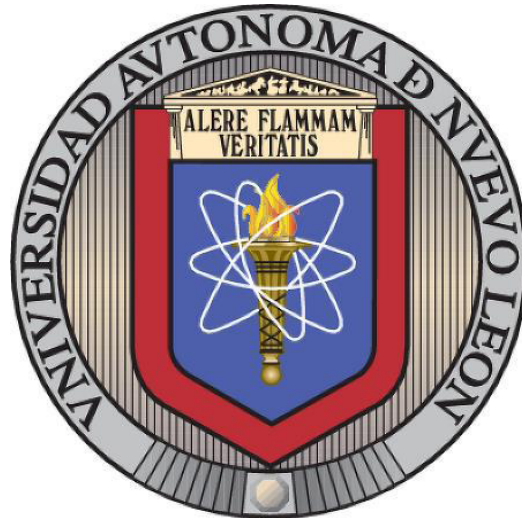


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



TESIS

**INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL MANEJO DEL ESTRÉS
EN LÍNEA EN PACIENTES CON TUMORES DEL ESTROMA
GASTROINTESTINAL: ESTUDIO PILOTO**

PRESENTA

EDELMIRA BERENICE CARBAJAL LÓPEZ

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN
CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

AGOSTO 2017

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO**



TESIS

**INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL MANEJO DEL
ESTRÉS EN LÍNEA EN PACIENTES CON TUMORES DEL ESTROMA
GASTROINTESTINAL: ESTUDIO PILOTO**

PRESENTA

EDELMIRA BERENICE CARBAJAL LÓPEZ

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA
EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

DIRECTOR DE TESIS

DEHISY MARISOL JUÁREZ GARCÍA

MONTERREY, NUEVO LEÓN, MEXICO,

AGOSTO DE 2017

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO

**MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA
SALUD**

La presente tesis titulada “Intervención Cognitivo-Conductual para el manejo del estrés en línea en pacientes con tumores del estroma gastrointestinal (GIST): estudio piloto” presentada por Edelmira Berenice Carbajal López ha sido aprobada por el comité de tesis.

Dra. Dehisy Marisol Juárez García
Director de tesis

Dr. Javier Álvarez Bermúdez
Revisor de tesis

Dr. José Moral de la Rubia
Revisor de tesis

Monterrey, Nuevo León, México,

agosto de 2017.

DEDICATORIA

Dedico mi tesis a Dios por darme vida, licencia y lucidez para poder desarrollar esta investigación en forma, de tal manera que pueda servir de alguna luz para los pacientes con cáncer y mejorar su calidad de vida.

A mi familia, por darme todas las herramientas fraternales, emocionales y físicas, por fomentar la responsabilidad en mí y permitirme salir adelante y cumplir mis éxitos profesionales.

A todos y cada uno de los integrantes de la Fundación GIST México, incluyendo pacientes, directivos y colaboradores, por permitirme formar parte de su historia y contribuir en algo para ayudar aunque sea en un poco a aquellos que se encuentran en situación de vulnerabilidad física y emocional.

AGRADECIMIENTOS

Le doy mi más sincero agradecimiento a mi directora de tesis la Dra. Dehisy Marisol Juárez García, por su apoyo incondicional en todo el proceso, por sus enseñanzas y sobre todo por su paciencia y dedicación a este proyecto.

También quiero expresar un agradecimiento muy especial al Dr. Absalón Espinoza Velazco director médico de tesis en el Instituto Mexicano del Seguro Social, por brindarme siempre un espacio para otorgarme de su sabiduría, apoyarme en el proceso y sobre todo, por tener la disponibilidad de trabajar en un proyecto nuevo y la confianza que depositó en mí al aceptar llevarlo a cabo.

Así como al Lic. Rodrigo Salas Benavides y Mtra. María de la Paz Mastretta López, presidente y directora de Fundación GIST México, por formar parte y sobre todo, por sus valiosas sugerencias e interés en la revisión del presente trabajo.

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología el apoyo económico que me brindó al otórgame la beca para la realización de mis estudios.

