



**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA**

**CURSO 2017-2018**

**TRABAJO FIN DE MASTER**

**ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS MEJORAS EN LA CALIDAD DE VIDA,  
ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ENTRE UNA  
INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL Y OTRA BASADA EN  
MINDFULNESS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Autor/a: Zaida Francia Pérez

Tutor/a: Daniel Lloret Irlés

Co-tutor: Jesús Rodríguez Marín

*Convocatoria: Junio 2018*



## RESUMEN

El cáncer es una enfermedad crónica cuyos síntomas pueden afectar potencialmente la calidad de vida de una persona. Los pacientes que son diagnosticados y reciben tratamiento oncológico plantean problemas que implican dificultades cognitivas, emocionales, motivacionales y de comunicación, que no son únicamente subsanables desde un punto de vista médico.

Los elevados niveles de ansiedad, depresión y estrés que sufren muchos de los pacientes oncológicos antes, durante y tras el diagnóstico y los tratamientos, ponen de manifiesto la importancia de cubrir ciertas necesidades emocionales y cognitivas. Desde hace años la psicooncología trata de dar respuesta a estas necesidades mediante distintas intervenciones, como las cognitivo-conductuales, y más recientemente con las Terapias de Tercera Generación, entre ellas, el Mindfulness.

El principal objetivo de este estudio es comparar el efecto de estos dos tipos de intervenciones psicológicas (Terapia Cognitivo Conductual y Mindfulness) en 16 pacientes oncológicos crónicos del Hospital General Universitario de Alicante.

Para ello se realizaron medidas antes y después de la intervención para las variables ansiedad y depresión (HADS), calidad de vida (FACT-G) y estilos de afrontamiento (CAEPO) para lo cual se realizó un análisis descriptivo y comparación de medias con el programa SPSS.

Los resultados obtenidos en este estudio indican que se produce mejoras en las variables estudiadas tras ambas intervenciones, y que existen diferencias significativas entre las mismas en cuanto al tratamiento de la ansiedad (Mindfulness obtiene mayores mejorías) y depresión (la mejoría es mayor con Terapia Cognitivo Conductual).

Palabras clave: Cáncer, enfermedad crónica, calidad de vida, estilo de afrontamiento, ansiedad, depresión, Mindfulness Terapia Cognitivo Conductual.

## ABSTRACT

Cancer is a chronic disease whose symptoms can potentially affect people life quality. Diagnosed patients who receive oncological treatment show problems that involve cognitive, emotional, motivational and communication difficulties, which cannot only be solved from a medical point of view.

The high levels of anxiety, depression and stress suffered by many cancer patients before, during and after diagnosis and treatments, highlight the importance of covering certain emotional and cognitive needs. For years, psycho-oncology has tried to answer to these needs through different interventions such as cognitive-behavioral and, recently, with Third Generation Therapies, including Mindfulness.

The main objective of this study is comparing the effect of these two types of psychological interventions (Behavioral Cognitive Therapy and Mindfulness) in 16 chronic oncological patients at the General University Hospital of Alicante.

To this end, measurements were made before and after the intervention for the variables anxiety and depression (HADS), quality of life (FACT-G) and coping styles (CAEPO), for what a descriptive analysis and comparison of means were made with the SPSS program.

The results obtained in this study indicate that there are improvements in the studied variables after both interventions, and that there are significant differences between them in the treatment of anxiety (Mindfulness gets greater improvements) and depression (the improvement is greater with Cognitive Behavioral Therapy).

Keywords: Cancer, chronic disease, life quality, coping stye, anxiety, depression, Mindfulness, Cognitiva Behavioral Therapy.

Durante las últimas décadas, han sido diagnosticadas de cáncer cada día 10.000.000 de personas en todo el mundo (Maraculla, Ramos y Tabernero, 2009). En España, datos recientes publicados por la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) muestran una incidencia de todos los tipos de cáncer, en torno a los 187.573 en 2006, calculando una cifra esperada de más de 200.000 nuevos casos en el año 2020 (Sánchez et al., 2010).

El cáncer es una enfermedad crónica cuyos síntomas pueden afectar potencialmente la calidad de vida de una persona. El síntoma más relevante e insidioso es el dolor, que aparece en la mayoría de los casos de manera crónica, es decir, no responde a las medidas convencionales y se prolonga a lo largo del tiempo. La medicación utilizada para tratar este dolor puede tener serios efectos, como la sensación de cansancio, al igual que algunos tratamientos como la quimioterapia. No solo el dolor es una de las causas por las que los pacientes ven mermada su calidad de vida, en muchas ocasiones el miedo a sentirlo es lo que suele llevar a evitar actividades potencialmente productoras de dolor, lo que, con el paso del tiempo, y en virtud de mecanismos operantes, conduce a la limitación y reducción de actividades físicas constituyéndose un cuadro complejo, que se ve agravado por otras condiciones, tales como exceso de reposo, trastornos del sueño, alteraciones del estado de ánimo, reducción en el nivel de actividad funcional y deterioro de las habilidades sociales (Vinaccia et al., 2014).

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) podemos definir el concepto de calidad de vida como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la

existencia, en el contexto de la cultura, y del sistema de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes”.

De una manera más concreta, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un concepto multidisciplinar y subjetivo y ha sido definida en diferentes trabajos.

Una de las primeras definiciones y más conocidas de la CVRS fue la propuesta por Calman (1984) como «la diferencia en un período de tiempo específico entre las esperanzas y expectativas del individuo y las experiencias reales». Más tarde, Shumaker y Naughton (1995) establecieron que «la CVRS se preocupa por aquellos aspectos relacionados con la percepción de la salud experimentada y declarada por el paciente, particularmente en las dimensiones física, mental, social y la percepción general de la salud». En el 1997, Bulpitt la definió como “el grado subjetivo de bienestar atribuible o asociado a la carencia de síntomas, el estado psicológico y las actividades que se desea realizar” (Bulpitt, 1997). Recientemente, otros autores han definido la CVRS como «el efecto funcional de una enfermedad y su consiguiente terapia sobre un paciente, tal como lo percibe el paciente». Actualmente, numerosos trabajos de investigación científica emplean el concepto para referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social (Badía, 2004).

La CVRS es considerada, además, por muchos la brecha entre el nivel de funcionamiento del paciente y lo que este considera “ideal”. La calidad de vida del paciente con cáncer puede fluctuar durante la enfermedad y su tratamiento, por ello es importante medirla en varios momentos del proceso para poder controlar su evolución y las necesidades de los pacientes (Hernández, L., y Cella, D.,2016).

