 1 No muy a menudo
- 0 Nunca

**12. Me divierto con un buen libro, el radio o un programa de televisión**

- 0 A menudo
- 1 A veces
- 2 No muy a menudo
- 3 Rara vez

## Anexo 11

### Escala Visual Analógica (EVA)

A continuación, se presenta una escala de intensidad del dolor donde 0 es la ausencia de dolor y 10 es el peor dolor imaginable. Por favor, señale cuál es la **intensidad de su dolor en este momento** colocando una **X** sobre el recuadro correspondiente.

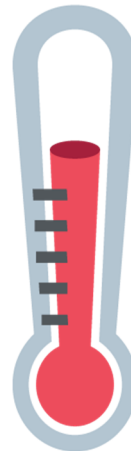
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1



Por favor, señale cuál fue la **mayor** intensidad de su **semana**.

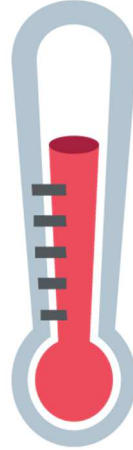
**dolor en la última**

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1

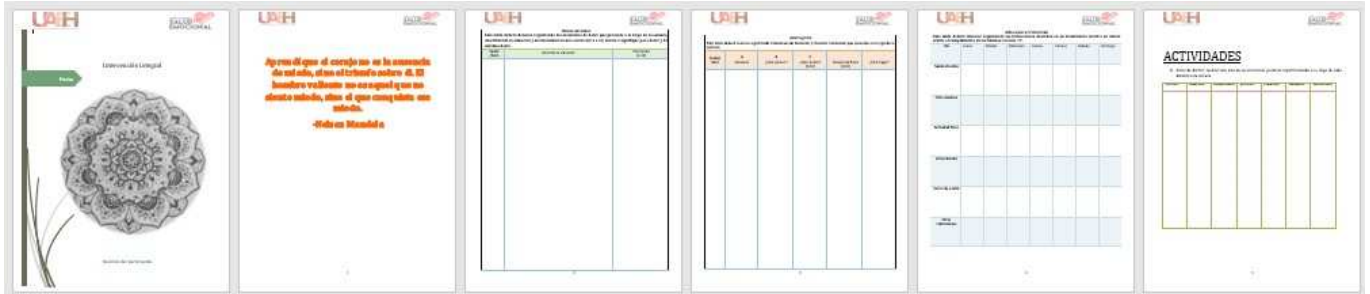
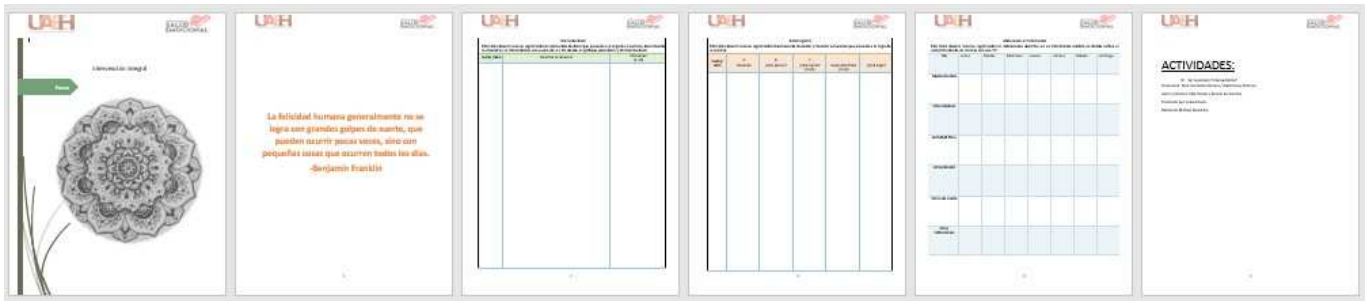


Por favor, señale cuál fue la **mayor** intensidad de su **dolor en el último mes**.