Al Dr. Arnoldo Téllez López actual coordinador del área de Psicooncología y al actual Director el Dr. Álvaro Antonio Ascary Aguillón Ramírez por el apoyo que me han brindado para cursar la Maestría. Y a todas las personas que contribuyeron de una forma u otra en la realización de este trabajo.

RESUMEN

Introducción. Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son el principal sarcoma del tubo digestivo. Existen pocos estudios que evalúen los aspectos psicológicos del paciente con GIST, un estudio reporta ansiedad (23%), tristeza (30%) y síntomas de estrés post traumático después del diagnóstico (40 - 50%). Se ha demostrado la efectividad de la Intervención Cognitivo-Conductual en distintos tipos de cáncer. **Objetivo.** Determinar la viabilidad y los efectos de una Intervención Cognitivo-Conductual para el manejo del estrés en línea, en las variables ansiedad, depresión, fatiga y calidad de vida en pacientes con GIST, comparado con un grupo control Psicoeducativo. **Método:** Diseño Ensayo Clínico Aleatorizado. Se contactaron 250 pacientes de Fundación GIST México y referidos por Oncólogos, de los cuales 180 accedieron a participar y fueron aleatorizados. Un total de 23 pacientes completaron las sesiones, 9 del grupo experimental y 14 del grupo control. Se utilizó Survey-Monkey para la firma de consentimiento informado y la aplicación pre- post intervención y un seguimiento de 3 meses de los instrumentos psicológicos MFI, HADS y QLQC30-EORTC. El grupo de intervención cognitivo conductual (experimental) y psicoeducación (control) recibió 5 sesiones en línea vía Teamviewer. **Resultados.** Se obtuvieron efectos principales significativos en todas las variables, en las dimensiones de fatiga, en ansiedad y depresión y en las subescalas de calidad de vida, solo se encontró efecto de interacción entre los grupos significativo y con tamaño del efecto grande en la variable de fatiga general $F(2, 28)=4.5$, $p= .01$, $\eta^2p=.24$. **Conclusiones.** Se considera que las

intervenciones son factibles con modificaciones. Ambas intervenciones muestran efectos benéficos en las variables estudiadas.

Palabras clave: GIST, Cognitivo-Conductual, Psicoeducación, fatiga, ansiedad, depresión, calidad de vida.

ABSTRACT

Introduction. Gastrointestinal stromal tumors (GIST) are the main sarcoma of the digestive tract. A few studies report psychological morbidity of GIST patients thus one that reports anxiety (23%), depression (30%) and symptoms of post-traumatic stress after GIST diagnosis (40-50%). Cognitive-behavioral effectiveness has demonstrated in cancer patients. **Objective.** To determine the pathways and effects of a Cognitive-Behavioral Online Intervention for stress management in anxiety, depression, fatigue and quality of life in GIST patients, compared to a Psychoeducational control group. **Method.** Design Randomized Clinical Trial. Around 250 patients from Fundacion GIST Mexico and referred by oncologists were contacted, 180 of whom agreed to participate and were randomized. twenty three patients completed the sessions, nine of the experimental group and 14 of the control group. All patients signed informed consent and answered the psychological questionnaires MFI, HADS and QLQC30-EORTC using Survey-Monkey platform. The cognitive behavioral therapy (experimental) and psychoeducation (control) group received five online sessions via Teamviewer. **Results.** Significant main effects were obtained in all variables, fatigue, anxiety and depression dimensions and quality of life subscales, only effect of interaction between groups was found significant and with large effect size in the fatigue variable General $F(2, 28) = 4.5, p = .01, \eta^2p = .24$. **Conclusions.** Interventions are considerate feasible with modifications. Both interventions show beneficial effects in the studied variables.