Los pacientes que reciben tratamiento oncológico plantean problemas que implican dificultades cognitivas, emocionales, motivacionales y de comunicación, que no son únicamente subsanables desde un punto de vista médico. Así mismo, durante el transcurso de la enfermedad oncológica, el paciente atraviesa un proceso de duelo, es decir un proceso de adaptación a una serie de pérdidas, no sólo referentes a la salud, sino también relacionadas con la pérdida de la estabilidad y seguridad, pérdida de la rutina y de lo cotidiano, pérdida del rol familiar, laboral o social o pérdida de control sobre sí mismo y sus reacciones o su estado de ánimo, entre otras (Robert, Alvarez y Valdiviesco, 2013). Del mismo modo, como indica Meseguer (2003), los procesos y reacciones que tendrán lugar en cada persona al afrontar esta experiencia de sufrimiento dependerán de una serie compleja de factores relacionados tanto con la enfermedad específica como con la historia de vida del afectado, incluida su personalidad y sus apoyos.

Un meta-análisis (Sawyer, Ayers y Field, 2010) muestra que la prevalencia de depresión en pacientes oncológicos es del 14.9% para el trastorno depresivo mayor y del 19.2% para los trastornos depresivos menores. En el mismo estudio, los trastornos de ansiedad muestran una prevalencia del 10.3% y el trastorno adaptativo una del 19.4%. Por lo que refiere a estas cifras en población española, aproximadamente un 24% de los pacientes de cáncer desarrollan algún tipo de trastorno mental, con prevalencias del 77.3% para el trastorno adaptativo, un 4.1% para el trastorno depresivo mayor, 4.4% para los trastornos de ansiedad y un 2.2% para el trastorno por estrés posttraumático (Gil et al., 2008)

Como ponen de manifiesto Fischer y Wedel (2012) y Newport y Nemeroff (1998), entre los factores de riesgo psicosocial de depresión en los pacientes oncológicos se encuentran: déficit en habilidades de afrontamiento, escaso apoyo

social, presencia de preocupación ansiosa, una edad temprana y una historia previa de problemas psicológicos. Todo ello unido a que la depresión en pacientes oncológicos suele acompañarse de pensamientos disruptivos relacionados con temas de enfermedad y muerte poco adaptativas (Tedeschi y Calhoun, 2004).

Los elevados niveles de ansiedad, depresión y estrés que sufren muchos de los pacientes oncológicos antes, durante y tras el diagnóstico y los tratamientos, ponen de manifiesto la importancia de cubrir ciertas necesidades emocionales y cognitivas durante este proceso. Desde hace más de dos décadas, la psicooncología ha hecho importantes contribuciones al estudio de los factores psicológicos asociados con la incidencia del cáncer, la respuesta al tratamiento, la calidad de vida y el bienestar psicológico de las personas que padecen esta enfermedad (Gaviria et al., 2007).

El estrés, las estrategias de afrontamiento y las emociones, son explicadas por el Modelo Transaccional (Lazarus y Folkman, 1984), que explica la experiencia de estrés como la interacción entre el individuo y su entorno. Además supone que no es el evento ambiental aislado o la respuesta lo que define al estrés, sino la apreciación que el individuo tiene de la situación, cuya valoración se divide en dos niveles. En primer lugar, la valoración primaria, que determina hasta qué punto la relación con el ambiente es de daño/pérdida, de amenaza, de desafío o de beneficio, el conjunto de ellas conducen a la percepción de estrés. En caso de que el individuo evalúe la relación como irrelevante o benigna, no se percibe estrés ni implicaciones aversivas en su vida. En el caso contrario, el individuo se exige la movilización para afrontar la situación, lo cual corresponde a la valoración secundaria, en donde analiza con qué recursos de afrontamiento dispone y la posibilidad de utilizar una estrategia efectiva ante dicha situación (Valero et al., 2017).



De este modo, y entendiendo la situación de estrés de la mayoría de los pacientes oncológicos como su interpretación subjetiva de la enfermedad, y la valoración de sus recursos como insuficientes para hacerle frente, cabe esperar que se considere que una reestructuración cognitiva que logre cambiar esa percepción de los les ayudará disminuir sus niveles de estrés, y, en consecuencia, sus niveles de ansiedad y depresión.

Múltiples han sido los beneficios psicológicos identificados a partir del establecimiento de un entorno de favorecimiento, intervenciones de apoyo, terapias de grupo, una mayor educación y el entrenamiento en técnicas de afrontamiento (Jensen, Madsen, Andersen y Rose, 1993; Stanton, Denof-Burg, Cameron, Bishop y Collins, 2000).

Una de las intervenciones psicológicas más recurrente durante las últimas décadas para pacientes oncológicos llevadas a cabo en hospitales, son los programas de intervención Cognitivo Conductual, que combinan diferentes técnicas tales como: relajación muscular progresiva, respiración, meditación, relajación pasiva, visualización, imaginación guiada, desensibilización sistémica, reestructuración cognitiva, solución de problemas, aumento de la autoestima, pautas de ejercicio y dieta, indicaciones sobre la sexualidad, como tributo a la reducción de los niveles de ansiedad y depresión, aumento de los sentimientos de control y facilidades a la participación activa en los tratamientos (Die-Trill, 2007; Fawzy, Fawzy y Arndt, 1995; Holland, 2002; Link, 2008; Mols, 2005).

Además, estos programas facilitan la adaptación a la enfermedad ya que ayudan a aumentar el juicio de control; proporcionan información acerca de la causa, curso y tratamiento de la enfermedad, así como estrategias para hacerle frente, y encontrar significado al proceso. De la misma manera aumentan la autoestima, educando en cómo hacer frente a las alteraciones de la imagen corporal que, de manera temporal o

permanente, pueden causar la enfermedad. También indirectamente ofrecen optimismo ante el futuro y favorecen la esperanza (Hegelson *et al.*, 2000). Estos programas cuentan ya con múltiples estudios que demuestran su efectividad y eficacia en la mejora de la calidad de vida de los pacientes que los realizan, y por ello, se han creados protocolos que combinan distintas técnicas para aplicar a grupos de pacientes y economizar así el tiempo de las intervenciones.

