



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL

SANITARIA

Curso 2018/2019

Trabajo Fin de Máster

**Reducción del malestar emocional, ansiedad y depresión en tres
pacientes con cáncer de mama mediante un protocolo
cognitivo conductual basado en mindfulness**

Autora: Nerea Amorós Díez

Tutor: Carlos J. van der Hofstadt Román

Co- tutora: Rosario Sepulcre Cantó

Convocatoria: febrero 2019.



Resumen

El cáncer presenta una muy elevada morbilidad y es la segunda causa de muerte a nivel global. Su diagnóstico es vivido como un acontecimiento estresante y forma parte de las situaciones más complejas y temidas en la sociedad. Ciertos factores como la cronicidad de la enfermedad, la incertidumbre de su desarrollo, la severidad de los tratamientos y los efectos secundarios de éstos, generan respuestas de ansiedad y depresión, principalmente, en el paciente y en su entorno más cercano. Entre el 30-40% de las pacientes con cáncer de mama, experimenta síntomas de malestar psicológico observados en diferentes fases de la enfermedad y están influidos por diversos factores. El presente estudio, tiene como objetivo reducir el malestar emocional, los síntomas de ansiedad y los síntomas depresivos, en tres pacientes con diferentes procesos de cáncer de mama, mediante la aplicación, en formato individual, de un programa de intervención de terapia cognitiva basada en mindfulness. Los resultados obtenidos, muestran cambios en todas ellas, aunque no de manera significativa, ni en todas las variables. Además, se han tenido en cuenta otras medidas como la calidad de vida percibida, el estilo de afrontamiento a la enfermedad, la tendencia a responder a la experiencia en mindfulness y la compasión, cuyos resultados también se han visto influidos con modificaciones en el comportamiento tras la intervención.

Palabras Clave: cáncer de mama, terapia cognitiva, mindfulness, ansiedad, depresión, calidad de vida, estilo afrontamiento.

Abstract

Cancer is one of the main causes of morbidity in the world and is the second cause of death worldwide. It's diagnosis is experienced as a stressful event and is part of the most complex and feared situations in society. Certain factors, such as the chronicity of

the disease, the uncertainty of its development, the severity of the treatments and the side effects of these, generate anxiety and depression responses, mainly in the patient and in their immediate environment. Between 30-40% of patients with breast cancer experience symptoms of psychological distress observed in different phases of the disease and are influenced by several factors. The present study aims to reduce emotional distress, anxiety symptoms and depressive symptoms, in three patients with different breast cancer processes, by applying, in an individual format, a program of cognitive therapy intervention based on mindfulness. The results have shown changes in all of them, although not in a significant way, not in all the variables. In addition, other measures have been taken into account, such as, the perceived quality of life, the style of coping with the illness, the tendency to respond to the experience in mindfulness and compassion, whose results have also been influenced by changes in behavior after the intervention.

Keywords: breast cancer, cognitive therapy, mindfulness, anxiety, depression, quality of life, coping style.

Introducción

El cáncer presenta una muy elevada morbilidad y es la segunda causa de muerte a nivel global. Los últimos datos estimados por GLOBOCAN (OMS) indican que en el año 2012 se alcanzaron los 14 millones de casos nuevos y que en los próximos años la incidencia aumentaría casi en el 70%, alcanzando aproximadamente los 24 millones de casos nuevos para el año 2035. En 2018, las estimaciones de la Agencia Internacional para la Investigación del cáncer (IARC) estima que el cáncer de mama constituye el segundo tumor más frecuente siendo en España y Europa, actualmente, el más diagnosticado en las mujeres (REDECAN y EURO CARE).

A pesar de que en los últimos años la eficacia de los tratamientos y los avances en el sistema sanitario han aumentado el número de supervivientes diagnosticados de cáncer, esta enfermedad continúa siendo, hoy día, un grave problema de salud en todo el mundo (García Torres y J. Alós, 2015). El impacto que el diagnóstico de cáncer supone para la persona se observa que es vivido como un acontecimiento estresante y que forma parte de las situaciones más complejas y temidas en la sociedad. Esto, se debe en parte a que se añan ciertos factores como son la cronicidad, la incertidumbre del desarrollo de la enfermedad, la severidad de los tratamientos y los efectos secundarios de éstos (Alonso y Bastos, 2011) y generan respuestas emocionales de ansiedad y depresión, principalmente, en el paciente y en su entorno más cercano (Cano, 2005; González, González y Estrada, 2015). Se estima, que dichas respuestas de malestar generan trastornos psicopatológicos asociados en los pacientes oncológicos con mayor frecuencia incluso que en la población general (Hernández, 2012).

Entre el 30-40% de las pacientes con cáncer de mama, experimenta síntomas de malestar psicológico observados en diferentes fases de la enfermedad y están influidos por diversos factores, pudiendo persistir durante diez años una vez finalizado el

tratamiento (Hernández, 2012; Pérez-Tejada et al., 2016; McFarland, Shaffer, Tiersten & Holland, 2018). Además, dichos síntomas psicológicos mantienen una estrecha relación con los síntomas físicos que se asocian en muchos casos con la depresión según los resultados de un estudio llevado a cabo por McFarland et al., (2018). Uno de los síntomas que con mayor frecuencia aparece es la fatiga, que se estima es experimentada en una de cada cuatro mujeres supervivientes de cáncer de mama y comparte aspectos que están relacionados muy estrechamente con el bienestar. Pues facilita la aparición de síntomas de ansiedad y depresión, alteraciones en el sueño, dificultades para encontrar un adecuado apoyo social, potencia el dolor y por tanto influye en una peor calidad de vida (Abrahams, Gielissen, Verhagen & Knoop, 2018).

Por otro lado, los estudios indican que entre los factores claves en la persistencia de un trastorno psicológico se encuentran las estrategias de afrontamiento que el paciente utilice en situaciones de estrés pudiendo influir no solo a la calidad de vida de la persona sino también en la supervivencia, observándose que un estilo de afrontamiento pasivo ante el estrés correlaciona positivamente con niveles más elevados de ansiedad y de depresión (Pérez-Tejada et al., 2016; McFarland et al., 2018).

Así mismo y en relación con la calidad de vida, un estudio realizado en Hong Kong muestra el impacto que los síntomas psicológicos tienen en la productividad laboral, observándose que las pacientes supervivientes de un cáncer de mama se muestran más propensas a experimentar mayor número de limitaciones cognitivas a la hora de enfrentarse a las tareas de su puesto de trabajo (Andy, Lauren, Yvonne, Rain & Sanne, 2016), resultados que han sido similares a los hallados en otros países, así como por la Agencia Europea para la Salud y Seguridad en el Trabajo (EU-OSHA, 2017). De ahí la necesidad de una detección temprana de los síntomas psicológicos en pacientes, puesto que a pesar de que existe un alto predominio de ellos, en muchas ocasiones pueden ser

infradiagnosticados y como consecuencia no recibir el tratamiento requerido, lo cual influye negativamente en la calidad de vida de las personas, en la adherencia al tratamiento y supervivencia. (Pousa, Miguelez, Hernández, González y Gaviria, 2015).

Para identificarlos, en oncología comúnmente se utiliza el termómetro de distrés (TD), con el objetivo de derivar al paciente a los diferentes niveles de intervención que precise lo más tempranamente posible (AETS, 2013; McFarland et al., 2018).

Respecto a las intervenciones psicológicas llevadas a cabo con pacientes oncológicos, encontramos diversos estudios que han aplicado tratamientos únicos o combinados con diferentes modalidades de intervención, incluida la telefónica y en línea, que han obtenido resultados positivos reflejados en una mejora en el sueño, bienestar emocional, reducción de la fatiga y una mejora general de la percepción en la calidad de vida y síntomas postmenopáusicos (Galindo et al., 2014).

En las pacientes con cáncer de mama, la intervención cognitivo-conductual se muestra efectiva en la reducción de síntomas ansiosos y depresivos, manejo de emociones, estrategias de afrontamiento y mejora general de la calidad de vida (Aberturas, Magán, Espinosa, Navas y Provencio, 2015). Así mismo, las técnicas conductuales y el ejercicio físico cobran relevancia según diversos estudios al obtener resultados estadísticamente significativos especialmente en la disminución de la fatiga (Duijts, Faber, Oldenburg, van Beurden & Aaronson, 2011).