INDICE

| | |
|---|-----|
| Agradecimientos..... | v |
| Resumen..... | vii |
| DEDICATORIA | 3 |
| AGRADECIMIENTOS | 4 |
| RESUMEN | 5 |
| ABSTRACT..... | 7 |
| INDICE | 8 |
| CAPITULO I..... | 10 |
| INTRODUCCION..... | 10 |
| Definición del Problema | 15 |
| Justificación de la Investigación | 19 |
| Hipótesis o Preguntas de investigación | 21 |
| CAPITULO II | 23 |
| MARCO TEÓRICO..... | 23 |
| Aspectos Psicológicos del paciente con cáncer | 23 |
| Fatiga | 24 |
| Ansiedad y depresión | 28 |
| Calidad de vida..... | 29 |
| Cáncer..... | 32 |
| Tumores del Estroma Gastrointestinal (GIST):..... | 33 |
| Efectos secundarios | 33 |
| Intervenciones Psicológicas. | 34 |
| Intervenciones Psicológicas en línea..... | 36 |
| Terapia Cognitivo-Conductual | 39 |
| Terapia Cognitivo-Conductual y cáncer..... | 40 |
| Terapia Cognitivo-Conductual para el Manejo del Estrés (CBSM) | 41 |
| Terapia Cognitivo-Conductual en línea. | 43 |
| Psicoeducación. | 45 |
| CAPITULO III..... | 48 |
| METODO..... | 48 |

| | |
|---|------------|
| PARTICIPANTES | 48 |
| Criterios de inclusión | 48 |
| Criterios de exclusión | 48 |
| Criterios de eliminación | 48 |
| INSTRUMENTOS | 50 |
| Ansiedad y Depresión | 50 |
| Fatiga | 52 |
| Calidad de vida..... | 53 |
| PROCEDIMIENTO | 54 |
| Diseño utilizado: | 54 |
| Recolección de datos: | 54 |
| ANÁLISIS DE DATOS | 56 |
| CAPITULO IV | 58 |
| RESULTADOS | 58 |
| 1. Análisis de factibilidad del ensayo clínico aleatorizado | 58 |
| 2. Análisis de varianza en pacientes con GIST | 60 |
| CAPITULO V | 62 |
| DISCUSION Y CONCLUSIONES..... | 62 |
| Factibilidad de la intervención. | 62 |
| Efectos de las intervenciones en las variables | 66 |
| LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES PARA FUTUROS ESTUDIOS.... | 70 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 73 |
| ANEXOS..... | 112 |

Índice de Tablas y Figuras

| | |
|--|----|
| Tabla 1. | 50 |
| Características descriptivas de los pacientes con GIST. | |
| Tabla 2. | 55 |
| Diseño de intervención para grupo | 60 |
| Tabla 3 Análisis de varianza en pacientes con GIST | |
| Figura 1. Diagrama de flujo pacientes con GIST | 58 |

CAPITULO I

INTRODUCCION

Los tumores del estroma gastrointestinal son los tumores mesenquimales más comunes del tracto digestivo, representando el 80% de los mismos con una incidencia de 14.5 por millón y una prevalencia de 129 casos por millón (OMS, 2014), lo que lo convierte en una enfermedad rara y por ende un cáncer raro.

En adición al desarrollo de opciones en el diagnóstico y tratamiento para los pacientes con cáncer, hay una atención incrementada en los trastornos psicológicos debido a que los pacientes experimentan un amplio rango de síntomas psicológicos tales como duelo, tristeza y depresión, ansiedad, irritabilidad, trastornos en el sueño y confusión (Guan, Boks, Zuraida & J de Wit, 2012).

Según Hinz y colaboradores (2010) los pacientes oncológicos, independientemente del tipo de cáncer, presentan un incremento en los niveles de ansiedad y depresión en comparación con la población en general. Un estudio realizado en 2012 reporta que este tipo de pacientes refieren síntomas clínicos (12.9%) y subclínicos (16.5%) de depresión, así como síntomas de ansiedad (19%) (Linden et al., 2012). Representando así los problemas psicológicos más comunes en la población oncológica (Chen, 2000; Takahashi

et al., 2008; So et al., 2010) y por ende generando una influencia negativa significativa en la curva de supervivencia de los pacientes oncológicos. (Gramignano et al., 2006; Van & Arends, 2005; Kim et al., 2015).