En paralelo a estas intervenciones, se abren camino desde hace algunos años otro tipo de prácticas conocidas como “terapias de tercera generación o contextuales”, que proponen un enfoque basado en la importancia del contexto y las funciones de las conductas, en lugar del fijarse en el modo en el que se presentan, como venían haciendo las Intervenciones Psicoeducativas.

Destacan entre ellas las intervenciones basadas en *mindfulness*, introducidas hace unos 30 años por Kabat-Zin, que buscan incrementar la consciencia y responder más eficazmente a los procesos mentales que contribuyen al desarrollo de trastornos psicopatológicos y a otro tipo de problemas de comportamiento (Bishop *et al.*, 2004).

Estas intervenciones han tenido una gran aceptación a nivel científico hasta el punto de que algunas de ellas como la “*Mindfulness-based Stress Reduction* o MSRB” (Kabat-Zinn, 1982) han desarrollado un protocolo sólido y son ampliamente utilizadas en el ámbito clínico debido a que poseen constatadas pruebas de eficacia (Davison *et al.*, 2003) en la modificación de ciertas funciones fisiológicas e inmunitarias.

Se puede concluir que la gran diferencia entre las intervenciones *Cognitivo Conductuales* y el *Mindfulness*, radica en que, mientras que las terapias *Cognitivo Conductuales* buscan simplificar los problemas o necesidades para darles soluciones específicas (tanto conductuales como cognitivas), el *Mindfulness* trata de enfocar la

atención en el resto de elementos que conforman la realidad del sujeto, más allá de la enfermedad.

Por todo ello, y debido al interés que suscitan las nuevas propuestas de intervención psicológica en el ámbito hospitalario, a pesar de la arraigada tradición de las Terapias Cognitivo Conductuales en lo que a la psicología clínica se refiere, este estudio plantea como objetivo principal, comparar el efecto de dos tipos de intervenciones psicológicas (Terapia Cognitivo Conductual y Mindfulness) en pacientes oncológicos crónicos del Hospital Universitario de Alicante.

Como objetivos específicos se propone:

- Evaluar los estilos de afrontamiento de los pacientes.
- Medir la calidad de vida.
- Medir los niveles de ansiedad y depresión
- Analizar las diferencias observadas en las variables calidad de vida, estilos de afrontamiento y niveles de ansiedad y depresión en ambos grupos tras la intervención.

Como hipótesis, este estudio plantea que:

1. Tanto las intervenciones grupales basadas en Terapia Cognitivo Conductual como en Mindfulness producirán mejoras en los estilos de afrontamiento.
2. Tanto las intervenciones grupales basadas en Terapia Cognitivo Conductual como en Mindfulness producirán mejoras en la calidad de vida.
3. Tanto las intervenciones grupales basadas en Terapia Cognitivo Conductual como en Mindfulness producirán mejoras en los niveles de ansiedad.
4. Tanto las intervenciones grupales basadas en Terapia Cognitivo Conductual como en Mindfulness producirán mejoras en los niveles de depresión de los pacientes.

## MÉTODO

### *PARTICIPANTES*

Para este estudio se ha contado con la participación de un total de 16 sujetos, todos ellos pacientes oncológicos crónicos y en tratamiento activo en la unidad de Psicooncología del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA). Se ha contado con este número de pacientes debido a la disponibilidad de los mismos a la hora de realizar los cursos, y su interés y consentimiento para participar en el proyecto.

### VARIABLES E INSTRUMENTOS

Las variables psicológicas que se han tenido en cuenta para la realización de este estudio han sido los “estilos de afrontamiento” (que comprenden las siguientes variables: enfermedad y lucha activa, autocontrol y control emocional, búsqueda de apoyo social, ansiedad y preocupación ansiosa, pasividad y resignación pasiva, huida y distanciamiento y negación); la “calidad de vida” (que comprende las siguientes variables: bienestar físico, bienestar familiar y emocional, bienestar emocional y bienestar funcional) y los niveles de “ansiedad” y “depresión” de los pacientes.

Malestar Emocional. Como prueba de cribado del malestar emocional, usamos el Termómetro emocional de Holland (1999). A pesar de no existir una versión española adaptada de esta prueba, algunos estudios, como los de Martínez et al (2015) con una muestra de 963 pacientes oncológicos, obtiene resultados similares a los publicados en

la literatura, considerando este instrumento como adecuado para el cribado del malestar emocional. Este instrumento consiste en una escala visual numérica de un solo ítem que puntúa de 0 a 10 y mide la valoración global de malestar emocional (distress) que experimenta el paciente. Esta escala presenta una sensibilidad entre el 75% y el 80%, y una especificidad próxima al 60%<sup>30</sup>. Se considera que los pacientes presentan malestar emocional cuando su puntuación es superior a 4.

Afrontamiento. Hemos utilizado el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés para Pacientes Oncológicos (CAEPO) (Gonzalez Martinez, 2008) Prueba aplicada a adultos que padezcan cáncer u otra enfermedad orgánica con diferentes grados de gravedad o cronicidad. Su aplicación es individual y dura alrededor de 25 minutos. Su finalidad es evaluar el afrontamiento al estrés mediante 7 dimensiones, y cada una de esas dimensiones se corresponde con una variable:

1. Enfrentamiento y Lucha Activa (ELA): 9 ítems.
2. Autocontrol y de Control Emocional (ACE): 7 ítems.
3. Búsqueda de Apoyo Social (BAS): 4 ítems.
4. Ansiedad y Preocupación Ansiosa (APA): 6 ítems.
5. Pasividad y Resignación Pasiva (PRP): 5 ítems.
6. Huida y Distanciamiento (HD): 6 ítems.
7. Negación (N): 3 ítems.

A la hora de interpretar el cuestionario, las escalas ELA, ACE Y BAS, son consideradas como escalas positivas debido a que engloban estrategias valoradas como adaptativas y beneficiosas para el sujeto a la hora de interpretar la enfermedad, mientras

que las escalas APA, PRP, HD y N, por el contrario, están relacionadas con estrategias y procesos que dificultan la adaptación y aceptación de la enfermedad.

En función de los resultados obtenidos en estas escalas, las puntuaciones globales se clasifican según:

De 3 a 9: Afrontamiento positivo: Estrategias positivas exclusivas o claramente dominantes

De 1 a 2: Predominio de afrontamiento positivo: Estrategias positivas y negativas, aunque con mayor presencia de las positivas

De 0: Afrontamiento no definido: Coexisten con igual intensidad las estrategias positivas y las negativas

De 1 a -2: Predominio de afrontamiento negativo: Estrategias positivas y negativas aunque con mayor presencia de las negativas.