En los últimos años se han incluido las intervenciones cognitivas conductuales basadas en técnicas de mindfulness con el objetivo de reducir el estrés y aspectos emocionales negativos en pacientes oncológicos (Vallejo y Ortega, 2007).

Estas técnicas, comienzan a utilizarse a finales de los años setenta en la Clínica de Reducción de estrés de Massachusetts mediante el programa de reducción de estrés basado en Mindfulness (Mindfulness Based Stress Reduction, MBSR), destinado a

población clínica sana con el objetivo de reducir los síntomas de estrés, ansiedad y problemas del sueño (Kabat-Zinn & Williams, 2017).

Posteriormente, a finales de los noventa, el grupo liderado por Carlson (2016), adapta el programa de Reducción de estrés basado en Mindfulness a pacientes oncológicos dando lugar al programa de recuperación del cáncer basado en Mindfulness (Mindfulness Based Cancer Recovery, MBCR), que incluye material específico para el afrontamiento de la sintomatología asociada al cáncer como son, los problemas de sueño, miedo a la recurrencia de la enfermedad, manejo del dolor y otras estrategias propias de la terapia cognitivo conductual para el afrontamiento de cogniciones.

A partir de este último programa y siguiendo las aplicaciones clínicas de Segal, Williams & Teasdale, (2015), que mostraron la eficacia de un programa de mindfulness combinado con técnicas cognitivo-conductuales en pacientes con depresión, Bartley (2013) realiza la adaptación de un nuevo programa de terapia cognitiva basado en mindfulness (MBCT) para población oncológica. Este último está dirigido a atender las necesidades de pacientes con cáncer y se muestra, tras años de aplicación y de diez años de seguimiento, la eficacia en la mejora significativa en la calidad de vida de los pacientes que participaron en la terapia.

Al hilo de lo expuesto anteriormente, Calero y Cruzado (2018), tras realizar un análisis sistemático de la efectividad de las intervenciones basadas en mindfulness dirigidas a población oncológica, hallan que 10 investigaciones muestran resultados positivos del Mindfulness en la mejora de síntomas psicológicos, físicos y biológicos (aumento de la telomerasa), de manera significativa. No obstante, y a pesar de concluir que la terapia de Mindfulness genera una mejora en el bienestar, reduciendo sintomatología ansiosa y depresiva, reducción de estrés percibido y de la fatiga en

pacientes con cáncer de mama, se desconoce cuál es el protocolo idóneo para aplicar en dicha población.

A pesar de que los programas comentados anteriormente son todos ellos de modalidad grupal, un estudio piloto llevado a cabo para reducir la fatiga intensa en supervivientes de cáncer mediante la terapia cognitiva basada en mindfulness, a través de internet, sugiere la posible eficacia de dicha terapia aplicada de manera individual dado los resultados significativos que se han obtenido en la reducción de la fatiga, así como, en otros síntomas de ansiedad como la angustia (Bruggeman Everts, van der Lee & de Jager Meezenbroek, 2015).

Con todo y dada la necesidad de continuar realizando investigaciones sobre la eficacia que las aplicaciones de terapias basadas en Mindfulness muestran en pacientes con cáncer de mama para conocer cuál es el protocolo de intervención que mejores resultados aporta, en el presente trabajo se describe la intervención de terapia cognitiva basada en mindfulness en tres pacientes con cáncer de mama de manera individual.

Objetivos

Objetivo general

- Reducción del grado de malestar emocional, así como, síntomas de ansiedad y de depresión en tres pacientes con cáncer de mama, tras la aplicación de una intervención cognitiva basada en mindfulness.

Objetivos Específicos

- Observar si existen cambios en la percepción de la calidad de vida, en general.
- Comprobar si se producen cambios en el estilo de afrontamiento a situaciones de estrés relacionadas con la enfermedad.
- Conocer si tras la intervención basada en mindfulness, aumenta la tendencia a percibir las experiencias en atención plena.

- Observar si hay cambios en los niveles de compasión y autocuidado en situaciones complejas, tras la intervención.

Hipótesis

- Tras la intervención, el grado de malestar emocional, el nivel de síntomas de ansiedad y síntomas de depresión habrán disminuido.
- Se habrán producido cambios en la percepción de calidad de vida, tras la intervención.
- Se espera que haya cambios en el estilo de afrontamiento de situaciones estresantes.
- Al finalizar el programa basado en mindfulness, la tendencia a percibir las experiencias cotidianas en atención plena habrá aumentado.
- Al finalizar el programa basado en mindfulness se observarán cambios en los niveles de autocompasión y autocuidado en situaciones complejas.
- Una mayor realización de prácticas de mindfulness generará una mejora en las variables: bienestar emocional, ansiedad, depresión, calidad de vida, estilo de afrontamiento, tendencia a vivir en atención plena las experiencias y en el nivel de autocompasión.

Método

El presente estudio sigue un diseño AB con N= 3, donde se describe una misma intervención aplicada a tres sujetos de manera individual.

Participantes

A continuación, se describe la identificación de los pacientes que participan en el presente trabajo y la historia del problema. Las tres pacientes acuden al servicio de psicooncología de la Asociación Española Contra el Cáncer en el Hospital General Universitario de Alicante a través de interconsulta.

Sujeto 1:

Mujer de 51 años. Es enfermera, tiene pareja y vive sola.

En 2009 le diagnostican un cáncer de mama. Le realizan una tumorectomía y recibe tratamiento con radioterapia. En 2017, tiene una recidiva del cáncer de mama con metástasis óseas. Actualmente, se encuentra en tratamiento activo de tipo hormonal y de soporte para las metástasis óseas. Padece también una enfermedad de Crohn y artritis reumatoide degenerativa, aspectos que intensifican el dolor.

Cuando acude al servicio de psicooncología, presenta un cuadro de síntomas tanto ansiosos como depresivos dando lugar a un trastorno adaptativo mixto.

Su nivel de malestar emocional es de 7 sobre 10 y en cuanto los aspectos que principalmente le preocupan son: el cuidado de su casa, el cansancio que siente y la tristeza a nivel psicológico. Debido a las secuelas de los tratamientos no podrá reincorporarse a su puesto de trabajo.

Sujeto 2:

Mujer de 49 años, casada y con una hija de 11 años.

Desde los 11 años presenta una distrofia muscular hereditaria. En 2018, es diagnosticada de cáncer de mama y metástasis óseas. Intervenida con mastectomía y linfadenectomía. Posteriormente inicia tratamiento radioterápico (ovario) y comienza tratamiento hormonal. Seis meses antes de su diagnóstico, su madre fallece por cáncer de mama. Cuando acude al servicio de psicooncología presenta síntomas de ansiedad principalmente. Posee un malestar emocional (distrés) de 8 sobre 10. A nivel social, los aspectos que más le preocupan son el cuidado de su hija y de la casa; a nivel sanitario: el cansancio, los problemas para dormir, el dolor y la incertidumbre acerca de la enfermedad y tratamiento. A nivel psicológico, presenta miedo, nerviosismo, tristeza e ira. Su mayor preocupación es que el tratamiento no haga efecto.

Sujeto 3:

Mujer de 44 años, divorciada y con un hijo de 16 años que vive con ella. Es administrativa y cuando acude se encuentra en baja laboral por proceso de enfermedad.

Presenta diagnóstico de cáncer de mama. Ha sido intervenida con doble mastectomía con reconstrucción inmediata, así como histerectomía y anexectomía bilateral preventiva. Posteriormente comienza tratamiento de quimioterapia y hormonoterapia adyuvante.

Llega al servicio de psicooncología con necesidad principalmente de ventilación emocional. Describe problemas emocionales sobre el impacto que han generado los procesos quirúrgicos. Su nivel de malestar emocional o distrés es de 8 sobre 10. Su principal preocupación con respecto a la enfermedad y tratamientos es el miedo a que se repita el proceso y a las posibles secuelas.

Además, a nivel social, presenta preocupación por el cuidado de la casa, así como por el trabajo y los aspectos económicos. Presenta cansancio, y a nivel psicológico, destacan los síntomas de ansiedad, depresivos, con pérdida de interés en las actividades habituales, ira y preocupación por los cambios en su aspecto físico.