Los pacientes con tumores gastrointestinales presentan un riesgo mayor de presentar ansiedad o depresión, así como un temor incrementado a este tipo de neoplasias (Hong & Tian, 2014). No obstante, la ansiedad y depresión no son los únicos factores que impactan en la calidad de vida de los pacientes con GIST, los efectos secundarios propios de la enfermedad y los inhibidores de la tirosina quinasa, también parecen impactar de manera negativa; tal es el caso de la fatiga, ya que alrededor del 70 al 100% de los pacientes oncológicos refieren fatiga (Minton, Richardson, Sharpe, Hotopf, & Stone, 2011) definido como el peor síntoma percibido, debido a su prevalencia y el nivel de interferencia con la vida cotidiana (Mendoza et al., 1999).

La fatiga se presenta a manera de un síndrome denominado “Síndrome de Fatiga Crónica”, caracterizado por cansancio excesivo, debilidad generalizada y muscular, dolores de cabeza y garganta, falta de apetito, desórdenes en el sueño e incremento en la temperatura corporal) y se mide en escalas de leve, moderada y severa (Minton et al., 2011; Smets et al., 1995).

La fatiga de moderada a severa es significativa y prevalente en la mayoría de los pacientes que se encuentran bajo tratamiento oncológico (Minton et al., 2011). El 98% de los pacientes con cáncer reportaron haber tenido al menos 1 síntoma relacionado con la fatiga, el 49% de ellos reportaron presentar fatiga moderada o severa (Franc, Michalski, Kuczerawy, Szuta & Skrzypulec-Plinta, 2014).

Para los pacientes con GIST el principal síntoma reportado también es la fatiga, esto debido a que se encuentran bajo tratamiento con inhibidores de la tirosina quinasa (TKI) el cual es indicado tanto en adyuvancia de manera paliativa para pacientes metastásicos. Sin embargo, compromete la calidad de vida de éstos pacientes generando en el 30% de los pacientes con GIST fatiga severa, asociada no solo al uso de TKI sino también la morbilidad psicológica como ansiedad y depresión (Poort et al., 2015).

En este sentido, los efectos secundarios al tratamiento oncológico, tales como la pérdida de fertilidad, falta de bienestar físico y sexual deterioran la armonía familiar llevando a un incremento en la morbilidad psicológica y un deterioro significativo en la calidad de vida del paciente con cáncer (Burns, Costello, Ryan-Woolley & Davidson, 2007). Los pacientes con tumores gastrointestinales presentan los peores niveles de calidad de vida después de la cirugía en comparación con aquellos con otros tipos de cáncer (Yeh et al., 2007).

Takahashi y colaboradores (2008) afirman que la presencia de ansiedad y depresión en el paciente representa un importante predictor de fatiga percibida y deterioro en la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

Diversos estudios demuestran que el deterioro psicológico en el paciente con cáncer tiene una influencia negativa en el sistema inmune incrementando la duración de la enfermedad (Greer, 1983; Miller, 1998; Hong & Tian, 2014). Por esta razón se sugiere que es importante que el personal de salud preste más atención en la salud mental de los pacientes realizando intervenciones psicológicas que disminuyan la ansiedad y depresión de los pacientes

oncológicos (Hong & Tian, 2014).

Bower (2014) sugiere la implementación de intervenciones que ayuden a disminuir la fatiga como efecto secundario mediante intervenciones tales como: actividad física, intervenciones psicosociales y cognitivo–conductuales. Dichas intervenciones podrían reducir la fatiga percibida al paciente con cáncer post-tratamiento mejorando así, la calidad de vida de éste tipo de pacientes. Adicionalmente, de acuerdo a un meta- análisis se afirma que la combinación de psicoeducación y/o elementos cognitivo conductuales impactan de manera significativa en la reducción de síntomas como ansiedad, depresión, alteraciones del sueño, fatiga y calidad de vida entre otros (Galindo-Vázquez et al., 2014).