De 9 a -3: Afrontamiento negativo: Estrategias negativas exclusivas o claramente dominantes.

Cabe destacar que, en el modo de Afrontamiento Positivo, las escalas consideradas como positivas presentan puntuaciones muy elevadas, mientras que las de afrontamiento pasivo o negativo al problema o al estado emocional mantienen valores nulos o mínimos.

En general, indican modos de afrontamiento adaptativos que favorecen al ajuste del sujeto en cuanto que tienden a enfrentarse y buscar alguna solución para mejorar su situación o el desequilibrio emocional que genera la enfermedad. A pesar de que valoren la situación como difícil y grave, tienen una visión optimista respecto a sus posibilidades de lucha y al pronóstico, tratan de manejar sus estados emocionales negativos y se muestran colaboradores y dispuestos a recibir el apoyo necesario para manejar su situación. Por el contrario, en el modo de Afrontamiento Negativo, en el que las escalas de tipo negativos aparecen con puntuaciones muy altas, indica que el sujeto valora su situación como excesivamente amenazante o se siente incapaz de hacerle frente, lo cual genera un estado emocional de desequilibrio y excesiva ansiedad. Utilizan conductas y pensamientos

inadaptativos, que impiden o interfieren en su ajuste, conductas y pensamientos que tratarían de eludir el problema, aceptarlo estoicamente sin luchar o negarlo pasivamente. En el modo de Afrontamiento No Definido, no hay un predominio de ninguna de las escalas, ya sean positivas o negativas, lo cual puede suponer una cierta incongruencia en las respuestas del paciente.

Calidad de vida, hemos usado el Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT-G) (Cella, D ;1993). Evaluación Funcional para el Tratamiento del Cáncer – General. Es el núcleo central de otras pruebas existente para la evaluación específica de distintos tumores. Su finalidad es medir la calidad de vida relacionada con la salud, o salud percibida. Consta de 27 ítems y 5 dimensiones, que se corresponden con cada una de las 5 variables:

1. Bienestar Físico
2. Bienestar Familiar/ Social
3. Bienestar Emocional
4. Bienestar funcional

Ansiedad y la depresión, hemos utilizado la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, H.A.D.S, (Zigmond, 1983; versión española de Terol et al., 2007). Esta escala consta de dos subescalas de siete ítems intercalados (14 ítems en total). La subescala de depresión está centrada en el concepto de anhedonia como síntoma nuclear de este cuadro clínico y que diferencia primordialmente la ansiedad de la depresión. Cada reactivo tiene cuatro posibles respuestas que puntúan de 0 a 3, para un total de 0 a 21. Tanto para las puntuaciones de ansiedad como de depresión se considera normal de cero a siete, dudoso de ocho a diez y problema clínico a partir de once.

## PROCEDIMIENTO

El presente estudio fue planteado y puesto en práctica de acuerdo con la Ley 14/2007 de Investigación biomédica (2006), la Declaración de Helsinki (2008), las normas de Buena Práctica Clínica y la legislación vigente en cuanto a materia de investigación psicológica se refiere. Cada uno de los 16 pacientes que formaron este estudio, leyó previamente la hoja de información al paciente y firmaron el consentimiento informado, con la presencia del investigador a disposición de responder cualquier duda que pudiera surgir. Los datos personales de los pacientes fueron tratados de forma anónima, asignando valores numéricos tanto a sus identidades como a sus puntuaciones, únicamente tuvieron acceso a su identidad la investigadora principal del estudio y la terapeuta de los pacientes. En todo momento se mantuvieron los niveles más altos de conducta profesional y confidencialidad, cumpliendo con el artículo 7 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Los criterios de inclusión fueron ser mayor de 18 años, firmar un consentimiento informado-ser paciente oncológico crónico, o con un proceso oncológico de más de 4 años, no padecer patología mentales diagnosticadas o discapacidades físicas graves, tener un nivel cultural suficiente y estar en tratamiento activo en la Unidad de Psicooncología del Hospital General Universitario de Alicante.

Una vez seleccionados los pacientes que más se ajustaron a los intereses de este estudio, en primer lugar, se contactó con ellos desde la Unidad de Psicooncología de manera telefónica proponiéndoles la participación en uno de los grupos terapéuticos. Seguidamente se llevó a cabo de manera individual la entrevista semiestructurada para conocer la situación actual de cada paciente, ya que algunos llevan varios años en tratamiento. Asimismo, se les dio la información pertinente del grupo en el que se le



proponía participar, se resolvió cualquier duda que pudiera surgir al respecto, y se les pidió que, de estar conformes, firmaran la hoja de consentimiento informado para poder formar parte del programa.

Una vez realizada la entrevista inicial, se distribuyó a los pacientes de forma aleatoria en los 2 grupos propuestos (TCC y *mindfulness*).

Además de estas escalas, se aplicó y evaluó un programa Cognitivo Conductual de intervención grupal para pacientes oncológicos. Dicho programa fue diseñado por la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), y desde 2010 se ha llevado a cabo varias veces al año con distintos grupos de pacientes del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA). Este programa se compone de 7 sesiones y su finalidad de proporcionar herramientas a los pacientes para reducir el estrés y la ansiedad provocados por la enfermedad.

Por último, también se puso en marcha en paralelo al anterior, un programa de *Mindfulness* creado este mismo año (2017) por Rosario Sepulcre (psicooncóloga de AECC en el HGUA) en base a sus conocimientos y formación en esta materia, que al igual que el Cognitivo Conductual, consta de 7 sesiones y su finalidad es también reducir el estrés y la ansiedad y mejorar de esta forma la calidad de vida de los pacientes oncológicos. Por tanto, ambas intervenciones han tenido una función terapéutica.

Ambas intervenciones se llevaron a cabo en 7 sesiones, cuya frecuencia fue de una vez por semana, y cada sesión estuvo entorno a la hora y media de duración. El lugar donde se llevó a cabo el programa fue un aula docente de la 3ª planta del Hospital General

Universitario de Alicante (HGUA), debido a la idoneidad del espacio y de los materiales para los intereses de la investigación.