Instrumentos

Termómetro de Distrés (TD) (Roth et al, 1998).

Se trata de una Escala de Valoración Análoga (EVA) que mide el distrés entendido como malestar emocional, producto de la enfermedad y los tratamientos. La valoración se realiza a través de un único ítem cuya puntuación puede oscilar en una escala de 11 puntos entre 0 y 10, correspondiéndose las puntuaciones más altas con mayores niveles de distrés y tomando como punto de corte las puntuaciones iguales o superiores a 4 como susceptibles de intervención psicológica.

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (H.A.D.S.) (Zigmond & Snaith, 1983) en su adaptación al castellano para pacientes oncológicos (López-Roig et al, 2000).

Esta escala evalúa niveles de respuesta emocionales de ansiedad y depresión en los sujetos atendidos en servicios Hospitalarios. La escala está formada por 14 ítems con respuestas de tipo Likert de 4 puntos que se dividen en dos subescalas, ansiedad y depresión, con 7 ítems para cada una de ellas. La puntuación total de cada subescala se obtiene de la suma de los valores indicados en cada ítem. Los valores obtenidos entre 0-9 indican ausencia de caso clínico y los valores entre 10-21, caso clínico, para la subescala de ansiedad. En la subescala depresión los valores entre 0-4 indican ausencia de caso clínico y los valores entre 5-21 indican caso clínico. La adaptación de la escala en la que nos centramos propone como punto de corte para la ansiedad el valor de 9 y en el caso de la subescala de depresión la puntuación de corte es de 4. La adaptación de dicha escala presenta unas adecuadas propiedades psicométricas, mostrando una fiabilidad de 0.85 para ansiedad y 0.87 para depresión, con validez de 0.70.

Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos (CAEPO) (González, 2004). Se trata de un cuestionario construido específicamente para población oncológica que recoge información acerca de las estrategias de afrontamiento que el paciente pone en marcha ante situaciones estresantes, producto del diagnóstico de la enfermedad, así como, de las terapias o del entorno social/ familiar que giran en torno a ésta, dando lugar a un determinado estilo de afrontamiento por parte del paciente. Está constituido por 40 ítems con respuesta tipo Likert de 4 puntos, donde 0 es casi nunca y 3 es casi siempre, organizados en 7 subescalas. Los 40 ítems se dividen en dos grupos de 20 ítems, uno para afrontamiento positivo y otro de afrontamiento negativo. El primer grupo referentes al afrontamiento positivo, se dividen en las siguientes escalas: Enfrentamiento y Lucha Activa (ELA), Autocontrol y Control Emocional (ACE) y

Búsqueda de Apoyo Social (BAS). Dichas escalas exploran los comportamientos y pensamientos positivos o que tienden a la búsqueda de soluciones para la mejora de la situación o el desequilibrio emocional. Las cuatro escalas restantes están constituidas por los ítems que exploran las conductas y pensamientos no adaptativos en el sentido de que el sujeto valora la situación como excesivamente amenazante y se muestra incapaz de hacerle frente. Las escalas son: Ansiedad y Preocupación Ansiosa (APA), Pasividad y Resignación Pasiva (PRP), Huida y Distanciamiento (HD) y Negación (N).

La puntuación indicativa del modo de afrontamiento se obtiene de la diferencia entre el decatipo correspondiente a la escala de afrontamiento positivo y el decatipo que corresponde al subtotal de afrontamiento negativo, oscilando entre -9 y 9. Las puntuaciones entre -9 y -3 indican un estilo de afrontamiento negativo, entre -2 y -1 un afrontamiento preferiblemente negativo, una puntuación de 0, corresponde a un afrontamiento no definido, entre 1 y 2, un afrontamiento preferiblemente positivo y finalmente una puntuación entre 3 y 9 indica un afrontamiento positivo. Para todas las escalas, los índices del alfa de Cronbach son superiores a 0.80, a excepción de la escala Negación (N), donde el índice se acerca mucho a ese valor. No obstante, el cuestionario tiene una validez adecuada entre 0.64 y 0.87.

Evaluación Funcional para el Tratamiento del Cáncer-General (FACT-G) (Cella, 1993), adaptación al español (Cella, 1998). Este cuestionario evalúa la calidad de vida relacionada con la salud o salud percibida. Se compone de 27 ítems con respuesta tipo Likert de 5 puntos, donde 0 es nada y 4 es muchísimo, distribuidos en 4 subescalas. Las escalas corresponden a: estado físico general de salud; ambiente familiar y social; estado emocional y capacidad de funcionamiento personal. De todas las subescalas se obtiene una puntuación global máxima de 112, indicando a mayor puntuación mayor

calidad de vida. Se puede afirmar que este instrumento tiene unas propiedades psicométricas adecuadas ya que muestra una fiabilidad de 0.88 y validez de 0.79.

Cuestionario de Mindfulness 5 Facetas (FFMQ) (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney, 2006). Se trata de un instrumento que evalúa mindfulness rasgo con un total de 39 ítems, con escala tipo Likert con 5 alternativas de respuesta donde 1 es “nunca o rara vez es verdad” y 5 es “muy a menudo o siempre es verdad”, divididos todos ellos en 5 facetas. Las facetas son las siguientes: (1) *Observación*, la cual implica estar abierto a percibir y reconocer estímulos que normalmente no están en nuestro foco principal de atención por ser comunes o cotidianos; (2) *Descripción*, hace referencia a la capacidad para expresar con palabras los sentimientos que produce aquello que es observado; (3) *Actuar con conciencia*, implica el actuar con conciencia al realizar actos en los que se está concentrado o se toma conciencia de aspectos específicos de la acción; (4) *Ausencia de reactividad*, esta faceta se trata del proceso análogo a la actitud pasiva, implica ver lo hechos tal y como son y enfatiza un tiempo en el que no se actúa, no se niega y no se rechaza; y, (5) *Ausencia de juicio*, conlleva observar los estímulos del campo perceptivo de manera objetiva sin emitir juicios y tomando distancia, sin reaccionar. La consistencia interna global de la prueba es de 0.81 y para cada una de las facetas: observar 0.83, describir es 0.91, actuar con conciencia es 0.87, ausencia de reactividad es 0.75 y ausencia de juicio 0.87. Para su corrección se obtiene una puntuación de la escala general sumando el valor de todos los ítems indicando a mayor puntuación una mayor conciencia en atención plena y una puntuación para cada uno de los 5 factores.

Escala de autocompasión SCS (Self-Compassion Scale) (Neff, 2003) en su adaptación al español (García-Campayo et al., 2014). Esta escala evalúa cómo cada sujeto suele habitualmente actuar consigo mismo en los momentos difíciles. En su

versión breve, está constituida por 12 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos, siendo 1 Casi Nunca y 5 Casi Siempre. A su vez, la escala se divide en tres subescalas principales: *auto-amabilidad*, *humanidad común* y *mindfulness* y tres subescalas complementarias que son *auto-juicio*, *aislamiento* y *sobre-identificación*. Cada subescala se calcula realizando la media de las respuestas de sus ítems de manera directa en las subescalas principales y de manera inversa para las complementarias; y, finalmente se hace la media entre ambas subescalas (para auto-amabilidad es auto-juicio, para humanidad común es aislamiento y de mindfulness es sobre-identificación).

La escala posee unas propiedades psicométricas adecuadas con un alfa de Cronbach de 0.86.

Entrevista ad hoc (pretratamiento) previa a la intervención para recoger información acerca del grado en que los sujetos tienen conocimientos acerca del Mindfulness y si ya han tenido una experiencia con su práctica alguna vez en su vida.

Entrevista ad hoc (postratamiento), para conocer a nivel cualitativo qué aspectos ha aportado el programa de intervención basado en Mindfulness a los sujetos y en qué medida continúan poniendo en práctica las estrategias aprendidas.

Procedimiento

La intervención con cada una de las pacientes se lleva a cabo en el servicio de Psicooncología del Hospital General Universitario de Alicante de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) y está compuesta por un total de 11 sesiones. En la primera sesión, se lleva a cabo la recepción de cada una de las pacientes donde se realiza el triaje psicológico mediante una entrevista semi estructurada y la valoración del malestar emocional con el termómetro de estrés (TD) (Roth et al.,1998).

En esta sesión, se administra a cada una de las pacientes el consentimiento informado propio de la AECC para la recogida de los datos y otro específico solicitando el consentimiento del uso de datos clínicos con fines académicos y de investigación.

Posteriormente, tiene lugar el inicio del programa de terapia cognitiva basada en Mindfulness. Se trata de una adaptación realizada en el Servicio de psicooncología del Hospital General de Alicante, a población oncológica, siguiendo las directrices del Programa de Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) de Segal, Williams & Teasdale (2002) que incorpora, a su vez, el programa de Reducción de Estrés Basado en Mindfulness (MBSR) desarrollado por Jon Kabat-Zinn en 1990. El programa, consta de un total de 9 sesiones que comienzan en la sesión 0 y finalizan en la sesión 8. Son de periodicidad semanal y tienen una duración de 60 minutos. En la Tabla 1, se detalla la estructura del programa (sesiones y objetivos) y en el Anexo 1, se ofrece una descripción del contenido de cada una de las sesiones, para la consecución de los objetivos planteados y la propuesta de tareas para casa. Finalmente, en la sesión 11 se llevará a cabo un seguimiento (3 meses).

Tabla 1.

Intervención de terapia cognitiva basada en Mindfulness

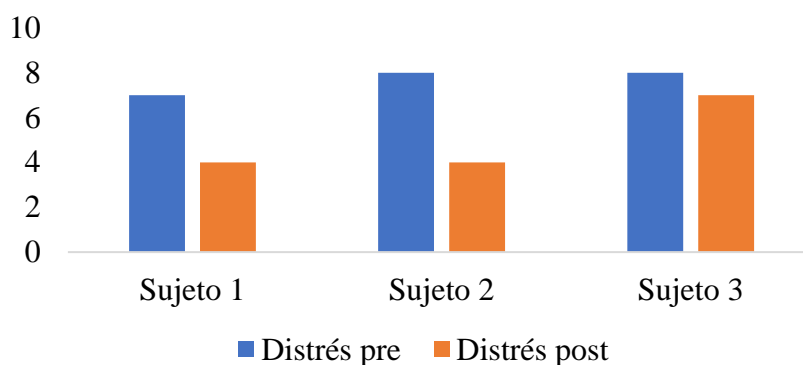
Sesión	Objetivos
0. Presentación	-Conocer el concepto mindfulness, beneficios y evaluación pre.
1. Aceptación y Resistencias	- Despertar la conciencia en atención plena por medio de la respiración.
2. Cultivando la felicidad	-Diferenciar entre felicidad eudaimónica y hedónica.
3. El río de los sentimientos	-Conocer las emociones, su función adaptativa y aprender a identificarlas.

- | | |
|-------------------------------|--|
| 4. Apagar la radio interior | -Conocer los patrones de pensamiento y aprender a identificarlos. |
| 5. Pensamientos no son hechos | -Identificar pensamientos automáticos negativos, sensaciones físicas y aprender a transformarlos y/o aceptarlos. |
| 6. Cuida tu dolor | -Comprender el poder de la compasión en el afrontamiento del dolor |
| 7. El camino del bienestar | -Conocer el perdón que surge de la compasión y aprender a modificar el lenguaje interno. |
| 8. Cuida de ti | -Incidir en el mantenimiento de los nuevos hábitos y búsqueda de momentos agradables. |
| | -Evaluación post |

Resultados

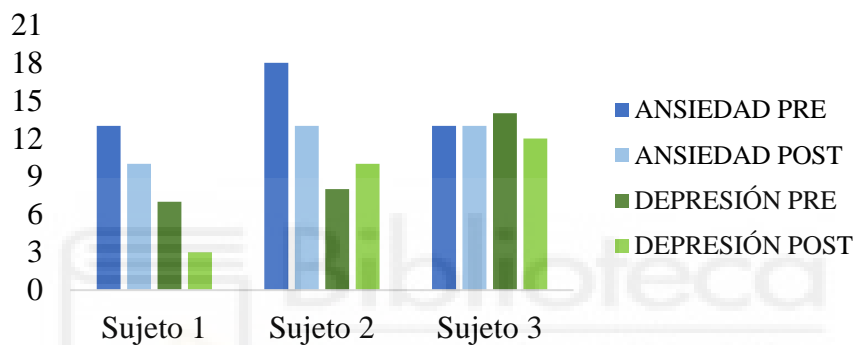
A continuación, se muestran los resultados obtenidos para las variables tenidas en cuenta en el protocolo de evaluación del programa de terapia cognitiva basado en Mindfulness aplicado a tres pacientes con diagnóstico de cáncer de mama.

Figura 1. Nivel de Malestar Emocional



La figura 1 muestra el grado de malestar emocional (distrés) que las pacientes experimentan antes y después de la intervención. En los sujetos 1 y 2 se observa una disminución en el nivel de malestar puntuando antes de la aplicación del programa 7 y 8 puntos sobre 10, respectivamente y después de la intervención 4. A pesar de que una puntuación de 4 ya es considerado susceptible de intervención, los resultados indican que se aproximan a unos niveles normalizados. El sujeto 3 disminuye solo 1 punto en el grado de percepción de malestar, de 8 a 7.

Figura 2. Niveles de ansiedad y depresión antes y después de la intervención



La figura 2 corresponde con los niveles de ansiedad y depresión que han resultado tras la evaluación mediante el H.A.D.S. En la primera paciente (sujeto 1) se observa una disminución de los niveles en ambas variables. Antes de la intervención la puntuación en ansiedad era de 13 y baja a 10, y en depresión una puntuación de 7 disminuye a 3. En esta prueba, el punto de corte para la ansiedad es de 9, por lo que continúa considerándose caso clínico y en la depresión, el punto de corte se estima en 4, de manera que se han alcanzado niveles adaptativos respecto a los síntomas del estado de ánimo.

En cuanto al sujeto 2, se observa que ha disminuido los síntomas de ansiedad con una puntuación previa de 18 que ha pasado a 13, aunque todavía se encuentra en niveles considerados susceptibles de intervención. En cambio, ha aumentado dos puntos en síntomas depresivos tras la intervención. Dicha diferencia radica en que tras la

intervención la sensación de miedo a que algo malo suceda ha aumentado y en el disfrute de las actividades la puntuación ha sido algo menor. No se han obtenido cambios en ansiedad para la tercera paciente y una diferencia de 2 puntos menos para depresión.

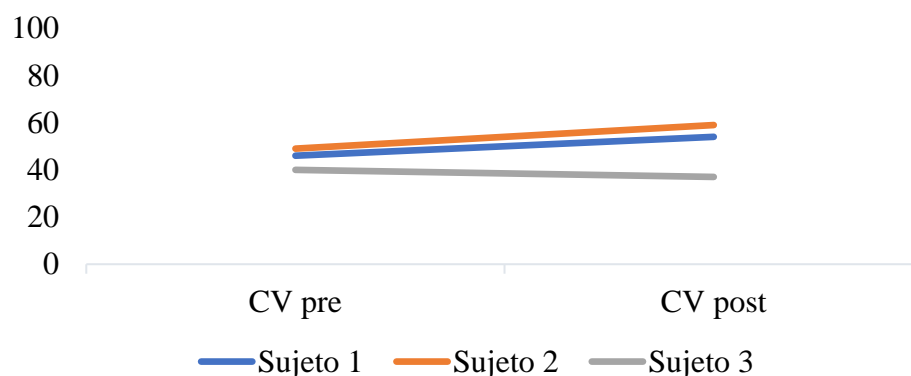
Tabla 2.

Estilos de Afrontamiento en situaciones de estrés relacionadas con el cáncer

	Estilo Afrontamiento pre	Estilo Afrontamiento post
Sujeto 1	1	1
Sujeto 2	0	1
Sujeto 3	-2	-2

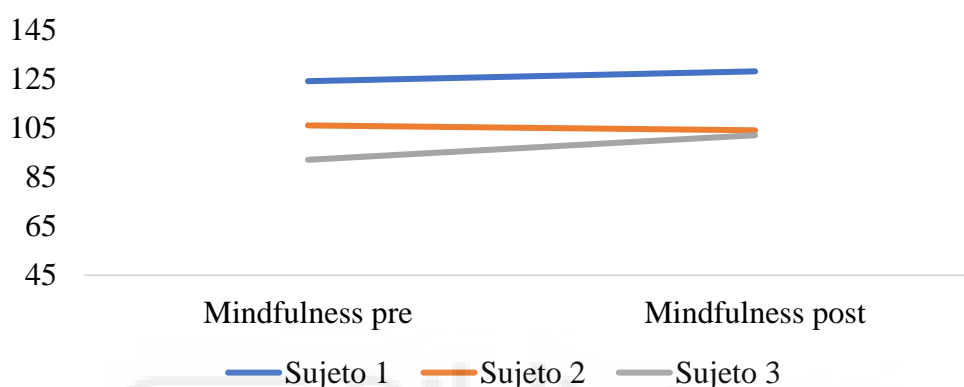
La tabla 2 hace referencia a los estilos de afrontamiento que mantienen los sujetos ante situaciones de estrés relacionadas con la enfermedad. El CAEPO discrimina entre afrontamiento negativo (-9 a-3), afrontamiento preferentemente negativo (-3 a-1), indefinido (0), preferentemente positivo (1 y 2) y afrontamiento positivo (3 a 9). En el sujeto 1 el afrontamiento es preferentemente positivo antes y después de la intervención, aumentando en un punto. El sujeto 2 ha pasado de un afrontamiento indefinido al estilo preferentemente positivo y finalmente en el sujeto 3 no se han producido cambios, manteniéndose en el tipo de afrontamiento preferentemente negativo (-2).

Figura 3. Calidad de Vida



La variable calidad de vida se ha medido con la prueba Fact-G, que ofrece una puntuación global máxima de 112. En la presente figura, se observa que hay un ligero aumento en la percepción de calidad de vida en el sujeto 1, aumentando la puntuación de 46 a 54 puntos y en el sujeto 2, que asciende de 49 a 59. En el sujeto 3 se aprecia un ligero descenso en la percepción de calidad de vida (de 40 a 37).

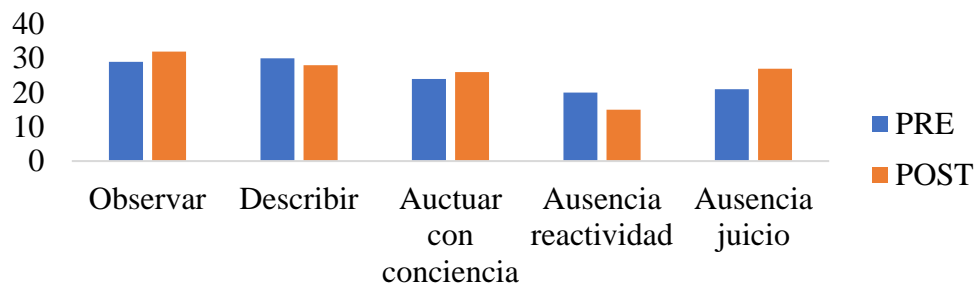
Figura 4. Puntuaciones Globales en FFMQ 5-Factores



En la figura 4 se muestran las puntuaciones globales obtenidas a través del cuestionario FFMQ 5-Factores. Esta prueba mide la tendencia a responder en atención plena a la experiencia basándose en 5 factores (observación, descripción, actuar con conciencia, ausencia de reactividad y ausencia de juicio). Los sujetos 1 y 3 han mostrado un ligero aumento en la tendencia a responder con atención plena (con una diferencia de 4 puntos en la primera y de 10 en la segunda). El sujeto 2 ha obtenido un ligero descenso en dicha percepción con 2 puntos de diferencia, por lo que no se considera un cambio significativo.

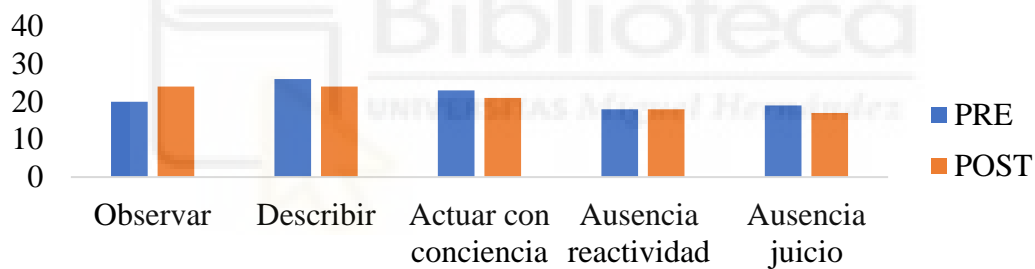
A continuación, se presentan las puntuaciones obtenidas en los diferentes factores de la prueba tanto en la evaluación pre y post.

Figura 5. Puntuaciones en FFMQ 5-Factores (Sujeto 1)



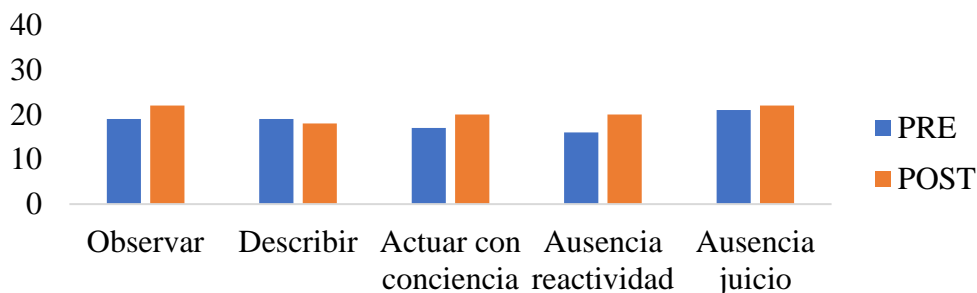
Esta figura (5), indica los cambios producidos en la puntuación global referente a la tendencia a vivir las experiencias en atención plena en el sujeto 1. Se muestra un aumento en la faceta de observar, en actuar con conciencia y en la ausencia a emitir juicios. Para las facetas de describir las emociones que se experimenta en la observación de situaciones, así como la ausencia de reactividad, no se aprecian cambios.

Figura 6. Puntuaciones en FFMQ 5-Factores (Sujeto 2)



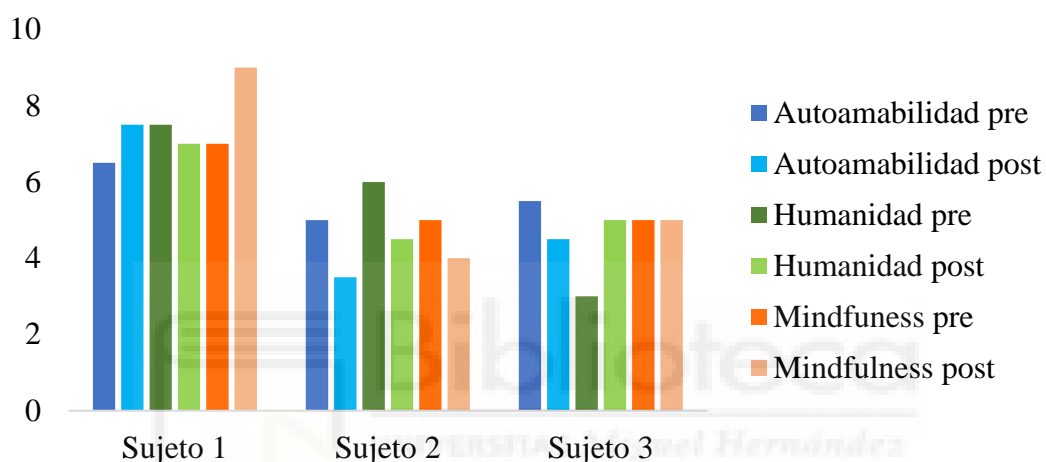
La figura 6, indica los cambios producidos en las facetas del FFMQ en el sujeto 2. Se produce un ligero aumento en la faceta “observación” y la ausencia de reactividad se mantiene igual. El resto de las facetas son ligeramente más altas antes de la intervención que después, pero dichos cambios no son significativos a nivel global.

Figura 7. Puntuaciones en FFMQ 5-Factores (Sujeto 3)



La figura 7, indica que el sujeto 3, tras llevar a cabo la intervención basada en mindfulness, la tendencia a responder a las situaciones y experiencias en atención plena ha aumentado. Los cambios se muestran en una mayor tendencia a observar, a actuar con conciencia, un aumento en la ausencia de reactividad y de juicio. La única faceta que se muestra en el mismo nivel que antes es la de describir y etiquetar las experiencias.

Figura 8. Puntuaciones en Escala de Autocompasión (SCS)



La figura 8, nos indica si se han producido cambios o no en el grado de autocompasión, haciendo referencia a cómo actúa cada uno consigo mismo en las situaciones difíciles.

Las escalas evaluadas por la compasión en dicha prueba son: “auto amabilidad” frente a “auto juicio”, “humanidad común” frente a “aislamiento” y “mindfulness” frente a “sobre identificación”. En el sujeto 1 destaca un ligero aumento en auto amabilidad, así como en mindfulness frente a sobre identificación.

En el sujeto 2 las puntuaciones en las escalas han disminuido ligeramente en todas ellas y en el sujeto 3 se aprecia un cambio en positivo en la escala humanidad común frente a aislamiento.

Finalmente, se presenta la información y resultados cualitativos recogidos a través de las entrevistas ad hoc que se administran con el protocolo de evaluación antes y después

de la intervención. La entrevista inicial recoge información acerca de la existencia de conocimientos previos en mindfulness y de aquellos aspectos que a cada sujeto le gustaría conseguir con el programa.

En referencia a esta entrevista, las pacientes admiten desconocer qué es el mindfulness y en cuanto a los aspectos que les mueve a participar de este programa son los siguientes:

La paciente que hace referencia al sujeto 1, refiere que quiere conseguir paz mental y aprender a utilizar sus recursos en su beneficio y el de sus familiares y allegados. La segunda paciente indica que le gustaría aprender estrategias de relajación y a no anticipar lo que pueda suceder en un futuro. Vivir el presente y evitar centrarse en el dolor.

Y, la tercera y última paciente indica que quiere ganar seguridad y sentirse bien emocionalmente.

Respecto a las reflexiones personales que hacen una vez finalizada la intervención de terapia cognitiva basada en mindfulness, sobre las aportaciones que han obtenido y los recursos aprendidos, a través de la entrevista ad hoc post, se presentan percepciones muy alentadoras.

La primera de ellas, indica que el programa basado en mindfulness le ha ayudado a gestionar mejor sus emociones y a incentivar el ánimo en momentos de tristeza y abatimiento. Para las otras dos pacientes, el aprendizaje de centrar la atención en la respiración ha supuesto una vía de escape para disminuir los niveles de ansiedad en situaciones de mayor estrés. Todas ellas, además, indican haber aprendido a identificar mejor sus emociones y pensamientos y perciben que tienen mayor habilidad para dejarlos ir, volviendo a centrar la atención en el momento presente.

De las técnicas practicada en las que se ha mostrado un mayor interés, se encuentran: la práctica de la *isla interior* (crear un lugar seguro), la práctica del *río de las emociones* y la práctica de *la sonrisa* (para despertar la alegría).

Finalmente, en la entrevista post intervención se solicita que indiquen la frecuencia con que se han mantenido las prácticas de mindfulness durante la primera semana, tras finalizar el programa. En la Tabla 3, 4 y 5 se muestran los resultados obtenidos donde los sujetos indican si han realizado práctica formal y/o informal y el tiempo (en minutos) total invertido al día.

Tabla 3.

Sujeo1							
Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
P. Formal	X		X			X	
P. Informal	X	X	X	X	X		X
T. (minutos)	20	20	30	45	40	20	25

Tabla 4.

Sujeto 2							
Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
P. Formal	X	X		X	X		
P. Informal	X	X	X		X		X
T. (minutos)	20	20	5	15	20		5

Tabla 5.

Sujeto 3							
Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
P. Formal	X		X	X			X
P. Informal	X	X	X	X	X	X	
T. (minutos)	15	10	10	10	5	10	10

Las tablas 3, 4 y 5, muestran la frecuencia con que las pacientes han llevado a cabo las prácticas entrenadas en el programa, tras finalizar la intervención y se destaca que han elegido en mayor medida las prácticas informales frente a las formales.

Discusión

El objetivo principal del presente trabajo es la reducción del grado de malestar emocional, de los síntomas ansiosos y síntomas depresivos en 3 pacientes que atraviesan diferentes procesos oncológicos de cáncer de mama, mediante la aplicación, en formato individual, de un programa de corte cognitivo basado en Mindfulness.

Con respecto a la reducción del malestar emocional, se puede afirmar que ha habido una mejora en todas ellas; no obstante, únicamente en los sujetos 1 y 2 la reducción de este nivel destaca al aproximarse a una puntuación más adaptativa, todavía considerada susceptible de intervención.

En cuanto a la ansiedad, solo en las dos primeras pacientes (sujeto 1 y 2) se observa que ha habido un descenso de los síntomas, no mostrando cambio alguno en el sujeto 3 y, en los síntomas indicativos de depresión, solo en el caso del sujeto 1 y 3 se han visto modificados con mejores resultados. Sin embargo, los niveles obtenidos en el post test en ansiedad y depresión siguen considerándose como casos clínicos; por tanto, únicamente se puede afirmar que en el caso del primer sujeto sí que se han observado cambios considerados relevantes para las variables malestar emocional, ansiedad y depresión.

Por otra parte, se han tenido en cuenta otros objetivos específicos propuestos que hacen referencia al cambio en el estilo de afrontamiento hacia la enfermedad, la calidad de vida percibida, la tendencia a responder hacia las experiencias cotidianas en atención plena y el nivel de autocompasión. En esta línea, se observan diferentes cambios dependiendo de cada caso, pero no se puede concluir que dichas modificaciones en el

comportamiento hayan resultado significativas. En el caso del sujeto 1, se ha mostrado un afrontamiento preferentemente positivo antes y después del tratamiento; también se observa un aumento en la calidad de vida percibida y los resultados referentes a las variables de mindfulness y compasión indican que ha habido un aumento en la tendencia a responder con atención plena a las situaciones según las diferentes facetas.

El sujeto 2 por su parte, ha obtenido una mejora en su estilo de afrontar las situaciones de estrés pasando de tener un estilo de afrontamiento indefinido a uno preferentemente positivo. La calidad de vida se ha visto ligeramente aumentada y a pesar de que la información cualitativa recogida acerca de su experiencia en el programa basado en técnicas de mindfulness indica mejoras para el manejo de emociones y pensamiento reiterado, a nivel general no se estima que haya habido una mayor tendencia a responder en atención plena a las experiencias.

Finalmente, en la tercera paciente (sujeto 3), es donde menos cambios se han percibido. Continúa manteniendo un estilo de afrontamiento hacia la enfermedad preferentemente negativo y la calidad de vida ha sufrido un leve descenso con respecto a la evaluación pre. En cambio, en referencia a la tendencia a responder a la experiencia en atención plena los resultados han sido positivos. Además, esta paciente, es la que menos tiempo dedica en la práctica de Mindfulness registrada en la Tabla 5, lo que nos hace pensar que, un aumento del tiempo dedicado en las prácticas de mindfulness pueda influir de manera significativa en los cambios producidos para las variables estudiadas.

Por tanto, dado que las pacientes 1 y 2, han dedicado más tiempo a la práctica y los cambios han sido más favorables, se confirma la hipótesis planteada al inicio: una mayor realización de prácticas de mindfulness generará una mejora en las variables de bienestar emocional, ansiedad, depresión, calidad de vida, estilo de afrontamiento, tendencia a vivir en atención plena las experiencias y en el nivel de autocompasión.

A la vista de estos resultados, podríamos interpretar que, dado que las tres pacientes presentan dolor físico, los síntomas relacionados con el estado de ánimo se mantienen constantes, pues según la bibliografía, McFarland et al., (2018), indica que existe una estrecha relación entre los síntomas físicos y el estado de ánimo depresivo. Además, según un estudio elaborado por Stefanic, Caputi & Iverson (2013), las mujeres con cáncer de mama atraviesan procesos quirúrgicos soportan mayores cargas de síntomas físicos y presentan una mayor dificultad en la consecución de los objetivos personales al producirse una mayor interferencia con los síntomas de ansiedad.

El estudio llevado a cabo por Deshields, Potter, Olsen & Liu (2013) indica que los síntomas psicológicos más prevalentes a lo largo de un año en diferentes tipos de cáncer son los relacionados con el estado de ánimo como sentirse triste, preocupado e irritable y otros con componente psicológico entre los que se encuentran las dificultades de concentración, dificultades para dormir y problemas hacia el interés o actividad sexual. Además, destaca el insomnio como síntoma de alta prevalencia en pacientes con cáncer de mama. Dichos datos coinciden en cierto modo con los resultados obtenidos a través de la escala de calidad de vida (Fact-G) utilizada en este estudio, donde se observa que el sujeto 1 ha obtenido puntuaciones más bajas en la escala de funcionamiento personal frente a las otras, indicando problemas en el sueño; y, en el caso del sujeto 3, mostrando menor satisfacción en el área laboral, dificultad para dormir y en el disfrute de las actividades que previamente eran de su interés. Sin embargo, en el sujeto 2, se ha mostrado una puntuación más baja en los ítems relacionados con el estado emocional. Por tanto, se observa que, dependiendo de cada caso en particular, la calidad de vida se ve influida por diversos factores, pero lo que es evidente es el impacto que los síntomas producen en esta variable (Abrahams et al., 2018). Además, la cirugía también influye

de manera importante en la reducción de síntomas y en la calidad de vida. Los últimos hallazgos en esta línea indican que, tras los procesos quirúrgicos en cáncer de mama, la calidad de vida, aunque mejora, no obtiene resultados significativos, destacando en ella los síntomas depresivos. Y hasta los 5 u 8 meses después del proceso no se observan mejoras a nivel emocional y cognitivo (Hsiao et al., 2013).

Cabe destacar, por otro lado, la influencia que el estilo de afrontamiento en situaciones de estrés relacionadas con la enfermedad ejerce sobre la percepción de calidad de vida global de cada paciente. En este trabajo dicha relación se aprecia al observar que únicamente la paciente (sujeto 3) cuyo estilo de afrontamiento es del tipo preferentemente negativo, no ha mostrado mejora a nivel global en la calidad de vida (Pérez-Tejada et al., 2016). No obstante, cabe comentar por otra parte que, en este caso, la paciente tuvo que reincorporarse a su puesto de trabajo, cuyas características implican una alta demanda de exigencias, factor que puede haber interferido en la consecución de los objetivos planteados en el programa. Pues, según la Agencia Europea para la Salud y Seguridad en el Trabajo (EU-OSHA, 2017) las personas supervivientes de un cáncer son más propensas a presentar mayores limitaciones en la capacidad funcional, física o mental y por tanto a presentar una mayor dificultad a la hora de abordar las tareas, destacando como síntomas característicos la falta de energía, agotamiento y tensión emocional.

Por otra parte, entre las limitaciones halladas en este estudio se encuentra principalmente el tamaño de la muestra ($N=3$), ya que no se puede hacer una generalización de los resultados obtenidos, así como tampoco se puede generalizar los resultados a otros tipos de procesos oncológicos diferentes ya que la aplicación se ha realizado en tres pacientes supervivientes de cáncer de mama.

Otro factor limitante, ha sido el hecho de que el programa aplicado está compuesto por la combinación de técnicas psicoeducativas, técnicas cognitivas y técnicas basadas en mindfulness, por lo que nos hallamos con dificultad para identificar cuáles han sido las responsables del cambio y su ponderación a éste. El tiempo de intervención, ha sido otro hándicap, ya que no ha permitido realizar el seguimiento (3 meses), a pesar de estar programado para la fecha, lo que nos impide, hoy por hoy, conocer si los cambios producidos se mantienen en el tiempo.

Por tanto, de cara a futuras líneas de investigación, sería conveniente ampliar el tamaño muestral, en primer lugar, e incluso realizar la terapia en formato grupal con el objetivo de llegar a un número mayor de pacientes. Además, también sería interesante incluir un parámetro de medida para evaluar la evolución de los síntomas físicos como el dolor y así comprobar si disminuyen con las prácticas de mindfulness al prestar atención a la experiencia.

A modo de conclusión, se puede afirmar que el programa de terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT) aplicado ha mostrado ser eficaz en la disminución de algunos de los síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional en las pacientes, aunque no en todas ellas estos cambios han supuesto ser significativos. No obstante, y a pesar de que los resultados conseguidos no han sido relevantes, la información recogida en la post intervención acerca de la satisfacción con dicho programa y la percepción de aportaciones recibidas, todas ellas se han mostrado muy satisfechas con el trabajo que han realizado y los beneficios aportados para el manejo de situaciones de estrés y pensamiento reiterado.

Referencias

- Aberturas, P., Magán, I. y Espinosa, R. (2015). Efectividad del tratamiento cognitivo conductual en el malestar emocional de pacientes con cáncer de mama. *EduPsykhé*, *14*(1), 13-30.
- Abrahams, H. J. G., Gielissen, M. F. M., Verhagen, C. A. H. H. V. M., & Knoop, H. (2018). The relationship of fatigue in breast cancer survivors with quality of life and factors to address in psychological interventions: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *63*, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.05.004>
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). (2013). Informe efecto de las intervenciones psicosociales en pacientes de cáncer. Ministerio de Economía y competitividad. Instituto de Salud Carlos III. Sitio web: <http://www.cop-asturias.org/uploads/PDF/Articulo-pacientes-cancer.pdf>
- Alonso, F. C. y Bastos, F.A. (2011). Intervención psicológica en personas con cáncer. *Clínica Contemporánea*, *2*(2),187-207.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*, *13*(1), 27–45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Bartley, T. (2013). *Terapia cognitiva basada en Mindfulness para el cáncer. España, Bilbao*, Desclée de Brouwer.
- Bruggeman Everts, F. Z., van der Lee, M. L., & de Jager Meezenbroek, E. (2015). Web-based individual Mindfulness-Based Cognitive Therapy for cancer-related fatigue — A pilot study. *Internet Interventions*, *2*(2), 200–213. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2015.03.004>

- Calero, R., & Cruzado, J. A. (2018). La intervención psicológica en mindfulness con pacientes supervivientes de cáncer de mama. Revisión sistemática. *Psicooncología*, 15(1). <https://doi.org/10.5209/psic.59177>
- Cella, D., Hernandez, L., Bonomi, A. E., Corona, M., Vaquero, M., Shimoto, G. & Baez, L. (1998). Spanish Language Translation and Initial Validation of the Functional Assessment of Cancer Therapy Quality-of-Life Instrument. *Medical Care*, 36(9), 1407-1418.
- Cano, V. A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2(1), 71-80
- Cheng, A. S. K., Lau, L. O. C., Ma, Y. N. H., Ngai, R. H., & Fong, S. S. L. (2016). Impact of Cognitive and Psychological Symptoms on Work Productivity and Quality of Life among Breast Cancer Survivors in Hong Kong. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 28(1), 15–23. <https://doi.org/10.1016/j.hkjot.2016.11.002>
- Deshields, T. L., Potter, P., Olsen, S., & Liu, J. (2013). The persistence of symptom burden: symptom experience and quality of life of cancer patients across one year. *Supportive Care in Cancer*, 22(4), 1089–1096. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-2049-3>
- Duijts, S. F. A., Faber, M. M., Oldenburg, H. S. A., van Beurden, M., & Aaronson, N. K. (2011). Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health-related quality of life in breast cancer patients and survivors-a meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 20(2), 115–126. <https://doi.org/10.1002/pon.1728>
- EUROCORE-5. Survival of cancer patients in Europe [Acceso 22 octubre 2017]. Disponible en: <http://www.eurocare.it/>

European Agency for Safety and Health at Work — EU-OSHA (2017). Rehabilitation and return to work after cancer — instruments and practices. *European Risk Observatory Report*. Disponible en: <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/rehabilitation-and-return-work-after-cancer-instruments-and>

Galindo, V. O., Rojas, C. E., Benjet, C., Meneses, G.A., Aguilar, P.M.A. y Alvarado, A. S. (2014). Efectos de intervenciones psicológicas en supervivientes de cáncer: una revisión. *Psicooncología*, 11(2-3), 233-241. DOI: 10.5209

García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marin, J., López-Artal, L., & Demarzo, M. M. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(1), 4. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-4>

González, A.L., González, A. & Estrada, B. (2015). Eficacia de la terapia cognitivo conductual en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 12(1), 129-140.

González, M. T. (2004). *CAEPO, Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos*. España, Madrid: TEA Ediciones.

GLOBOCAN (2012). Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. ARCI: OMS; [último acceso el 13/01/18]. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>

Hernández, M. (2012). *Evaluación psicológica de los pacientes oncológicos en tratamiento de radioterapia*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

Hsiao, F.-H., Chang, K.-J., Kuo, W.-H., Huang, C.-S., Liu, Y.-F., Lai, Y.-M., JOW, G.-M., Ho, R. T.h., Siu-Man, N.G., & Chan, C. L. W. (2013). A longitudinal study of cortisol responses, sleep problems, and psychological well-being as the predictors of changes in depressive symptoms among breast cancer survivors.

Psychoneuroendocrinology, 38(3), 356–366.

<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.06.010>

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte.

Kabat-Zinn, J., & Williams, M.G. (2017). *Mindfulness: Su origen, significado y aplicaciones*. España, Barcelona: Kairós.

López-Roig, S., Terol, M.C., Pastor, M.A., Neipp, M.C., Massutí, B., Rodríguez-Marín, J., Leyda, J.I., Martín-Aragón, M. y Sitges, E. (2000). Ansiedad y Depresión. Validación de la escala HAD en pacientes oncológicos. *Revista de Psicología de la Salud* 12(2),127-155.

McFarland, D. C., Shaffer, K. M., Tiersten, A., & Holland, J. (2018). Physical Symptom Burden and Its Association With Distress, Anxiety, and Depression in Breast Cancer. *Psychosomatics*. <https://doi.org/10.1016/j.psym.2018.01.005>

Neff, D.K. (2003). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250.

Pérez-Tejada, J., Garmendia, L., Labaka, A., Gómez-Lázaro, E., Lebeña, A y Arregi A. (2016). Immune activity in accordance with psychological characteristics in breast cancer survivors. *Abstracts/Brain, Behavior, and Immunity* 57, e1–e43. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2016.07.026>

REDECAN. Red Española de Registros de Cáncer. [Acceso el 19 de enero de 2017]. Disponible en: <http://redcan.org/es/index.cfm>

Roth, A. J., Kornblith, A. B., Batel-Copel, L., Peabody, E., Scher, H. I., & Holland, J. C. (1998). Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma. *Cancer*, 82(10), 1904–1908. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-0142\(19980515\)82:10<1904::aid-cnrc13>3.0.co;2-x](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-0142(19980515)82:10<1904::aid-cnrc13>3.0.co;2-x)

Segal, Z., Teasdale, J. y Williams, M. (2002). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de recaídas.*

Bilbao: Desclée de Brouwer.

Segal Z, Williams, J. M., & Teasdale, J. (2015). *Terapia cognitiva basada en el mindfulness para la depresión.* Kairós

Stefanic, N., Caputi, P., & Iverson, D. C. (2013). Investigating physical symptom burden and personal goal interference in early-stage breast cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 22(3), 713–720. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-2026-x>

Vallejo, M.A. y Ortega, J. (2007). La utilización del mindfulness en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 4(1), 35-41.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Anexos

Anexo 1.

Programa de intervención de terapia cognitiva basada en Mindfulness

Adaptación del Programa de Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT) (Segal et al., 2002)

Cada sesión se inicia con una revisión de las prácticas realizadas durante la semana.

Sesión 0. Esta sesión va destinada a conocer el concepto de mindfulness y los beneficios de su práctica para el manejo de situaciones de estrés. Se realiza psicoeducación acerca del funcionamiento de la ansiedad y síntomas depresivos; se explican las actitudes básicas necesarias para la práctica de Mindfulness y los beneficios que aporta en población oncológica. Para comprender mejor el concepto, se lleva a cabo la práctica inicial formal de la *uva pasa*. Finalmente, se administra el protocolo de evaluación pre-intervención.

Sesión 1. Se procede a la explicación del concepto *piloto automático* (modo ser y modo hacer) y se inicia el despertar de la conciencia en atención plena por medio de la respiración. Se realiza una práctica de exploración corporal en respiración (Body Scan) y se da a conocer la práctica breve de *la pausa* para utilizar en momentos de elevado estrés. Como tareas para casa, se indica la realización de la práctica formal (la pausa) e informal (practicar la atención plena caminando).

Sesión 2. Esta sesión va dirigida al cultivo de la felicidad. Se trabajan los conceptos de felicidad eudaimónica y hedónica, se identifican momentos agradables de la vida cotidiana y se profundiza en la práctica consciente de respiración y exploración corporal. Se añade la práctica de la sonrisa con la cual se incide en generar momentos agradables para despertar la alegría. Como tareas para casa se pautan: la práctica de la

respiración con sonrisa al despertar y escoger una actividad agradable para mantener la atención en ella.

Sesión 3. Dicha sesión, va dirigida a conocer las emociones y su función adaptativa. Se trabaja la identificación de emociones, agradables, desagradables y neutras. Se lleva a cabo la práctica en respiración del *río de las emociones*, donde se identifican, se observan, se validan y se dejan ir, las diversas emociones. Finaliza la sesión con la práctica formal guiada *Camino a la isla interior*, para generar un lugar seguro por medio de la respiración. Las tareas para casa son: generar momentos agradables con situaciones del día a día (comer, ducharse...). Como práctica informal se pauta identificar cuándo no se está en el momento presente y traer la atención a la respiración, o, a la actividad que se está realizando, sin emitir juicios.

Sesión 4. El objetivo en esta sesión es conocer los patrones de pensamiento y las divagaciones de la mente y aprender a volver al momento presente por medio del anclaje a la respiración. Se trabaja con la práctica formal de *la montaña* y los 8 momentos de atención para la salud. Con esta práctica se pretende identificar 8 momentos en el día donde se presta atención a la situación y se conecta con la respiración. Dicha actividad, junto con la práctica informal de anclaje a la respiración cuando no se está prestando atención al momento presente, se llevarán a la práctica como tarea para casa.

Sesión 5. En esta sesión, se aprende a identificar los pensamientos automáticos negativos y lenguaje interno que se utiliza. Se observan los pensamientos, emociones y sensaciones corporales mediante situaciones concretas de la persona. Se procede a visualizar un video para comprender la importancia de aceptar ciertos pensamientos, así como aprender a transformarlos, por medio de reestructuración cognitiva. La práctica central formal que se trabaja es la *defusión en el árbol*, que va a ayudar a comprender la

relación del cuerpo y los pensamientos intrusivos, para así aprender a dejarlos ir. Las tareas para casa que se pautan son, utilizar las situaciones del día a día para observar pensamientos, sensaciones que producen y transformarlos; y, realizar en atención plena actividades cotidianas y una actividad agradable que se elija.

Sesión 6. En la sexta sesión, se da a conocer el concepto de la compasión, las cualidades básicas de la acción compasiva y su influencia en el afrontamiento del dolor. Se trabaja mediante la lectura de la *Flor de Loto* y la práctica del *amor bondadoso* (metta) por la cual, al identificar un pensamiento, emoción o conducta desagradable, en lugar de criticarla se busca el aspecto positivo que hay en uno mismo. Como tareas para casa se pauta: llevar la atención a una actividad agradable y practicar el amor bondadoso.

Sesión 7. En dicha sesión se trabaja sobre el perdón que surge de la compasión. Se entrena en la identificación y transformación del lenguaje interno (voz autocrítica). Se realiza la práctica en respiración compasiva y la práctica de *amor bondadoso* (metta). Las tareas de la semana son: elección de actividad agradable a realizar en atención plena, la transformación de la voz autocrítica y escribir una carta de amor compasivo a sí mismo.

Sesión 8. En la octava y última sesión del programa de intervención, se realiza un repaso de las diversas prácticas entrenadas, se realiza la lectura de la carta de amor compasivo y se incide en el mantenimiento de los nuevos hábitos, así como de la importancia de continuar generando momentos agradables mediante mindfulness. Se lleva a cabo la práctica formal guiada de los *4 guijarros* y se hace la despedida en respiración compasiva. Finalmente, se administra el protocolo de evaluación post.