Gracias a los avances tecnológicos se ha implementado el apoyo a sobrevivientes de cáncer en línea, a través de diferentes redes sociales, facilitando así el acceso remoto y la conexión con otros pacientes en distintas áreas geográficas (Hong, Peña-Purcell & Ory, 2012). Las intervenciones psicoterapéuticas en línea se han desarrollado aproximadamente desde 1998 y los resultados muestran que tanto la consejería como la psicoterapia pueden llevarse a cabo de manera exitosa bajo las circunstancias permitidas por internet (Barak, Boniel-Nissim & Shapira, 2008).

En cuanto a la terapia cognitivo conductual en línea, en la evaluación de 22 estudios de intervenciones basadas en internet en comparación con intervenciones presenciales, ambas con el objetivo de educar y generar un cambio en el comportamiento en personas con enfermedades crónicas encontraron una larga variabilidad en el rango del tamaño del efecto, promedio

que radicó en un tamaño del efecto mediano (Wantland, Portillo, Holzemer, Slaughter & McGhee, 2004). En cuanto a la ansiedad y depresión, la terapia cognitivo conductual en línea ha demostrado tener un tamaño del efecto de mediano a grande (Spek, Cuijpers, Nyklicek, Riper, Keyzer & Pop, 2007).

Por su parte, Wagner y colaboradores (2014) afirman que la intervención cognitivo conductual en línea presenta un tamaño del efecto grande ($d=1.27$) al igual que aquella desarrollada de manera presencial ($d= 1.37$) concluyendo que es igualmente beneficiosa para pacientes con depresión, incluso aquellos pacientes que participaron de manera virtual, refieren mantener el efecto terapéutico, mientras que el grupo presencial presentó un aumento significativo en los síntomas de depresión en la evaluación de seguimiento a 3 meses.

Otro metanálisis que evaluó la efectividad de las intervenciones cognitivo conductuales en línea para mejorar las condiciones psicológicas de los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas como el cáncer, mostró que éste tipo de intervenciones en línea son efectivas y prometedoras para mejorar el funcionamiento físico y psicológico, así como disminuir el impacto percibido relacionado con la enfermedad en cuestión (Van Beugen et al., 2014).

La intervención cognitivo-conductual así como la psicoeducación en línea dirigida a adultos, han mostrado ser efectivas para reducir los síntomas de depresión y aumentar el apego al tratamiento con un tamaño del efecto mediano (Donker, Griffiths, Cuijpers & Christensen, 2009).

Los estudios anteriormente mencionados demuestran que la psicoeducación y la terapia cognitivo conductual pueden ayudar a pacientes a los a desarrollar estrategias de afrontamiento y mejorar su calidad de vida

aunado a reducciones significativas en la ansiedad y la depresión (Tschuschke, 2003; Rehse & Pukrop, 2003; Osborn, Demoncada & Feuerstein, 2006) utilizando el internet como una herramienta para optimizar las intervenciones psicológicas en la oncología (Owen, Klapow, Roth & Tucker, 2004).

Definición del Problema

La psico-oncología es una disciplina que ha llamado la atención sobre la importancia crítica de los aspectos psicológicos, el estilo de vida y las conductas del paciente oncológico, desde la prevención hasta el manejo y tratamiento contra el cáncer, incluso en el final de la vida. Los límites disciplinarios de la psico-oncología se centran en dos áreas principales:

En primer lugar, las respuestas psicológicas de los pacientes, sus familias y cuidadores, desde el diagnóstico, tratamiento y supervivencia; así como las tensiones correspondientes. En segundo lugar, los factores psicosociales, de estilo de vida y conductuales que contribuyen al riesgo de cáncer y la supervivencia (Holland et al., 2010; Holland 2003; Holland 2001).

Por tal motivo, dicha disciplina se basa en brindar apoyo esencial a los pacientes con cáncer y sus familias basada en la confianza. La importancia de esta relación no puede subestimarse en la situación clínica de los pacientes ya que la mayoría de ellos perciben una pérdida de control y vulnerabilidad (McFarland, Blackler & Holland, 2017).

Los pacientes con GIST han percibido ésta misma sensación de

vulnerabilidad, sin embargo, poco se conoce acerca del estado de salud mental ya que se han realizado pocos estudios que conlleven a un conocimiento de la enfermedad y la morbilidad psicológica que representa.

Macdonald et al., (2012) muestran como los pacientes pasan por varias etapas en el proceso de su enfermedad, durante las cuales viven incertidumbre, esperanza, adaptación y en el seguimiento, nuevamente incertidumbre y temor a la recurrencia. Asimismo Wiener y colaboradores (2012) reportan que el 23% de los pacientes con GIST muestran ansiedad o ataques de pánico (20% se medica), el 30% tristeza (11% se medica) y del 40 al 50% han presentado síntomas de estrés post traumático después del diagnóstico (pesadillas, sentirse asustado, con sudor o temblor al recordar que tiene la enfermedad).

Adicionalmente, la fatiga es uno de los principales efectos secundarios que presentan éste tipo de pacientes, debido tanto al proceso patológico de la enfermedad como al tratamiento con inhibidores de tirosina quinasa, según un par de estudios encaminados a evaluar éstos efectos, el 40% de los pacientes presentan fatiga, de los cuales en el 42 % se presenta en un nivel leve o moderado y un 9% de manera severa y des-habilitante. Un 5-6 % muestra depresión (Sodergren et al., 2014; Reichardt et al., 2012). Por tal motivo, es importante implementar una intervención psicológica en este tipo de pacientes con la intención de mejorar la calidad de vida de los mismos y reducir los efectos secundarios al tratamiento médico.

En cuanto a las intervenciones psicológicas en los pacientes con GIST solo se ha encontrado un estudio con una propuesta de intervención de apoyo

educativo en la que se plantea un programa educativo de un día para pacientes y familiares en los que se les proporcionara apoyo emocional información actualizada sobre el GIST, además de considerar las demandas de los pacientes. En la primera sesión participaron 43 pacientes y trato el tema de afrontar las emociones generadas por el GIST, temas de manejo de la cirugía y la nutrición adecuada para los pacientes. Los pacientes y cuidadores también discutieron sobre sus roles, frustraciones y miedos. La segunda sesión fue después de siete meses con 30 participantes, en esta sesión también participaron oncólogos, nutriólogos y psicólogos. La evaluación por parte de los participantes fue muy positiva y se consideran estas sesiones como exitosas y con el interés de que estas sesiones continuaran (Kuhrik, Kuhrik, Deshields, O'Neill & Zubal, 2010).

Además de ser la única intervención psicológica encontrada, muestra limitantes en cuanto la evaluación, debido a que no se utilizaron instrumentos psicológicos para conocer efectos más específicos del programa, además que las sesiones estuvieron muy distanciadas en tiempo por lo que también puede haber muchos factores no controlados que influyan en la percepción de los participantes.

La intervención cognitivo conductual, la cual cuenta con técnicas para el manejo del estrés y un apartado de psicoeducación ha probado ser efectiva para mejorar la calidad de vida para pacientes con cáncer de mama y cáncer de próstata (Penedo, Antoni & Schneiderman, 2008; Antoni, 2009). Sin embargo, se considera importante incrementar la evidencia de los efectos de las intervenciones en poblaciones de pacientes con cáncer poco representadas

como los pacientes con GIST (Galindo-Vázquez, 2013).

Por lo tanto, se plantea el presente estudio para dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la viabilidad y los efectos de la intervención psicológica Cognitivo-Conductual para el Manejo del Estrés en línea, en comparación con un grupo de Psicoeducación en las variables de fatiga, ansiedad, depresión y calidad de vida en pacientes con tumores del estroma gastrointestinal?

Justificación de la Investigación

Debido a que el GIST es un tipo de cáncer poco común (OMS, 2014), poco se ha explorado acerca de la morbilidad psicológica de éste tipo de pacientes, por ejemplo, no se reportan estudios que muestren los niveles de depresión y ansiedad en éste tipo de cáncer (Hinz et al., 2010; Linden, Vodermaier, MacKenzie & Greig, 2012).