En un principio las sesiones del grupo TCC se llevaron a cabo los martes de 10:00 a 11:30 y en el mismo horario, pero los jueves, las del grupo *mindfulness*. Sin embargo, a partir de la segunda semana, las sesiones con el grupo de *mindfulness* pasaron a ser los martes de 11:30 a 13:00, debido a la disponibilidad del aula.

En la Tabla 1 se describe de forma específica los contenidos tratados en las sesiones del grupo TCC:

Tabla 1. Contenido de las sesiones del grupo TCC.

Sesión 1	Entrega de cuestionarios (pre-intervención), presentaciones de los miembros del taller, orientación de contenidos y definición de normas.
Sesión 2	Información sobre reacciones emocionales más frecuentes durante la enfermedad y emociones básicas: características, funciones e identificación.
Sesión 3	Relación entre componente cognitivo, fisiológico y motor de las emociones. Generar emociones positivas.
Sesión 4	Información sobre la ansiedad y sus efectos. Análisis de factores que producen estrés. Desarrollo de técnicas de afrontamiento
Sesión 5	Síntomas y factores que originan la depresión. Actividades para incrementar el ritmo y la actividad de los pacientes.
Sesión 6	Búsqueda e identificación de actividades placenteras. Reconocer las existentes y crear nuevas.
Sesión 7	Repaso global del taller, resolución de dudas y entrega de cuestionarios post-intervención.

Del mismo modo, en la Tabla 2 se describe el contenido de las sesiones del grupo *mindfulness*:

Tabla 2. Contenido de las sesiones del grupo Mindfulness

Sesión 1	“Cultivar la presencia”. Activar la plena conciencia. Trabajar “aquí y ahora”. Cumplimentación de cuestionarios pre-intervención.
Sesión 2	“Despertar la alegría”. Conectar con la alegría y llevar la atención a las experiencias agradables de la vida. Búsqueda de actividades que proporcionen refuerzo positivo.
Sesión 3	“Apagar la radio interior”. Promover actividades que centran la atención en lo verdaderamente importante para el individuo, dejando de lado el malestar producido por la enfermedad y otros eventos incontrolables. Técnicas de reestructuración cognitiva.
Sesión 4	“El río de los sentimientos”. Fomentar la búsqueda de la paz interior y la aceptación de las emociones. Entrenamiento en técnicas de respiración controlada.
Sesión 5	“Pensamientos no son hechos”. Identificar los pensamientos disruptivos y aprender a canalizarlos de forma positiva. Fomento de habilidades de detención del pensamiento y autoinstrucciones.
Sesión 6	“Cuida tu dolor”. Comprender la dimensión cognitiva, fisiológica y motora de las emociones y trabajarla aceptación del dolor. Reestructuración cognitiva y control de emociones.
Sesión 7	Repaso y despedida. Balance global del ajuste del taller a las expectativas, resolución de dudas y repaso de conceptos básicos. Cumplimentación de los cuestionarios post-intervención.

### TIPO DE DISEÑO

El presente estudio posee una estructura quasi-experimental, ya que el investigador mide las variables antes y después del tratamiento, que intervienen en el estudio, que en este caso concreto son los estilos de afrontamiento, la calidad de vida y la

ansiedad y depresión, y realiza la intervención de evaluar el cambio que se produce en las variables de estudio tras finalizar la intervención.

También se define esta investigación como un Diseño de Bloques Aleatorios (DBA) , ya que se divide a los sujetos de forma aleatoria en 2 grupos para asegurar su homogeneidad (Ato, M., López, J. J., & Benavente, A. (2013), y comparativo, ya que comparar los resultados obtenidos tras la intervención en el grupo TCC y el grupo *Mindfulness*.

## ANÁLISIS DE DATOS

Para obtener los resultados planteados por este estudio, se llevaron a cabo las siguientes operaciones con el programa informático Statistical Package for the Social Science (SPSS): se analizaron las medias de cada una de las variables estudiadas con el fin de comparar las puntuaciones obtenidas, la t de Student para muestras relacionadas para estudiar las diferencias entre los resultados pre y post de cada grupo y la prueba t de Student para muestras independientes para comparar los pre y los post entre los 2 grupos.

Los análisis de los resultados se llevaron a cabo estableciendo un nivel de significación estadística de  $p < 0,05$ .

Cabe señalar que los resultados obtenidos no pueden considerarse significativos debido a la escasez de la muestra.

## RESULTADOS

En el presente estudio han participado 16 pacientes, 8 de ellos formaron parte del grupo “TCC” y 8 del “Mindfulness”.

La edad media de la muestra total es de 56 años (dt: 8,9; rango: 41-74). No encontramos grandes diferencias de edad entre ambos grupos, ya que el grupo “TCC” tiene una media de edad de 55 años (dt: 7,6; rango 48-69), y el grupo “Mindfulness” una media de 58 años (dt: 10,2; rango 41-74).

En cuanto al género, 4 de los participantes fueron hombres (25%), y el resto mujeres (n=12; 75%).

Cabe destacar que para la realización de este estudio se ha asumido normalidad a la hora de analizar los resultados de la muestra, pero ha de tenerse en cuenta que la muestra es demasiado escasa y que los resultados no pueden considerarse representativos a nivel científico.

Como se indica en el apartado anterior, en primer lugar, la *Tabla 1* muestra la prueba t de Student para muestras independientes con el fin de valorar si ambos grupos partían de la misma base y si los sujetos fueron repartidos de forma aleatoria. En este caso, la indica la independencia de la muestra en las puntuaciones totales de los 3 cuestionarios utilizados (CAEPO, HADS y FACT-G).

Tabla 3. Comparación de medias de ambos grupos antes de la intervención

	GRUPO	Media	DT	T(GL)	Sig
AFRONTAMIENTO PRE	Afrontando el Cáncer	0,125	0,991	-1,141(14)	0,273
	Mindfulness	0,625	0,744		
HADS ANSIEDAD PRE	Afrontando el Cáncer	9,125	4,940	-0,745(14)	0,469
	Mindfulness	11,000	5,126		
HADS DEPRESIÓN PRE	Afrontando el Cáncer	8,125	3,044	1,478(14)	0,162
	Mindfulness	5,875	3,044		
FACT-G PRE	Afrontando el Cáncer	60,000	12,671	-0,043(14)	0,966
	Mindfulness	60,250	10,194		

Nota: HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale, DT: Desviación Típica

A continuación, se llevó a cabo un estudio más exhaustivo de los resultados obtenidos en las pruebas anteriormente mencionadas y después de la intervención, con el fin de observar por un lado, si se producían mejoras en ambos grupos de pacientes (TCC y Mindfulness) y por otro, si en uno de ellos eran más significativas que en el otro.

En primer lugar, como muestra la *Tabla 2*, para la medida del Estilo de Afrontamiento (CAEPO) en el grupo TCC, encontramos que los resultados cuentan con puntuaciones medias tras la intervención, en las escalas consideradas como positivas por el cuestionario, como son Lucha y Afrontamiento activo, Autocontrol y Control emocional y Búsqueda de Apoyo Social. Del mismo modo, también encontramos que la puntuación media es menor en una de las escalas negativas (Ansiedad y Preocupación ansiosa).

Sin embargo, cabe señalar que las puntuaciones medias en el resto de escalas negativas (Pasividad y Resignación Pasiva, Huida y distanciamiento y Negación) se han mantenido iguales antes y después de la intervención.

Por último, la puntuación general del cuestionario, se eleva ligeramente una vez finalizada la intervención, con un  $p$ -valor= 0,03, siendo esta mejora significativa para un intervalo de confianza del 95%.

Tabla 4. Contraste de medias PRE – POST en CAEPO en grupo TCC.

	PRE		POST		T(GL)	Sig
	Media	DT	Media	DT		
ELA	21.250	3.693	21.625	3.248	-0.500(7)	.632
ACE	12.000	2.070	13.750	2.659	-1.433(7)	.195
BAS	7.625	3.067	8.025	2.531	-0.500(7)	.632
APA	7.875	3.226	5.750	2.712	2.862(7)	.024
PRP	7.125	2.850	7.125	2.850		
HD	6.250	2.052	6.250	3.058	0(7)	1
N	2.125	0.834	2.125	1.457	0(7)	1
AFRONTAMIENTO	0.125	0.991	0.625	0.517	-2.646(7)	.033

Nota: CAEPO = Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos. DT: Desviación Típica, ELA: Escala de Lucha y Afrontamiento Activo, ACE: Autocontrol y Control Emocional, BAS: Búsqueda de Apoyo Social, APA: Ansiedad y Preocupación Ansiosa, PRP: Pasividad y Resignación Pasiva, HD: Huida y Distanciamiento, N: Negación.

Por otro lado, en cuanto a los resultados obtenidos por el grupo Mindfulness en el mismo cuestionario, encontramos que las escalas de Autocontrol y Control Emocional y Búsqueda de Apoyo Social obtienen puntuaciones ligeramente más elevadas tras la intervención. No obstante, las puntuaciones en algunas escalas como Pasividad y Resignación pasiva, y Huida y Negación se mantienen similares a pesar de que otras escalas negativas como Ansiedad y Preocupación Ansiosa y Negación presentan medias más bajas tras la intervención psicológica.

**Tabla 5.** Contraste de medias PRE – POST en CAEPO en grupo Mindfulness.

	PRE		POST		T(GL)	Sig
	Media	DT*	Media	DT*		
ELA	21.000	5.451	20.250	4.803	-0.600(7)	.567
ACE	13.500	4.174	13.875	3.758	-0.306(7)	.768
BAS	7.875	2.695	8.000	2.777	-0.180(7)	.862
APA	7.875	3.681	5.500	3.703	1.276(7)	.243
PRP	7.250	4.334	7.250	4.334		
HD	6.000	2.449	6.250	1.908	-0.247(7)	.812
N	2.375	1.505	1.625	1.302	1.271(7)	.244
AFRONTAMIENTO	0.625	0.744	0.375	0.916	0.798(7)	.451

Nota:

CAEPO = Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos; DT: Desviación Típica, ELA: Escala de Lucha y Afrontamiento Activo, ACE: Autocontrol y Control Emocional, BAS: Búsqueda de Apoyo Social, APA: Ansiedad y Preocupación Ansiosa, PRP: Pasividad y Resignación Pasiva, HD: Huida y Distanciamiento, N: Negación

En referencia a las variables Ansiedad y Estrés, medidas con el cuestionario HADS para el grupo TCC, la *Tabla 4* muestra una disminución de 1.5 puntos en la variable Ansiedad después de la intervención, mientras que la media de la variable Depresión

se encuentra 3.37 puntos por debajo de la media de los sujetos antes de someterse a la intervención, siendo significativo para un intervalo de confianza del 95% (p-valor=0,013).

Cabe destacar que los resultados obtenidos por este cuestionario indican una tendencia preliminar del sujeto a lo hora de afrontar sus problemas, para ahondar en un tipo específico de afrontamiento cabría realizar otro tipo de pruebas complementarias.

Tabla 6. Contraste de medias PRE – POST en HADS en grupo TCC

	PRE		POST		T(GL)	Sig
	Media	DT*	Media	DT*		
HADS ANSIEDAD	9.125	4.940	7.625	4.627	1.271(7)	.244
HADS DEPRESIÓN	8.125	3.044	4.750	2.356	3.334(7)	.013

En cuanto al grupo Mindfulness, la Tabla 7 muestra los resultados obtenidos en Ansiedad y Depresión, cuyas puntuaciones medias también son más bajas en ambas variables, con una diferencia de 5.87 puntos en el caso de la ansiedad (siendo esta significativa para  $\alpha = 0.05$ , (con un p-valor=0.049), y 2,83 puntos por debajo en el caso de la Depresión una vez finalizada la intervención.

Tabla 7. Contraste de medias PRE – POST en HADS en grupo Mindfulness

	PRE		POST		T(GL)	Sig
	Media	DT*	Media	DT*		
HADS ANSIEDAD	11.000	5.126	6.875	3.270	2.375 (7)	.049
HADS DEPRESIÓN	5.875	3.044	4.750	2.492	1.688(7)	.135

En el caso de las puntuaciones obtenidas en las escalas del cuestionario FACT-G (Functional Assessment of Cancer) en el grupo de TCC, se puede observar en la Tabla 8



que, todas ellas han aumentado la media, excepto en el caso del Ambiente Familiar /Social, cuya puntuación ha disminuido levemente.

Tabla 8. Contraste de medias PRE – POST en la medida FACT-G en grupo TCC

	PRE		POST		T(GL)	Sig
	Media	DT*	Media	DT*		
Ambiente Familiar/social	15.625	2.559	15.375	1.767	0.290(7)	.780
Estado Emocional	12.375	3.067	13.125	2.474	-1.070(7)	.320
Funcionamiento Personal	14.250	4.713	16.000	5.318	-1.861(7)	.105
Estado Físico	17.750	5.824	18.125	7.434	-0.204(7)	.844
FACT-G TOTAL	60.000	12.671	62.625	14.040	-0.873(7)	.411

Por último, la Tabla 9 muestra los resultados obtenidos para la prueba FACT-G en el caso del grupo Mindfulness. Al igual que en el grupo TCC, la puntuación media en la escalas de Ambiente Familiar/Social ha disminuido, mientras que el resto de escalas presentan una puntuación media superior tras la intervención, sobre todo en el caso de la puntuación global de todas las escalas, con una diferencia de 5.62 puntos por encima tras la intervención (significativa para  $\alpha=0.05$ , con un  $p$ -valor=0.006).

	PRE		POST		T(GL)	Sig
	Media	DT*	Media	DT*		
Ambiente Familiar/social	15.500	3.295	14.000	3.162	2.201(7)	.064
Estado Emocional	11.000	3.295	12.875	3.440	-1.032(7)	.336
Funcionamiento Personal	14.500	3.338	17.625	5.040	-2.029(7)	.082
Estado Físico	19.250	5.625	21.375	5.604	-2.862(7)	.024
FACT-G TOTAL	60.250	10.194	65.875	9.862	-3.910(7)	.006

## DISCUSIÓN

Una vez llevado a cabo el análisis de los resultados, es conveniente plantear si se han cumplido los objetivos planteados por este estudio, y si han verificado las hipótesis planteadas.

Para comenzar, la medición llevada a cabo de los 3 ámbitos propuestos para este estudio mediante sus correspondientes instrumentos (CAEPO, FACT-G y HADS) ha permitido extraer algunas conclusiones sobre el efecto de las intervenciones en cada uno de los grupos.

En el caso del grupo de Terapia Cognitivo Conductual, encontramos que, respecto a los estilos de afrontamiento, a pesar de que las puntuaciones medias tras la intervención están ligeramente por encima de la primera medida, apenas se producen cambios en las mismas, incluso algunas de ellas permanecen iguales, a excepción de la escala de Ansiedad y Preocupación Ansiosa, en la cual se produce una mejora significativa. A nivel global, a pesar de que se produce un cambio que se aproxima más a un estilo de afrontamiento “preferentemente positivo”, no se puede concluir que el cambio sea significativo.

En cuanto a la medición de la ansiedad y depresión (HADS) en este mismo grupo, encontramos que se produce un aumento en ambas puntuaciones, destacando los resultados obtenidos en la variable depresión, cuya mejora es significativa.

Por último, en lo referente a la calidad de vida (FACT-G), encontramos diferencias en las puntuaciones antes y después de la intervención, a pesar de que todas las escalas indiquen una leve mejoría.

A continuación, se han valorado de la misma forma los resultados obtenidos en los mismos cuestionarios para el grupo Mindfulness.

En primer lugar, los resultados sobre estilos de afrontamiento apenas muestran mejoras en el estilo de afrontamiento de los pacientes, y además en ningún caso hay diferencias significativas, incluso encontramos que la puntuación global del estilo de afrontamiento baja ligeramente tras la intervención.

Respecto a la ansiedad y depresión, sí que encontramos una disminución en las puntuaciones en ambas variables, pero sólo es significativa en la variable ansiedad.

Los resultados obtenidos tras la administración del FACT-G para evaluar la calidad de vida, muestran mejorías en todas las escalas, destacando entre ellas la de Estado Físico. A nivel global, se produce una mejoría en la calidad de vida de los pacientes.

Una vez realizada la valoración del efecto de cada intervención en sus respectivos pacientes, es necesario comparar los resultados obtenidos tras la intervención entre ambos grupos.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos con CAEPO, podemos concluir que la Terapia Cognitivo Conductual obtiene mejores resultados en la mejora del estilo de afrontamiento de los pacientes, ya que les orienta hacia un enfoque más positivo (que entendemos como más adaptativo), mientras que la intervención con Mindfulness apenas produce cambios en los pacientes.

Llama la atención que, en el caso de la Ansiedad, según los resultados obtenidos en este estudio, el grupo Mindfulness consigue una mejora significativa de los resultados tras la intervención, mientras que la Terapia Cognitivo Conductual, por el contrario, consigue mejorar forma significativa el tratamiento de la depresión.

En cuanto a la calidad de vida, mientras la Terapia Cognitivo Conductual apenas consigue cambios en los resultados de los pacientes, el Mindfulness mejora su Ambiente Familiar y Social, su Funcionamiento Personal y su Estado Físico, y además, consigue una mejora significativa en la calidad de vida global percibida por los pacientes.

Por tanto, y una vez cumplidos cada uno de los objetivos planteados por este estudio, se puede afirmar que se cumple la primera hipótesis de este estudio en cuanto a que ambas intervenciones mejoran la calidad de vida y la ansiedad y depresión de los pacientes, pero no en cuanto a que mejoran su estilo de afrontamiento, ya que en el caso de Mindfulness no se han producido mejorías.

Del mismo modo, también se cumple la segunda hipótesis, la cual planteaba que existían diferencias en los efectos de ambas intervenciones sobre los pacientes, como por ejemplo en el caso de la ansiedad y la depresión, ya que la terapia Cognitivo Conductual mejora significativamente los resultados obtenidos en Depresión y el Mindfulness, por otro lado, mejora los resultados obtenidos en Ansiedad.

A igual que en otros estudios, como el llevado a cabo por Font, y Rodriguez (2007), podemos afirmar que las intervenciones cognitivo conductuales grupales efectos positivos y significativos en la mejora de variables psicológicas como la depresión, el miedo y la calidad de vida general, en pacientes oncológicos.

También encontramos coincidencia en los resultados obtenidos en la reducción de las puntuaciones en depresión en el grupo Mindfulness con otros estudios como los de Kingston et al. (2007) que presenta datos de una reducción importante de las puntuaciones BDI (Beck Depression Inventory), o el estudio de Kenny y Williams (2007) que, señala una reducción importante en la sintomatología depresiva utilizando Mindfulness-Based Cognitive Therapy con pacientes deprimidos resistentes al tratamiento.

Por último, cabe destacar que este estudio presenta una serie de limitaciones metodológicas que deben tenerse en cuenta la hora de la interpretación de los resultados.

En primer lugar, este estudio cuenta con un tamaño muestral insuficiente y carece de grupo control, por tanto los resultados obtenidos no pueden ser concluyentes ni

representativos, ya que no pueden ser comparados con otro grupo, en el que no haya producido ningún tratamiento.

Del mismo modo, se considera una limitación el que la muestra haya estado compuesta por pacientes con distintas patologías oncológicas, debido a que existen grandes diferencias entre ellas, y, por tanto, no todos los pacientes presentaban niveles semejantes de dolor, limitación física, estado emocional y calidad de vida.

Por último, como propuesta para futuros estudios, además de aumentar la muestra, incluir un grupo control y seleccionar a pacientes con enfermedades similares, sería interesante ahondar en las diferencias encontradas en los efectos de ambas intervenciones a la hora de reducir la ansiedad y la depresión.



## REFERENCIAS

- Ato, M., López, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de psicología*, 29(3), 1038-1059.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*, 11 (3), 230-241.
- Bulpitt, C. J. (1997). Quality of life as an outcome measure. *Postgraduate medical journal*, 73(864), 613-616.
- Cella, D., Sarafian, B., Snider, P., Yellen, S. & Winwour, P. (1993). Evaluation of a community-based cancer support group. *Psychooncology*, 2, 123-132.
- Davison, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacjer, J., Rosenkranz, M., Muller, D & Santorelli, S.(2003). Alterations in brain and immune función produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
- Die-Trill, M. (2007). Tratamiento psicológico grupal para mujeres con cáncer de mama: una aproximación clínica. *Revista de Psicooncología*, 4(3), 405-415.
- Fawzy, F., Fawzy, N. & Arndt, L. (1995). Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Archives of General Psychiatric*, 52(3), 100-113.
- Fischer, D. y Wedel, B. (2012). Anxiety and depression disorders in cancer patients: incidence, diagnosis and therapy. *Memo - Magazine of European Medical Oncology*, 5, 52-54.
- Font, A., & Rodríguez, E. (2007). Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2/3), 423.
- 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).
- Gil, F., Costa-Requena, G., Pérez, F., Salamero, M., Sánchez, N. y Sirgo, A. (2008). Adaptación psicológica y prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica*, 130, 90-92.
- González Martínez, M. T. (2008). Análisis de un instrumento de evaluación del afrontamiento del estrés en sujetos con cáncer. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 1(25).
- Hegelson, V. S., Shulz, R. & Yasklo, J. (2000). Group support interventions for women with breast cancer: who benefits from what? *Health Psychology*, 19, 107-114.
- Hernández, L., & Cella, D. (2016). La Calidad de Vida Relacionada a la Salud: Resultado Importante de los Tratamientos para el Cancer. *Puerto Rico Health Sciences Journal*, 17(1), 89-91.
- Holland, J. (2002). History of psycho-oncology: Overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64, 206-221.
- Jensen, A. B., Madsen, B., Andersen, P., & Rose, C. (1993). Information for cancer patients entering a clinical trial—an evaluation of an information strategy. *European Journal of Cancer*, 29(16), 2235-2238.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioural medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33- 47.

- Keeny, M.A., & Williams, J.M. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness based cognitive therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 617-625.
- Kingston, T., Dooley, B., Bates, A., Lawlor, E., & Malone, K. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 193- 203.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. *The handbook of behavioral medicine*, 282-325
- Link, J. (2008). *Cáncer de mama y calidad de vida. Guía práctica para conocer los mejores tratamientos y los cuidados que hay que seguir*. Barcelona: Robinbook.
- Macarulla, T., Ramos, F. y Tabernero, J. (2009). Introducción. En T. Macarulla, F. Ramos y J. Tabernero (Ed.s), *Comprender el Cáncer* (pp. 7-10). Barcelona: Amat.
- Martínez López, P. (2015). Cribado de distrés emocional en población oncológica adulta: validación de instrumentos.
- Meseguer, C. (2003). El adulto con cáncer. *Psico-oncología, Madrid, Ades Ediciones*.
- Mols, F. (2005). Quality of life among long-term breast cancer survivors: A systematic review. *European Journal of Cancer*, 41, 2613-2619.
- Newport D. y Nemeroff C. (1998). Assessment and treatment of depression in the cancer patient. *Journal of Psychosomatic Research*, 45, 215-37.
- Robert, V., & Álvarez, C. Valdivieso., F. (2013). Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista médica Clínica Condes*, 24(4), 677-684.
- Sacristán, J. A., Prieto, L., Huete, T., Artigas, A., Badia, X., Chinn, C., & Hudson, P. (2004). Cost-effectiveness of drotrecogin alpha [activated] in the treatment of severe sepsis in Spain. *Gaceta sanitaria*, 18(1), 50-57.
- Sánchez, M. J., Payer, T., De Angelis, R., Larrañaga, N., Capocaccia, R. y Martinez, C. (2010). Cancer incidence and mortality in Spain: estimates and projections for the period 1981-2012. *Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO*, 21, 30-36.
- Sawyer, A., Ayers, S. y Field, A. P. (2010). Posttraumatic growth and adjustment among individuals with cancer or HIV/AIDS: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 436-47.
- Rapp, S. R., Shumaker, S., Schmidt, S., & Naughton, M. (1995). Social resourcefulness scale: development and preliminary validation. *Unpublished manuscript*.
- Stanton, A., Denof-Burg, S., Cameron, C., Bishop, M. & Collins, C. (2000). Emotionally expressive copings predictors psychological and psysical adjustment to breast cancer. *Journal Consulting of Clinical Psychology*, 68(5), 875-882.
- Tedeschi, R. G. y Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.
- Terol, M. C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Martín-Aragón, M., Pastor, M. A., y Reig, M. T. (2007). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Estrés (HAD) en población española. *Ansiedad y Estrés*, 13 (2-3), 163-176.
- Valero, C. Z. V., Escobar, G. G., Jaramillo, F. G., & Hernández, E. E. R. (2017). Estrés, afrontamiento y emociones en estudiantes universitarios de sistema a distancia. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(2), 674
- Vinaccia, S., Tobón, S., Moreno San Pedro, E., Cadena, J. & Anaya, J.M. (2005). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide. *International Journal of Psychology and Psychological therapy*, 5, 45-60.

Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S., & Zapata, M. (2014). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y salud*, 15(2), 207-220.