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1



## Anexo 12. Cuadernillos de autorregistros y actividades







## **Anexo 13. Presentaciones de PowerPoint**





## Anexo 14

**Sugerencias que ilustran la acción opuesta** (Linehan, 2003 adaptado por Reyes & Tena, 2016).

### **Miedo**

- Hacer lo que nos da miedo... una y otra vez.
- Acercarse a los lugares, acontecimientos, tareas, actividades y gente que nos den miedo.
- Cuando tenga miedo, haga cosas que le generen una sensación de control y competencia.
- Cuando se sienta agobiado confeccione una pequeña lista de pasos y tareas que puedan hacer y en las que sepa que es competente. Proceda a hacer la primera tarea de la lista. **Culpa**
- Reparar los daños de nuestra transgresión u ofensa.
- Pedir disculpas.
- Mejorar la situación; hacer algo agradable por la que persona a la que se ha ofendido (y si esto no es posible, por otra persona).
- Responsabilizarse y comprometerse con evitar cometer el mismo error en el futuro.
- Aceptar las consecuencias y sanciones con dignidad y responsabilidad.
- Ser paciente y dejar que la emoción de culpa o pena pase.

### **Vergüenza**

- Hacer lo que provoca sentirse avergonzado o culpable... una y otra vez.
- Enfrentar esa situación, no evitarla.  
Tristeza o depresión
- Activarse, ocuparse o enfrentar lo que causó la emoción. No evitarla.
- Hacer cosas que provoquen sentimientos de competencia y seguridad en uno mismo. **Enojo**
- Evitar a la persona con la que se está enfadado en vez de atacarla (tratar de no pensar en esa persona).
- Hacer algo agradable en vez de atacar.
- Concentrarse en sentir comprensión y empatía hacia la otra persona en vez de querer echarle la culpa.

## Anexo 15

### **Asertividad**

Una persona se infiltra en la fila para entrar al cine.

Una persona te invita de comer y la comida no te gustó. Le presté dinero a un conocido(a) y me dijo que me lo devolvería al día siguiente, y ya han pasado cinco días y aún no me los devuelve.

Una amiga te pide que cuides a su hijo mientras ella va al cine, y en ese momento tienes un compromiso.

Vas a comprar tu bebida favorita en la tienda y al salir de ella te das cuenta que el cambio que te dio es más de lo que te debió haber dado.

## **Método para practicar la aceptación radical**

1. Aceptación radical (total y sin resistencia): vivir el dolor sin convertirlo en sufrimiento.
  - a) Aceptar la realidad como es - No negar la realidad.
    - No ignorar lo que sucede.
  - b) Aceptar que todo tiene una razón de ser.
    - Dejar ir los “no debería(s)” o ¿por qué(s)? (e inventar razones y reglas para justificarlos).
    - Cambiarlos por un “sí debería” (tomar una actitud comprensiva y compasiva). -  
Relajar el cuerpo.
  - c) Aceptar que la vida vale la pena vivirse aun cuando tenga dolor.
    - Encontrar una forma de construir una vida que valga la pena vivir.
2. Tener una buena disposición:
  - a) Dejar que el mundo y las emociones propias “sean como son” - Reconocer y aceptar la situación como es.
  - b) Asumir que en algún momento se tendrá que participar de ella. - Participar de la realidad.
    - Participar de forma tan efectiva como sea posible.
3. Cambiar el enfoque una y otra vez: redirigirse a la aceptación (y practicarla a menudo).
  - a) Notar cuando uno es “terco”.
    - Por ejemplo, identificar enojo, fastidio, por qué(s), no debería(s), entre otros.
  - b) Hacer el compromiso de aceptar y tener buena disposición.
    - Reorientar la mente hacia la “aceptación” y tener “buena disposición”.
  - c) Repetir el proceso.
    - Hacerlo tantas veces como sea necesario en el día.

La aceptación radical puede aplicarse tanto a las propias emociones, las situaciones que las motivan, o a uno mismo. La aceptación radical significa que la persona acepte quién es, sin criticarse o juzgarse; es decir, aceptarse tal y como es, con todos sus errores y aciertos.

## **Anexo 17**

### **Mi práctica diaria**

Automonitoreo:

Conciencia plena:

Vivir en el aquí y ahora:

Darse a respetar:

Plan de acción comprometida: