



Grado en Psicología

Trabajo Fin de Grado

Curso 2016/2017

Convocatoria Junio



Modalidad: Revisión bibliográfica

Título: Revisión en Psico-Oncología: Cáncer y depresión.

Autor: Cristina Cerdán Padilla

Tutora: María del Carmen Terol Cantero

Elche 13 de junio de 2017

Índice

1. Introducción	1
1.1. Cáncer y Psico-Oncología	1
1.2. Sintomatología Depresiva en Cáncer.....	3
1.3. Investigación en psico-oncología.....	4
2. Revistas de Cáncer y depresión de habla hispana.	5
2.1. Descriptor: Revistas Oncología.....	5
3. La Revista de Psicooncología: Estudios en Cáncer y Depresión.....	8
3.1. Características generales de los estudios revisados.....	8
3.2. La evaluación de la Depresión en los estudios revisados	9
3.3. Depresión y Programas de Intervención.	12
4. Conclusiones.....	13
5. Anexo	18



Resumen

Los síntomas depresivos en los pacientes oncológicos por lo general pasan desapercibidos por lo que no reciben el tratamiento adecuado y necesario (Día, 2003). El presente trabajo tiene como **objetivo** identificar las revistas españolas de habla hispana centradas en cáncer u oncología, además de, revisar los estudios sobre cáncer y depresión y/o sintomatología asociada (malestar emocional, tristeza, afecto negativo, entre otros) en una de ellas, en concreto, la revista de Psico-Oncología. **Método:** Se consultaron las bases de datos Google, Redalyc, Scopus, Scielo y Dialnet obteniendo un total de 8 revistas españolas o latinas sobre cáncer incluyendo la revista de Psico-Oncología. Ésta última fue revisada desde el año 2003 hasta 2017 en la base de datos Dialnet. Se revisaron un total de 419 artículos utilizando los siguientes criterios: 11 estudios fueron eliminados por utilizar muestra no española, otros 358 por no hacer referirse a depresión, 2 por centrarse en casos únicos, 3 por no utilizar muestra adulta, otros 9 por centrarse sólo en índices de supervivencia y 18 por ser revisiones bibliográficas. Finalmente, un total de 18 artículos fueron analizados. **Resultados:** De los 18 trabajos, 9 presentan un diseño transversal y otros 9 una evaluación pre y post. La muestra de cáncer de mama se presenta en 8 de los 18 artículos. Los programas de intervención para la depresión (5 estudios) son heterogéneos incluyendo el Mindfulness, counselling, o la psicología positiva, entre otros. La depresión se relaciona con las rumiaciones, el afrontamiento, la desesperanza, la evitación ansiosa o el fatalismo entre otras estrategias.

Palabras clave: *Cáncer, oncología, psico-oncología, depresión.*

1. Introducción

1.1. Cáncer y Psico-Oncología

El cáncer es un grupo de enfermedades que se caracterizan porque las células crecen de forma excesiva y descontrolada invadiendo y dañando tanto tejidos como órganos, produciendo finalmente la muerte del individuo (Muñoz, 1997). Son muy pocos casos en los que la enfermedad evoluciona hacia una curación espontánea y en otros casos el paciente sobrevive durante un determinado tiempo porque el crecimiento celular se produce muy lentamente o porque la enfermedad llega a estabilizarse. Al tumor se le puede denominar como maligno o benigno en función de su comportamiento clínico. El tumor maligno es aquel cuyo crecimiento es incontrolable o produce una diseminación a distancia; este tipo de tumor es el denominado como cáncer. La prevención puede reducir la incidencia de cáncer para ello se deben conocer cuáles son los factores de riesgo de padecer dicha enfermedad. Entre los factores de riesgo se encuentran el consumo de tabaco, la exposición a radiaciones ultravioletas, mantener una dieta poco sana y no equilibrada, el consumo de alcohol, no realizar actividad física de forma regular, la exposición ambiental a agentes cancerígenos, así como factores psicosociales ya que se ha demostrado que existe mayor mortalidad de cáncer en personas con baja economía y bajo apoyo social. Actualmente, los métodos para el tratamiento del cáncer son la cirugía, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia, inmunoterapia, terapia génica y nuevas drogas que atacan solo a las células tumorales sin dañar a las normales (Die, 2003).

El diagnóstico de cáncer se encuentra asociado a la muerte, incapacidad, dependencia física y empeoramiento de la relación con los demás. Tras la comunicación del diagnóstico de cáncer, el enfermo pasa por varias fases. La fase I se caracteriza por la negación de la enfermedad por lo que se produce una "anestesia emocional". La fase II es aquella en la que el paciente poco a poco reconoce la realidad y se producen síntomas como ansiedad, depresión, insomnio y falta de apetito. La fase III es en la que se retoma la rutina e incluso puede aparecer optimismo. La adaptación a la enfermedad oncológica se encuentra influida por la sociedad, el paciente y por la enfermedad. La capacidad de afrontamiento influye en el manejo del estrés, dignidad de las personas, relaciones sociales significativas y en la función física. Factores como la personalidad, las creencias religiosas y la historia oncológica en la familia influyen en la adaptación a la propia enfermedad, además del tipo de cáncer, estadio, sintomatología y del pronóstico (Almanza-Muñoz y Holland, 2000).

Respecto de la enfermedad oncológica, es la década de 1975 a 1985 la que marca el comienzo de la llamada psico-oncología en la mayoría de países. En concreto los primeros países que demostraron interés por este nuevo campo fueron EE.UU. y Suecia seguidos de Inglaterra y Dinamarca. En la década de los 90 se unieron países como Japón, Turquía, Portugal y España. Así, en 1992 este interés por los aspectos psicológicos y comportamentales del paciente enfermo de cáncer dan lugar a la nueva sub-especialidad de la oncología denominada como psico-oncología (Die, 2003). La psico-oncología, es una disciplina que estudia las dimensiones psicológicas, comportamentales y sociales del cáncer, para ello analiza las respuestas psicológicas de los enfermos de cáncer y sus familiares, y observando cómo influyen los aspectos psicológicos, sociales y comportamentales respecto a la mortalidad y morbilidad de la enfermedad (García-Conde, Ibáñez y Durá, 2008). Por lo tanto, la psico-oncología presenta aspectos psicosociales y psicobiológicos, siendo su objetivo valorar y tratar alteraciones psicopatológicas, trastornos mentales y favorecer que el paciente y su familia presenten un buen afrontamiento hacia la enfermedad y una buena adherencia a los tratamientos prescritos (Gil, 2000). En concreto, los objetivos de la psico-oncología son la prevención primaria interviniendo en factores psicosociales que pueden estar influyendo en el origen del cáncer, la prevención secundaria a través de la detección e intervención de los factores psicológicos que permitan facilitar el diagnóstico precoz del cáncer, la intervención terapéutica, rehabilitación y cuidados paliativos interviniendo en la respuesta emocional del enfermo y sus familiares en todas las fases de la enfermedad y finalmente la investigación para propiciar el desarrollo y crecimiento de esta nueva sub-disciplina (Rivero et al., 2008).

Esta nueva sub-disciplina es muy joven sin embargo poco a poco va creciendo e incluye a profesionales de diferentes disciplinas, entre ellos se encuentran médicos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros (Gil, 2000). Ser una especialidad formada por distintas disciplinas permite a los médicos que normalmente solo se centran en el cuidado físico de los pacientes a que adquieran además conocimientos sobre aspectos psicológicos, sociales y comportamentales del enfermo oncológico en las distintas etapas de tratamiento y de la enfermedad. El psicólogo tiene un importante papel en esta sub-disciplina, ofreciendo perspectivas diferentes al resto de profesiones y contribuyendo al manejo clínico del paciente, a la investigación, a la educación y la formación en el área de oncología (Die, 2003). Concretamente, en España la primera unidad psico-oncológica fue creada por la Dra. Die Trill en el Hospital Universitario Gregorio Marañón en Madrid. Muchos son los psicólogos españoles los que están trabajando y luchando porque se produzca un mayor avance en este campo tan joven.

Por ello, se están llevando a cabo cursos de formación que combinan la psico-oncología y los cuidados paliativos con la ayuda de la Asociación Española contra el Cáncer y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (Die, 2003).

Son diversas las causas que han dado lugar al desarrollo de la psico-oncología. Una de estas causas es el elevado número de diagnósticos de cáncer y fallecimientos debidos a la enfermedad que se producen al año, otra de las causas es el estrés al que se ven sometidos tanto el paciente como sus familiares. Por otro lado, la sanidad tiene como objetivos tanto la curación como el alivio humano, la necesidad de que el paciente se encuentre informado y participe en la toma de decisiones. También se debe a la necesidad de mejorar las habilidades de comunicación, el manejo de emociones y situaciones de estrés de los profesionales de la salud con el objetivo de que el enfermo comprenda la información que recibe por parte de los sanitarios y asegurar la adherencia al tratamiento, así como los sanitarios sepan afrontar las situaciones de estrés a las que se enfrentan día a día para prevenir el burnout y finalmente debido a la importancia de la prevención, promoción y educación de la salud (Cruzado, 2003)

1.2. Sintomatología Depresiva en Cáncer

Los síntomas depresivos en los pacientes oncológicos por lo general pasan desapercibidos por lo que no reciben el tratamiento adecuado y necesario. Esta invisibilidad se debe a que se considera normal estar deprimido cuando se padece una enfermedad que amenaza la vida del individuo y lo raro es que no se experimente tristeza, desesperanza, sentimientos de inutilidad, alteraciones en el sueño o apetito durante el proceso de enfermedad. Además, también suele ser bastante frecuente la negación de los sentimientos de tristeza por parte del paciente. Otro motivo que contribuye a la desestimación de la sintomatología depresiva en cáncer es porque el diagnóstico de la depresión está oculto por síntomas neurovegetativos que pueden ser secundarios del propio trastorno depresivo, del cáncer o de sus tratamientos. A todo esto, se une la falta de conocimientos de los profesionales sanitarios sobre la depresión y sus tratamientos, por lo que es de gran importancia la formación de dichos profesionales en la detección de trastornos afectivos en oncología ya que es un trastorno con elevada presencia en los enfermos de cáncer y que afecta al afrontamiento de la enfermedad (Die, 2003). Entre los predictores de depresión encontramos la historia de depresión e intentos de suicidio, abuso de sustancias, bajo apoyo social, duelo reciente, fatiga, enfermedad avanzada, comorbilidad, uso de esteroides y quimioterapia y problemas nutricionales (Almanza-Muñoz y Holland, 2000).

Algunos factores de riesgo para la aparición de depresión en los enfermos oncológicos son ser joven, ser mujer, estar sintomático, y estar recibiendo tratamiento activo contra la enfermedad o tratamiento paliativo. Otros factores son el aislamiento social, pérdidas recientes paralelas al cáncer, el pesimismo, presiones socioeconómicas, enfermedad avanzada con mayor incapacidad, deterioro físico significativo, historia de alcoholismo o de otras sustancias tóxicas, presencia de enfermedades concurrentes e historia previa de trastornos del estado de ánimo o intentos de suicidio. Aunque se ha observado que la gravedad de la enfermedad oncológica está relacionada con la depresión, no significa que todos los que sufran la enfermedad de forma grave y avanzada necesariamente sufren depresión (Die, 2003).

Por tanto, los candidatos a una consulta psico-oncológica son pacientes que presentan un trastorno adaptativo, acompañados de síntomas ansiosos y depresivos. En este tipo de pacientes es muy habitual que presenten problemas de memoria y concentración debidos a las alteraciones emocionales, ansiedad, depresión, desesperanza, insomnio, llanto, pérdida del apetito, dificultad para mantener realizando las actividades diarias, problemas respecto a la sexualidad y la pareja, así como en las relaciones de amistad y preocupaciones respecto a la enfermedad y su tratamiento. Todo esto da lugar a un mal afrontamiento de la enfermedad por parte del paciente. También son candidatos a la psico-oncología aquellos que presentan un buen afrontamiento de la enfermedad pero que se encuentran preocupados por la evolución de la enfermedad y la eficacia del tratamiento, así como aquellos que presenten síntomas leves de depresión y ansiedad u otros síntomas cognitivos como la tristeza o el miedo (Gil, 2000).

1.3. Investigación en psico-oncología

Los tratamientos contra el cáncer fueron descritos hace ya muchos años, sin embargo, los estudios psicológicos relacionados con el cáncer no han tenido tal auge. La investigación científica en psico-oncología es muy reciente, se inició en Estados Unidos en los años setenta. Los factores que contribuyeron a esta nueva sub-disciplina fueron el optimismo por la curación del cáncer y mayor prolongación de supervivencia, el reconocer que las necesidades de los enfermos oncológicos requieren de un trabajo multidisciplinar, la aceptación por parte de los médicos del carácter multidisciplinar del cáncer, los derechos de los enfermos respecto a conocer su diagnóstico y las distintas opciones de tratamiento, así como su participación en ensayos clínicos, el conocimiento de las secuelas a corto y largo plazo que produce el tratamiento oncológico, la consideración de la calidad de vida del enfermo de cáncer y la necesidad de diseñar tratamientos que incluyesen la evaluación de la calidad de vida (Die, 2003).

Existen diferentes líneas de investigación en psico-oncología, una de estas líneas se dirige a evaluar la calidad de vida de diferentes dimensiones, como la física, psicológica, social, laboral, sexual o espiritual. Otra línea está dirigida a conocer el impacto de una intervención psicológica en los síntomas psicosociales y bienestar psicosocial. La investigación también muestra interés por cómo afecta el estrés postraumático tanto en los enfermos como en sus familiares, la influencia de la espiritualidad, la interacción mente-cerebro, el impacto que produce trabajar con enfermos oncológicos y la comunicación de malas noticias (Almanza-Muñoz y Holland, 2000). Concretamente, la Asociación Americana Contra el Cáncer en el año 1982 definió los temas de investigación dentro de la psico-oncología, clasificándolos en tres principales: el enfermo oncológico donde se estudia la experiencia subjetiva (ansiedad, depresión, funcionamiento cognitivo, desesperanza, desmoralización e hipocondría), funciones somáticas como el dolor, las náuseas o los vómitos entre muchos otros, la calidad de vida respecto al trabajo, ocio, relación con familiares y amigos, etc. Por otro lado, se investiga el entorno social del enfermo, donde se incluye el funcionamiento familiar y social, el apoyo social que recibe el enfermo y la influencia que tiene la cultura. Finalmente, se investigan variables relacionadas con el tratamiento antineoplásico, como por ejemplo la adhesión terapéutica o la comunicación con los profesionales, entre otras (Rivero et al., 2008).

Por todo ello, el **objetivo** de este trabajo es identificar las revistas españolas de habla-hispana centradas en cáncer u oncología, además de, revisar los diferentes estudios que abordan la relación entre cáncer y depresión y/o sintomatología asociada (malestar emocional, tristeza, afecto negativo, entre otros) en Psico-Oncología.

2. Revistas de Cáncer y depresión de habla hispana.

2.1. Descriptor: Revistas Oncología

En primer lugar, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en Google, Redalyc, Scopus, Scielo y Dialnet para acceder a revistas empíricas centradas en cáncer y oncología. Como descriptores base se incluyeron las siguientes palabras clave: **revista oncología** y **revista psicooncología**. Con el primer descriptor se obtienen 13 revistas con la base Google: 10 son de nacionalidad española, y 3 latinoamericanas (mexicana, argentina y venezolana). Por otro lado, se obtiene 1 revista con la base Scopus de nacionalidad mexicana y en la base Scielo se obtienen 2 revistas, una de nacionalidad española y otra de nacionalidad colombiana. Con Redalyc se obtiene 1 revista de

nacionalidad venezolana y en Dialnet 3 revistas de nacionalidad española. En total con el descriptor **revista oncología** se obtienen en un principio 20 revistas oncológicas, de las cuales se eliminan 11 por ser revistas que recogen información mayoritariamente no psico-oncológica. Por lo tanto, finalmente se obtienen 9 revistas empíricas oncológicas con el descriptor revista oncología. De todas ellas, tres no tienen acceso libre y seis permiten el acceso libre. La periodicidad con la que publican estas revistas varía mucho entre ellas, dos lo hacen de forma bimestral, tres de forma mensual, dos trimestrales, una cuatrimestral y en una de ellas no existe un periodo fijo de publicación. Cabe destacar que la revista Oncología se inicia en la época en la que empezó a desarrollarse la disciplina psico-oncología, creándose en el año 1976 (ver tabla 1).

En cuanto al descriptor **revista psicooncología** se obtienen 20 revistas en la base Google, 15 de ellas son de nacionalidad española y 5 son latinoamericanas (3 mexicanas, una chilena y una colombiana). En la base de datos Scopus se obtiene una revista de nacionalidad mexicana y con la base Dialnet se obtiene una revista de nacionalidad española. En un principio se parten de 22 revistas empíricas, de las cuales se eliminan 19 por tratar temas no relacionados con psico-oncología, por lo que finalmente se obtienen 3 revistas empíricas oncológicas con el descriptor *revista psicooncología*, todas ellas con acceso libre. La periodicidad con la que publican varía, dos lo hacen de forma cuatrimestral y una bimestral (ver tabla 2).

A través de ambos descriptores se incluyen investigaciones desde 1976 hasta 2017 (ver tabla 1 y 2), aunque algunas revistas han censurado sus publicaciones y se desconocen las razones, en concreto la Revista de Oncología deja de publicar en el año 2004, Oncología censura en 2007 y la Revista Gaceta Mexicana de Oncología lo hace en 2016. Por lo tanto, entre ambos descriptores se obtienen un total de 12 revistas, pero la revista Psicooncología aparece repetida tres veces, una con el descriptor *revista oncología* en la base de datos Dialnet y dos veces con el descriptor *revista psicooncología* en las bases Google y Dialnet. Lo mismo ocurre con la revista Gaceta Mexicana de Oncología que aparece de forma repetida en dos ocasiones, una con el descriptor *revista oncología* en la base Scopus y con el descriptor *revista psicooncología* de nuevo en Scopus y la revista Oncología aparece en dos ocasiones, con el descriptor *revista oncología* en las bases Scielo y Dialnet. Para los tres casos excluimos las repeticiones, por lo que se eliminan dos revistas de Psicooncología, una revista de Gaceta Mexicana de Oncología y otra de Oncología contando así con un solo resultado de dichas revistas, por lo que finalmente se obtienen un total de 8 revistas (ver tablas 1 y 2).

Tabla 1: Descriptor: Revista oncología.

Revista	Acceso	Nacionalidad	Año inicio	Periodicidad
GOOGLE				
SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica)	No	Española	2000	Bimestral
AAOC (Asociación oncología clínica)	Si	Argentina	2009	Sin periodicidad exacta
SCOPUS				
Gaceta Mexicana de Oncología	Si	Mexicana	2002	Bimestral
SCIELO				
Oncología	Si	Española	1976	Mensual
Revista colombiana de cancerología	Si	Colombiana	2009	Trimestral
REDALYC				
Revista venezolana de Oncología	Si	Venezolana	2005	Trimestral
DIALNET				
Oncología	No	Española	1976	Mensual
Psicooncología	Si	Española	2003	Cuatrimstral
Revista de oncología	No	Española	1999	Mensual

Tabla 2: Descriptor: Revista psicooncología.

Revista	Acceso	Nacionalidad	Año inicio	Periodicidad
GOOGLE				
Psicooncología	Si	Española	2003	Cuatrimestral
SCOPUS				
Gaceta Mexicana de Oncología	Si	Mexicana	2002	Bimestral
DIALNET				
Psicooncología	Si	Española	2003	Cuatrimestral

De todas las revistas que se muestran, se ha seleccionado la revista Psico-oncología por las siguientes razones: 1) tener acceso abierto, 2) tratar temas oncológicos y psicológicos y ser de nacionalidad española, además de, 3) ser una revista de publicación periódica, actualizada y considerada en el ámbito de la disciplina un referente por el contenido de sus publicaciones en investigación y aplicaciones terapéuticas en Psico-Oncología.

3. La Revista de Psicooncología: Estudios en Cáncer y Depresión

Se realiza la revisión bibliográfica de los números de la revista de Psicooncología utilizando la base de datos Dialnet, cuyo año de inicio es en 2003 contando con publicaciones actualizadas hasta el 2017. Se han revisado un total de 419 artículos, para la selección de los mismos se tuvieron en cuenta las siguientes palabras clave: cáncer, oncología, depresión y sintomatología asociada (malestar emocional, tristeza, afecto negativo, entre otros). De los 419 artículos se eliminaron 401. Los criterios de exclusión fueron: muestras no españolas o de otros países (11), no hacen referirse a depresión (358), los casos únicos (2), no utilizar muestra adulta (3), centrarse sólo en índices de supervivencia (9) o revisiones bibliográficas (18). Finalmente se revisan 18 artículos de la revista Psicooncología.

Características generales de los estudios revisados.

De los 18 trabajos revisados, la mitad, es decir, 9 presentan un **diseño transversal** (Soriano et al., 2007; Rodríguez et al., 2007; López, Cruzado y Feliu, 2009; Rufino,

Blasco, Guell, Ramos y Pascual, 2010; Olivares, Martín, Román y Moreno, 2010; López-Santiago, Cruzado, Martínez y Feliu, 2011; León, Jovell, Mirapeix, Arcusa y Blasco, 2012; Rodríguez-Quintana et al., 2012; Priede, González-Blanch, Herrán y Hoyuela, 2013) y los otros 9 presentan un diseño transversal **pre y post** (González, Fernández et al., 2005; de Linares et al., 2007; Páez, Luciano y Gutiérrez, 2007; Bellver et al., 2009; Pallí, Lluch y Valero, 2010; Díaz-Cordobés, Barcía, Gallego-Sánchez y Barreto, 2012; Zubiri, Pollán y Gabari, 2012; León et al., 2013; Vila, Font y Caba, 2016). Las muestras utilizadas tienen **distintos diagnósticos** (cáncer de pulmón, de colon, ginecológico, etc.) pero el más frecuente es el de mama representado en un total de 8 artículos. Respecto al **tamaño muestral** oscila entre 12 y 438 sujetos, siendo la mayoría de sexo femenino y con una edad media que oscila entre 39 y 69 años (ver Tabla 3). Las **variables** medidas son heterogéneas ya que se ha evaluado rumiaciones, calidad de vida, estrategias de afrontamiento, aprendizaje voz erigmofónica, conspiración del silencio, satisfacción con la comunicación, conocimiento situación avanzada/terminal, enfermedad oncológica avanzada, actividad sexual, personalidad, tratamientos del cáncer y deterioro cognitivo (ver Tabla 3). De todas estas variables, las que se miden en la mayoría de estudios son ansiedad, depresión y calidad de vida. Los **instrumentos** para la evaluación de las variables referidas se presentan con una gran heterogeneidad. Se han empleado escalas y cuestionarios, en concreto los más utilizados son la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD de Caro e Ibáñez, 1992; Herrero, Blanch, Peri, de Pablo, Pintor y Bulbena, 2003; López-Roig, Terol, Pastor, Neipp, Massutí, 2000; Tejero, Gimerá, Farré y Peri, 1986; de Zigmond y Snaith, 1983) (Priede et al., 2013; Quintana et al., 2012; Zubiri et al., 2012; Díaz-Cordobés et al., 2012; López-Santiago et al., 2011; Olivares et al., 2010; Rufino et al., 2010; Pallí et al., 2010; López et al., 2009; Bellver et al., 2009; Rodríguez et al., 2007; Paez et al., 2007; Linares et al., 2007; Soriano et al., 2007; González et al., 2005) y Cuestionario de Calidad de Vida (EORTC QLQ-C30 de Aaronson, Ahmedzai, Bergman, Bulliner, Cull y Duez, 1993; Agra, Badía y Gil, 1998; Arras, Illaramendi y Valerdi, 1996) (León et al., 2013; Rodríguez-Quintana et al., 2012; López-Santiago et al., 2011; Olivares et al., 2010; López et al., 2009; Soriano et al., 2007; González et al., 2005). También se han llevado a cabo entrevistas (Olivares et al., 2010; Rufino et al., 2010; Pallí et al., 2010; López et al., 2009; Bellver et al., 2009; Páez et al., 2007; Linares et al., 2007; Soriano et al., 2007; González et al., 2007) y preguntas *ad hoc* (Vila et al., 2016; Priede et al., 2013).

3.1. La evaluación de la Depresión en los estudios revisados

Los **instrumentos** utilizados para la evaluación de la depresión han sido la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria en sus diferentes adaptaciones a población española

(HAD de Caro e Ibañez, 1992; Herrero, Blanch, Peri, de Pablo, Pintor y Bulbena, 2003; López-Roig, Terol, Pastor, Neipp, Massutí, 2000; Tejero, Gimerá, Farré y Peri, 1986; de Zigmund y Snaith, 1983). En concreto este instrumento se utiliza en 15 de los 18 trabajos revisados (Priede et al., 2013; Quintana et al., 2012; Zubiri et al., 2012; Díaz-Cordobés et al., 2012; López-Santiago et al., 2011; Olivares et al., 2010; Rufino et al., 2010; Pallí et al., 2010; López et al., 2009; Bellver et al., 2009; Rodríguez et al., 2007; Paez et al., 2007; Linares et al., 2007; Soriano et al., 2007; González et al., 2005). Es una escala formada por 14 ítems, divididos en dos subescalas que miden depresión, pero también ansiedad. La subescala de ansiedad se fundamenta en manifestaciones psíquicas de ansiedad situacional y la subescala de depresión se basa en síntomas centrales de la psicopatología de la depresión. La puntuación máxima que se puede obtener en cada dimensión es 21, por lo que presenta un rango de 0-21. Las puntuaciones entre 0 y 7 se consideran como clínicamente no significativas, entre 8 y 10 son casos dudosos y por encima de 10 son considerados clínicamente significativos, tanto en ansiedad como en depresión. Otro instrumento administrado para evaluar depresión es el Inventario para la depresión (BDI-II de Beck Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún y Vázquez, 2005), concretamente se ha utilizado en 1 de los 18 trabajos utilizados (León et al., 2013). Es un cuestionario auto-aplicado formado por 21 ítems con los que se evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. La puntuación máxima que se puede obtener es 63, presentando por tanto un rango de 0-63. Las puntuaciones entre 0 y 9 indican ausencia de depresión, una puntuación entre 10 y 18 depresión leve, entre 19 y 29 una depresión moderada y entre 30 y 63 una depresión grave. Para la medición de depresión, también se ha utilizado en un trabajo (Vila et al., 2016) un instrumento ad hoc que incluye ítems del IDTP (Distress Thermometer for Patients de Bultz y Holland, 2006), para la detección de malestar emocional en paciente oncológicos experimentado la última semana a través de un termómetro que va de 0 a 10, donde 0 es mínimo y 10 es máximo. Otros problemas emocionales evaluados son miedo, nerviosismo, tristeza, preocupación y pérdida de interés en las actividades cotidianas durante la última semana y la intensidad de la tristeza, rabia, miedo y nerviosismo en el momento actual, antes de sesión psico-oncológica, valorados en la escala mencionada de 0 a 10. Después de la visita psico-oncológica se evalúa si la persona se siente animada, valiente, tranquila, alegre, despreocupada y con interés por las actividades, así como la intensidad de la tristeza, miedo, rabia y nerviosismo. Con todas estas variables se generan 3 variables: 1) y 2) “alteración emocional antes y después de la visita psico-oncológica” formada por la suma de intensidad de tristeza, rabia, miedo y nerviosismo con rango de puntuaciones entre 0 y 40, y 3) “cambio emocional” que representa la diferencia entre las dos anteriores y oscila entre -40 y 40 puntos. Un tercer instrumento utilizado en un trabajo

para la evaluación de la depresión ha sido una escala Likert con cuatro categorías de respuestas (Mucho, Bastante, Poco, Nada) para evaluar el malestar emocional durante la última semana, el grado en el que la persona se siente preparada para abordar la situación y el grado que el que cree que podría ayudarle recibir apoyo psicológico (León et al., 2012).

Respecto de las **puntuaciones o niveles de depresión** obtenidos a través de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD de Caro e Ibáñez, 1992; Herrero, Blanch, Peri, de Pablo, Pintor y Bulbena, 2003; López-Roig, Terol, Pastor, Neipp, Massutí, 2000; Tejero, Gimerá, Farré y Peri, 1986; de Zigmond y Snaith, 1983) oscilan entre 2,61 y 12,71 dentro de un rango de puntuación de 0 a 21, por lo que se encuentran puntuaciones significativas y clínicamente no significativas de depresión. En el caso del Inventario para la depresión (BDI-II de Beck Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún y Vázquez, 2005) se obtienen unas puntuaciones medias de depresión que oscilan entre 9,20 y 24 dentro de un rango de puntuaciones de 0 a 63, encontrando por tanto casos que van desde la no depresión hasta aquellos en los que existe una depresión moderada. Para el instrumento had hoc con ítems del IDTP (Distress Thermometer for Patients de de Bultz y Holland, 2006) se encuentran unas puntuaciones medias de malestar emocional que oscilan de 2,7 a 6,4 en una escala de 0 a 10, existiendo por tanto casos en los que apenas hay malestar emocional y donde los hay de forma más moderada y alteraciones emocionales con medias que fluctúan entre 11,3 y 17,8 dentro de un rango de puntuaciones que va desde 0 hasta 40. Y por último, respecto a la escala Likert utilizada para conocer el malestar emocional, se obtienen porcentajes poblacionales que muestran que el 68,6% de los pacientes oncológicos presentan un estado de ánimo desanimado.

Las **variables relacionadas con la depresión** han sido rumiaciones, calidad de vida, estrategias de afrontamiento, aprendizaje voz erigmofónica, conspiración del silencio, satisfacción con la comunicación, conocimiento situación avanzada/terminal, enfermedad oncológica avanzada, actividad sexual, personalidad, tratamientos del cáncer y deterioro cognitivo. Respecto a las *rumiaciones*, la depresión muestra su relación con un procesamiento de la información basado en las rumiaciones en pacientes oncológicos con diagnóstico reciente (menos de 4 meses). En concreto, mujeres y hombres, con mayor nivel de rumiaciones (tipo reproches) tenían mayor probabilidad de padecer depresión (Priede et al., 2013). Por su parte, en cuanto a la calidad de vida y estrategias de afrontamiento, la depresión presenta una correlación negativa con la calidad de vida global y una correlación positiva con estrategias de afrontamiento basadas en una preocupación ansiosa (Rodríguez-Quintana et al., 2012).

De la variable de *aprendizaje de la voz erigmofónica*, los pacientes laringetomizados que consideraban que habían aprendido a hablar, que hablaban bien y con cualquiera, presentaban niveles de depresión inferiores que el grupo que no consideraba todo esto (Zubiri et al., 2012). Por su parte, la variable *conspiración del silencio* incide en el malestar emocional del enfermo, pues muestran niveles de depresión mayores que en pacientes en los que existe una comunicación abierta (Díaz-Cordobés et al., 2012). En cuanto a la *satisfacción con la comunicación* y el grado de *conocimiento sobre el pronóstico* de enfermedad avanzada/terminal, se obtienen resultados donde los pacientes insatisfechos con la comunicación y los que conocían el pronóstico de enfermedad presentaban mayores niveles de depresión (Rufino et al., 2010). Además, los resultados de la variable *enfermedad oncológica avanzada*, muestran que los pacientes en este estadio no presentaban niveles de depresión patológicos, y estaban ajustados psicológicamente (González et al., 2005).

Respecto del resto de variables estudiadas, la *actividad sexual*, se obtienen resultados en los que se muestra que la depresión redujo la actividad sexual en mujeres con cáncer ginecológico (Pallí et al., 2010). En la variable de *personalidad* está se relaciona con la depresión, encontrando que los pacientes oncológicos que se encontraban deprimidos presentaban mayor desesperanza, evitación ansiosa, fatalismo, menor espíritu de lucha respecto y un mecanismo de afrontamiento caracterizado por una mayor evitación del riesgo y una menor dependencia a la recompensa comparado con los pacientes no deprimidos (Rodríguez et al., 2007). La variable *tratamientos del cáncer* muestra que en pacientes con cáncer de colón sometidos a una cirugía de extirpación presentaban bajos niveles de depresión y ansiedad y el paso del tiempo desde la intervención quirúrgica disminuía los síntomas depresivos (Soriano et al., 2007; López-Santiago et al., 2011). Por el contrario, en el cáncer de mama las mujeres presentan elevados niveles de depresión y ansiedad, sobre todo cuando se trata de la cirugía radical (Olivares et al., 2010). Finalmente, el *deterioro cognitivo* presenta relación con la depresión en pacientes con cáncer de colón mayores de 65 años que se encontraban en tratamiento con quimioterapia (López et al., 2009).

3.2. Depresión y Programas de Intervención.

Hay 5 artículos que hablan de programas de **intervención** sobre la depresión y los resultados que muestran. Entre ellos, una sesión individual psico-oncológica basada en el "**counselling**" y la psicología positiva reducían el malestar emocional en mujeres con cáncer de mama y referían sentirse más animadas, alegres, tranquilas, valientes, interesadas por las actividades cotidianas, y con menor impacto emocional. (Vila et al.,

2016). En el caso del “**Mindfulness**”, frente a un programa de psicoeducación estándar éste reducía la depresión de niveles moderados a prácticamente ausentes, además de mejorar la ansiedad-rasgo y ansiedad-estado o la calidad de vida de los pacientes (León et al., 2013). Por otro lado, una intervención basada en “**relajación Muscular**” de Jacobson, imaginación guiada y visualización, información sobre la enfermedad y tratamiento, así como psicoeducación durante el tratamiento de quimioterapia aumentaba el afecto positivo y reducía el negativo en mujeres con cáncer de mama (Bellver et al., 2009). Otro de los trabajos muestra que la “**terapia de aceptación” y compromiso**, frente a una terapia cognitiva (pensamientos-sentimientos-acciones, errores y reestructuración cognitiva, entre otros) reducía depresión, ansiedad y mejoraba la calidad de vida a largo plazo (Paéz et al., 2007). Además, un programa psicológico de “**análisis y manejo**” de información, afrontamiento, estrés y preparación para el aislamiento familiar reducían ansiedad y depresión en pacientes oncológicos sometidos a trasplante (Linares et al., 2007). Por otro lado, se muestra que menos de la mitad de los pacientes oncológicos desean una atención psico-oncológica. El perfil del demandante de dicha atención es joven, desanimado, nervioso, con alto nivel de miedo y enfado, que no se siente preparado para abordar la situación de la enfermedad, invierte mucho esfuerzo para afrontar dicha situación y no presenta antecedentes psiquiátricos ni psicofarmacológicos (León et al., 2012).

4. Conclusiones

De los 419 artículos revisados, 18 son los que se centran en depresión y/o sintomatología asociada. De estos 18 trabajos revisados, 9 utilizan un diseño transversal y otros 9 evaluaciones pre y post. Presentan una muestra heterogénea utilizando diferentes tipos de diagnósticos oncológicos: cáncer de colón, de pulmón o el ginecológico, pero el mayor número de investigaciones se realiza con el cáncer de mama en 8 de los 18 artículos.

La mayoría de las muestras están formadas por mujeres, y la edad media oscila de 39 a 69 años con tamaños muestrales de los 12 sujetos a los 438.

De los 18 trabajos revisados 15 evalúan depresión con el HAD (Escala de Ansiedad y depresión Hospitalaria de Caro e Ibañez, 1992) (Escala de Ansiedad y depresión Hospitalaria de Herrero et al., 2003) y en concreto, 15 artículos se centran en depresión y 3 en sintomatología asociada.

De entre los programas de intervención para la depresión, se utilizan el Mindfulness, counselling, la psicología positiva, terapias de aceptación y compromiso, la relajación Muscular de Jacobson, imaginación guiada, visualización, información de la enfermedad y su tratamiento, psicoeducación del afecto positivo y negativo, y un programa centrado en el análisis y manejo de la información, habilidades de afrontamiento, manejo del estrés y preparación para el aislamiento familiar, mostrando resultados eficaces en las diferentes fases de la enfermedad.

La depresión presenta correlaciones positivas con las rumiaciones, el afrontamiento basado en la preocupación ansiosa y una menor dependencia a la recompensa, también con la conspiración del silencio y el desconocimiento de la situación, o con la desesperanza, la evitación ansiosa, el fatalismo y el bajo espíritu de lucha, y con el deterioro cognitivo en mayores de 65 años recibiendo quimioterapia y/o con la cirugía radical en cáncer de mama.

La depresión presenta correlaciones negativas con la cirugía de extirpación en el cáncer de colón, el tiempo desde la intervención quirúrgica, el aprendizaje de voz en pacientes laringetomizados, con la enfermedad avanzada y la actividad sexual en el cáncer ginecológico.



5. Referencias bibliográficas

- Vila, L., Font, A., & Caba, L. (2016). Estado emocional en mujeres con cáncer de mama: variación experimentada después de una sesión psico-oncológica basada en el counselling y la psicología positiva. *Psicooncología*, 13 (2/3), 205-225.
- Priede, A., González-Blanch, C., Herrán, A., & Hoyuela, F. (2013). Asociación entre rumiaciones y malestar emocional en recién diagnosticados de cáncer. *Psicooncología*, 10 (1), 131-140.
- León, C., Mirapeix, R., Blasco, T., Jovell, E., Arcusa, À., Martín, A., & Seguí, M. À. (2013). Mindfulness para la reducción del malestar emocional en pacientes oncológicos. Estudio comparativo con una intervención psicoeducativa estándar. *Psicooncología*, 10(2/3), 263-274.
- Rodríguez-Quintana, R., Hernando-Trancho, F., Cruzado, J. A., Olivares, M. E., Jamal, I., & Laserna, P. (2012). Evaluación de la calidad de vida, estado emocional y estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad neoplásica pulmonar. *Psicooncología*, 9(1), 95-112.
- Zubiri, E., Pollán, M. M., & Gabari, M. I. (2012). Relación entre el aprendizaje de la voz erigmofónica y los niveles de ansiedad y de depresión en pacientes laringectomizados totales. *Psicooncología*, 9(1), 113-124.
- Díaz-Cordobés, J. L., Barcia, J. A., Gallego-Sánchez, J. M., & Barreto, P. (2012). Conspiración de silencio y malestar emocional en pacientes diagnosticados de glioblastoma multiforme. *Psicooncología*, 9(1), 151-159.
- León, C., Jovell, E., Mirapeix, R., Arcusa, À., & Blasco, T. (2012). Factores predictores de solicitud de ayuda psicológica en los meses inmediatos al diagnóstico oncológico. *Psicooncología*, 9(2/3), 289-298.
- López-Santiago, S., Cruzado, J. A., Martínez, V., & Feliu, J. (2011). Calidad de vida, estado emocional, anemia y astenia en pacientes de cáncer de colon tratados con cirugía. *Psicooncología*, 8(1), 101-111.
- Olivares, M. E., Martín, M. D., Román, J.M., & Moreno, A. (2010). Valoración biopsicosocial en pacientes con patología mamaria oncológica quirúrgica. *Psicooncología*, 7(1), 81-97.

- Rufino, M., Blasco, T., Güell, E., Ramos, A., & Pascual, A. (2010). Comunicación y bienestar en paciente y cuidador en una unidad de cuidados paliativos. *Psicooncología*, 7(1), 99-108.
- Pallí, C., Lluch, J., & Valero, S. (2010). Sexualidad, comunicación y emociones: estudio situacional con mujeres afectadas de cáncer ginecológico. *Psicooncología*, 7(1), 153-173.
- López, S., Cruzado, J., A. & Feliu, J. (2009). Rendimiento cognitivo, estado emocional y calidad de vida en pacientes de cáncer de colon previamente a recibir tratamiento de quimioterapia. *Psicooncología*, 6(1), 121-137.
- Bellver, A., Sánchez-Cánovas, J., Santaballa, A., Munárriz, B., Pérez-Fidalgo, J. A., & Montalar, J. (2009). Mujeres con cáncer de mama: evaluación del afecto positivo y negativo y valoración de un programa de intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Psicooncología*, 6(1), 139-154.
- Rodríguez, B., Bayón, C., Orgaz, P., Torres, G., Mora, F., & Castelo, B. (2007). Adaptación individual y depresión en una muestra de pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 4(1), 7-19.
- Páez, M. B., Luciano, C., & Gutiérrez, O. (2007). Tratamiento psicológico para el afrontamiento del cáncer de mama. Estudio comparativo entre estrategias de aceptación y de control cognitivo. *Psicooncología*, 4(1), 75-95.
- De Linares, S., Moratalla, A., Romero, A., De Pablos, J. M., López, P., Navarro, P., ... & Jurado, M. (2007). Información, ansiedad y depresión en pacientes sometidos a trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) en un estudio de intervención psicológica. *Psicooncología*, 4(1), 97-109.
- Soriano, M., Cantero, R., Olivares, M. E., Cruzado, J. A., Delgado, I., Balibrea, J. M., ... & Balibrea, J. L. (2007). Efectos de la cirugía laparoscópica en pacientes de cáncer colorrectal: calidad de vida, estado emocional y satisfacción. *Psicooncología*, 4(1), 121-132.
- González, A., Fernández, C., García, G., Amigo, I., Arce, C., Padierna, C., & García, E. (2005). Control de síntomas en pacientes oncológicos terminales ingresados en hospitalización domiciliaria. *Psicooncología*, 2(1), 3-20.
- Cruzado, J. A. (2003). La formación en Psicooncología. *Psicooncología*, (1), 9-19.

- García-Conde, A., Ibáñez, E., & Durá, E. (2008). Análisis del contenido de la revista *Psycho-Oncology* el desarrollo de la investigación en Psicooncología. *Boletín de Psicología*, 92, 81-113.
- Almanza-Muñoz, J., & Holland, J. C. (2000). Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 46(3), 196-206.
- Rivero, R., Piqueras, J.A., Ramos, V., García, L.J., Martínez, A.E., & Oblitas, L.A. (2008). Psicología y cáncer. *Suma psicológica*, 15(1), 171-198.
- Holland, J.C., & Murillo, M. (2003). Historia internacional de la psico-oncología. En Die Trill, M. *Psico-oncología* (pp. 21-40). Madrid: ADES ediciones.
- Die Goyanes, A., & Die Trill, J. (2003). El cáncer y sus tratamientos. En Die Trill, M. *Psico-oncología* (pp. 41-53). Madrid: ADES ediciones.
- Die Trill, M., Die Trill, J., & Herrera Linde, D. (2003). Factores de riesgo, prevención y screening. En Die Trill, M. *Psico-oncología* (pp. 57-69). Madrid: ADES ediciones.
- Die Trill, M. (2003). Los trastornos del estado de ánimo. En Die Trill, M. *Psico-oncología* (pp. 347-366). Madrid: ADES ediciones
- Die Trill, M. (2003). La investigación en psico-oncología. En Die Trill, M. *Psico-oncología* (pp. 769-777). Madrid: ADES ediciones
- Gil Moncayo, F.L., & Sirgo Rodríguez, A. (2000). El modelo interconsulta en psico-oncología: evaluación e intervención. En Gil, F. *Manual de psico-oncología* (pp. 1-14). Madrid: Nova Sidonia Oncología.
- Muñoz, A. (1997). Origen y causas del cáncer. En Muñoz, A. *Cáncer: genes y nuevas terapias* (pp. 6-23). Madrid: Hélice.

5. Anexo

Tabla 3: Tabla de resultados.

Autores (año)	Objetivo	Muestra/Método	Variables/Instrumentos	Resultados
Vila L, Font A y Caba L. (2016)	Describir estado emocional pre-sesión psicooncológica (counselling y psicología positiva) y el efecto inmediato de la misma	N= 30 mujeres cáncer de mama - Edad media=53,6 años Estudio transversal pre y post	Instrumentos Pre-Post: Instrumento had hoc. Items del Distress Thermometer for Patients (IDTP) : Última semana: - Malestar emocional - Problemas emocionales (depresión, miedo, nerviosismo, tristeza, preocupación, pérdida interés actividades cotidianas) Actual: - Intensidad tristeza , rabia, miedo y nerviosismo Post-sesión: - Malestar emocional - Animada - Valentía - Tranquilidad - Alegría - Despreocupación - Interés actividades - Intensidad tristeza - Rabia - Miedo - Nerviosismo Alteración emocional pre-post visita= tristeza + rabia + miedo +nerviosismo Cambio emocional = alteración emocional pre – alteración emocional post	Pre-semana antes sesión (R:0-10): Malestar emocional (\bar{X} =6,4; DT= 3,3) Problemas emocionales (\bar{X} =4,0; DT=1,6) Nerviosismo (\bar{X} =5,2; DT=3,8) Tristeza (\bar{X} =4,7; DT=3,4) Rabia (\bar{X} =3,9; DT=4,3) Miedo (\bar{X} =3,9; DT=3,7) Alteración emocional= 17,8 (DT=11,9) (R:0-40) Post-sesión (R:0-10): Malestar emocional (\bar{X} =2,7; DT=3,1) Nerviosismo (\bar{X} =3,0; DT=3,5) Tristeza (\bar{X} =2,8; DT=2,7) Rabia (\bar{X} =3,1; DT=4,0) Miedo (\bar{X} =2,5; DT=3,6) Animadas= 83,3% Valientes= 83,3% Interés actividades= 83,3% Tranquilas= 63,3% Alegres= 63,3% Despreocupadas=40% Alteración emocional (\bar{X} =11,3; DT=11,9) (R:0-40) Cambio emocional= (\bar{X} =6,4; DT=10,41) (R:(-)40-40)

<p>Priede A., González-Blanch C., Herrán A. y Hoyuela F. (2013)</p>	<p>Relación rumiación, síntomas depresivos y ansiosos</p>	<p>N= 71 pacientes de cáncer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mama (32,39%), - Pulmón (19,71%), - Linfoma (11,27%), - Cabeza Y Cuello (9,86%), - Gástrico (7,04%), - Colón (5,63%), - Ginecológico (5,63%) - Andrológico (2,82%), - Otros (2,82%) <p>- Hombre 43,6%</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad media= 52,58 <p>Estudio transversal</p>	<p>Instrumentos:</p> <p>-HADS→ ansiedad y depresión</p> <p>-RR Rumiativas→ (reflexión y reproches)</p> <p>-MOS I→ apoyo social (emocional/informacional, afectivo e instrumental)</p> <p>- Cuestionario ad hoc→ variables sociodemográficas (sexo, edad, nivel socioeducativo y estado civil)</p> <p>Variables clínicas (diagnóstico, tiempo diagnóstico, tiempo tratamiento, psicopatológicas)</p>	<p>Ansiedad (\bar{X}=7,31; DT=4,34) (R:1-21)</p> <p>Depresión (\bar{X}=4,56; DT=4,03) (R:0-21)</p> <p>Rumiaciones (\bar{X}=36,64; DT=12,63) (R:0-88)</p> <p>Reproches (\bar{X}=8,8; DT=3,59)</p> <p>Reflexión (\bar{X}=7,6; DT=2,63)</p> <p>Apoyo social (\bar{X}=84,62; DT=12,13) (R:0-100)</p> <p>Ansiedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> Rumiaciones (+) (Reflexión y reproches) Apoyo social (+) Sexo femenino (+) Edad (+) <p>Depresión:</p> <ul style="list-style-type: none"> Rumiaciones (+) (Reproches) Apoyo social (+)
<p>León C., Mirapeix R., Blasco T., Jovell E., Arcusa A., Martín A. y Seguí M.A. (2013)</p>	<p>Comparar efectividad Mindfulness vs psicoeducación estándar</p>	<p>N total= 37 pacientes oncológicos</p> <p>N= 20 G.E → Mindfulness</p> <ul style="list-style-type: none"> - Glándula Salival (5%) - Próstata (5%) - Colón (35%) - Linfático (5%) - Mama (40%) - Astrocitoma (5%) - Otros (5%) <p>- Edad media=52 años</p> <p>- Mujer 80%</p> <p>N= 17 G. C. → psicoeducación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colón (11,8%) - Mama (52,8%) - Cavum (5,9%) - Linfoma Inguinal (5,9%), - Pulmón (5,9%) 	<p>Mindfulness (grupo experimental):</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10 sesiones semanales - 2,5 horas sesión - TC= practicar MSBR 45 min. <p>Psicoeducación (grupo control)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8 sesiones semanales - 2,5 horas sesión <p>Pre-Post:</p> <p>-STAI→ ansiedad estado y rasgo</p> <p>-BDI→ depresión</p> <p>-EORTC-QLQ C30→ Calidad de Vida (Función Física Emocional, Cognitiva, Social y Funcional; Sintomatología: <i>fatiga, dolor, náuseas, vómitos</i>;</p>	<p>Grupo experimental (Mindfulness):</p> <p>Pre-intervención</p> <p>Depresión (\bar{X}=24; DT=15,03) (R:0-63)</p> <p>Ansiedad-estado (\bar{X}=30,63; DT=14,71) (R:0-60)</p> <p>Ansiedad-rasgo (\bar{X}=28,75; DT=14,53) (R:0-60)</p> <p>Calidad de vida (\bar{X}=53,88; DT=21,79) (R:0-100)</p> <p>Post-intervención</p> <p>Depresión (\bar{X}=9,20; DT=9,57) (R:0-63)</p> <p>Ansiedad-estado (\bar{X}=16,94; DT=11,09) (R:0-60)</p> <p>Ansiedad-rasgo (\bar{X}=19,44; DT=13,24) (R:0-60)</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Ovario (5,9%) - Esófago (5,9%) - Otros (5,9%) - Edad media= 52 años - Mujer 88,2% <p>Estudio transversal pre y post</p>	<p>Escala global calidad de vida; Síntomas comunes: <i>disnea, alteraciones sueño, apetito, estreñimiento, diarrea y economía</i>)</p>	<p>Calidad de vida (\bar{X}=73,88; DT=18,59) (R:0-100)</p> <p>Grupo control (Psicoeducación) Pre-intervención Depresión (\bar{X}=18,55; DT=10,18) (R:0-63) Ansiedad-estado (\bar{X}=24,27; DT=12,82) (R:0-60) Ansiedad-rasgo (\bar{X}=27,55; DT=9,59) (R:0-60) Calidad de vida (\bar{X}=56,06; DT=26,37) (R:0-100)</p> <p>Post-intervención Depresión (\bar{X}=16,64; DT=12,22) (R:0-63) Ansiedad-estado (\bar{X}=19,45; DT=12,92) (R:0-60) Ansiedad-rasgo (\bar{X}=28,64; DT=12,15) (R:0-60) Calidad de vida (\bar{X}=68,18; DT=25,22) (R:0-100)</p>
Rodríguez-Quintana R, Hernando-Trancho F, Cruzado J.A, Olivares M.A, Jamal I y Laserna P. (2012)	Evaluar antes de intervención quirúrgica ansiedad, depresión y estrategias de afrontamiento	<p>N= 121 cáncer de pulmón</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hombre 62,3% - Edad media= 63,18 años <p>Estudio transversal</p>	<p>Instrumentos:</p> <p>-EORTC QLQ-C30→ calidad de vida (Funciones física, emocional, cognitiva, social y funcional/rol; Síntomas fatiga, dolor, náuseas, vómitos; Escala global calidad de vida; Síntomas comunes: disnea, alteraciones sueño, apetito, estreñimiento, diarrea y economía)</p> <p>-EORTC LC13→calidad de vida (Síntomas cáncer pulmón: disnea, dolor, hemoptisis y tos; Efectos secundarios quimioterapia y radioterapia: pérdida pelo, neuropatía, dolor boca, pecho, brazo y disfagia)</p>	<p>Calidad de vida global=72,5 (DT=20,15) (R:0-100) Depresión= (\bar{X}=4,36; DT=3,62) (R:0-21) Ansiedad= (\bar{X}=6,34; DT=4,28) (R:0-21)</p> <p>Espíritu de lucha (\bar{X}=51; DT=7) Indefensión (\bar{X}=9,02; DT=3,63) Preocupación ansiosa (\bar{X}=20; DT=4,71) Fatalismo (\bar{X}=24,77; DT=3,83) Negación (\bar{X}=2,25; DT=1,39)</p> <p>Depresión</p>



-HADS-D→ depresión
 -HADS-A→ ansiedad

-MAC→ estrategias afrontamiento (espíritu de lucha, desesperanza/indefensión, evitación, fatalismo y preocupación ansiosa)

Calidad de vida global (-)
 Fto. Físico (-)
 Fto. Cognitivo (-)
 Rol (-)
 Fto. Social (-)
 Fatiga (+)
 Dolor (+)
 Disnea (+)
 Insomnio (+)
 Apetito (+)
 Tos (+)
 Neuropatía (+)
 Dolor en otras partes (+)

Estrategia de afrontamiento:
 Preocupación ansiosa (+)

Ansiedad

Fto. Físico (-)
 Rol (-)
 Fto. Cognitivo (-)
 Fto. Emocional (-)
 Fto. Social (-)
 Fatiga (+)
 Dolor (+)
 Disnea (+)
 Insomnio (+)
 Apetito (+)
 Dolor en otras partes (+)
 Consumo medicamentos (+)

Estrategias de afrontamiento:
 Indefensión (+)
 Preocupación ansiosa (+)

Zubiri E., Pollán M.M., Gabari M.I. (2012)	Relación entre aprendizaje voz erigimofónica, ansiedad y depresión en	N= 40 sujetos laringetomizados - 39 hombres - 1 mujer - Edad media= 61,35 años	Instrumentos: Pre-test (antes de aprender voz erigimofónica): -HAD→ ansiedad y depresión	Post-aprendizaje voz: 90% han adquirido un nivel de aprendizaje de voz erigimofónica
--	---	---	--	---

<p>pacientes laringetomizados totales.</p>	<p>Estudio transversal pre y post</p>	<p>-Cuestionario Ansiedad-Estado→ ansiedad rasgo y estado</p> <p>Post-test (tras aprender voz erigmofónica):</p> <p>-HAD→ ansiedad y depresión</p> <p>-Cuestionario Ansiedad- Estado→ ansiedad rasgo y estado</p> <p>-Cuestionario elaborado (calidad, satisfacción, utilidad y uso de la voz erigmofónica)</p> <p>-Preguntas→ tiempo aprendizaje, si ha aprendido a hablar, impresión habla correcta, cómo hablan, con quién y satisfacción con la voz</p>	<p>42,5% lo aprenden entre 0-3 meses</p> <p>85% considera que habla regular</p> <p>77,5% considera habla no correcta</p> <p>22,5% se siente muy satisfecho</p> <p>75% dirige la palabra a cualquiera</p> <p>Personas que perciben que han aprendido a hablar, que hablan bien y que hablan con cualquiera (no solo con familiares):</p> <p>depresión (-) <i>ansiedad (=)</i></p>
<p>Díaz-Cordobés J.L., Barcia J.A., Gallego-Sánchez J.M. y Barreto P. (2012)</p>	<p>Identificar incidencia de conspiración de silencio familiar y su relación con ansiedad y depresión</p> <p>N= 57 sujetos con glioblastoma multiforme</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tumor lóbulo temporal (40,4%) - Tumor lóbulo frontal (28,1%) - Tumor lóbulo parietal (29,8%) - Tumor lóbulo occipital (1%) - 47,4% mujeres - Edad media= 64,51 años <p>Estudio transversal pre y post</p>	<p>Instrumentos (Ingreso, después comunicación del diagnóstico/toma de decisiones, alta hospitalaria y 1 mes después del alta):</p> <p>-HAD→ ansiedad y depresión</p>	<p>Paciente conspiración de silencio (19,3%)</p> <p>Después proceso toma decisiones:</p> <p>Ansiedad ($\bar{X}=7,38$) (R:0-21) Depresión ($\bar{X}=12,13$) (R:0-21)</p> <p>Alta hospitalaria:</p> <p>Ansiedad ($\bar{X}=5,75$) (R:0-21) Depresión ($\bar{X}=12,5$) (R:0-21)</p> <p>1 mes alta hospitalaria:</p> <p>Ansiedad ($\bar{X}=7,29$) (R:0-21) Depresión ($\bar{X}=12,7$) (R:0-21)</p> <p>Paciente sin conspiración del silencio</p> <p>Después del proceso toma decisiones:</p> <p>Ansiedad ($\bar{X}=4,95$) (R: 0-21)</p>

				<p>Depresión (\bar{X}=11,87 (R:0-21)</p> <p>Alta hospitalaria: Ansiedad (\bar{X}=4,83) R:0-21) Depresión (\bar{X}=8,42) (R:0-21)</p> <p>1 mes alta hospitalaria: Ansiedad (\bar{X}=5,41) (R:0-21) Depresión (\bar{X}=7) (R:0-21)</p>
<p>León C., Jovell E., Mirapeix R., Arcusa A. y Blasco T. (2012)</p>	<p>Determinar prevalencia pacientes tras conocer diagnóstico y tratamiento desean atención psico-oncológica y el perfil del demandante</p>	<p>N= 236 sujetos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cáncer mama (27,1%) - Colorrectal (24,2%) - Pulmón (20,3%) - Otros (10,2%) - 51,3% mujeres - Edad media= 61 años <p>Estudio transversal</p>	<p>Instrumentos (meses inmediatos a comunicación enfermedad):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Elaboración cuestionario (información sociodemográfica, datos clínicos y aspectos psicológicos) <p>-Escala Likert (malestar emocional última semana y grado en que se sentía preparado para abordar situación, esfuerzo conlleva afrontar situación y grado en que creía que le ayudaría apoyo psicológico)</p>	<p>Características emocionales última semana:</p> <p>68,6% desánimo 53,4% nerviosismo 74,5% enfadados 80% miedo 79,2% preparado abordar situación 62,7% se esfuerzan para abordar situación</p> <p>Antecedentes emocionales: 16,1% anteriormente tratamiento psiquiatra o psicólogo 25,4% diagnóstico depresión/ansiedad previa 27,1% habían tomado antidepresivos</p> <p>Ayuda psicológica: 39% no cree ayuda psicológica mejore situación 24,2% desea recibir ayuda psicológica</p> <p>Perfil del demandante: Jóvenes Desanimados</p>

				Nerviosos Alto miedo y enfado No se sienten preparados para abordar situación Invierten mayor esfuerzo para afrontar situación Pacientes sin antecedentes psiquiátrico o psicofarmacológico
López-Santiago S., Cruzado J., Martínez V. y Feliu J. (2011)	Impacto cáncer de colon y su tratamiento con cirugía en calidad de vida, estado de ánimo, astenia y anemia	N=77 sujetos cáncer de colón con tratamiento quirúrgico - 63,6% hombres - 36,4% mujeres - Edad media=67,60 años Estudio transversal	Instrumentos (aproximadamente un mes y medio tras cirugía): -QLQ-C30→ calidad de vida (Funciones física, emocional, cognitiva, social y funcional/rol; Síntomas fatiga, dolor, náuseas, vómitos; Escala global calidad de vida; Síntomas comunes: disnea, alteraciones sueño, apetito, estreñimiento, diarrea y economía) -Breve inventario de Fatiga→ astenia -Hemograma→ anemia -HAD→ ansiedad y depresión	Impacto cáncer colon y cirugía Depresión ($\bar{X}=3,7$; DT=3,6) (R:0-21) Ansiedad ($\bar{X}=4,5$; DT=3,47) (R:0-21) Calidad de vida global ($\bar{X}=69,26$; DT=24,45) (R:0-100)
Olivares M.E, Martín M.D, Román J.M y Moreno A. (2010)	Determinar en cáncer de mama como afecta tratamiento previo a cirugía y el tipo de cirugía en calidad de vida, ansiedad, depresión e imagen corporal	N= 438 mujeres con cáncer de mama intervenidas quirúrgicamente y con atención psicológica basada en Inoculación del Estrés - Edad media=56 años Estudio transversal pre y post	Instrumentos (post cirugía y tratamiento psicológico, solo pre cirugía en prótesis mamaria): -Entrevista semiestructurada→ (datos demográficos, sobre diagnóstico, cirugía, historia médica y psicológica y antecedentes oncológicos) -HAD→ ansiedad y depresión -QLQ-C30→ calidad de vida (Funciones física, emocional, cognitiva, social y funcional; Síntomas fatiga, dolor, náuseas, vómitos; Escala global calidad de vida; Síntomas comunes: disnea, alteraciones sueño, apetito, estreñimiento, diarrea y economía)	Muestra completa post-cirugía mamaria: Ansiedad ($\bar{X}=11,43$; DT=2,4) (R:0-21) Depresión ($\bar{X}=8,87$; DT=1,6) (R:0-21) Calidad de vida ($\bar{X}=58,1$; DT=21,7) (R:0-100) Diferencia entre cirugías: Cirugía profiláctica Ansiedad ($\bar{X}=12,27$) (R:0-21) Cirugía radical Ansiedad ($\bar{X}=11,93$) (R:0-21)

			<p>-QLQBR23→ calidad de vida en cáncer mama (Nivel funcionamiento: imagen corporal, funcionamiento sexual, disfrute sexo y preocupación futuro; Síntomas: brazo, pecho, efecto quimioterapia, hormonoterapia y preocupación perdida pelo)</p> <p>-BIS→ imagen corporal (Área afectiva, comportamental y cognitiva)</p>	<p>Cirugía conservadora Ansiedad (\bar{X}=10,57) (R:0-21)</p> <p>Cirugía reparadora Ansiedad (\bar{X}=12,58) (R:0-21)</p>
Rufino M., Blasco T., Güell E., Ramos A y Pascual A. (2010)	Relación comunicación y bienestar en pacientes y cuidadores en Unidad Cuidados Paliativos	<p>N= 57 sujetos</p> <ul style="list-style-type: none"> • N= 32 pacientes oncológicos <ul style="list-style-type: none"> - 14 mujeres - 18 hombres - Edad media= 66 años • N= 25 cuidadores <ul style="list-style-type: none"> - 18 mujeres - 7 hombres - Edad media= 56 años <p>Estudio transversal</p>	<p>Instrumentos evaluación paciente:</p> <p>-ESAS→ síntomas (solo se tiene en cuenta →ansiedad, depresión y bienestar)</p> <p>-STAS→ calidad asistencial</p> <p>-PACA→ conocimiento del paciente sobre situación (control síntomas, cambios pacientes y familiares, diagnóstico, pronóstico y ubicación paciente)</p> <p>Entrevista semiestructurada→ evaluación comunicación (paciente habla cuidador de enfermedad, cuidador transmite su preocupación, y satisfacción con comunicación)</p> <p>Instrumentos evaluación cuidador:</p> <p>-Entrevista semiestructurada→ evaluación comunicación (paciente habla cuidador de enfermedad, cuidador transmite su preocupación, y satisfacción con comunicación)</p> <p>-HAD→ ansiedad y depresión</p>	<p>Paciente satisfecho comunicación Depresión (\bar{X}=3,95; DE=3,26) (R:0-10) Ansiedad (\bar{X}=3,82; DE=3,77) (R:0-10) Bienestar (\bar{X}=4,74; DE=3,22) (R:0-10)</p> <p>Paciente no satisfecho comunicación Depresión (\bar{X}=5,43; DE=2,44) (R:0-10) Ansiedad (\bar{X}=4,43; DE=3,3) (R:0-10) Bienestar (\bar{X}=4,71; DE=2,56) (R:0-10)</p> <p>Paciente transmisor preocupación a cuidador Depresión (\bar{X}=3,87; DE=2,58) (R:0-10) Ansiedad (\bar{X}=3,93; DE=3,51) (R:0-10) Bienestar (\bar{X}=3,87; DE=3,06) (R:0-10)</p> <p>Paciente no transmisor preocupación cuidador</p>



Depresión (\bar{X} =4,92; DE=3,67)

(R:0-10)

Ansiedad (\bar{X} =4; DE=3,88)

(R:0-10)

Bienestar (\bar{X} =5,91;

DE=2,62) (R:0-10)

Paciente desconoce pronóstico

Depresión (\bar{X} =3,33;

DE=3,35) (R:0-10)

Ansiedad (\bar{X} =3,87;

DE=3,92) (R:0-10)

Bienestar (\bar{X} =4,57;

DE=3,13) (R:0-10)

Paciente conoce situación avanzada o terminal

Depresión (\bar{X} =6,56;

DE=1,66) (R:0-10)

Ansiedad (\bar{X} =4,78;

DE=3,49) (R:0-10)

Bienestar (\bar{X} =5,78;

DE=2,72) (R:0-10)

Cuidadores:

N=14 cuidadores de pacientes que desconocen pronóstico → N=6 cuidadores con **depresión**

N=8 cuidadores de pacientes conocen situación avanzada → N= 7 cuidadores con **depresión**

Pallí C., Lluch J. y Valero S. (2010)

Detectar en cáncer ginecológico principales síntomas sexuales y factores influyen en afectación sexual

N= 202 sujetos cáncer ginecológico

- Ovario
- Endometrio
- Cérvix
- Vagina
- Vulva

Instrumentos (pre y post):

Activas e inactivas:

-Entrevista → datos sociodemográficos y médicos

-HADS → ansiedad y depresión

Activas:

34% abandono relaciones sexuales por cáncer


Pre-diagnóstico (mujeres activas):

Factores que influyen sexualidad

Depresión → sexualidad (-)

Ansiedad → sexualidad (-)

		<ul style="list-style-type: none"> - N=105 abandono sexualidad antes de diagnóstico - N=33 abandonan por enfermedad - N=64 activas - Edad media inactivas= 60,7 años - Edad media activas= 55,1 años 	<p>-Función sexual de la Mujer→ sintomatología sexual (deseo sexual, excitación inicial y capacidad de sostenerla, lubricación, dolor o molestias, dificultades penetración, inquietud ante relaciones, orgasmo, iniciativa sexual, comunicación sexual pareja, frecuencia relaciones, disfrute y satisfacción)</p>	<p>Tiempo libre de tratamiento→ sexualidad (+)</p> <p>Post-diagnóstico (mujeres activas):</p> <p>Factores influyen sexualidad: No menopausia antes diagnóstico→ funcionamiento sexual (+) Depresión→ sexualidad (-) Ansiedad→ sexualidad (-)</p>
Estudio transversal pre y post				
López S, Cruzado J y Feliu J. (2009)	Describir en cáncer colon antes de quimioterapia el rendimiento cognitivo, calidad de vida y estado emocional	<p>N= 35 pacientes cáncer colon</p> <ul style="list-style-type: none"> - 60% hombres - Edad media= 65,86 años <p>Estudio transversal</p>	<p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Test Barcelona→ memoria verbal -Test de Stroop y Trail Making Test B→ función ejecutiva -Test Barcelona y Trail Making Test A→ habilidad psicomotora -EORTC QLQ-C30→ calidad de vida (Funciones física, emocional, cognitiva, social y funcional; Síntomas fatiga, dolor, náuseas, vómitos; Escala global calidad de vida; Síntomas comunes: disnea, alteraciones sueño, apetito, estreñimiento, diarrea y economía) -HADS→ ansiedad y depresión -BIF→ astenia -Entrevista→ variables clínicas y problemas psicosociales -Cuestionario sociodemográfico→ variables sociodemográficas 	<p>Pacientes cáncer colon</p> <p>Depresión ($\bar{X}=3,22$; DT2,48) (R:0-21)</p> <p>Astenia ($\bar{X}=1,30$; DT=1,66) (R:0-10)</p> <p>Calidad de vida ($\bar{X}=73,33$; DT=24,15) (R:0-100)</p>
Bellver A., Sánchez-Cánovas J., Santaballa A.,	Investigar efecto de intervención psicológica sobre afecto + y - durante quimioterapia y la	<p>N=119 sujetos cáncer de mama con tratamiento quimioterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad media=52,5 años 	<p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entrevista→ cumplimentación cuestionarios -HADS→ ansiedad y depresión 	<p>Resistentes</p> <p>Afecto positivo (R:0-50):</p> <p>Pre-quimio ($\bar{X}=36,4$; DT=4)</p> <p>2º ciclo ($\bar{X}=37$; DT=3,8)</p>

<p>Muñárriz, Pérez-Fidalgo J.A. y Montalar J. (2009)</p>	<p>interacción entre psicoterapia y resistencia/vulnerabilidad</p>	<p>Intervención psicológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10 sesiones - 8 meses - Entrenamiento en Relajación Muscular de Jacobson, imaginación guiada y visualización, información sobre enfermedad y tratamiento y psicoeducación 	<p>-Escala de afecto positivo → afecto + y –</p> <p>Medidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pre-tratamiento - 2º, 4º y 6º ciclo quimioterapia <p>Post-tratamiento</p>	<p>4º ciclo (\bar{X}=37,2; DT=4,01) 6º ciclo (\bar{X}=35,7; DT=4,8) Post-quimio (\bar{X}=37,1; DT=3,6)</p> <p>Afecto negativo (R:0-50): Pre-quimio (\bar{X}=12,9; DT=3,4) 2º ciclo (\bar{X}=12,9; DT=4,05) 4º ciclo (\bar{X}=13,09; DT=3,4) 6º ciclo (\bar{X}=13,9; DT=4,06) Post-quimio (\bar{X}=12,9; DT=2,9)</p>
<p>Estudio transversal pre y post</p>				
<p>Rodríguez B., Bayón C., Orgaz P., Torres G., Mora F. y Castelo B. (2007)</p>	<p>Relación entre personalidad y mecanismos de afrontamiento</p>	<p>N=79 pacientes oncológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - N= 40 cáncer de mama, pulmón y colón con depresión → grupo experimental - N=39 cáncer de mama, pulmón y colón sin depresión → grupo control 	<p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mini-MAC → afrontamiento (espíritu de lucha, indefensión, preocupación ansiosa, fatalismo y negación) -TCI-R → personalidad (evitación riesgo, búsqueda novedad, dependencia recompensa, persistencia, 	<p>Vulnerables</p> <p>Afecto positivo (R:0-50): Pre-quimio (\bar{X}=29,8; DT=6,1) 2º ciclo (\bar{X}=33,52; DT=5,4) 4º ciclo (\bar{X}=33,8; DT=5,2) 6º ciclo (\bar{X}=32,1; DT= 5,07) Post-quimio (\bar{X}=32; DT=6,6)</p> <p>Afecto negativo (R:0-50): Pre-quimio (\bar{X}=22,2; DT= 6,5) 2º ciclo (\bar{X}=17,5; DT=5,8) 4º ciclo (\bar{X}=17,6; DT=6,6) 6º ciclo (\bar{X}=17,9; DT=6,6) Post-quimio (\bar{X}=17,6; DT=6,8)</p> <p>Deprimidos (grupo experimental): Afrontamiento: Preocupación ansiosa (\bar{X}=16,13; DE=5,28) (R:8-32) Indefensión (\bar{X}=26,30; DE=3,86)(R:</p>

Estudio transversal

autodirección, cooperación y
trascendencia)
-HADS→ ansiedad y depresión

Fatalismo (\bar{X} =23,56;
DE=5,17) (R:5-20)
Espíritu de lucha (\bar{X} =23,56;
DE=5,17)

Personalidad:

Evitación del riesgo
(\bar{X} =67,63; DE=11,19)
Búsqueda novedad
(\bar{X} =51,03; DE=10,37)
Dependencia recompensa
(\bar{X} =68,53; DE=11,57)
Persistencia (\bar{X} =60,88;
DE=11,59)
Auto-dirección (\bar{X} =69,78;
DE=12,57)
Cooperación (\bar{X} =81,35;
DE=12,45)
Trascendencia (\bar{X} =41,28;
DE=13,03)

No deprimidos (grupo control):

Afrontamiento

Preocupación ansiosa
(\bar{X} =11,08; DE=3,68)
Indefensión (\bar{X} =22,26;
DE=6,77)
Fatalismo (\bar{X} =20,51;
DE=3,9)
Espíritu de lucha (\bar{X} =51,13;
DE=4,58)

Personalidad

Evitación del riesgo
(\bar{X} =58,08; DE=11,39)
Búsqueda novedad
(\bar{X} =52,95; DE=8,91)
Dependencia recompensa
(\bar{X} =74,97; DE=9,87)
Persistencia (\bar{X} =64,08;
DE=11,59)



				Auto-dirección (\bar{X} =74,15; DE=10,62) Cooperación (\bar{X} =85,28; DE=13,62) Trascendencia (\bar{X} =44,82; DE=13,03)
Páez M.B., Luciano C. y Gutiérrez O. (2007)	Analizar problemas psicológicos derivados del diagnóstico, tratamiento y secuelas cáncer de mama, así como aportar datos de ACT	N=12 cáncer de mama - Edad media= 45,58 años - Distribuidas azar en ACT o terapia cognitiva 8 sesiones: Individuales ○ 3 sesiones ○ 1 hora ○ Semanales Grupales ○ 5 sesiones ○ Hora y media ○ Semanales Seguimiento: 3, 6 y 12 meses post-sesiones Estudio transversal pre y post	Instrumentos Entrevista inicial → posibilidad de iniciar tratamiento psicológico Pre y post: -HAD → ansiedad y depresión -FACT-B → calidad de vida en cáncer de mama -Cuestionarios de importancia y consistencia en valores → áreas importantes afectadas	Pre-tratamiento ACT Ansiedad (\bar{X} =11,67; DT=2,66) (R:0-21) Depresión (\bar{X}=10,17; DT=4,96) (R:0-21) Calidad de vida (\bar{X} =60; DT=11,03) (R:0-100) Post-tratamiento ACT Ansiedad (\bar{X} =10,17; DT=2,93) (R:0-21) Depresión (\bar{X}=7; DT=3,16) (R:0-21) Calidad de vida (\bar{X} =82,33; DT=15,02) (R:0-100) Tercer seguimiento Ansiedad (\bar{X} =6,33; DT=2,66) (R:0-21) Depresión (\bar{X}=6,67; DT=2,5) (R:0-21) Calidad de vida (\bar{X} =96,5; DT=11,67) Pre-tratamiento terapia cognitiva Ansiedad (\bar{X} =11,33; DT=4,5) (R:0-21) Depresión (\bar{X}=10,83; DT=4,45) (R:0-21) Calidad de vida (\bar{X} =77,83; DT=14,11) Post-tratamiento terapia cognitiva

				<p>Ansiedad (\bar{X}=8,17; DT=3,97) (R:0-21) Depresión (\bar{X}=6; DT=4,47) (R:0-21) Calidad de vida (\bar{X}=92,83; DT=15,88)</p> <p>Tercer seguimiento terapia cognitiva Ansiedad (\bar{X}=8,5; DT=2,43) Depresión (\bar{X}=6,17; DT=3,76) (R:0-21) Calidad de vida (\bar{X}=89,50; DT=13,05)</p> <p>A largo plazo + repercusión = ACT</p>
<p>Linares S, Moratalla A, Romero A, María de Pablos J, López P, Navarro P, Almagro M y Jurado M. (2007)</p>	<p>Conocer beneficios programa psicológico para candidatos a TPH</p>	<p>N= 16 sujetos con leucemia, linfoma y mieloma</p> <ul style="list-style-type: none"> - 68,75% mujeres - 31,25% hombres - Edad media=39 años - Grupo experimental 62,5% (programa psicológico) - Grupo control 37,5% (sin programa) - Programa → 4 sesiones: <ul style="list-style-type: none"> - Análisis y manejo de información - Habilidades afrontamiento - Manejo estrés - Preparación asilamiento familiar <p>Estudio transversal pre y post</p>	<p>Instrumentos: -Entrevistas → información diagnóstico y trasplante -HAD → ansiedad y depresión</p> <p>Medidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnostico - Ingreso en cámara asilamiento - 100 días - 6 meses - 1 año tras TPH - 2 años tras TPH 	<p>Grupo experimental (programa)</p> <p>Pre- programa: 50% ansiedad 20% depresión</p> <p>Post-programa (100 días de TPH): 0% ansiedad 0% depresión</p> <p>Grupo control (sin programa): Ingreso: 90% ansiedad 33% depresión</p> <p>Tras 100 días de TPH: 10% ansiedad 10% depresión</p>
<p>Soriano M, Cantero R,</p>	<p>Evaluar calidad de vida, estado emocional y</p>	<p>N= 35 cáncer colorrectal intervenidos cirugía laparoscópica</p>	<p>Instrumentos: -EORTC QLQ C-30 → calidad de vida</p>	<p>Total muestra (R:0-21): Ansiedad (\bar{X}=3,31; DT=3,45)</p>

<p>Olivares M.E, Cruzado J, Delgado I, Balibrea J.M, García J.C y Balibrea J.L. (2007)</p>	<p>satisfacción con tratamiento y equipo médico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 17 mujeres - 18 hombres - Edad media= 68,49 años 	<p>(Funciones física, emocional, cognitiva, social y funcional; Síntomas fatiga, dolor, náuseas, vómitos; Escala global calidad de vida; Síntomas comunes: disnea, alteraciones sueño, apetito, estreñimiento, diarrea y economía) -HADS → ansiedad y depresión -Escala categórica de satisfacción → satisfacción (información, modo que se informa, con tratamiento, resultado tratamiento y con equipo médico) -Entrevista → datos sociodemográficos y clínicos</p>	<p>Depresión (\bar{X}=3,31; DT=3,45)</p>
				<p>Género (R:0-21): Mujeres Ansiedad (\bar{X}=4,41; DT=3,64) Depresión (\bar{X}=2,65; DT=2,99)</p>
				<p>Hombres Ansiedad (\bar{X}=3,33; DT=4,17) Depresión (\bar{X}=3,94; DT3,81)</p>
				<p>Edad (R:0-21): Mayores 69 años Ansiedad (\bar{X}=3,21; DT=3,81) Depresión (\bar{X}=3,31; DT=3,23)</p>
				<p>Menores 69 años Ansiedad (\bar{X}=4,62; DT=3,99) Depresión (\bar{X}=3,31; DT=3,80)</p>
				<p>Tiempo desde cirugía (R:0-21): Más de 13 meses Ansiedad (\bar{X}=4,33; DT=4,24) Depresión (\bar{X}=2,61; DT=2,89)</p>
				<p>Menos de 13 meses Ansiedad (\bar{X}=3,35; DT=3,57) Depresión (\bar{X}=4,05; DT3,91)</p>
				<p>Depresión <i>Tiempo cirugía (-)</i></p>



<p>González A., Fernández C., García G, Amigo I., Arce C., Padierna C. y García E. (2005)</p>	<p>Valorar grado de control de síntomas y su repercusión en calidad de vida tras ingreso en Unidad de Hospitalización a Domicilio</p>	<p>N= 42 pacientes oncológicos en situación terminal y avanzada</p> <ul style="list-style-type: none"> - 12 mujeres - 30 hombres - Edad media= 69 años <p>Estudio transversal pre y post</p>	<p>Instrumentos pre y post</p> <ul style="list-style-type: none"> -Entrevista→ objetivo y consentimiento estudio -HCFS→ síntomas incapacitantes (nivel actividad, dolor, disnea, vómitos, estreñimiento y sueño) -HAD→ ansiedad y depresión -Duke-UNC → apoyo social percibido (confidencialidad y afectividad) -EORTC QLQC-30 → calidad de vida (Funciones física, emocional, cognitiva, social y funcional; Síntomas fatiga, dolor, náuseas, vómitos; Escala global calidad de vida; Síntomas comunes: disnea, alteraciones sueño, apetito, estreñimiento, diarrea y economía) -Karnofsky→ estatus funcional <p>Evaluaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingreso - 1, 2, 3, 4 semanas del ingreso 	<p>Pre-ingreso</p> <p>HAD (R:0-21): Ansiedad (\bar{X}=7,97) Depresión (\bar{X}=7,30)</p> <p>Duke-UNC (R:0-55): Apoyo social (\bar{X}=50,39)</p> <p>QLQC-30 (R:0-100): Escala global (\bar{X}=3,36)</p> <p>Post-ingreso</p> <p>HAD (R:0-21): Ansiedad (\bar{X}=7,69) Depresión (\bar{X}=8,4)</p> <p>Duke-UNC (R:0-55): Apoyo social (\bar{X}=49,97)</p> <p>QLQC-30 (R:0-100): Escala global (\bar{X}=3,3)</p>
---	---	---	--	--

ACT: Terapia de aceptación y compromiso; **BDI-II:** Inventario para la depresión de Beck Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún y Vázquez (2005); **BIF:** Inventario de Fatiga Breve de Cleeland (1998); **BIS:** Escala de Imagen Corporal de Hopwood, Fletcher, Lee y Ghazal (2001); Cuestionario de valores Wilson y Groom (2002); Cuestionario de valores de Wilson y Luciano (2002); Distress Thermometer for Patients de Bultz y Holland (2006); **Duke-UNC:** Escala de Apoyo Social Funcional de Broadhead, Gehlbach, Gruy y Kaplan (1988); **EORTC QLQ-BR23:** Cuestionario Calidad de Vida para Cáncer de Mama de Spanger, Groenvold, Arrás, Franklin, Velde y Muller (1996); **EORT-QLQ C-30:** Cuestionario de calidad de vida de Aaronson, Ahmedzai, Bergman, Bulliner, Cull y Duez (1993); **EORTC-QLQ C-30:** Cuestionario de calidad de vida de Agra, Badía y Gil (1998); **EORTC-QLQ C-30:** Cuestionario de Calidad de Vida de Arras, Illaramendi y Valerdi (1996); **EORTC LC13:** Cuestionario de Calidad de Vida para cáncer de pulmón de Bergman, Aaronson, Ahmedzai, Kaasa y Sullivan (1994); **ESAS:** Sistema de evaluación de síntomas de Edmonton, de Bruera, Kuehn, Miller, Selmser y MacMilan (1991); Escala de Afecto Positivo y Negativo de Sánchez-Canovas (1994); Escala de Imagen Corporal de Hopwood, Fletcher, Lee y Ghazal (2001); Evaluación de la astenia de Ordóñez, Feijoo y González Barón (2006); **FACT-B:** Cuestionario de calidad de vida en pacientes con cáncer de mama de Brady et al (1997); **FSM:** Función Sexual de la Mujer de Borrás, Gómez, Aznar, Caballero, Pérez y Sánchez (2004); **Fto:** funcionamiento ; **HAD:** Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria de Caro e Ibáñez (1992); **HAD:** Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria de Herrero, Blanch, Peri, de Pablo, Pintor y Bulbena (2003); **HAD:** Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria de López-Roig, Terol, Pastor, Neipp y Massutí (2000); **HAD:** Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria de Tejero, Guimerá Farré y Peri (1986); **HAD:** Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria de Zigmond y Snaith (1983); Índice de Karnofsky de Karnofsky y Burchenal (1949); **MAC:** Cuestionario de Ajuste Mental al Cáncer de Ferrero, Barreto y Toledo, 1994; **Mini-MAC:** Cuestionario de Ajuste Mental al Cáncer de Watson, Greer, Young, Inayat, Burgess y Robertson (1988); **MOS:** Social Support Survey de Requena, Salamero y Gil (2012); **MOS:** Social Support Survey de Sherbourne y Stewart (1991); **PACA:** Paliative Care Assessment de Ellershaw, Peat y Boys (1995); **RRS:** Escala de Respuestas Rumiativas de Hervás

(2008); **STAI-E**: Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger, Gorusch y Lushene (1999); **STAI-R**: Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger, Gorusch y Lushene (1999); **STAS**: Support Team Assessment Schedule de Higginson (1993); Stroop, test de colores y palabras de Golden (1975); **TCI-R**: Cuestionario de Temperamento y el carácter revisado de Cloninger, Svarakic y Pryzbeck (2006); Test Barcelona de Peña Casanova (1990); The Valued Living Questionnaire de Wilson y Groom (2002); Trail Making Test A de Partington (1949); Trail Making Test B de Partington (1949); **TPH**: trasplante hematopoyético