Los pacientes con cáncer independientemente del tipo de cáncer presentan mayor ansiedad y depresión que la población general (Hinz et al., 2010), además el sitio del tumor primario, la etapa clínica de la enfermedad, la edad y el género se asocian a diferentes niveles de ansiedad y depresión (Linden et al., 2011).

La depresión y la ansiedad representan un problema psicológico importante ya que cuando no se tratan adecuadamente, resultan en un incremento en la morbilidad y mortalidad en los pacientes con cáncer (Massie, 2011). Otros de los síntomas que afectan a la mayoría de los pacientes con GIST son la fatiga y el dolor, los cuales repercuten su calidad de vida (Reddy, Boci, Charbonneau, 2007).

Por tal motivo, se considera importante evaluar los aspectos psicológicos de los pacientes con GIST así como realizar una intervención psicológica con el fin de reducir estos síntomas prevalentes en dichos pacientes.

Para lo cual se propone una intervención cognitivo conductual para el manejo del estrés comparada con un grupo de intervención con psicoeducación.

La Terapia Cognitivo Conductual para el Manejo del Estrés es un programa que se inició en pacientes con VIH, posteriormente en cáncer de mama y su última aplicación fue en pacientes con cáncer de próstata. Está integrado por relajación, manejo del estrés y la promoción teórica por medio de proporcionar de forma comprensiva un programa de 10 semanas destinado a mejorar la calidad de vida y el ajuste psicológico en éste tipo de pacientes (Antoni et al., 2000).

En este estudio se realiza la adaptación de 10 a 5 sesiones y su aplicación en línea, considerando las limitaciones observadas en otros estudios y considerando las características de nuestra población: no cuenta con tiempo para participar en investigación, no está disponible debido a efectos secundarios de los tratamientos anti cáncer y presentan complicaciones económicas para el traslado (Gudenkauf et al., 2015). Además, se considera el examinar las nuevas tecnologías en la aplicación de intervenciones psicológicas (Antoni, 2013). La propuesta de esta intervención busca minimizar estas limitaciones y aumentar la cantidad de pacientes que pueden ser beneficiados con esta intervención.

Objetivo General

Determinar la viabilidad y los efectos de la Intervención Cognitivo-Conductual para Manejo del Estrés en línea en comparación con un grupo de Psicoeducación en las variables de ansiedad, depresión, fatiga y calidad de vida en pacientes tumores del estroma gastrointestinal (GIST).

Objetivos particulares

1. Evaluar la factibilidad de la aplicación de la Intervención Cognitivo-Conductual para el manejo del estrés y la Psicoeducación en línea en pacientes con GIST.
2. Examinar si existen diferencias significativas en la fatiga, la ansiedad, la depresión, y la calidad de vida en el grupo de Intervención en comparación con el grupo control de Psicoeducación en las evaluaciones (pre-test, post-test y seguimiento).

Hipótesis o Preguntas de investigación

- H1. Es factible la aplicación de la Intervención Cognitivo-Conductual para el manejo del estrés en línea en pacientes con GIST.
- H1. El Intervención Cognitivo-Conductual para el manejo del estrés tendrá un mayor efecto en las variables de fatiga, ansiedad, depresión y calidad de vida en comparación con la psicoeducación en pacientes con GIST.

Limitaciones.

1. El tamaño de la muestra, no permite ver de manera clara los efectos de las intervenciones sobre las variables de estudio. Debido al tipo y condiciones de los participantes el acceso a las redes sociales, así como el tiempo límite de recolección de datos para una tesis de grado de maestría.
2. La inclusión en el estudio fue voluntaria, lo cual pudo afectar los resultados debido a que no se tomó en cuenta el criterio diagnóstico, como un puntaje de corte para depresión o ansiedad.
3. Aun cuando los pacientes son de diferentes hospitales y áreas del país, fueron contactados a través de una misma asociación llamada Fundación GIST México, por lo que los resultados no pueden generalizarse a la población GIST en general.
4. Para poder participar en las sesiones de intervención, los pacientes debían tener acceso a internet, lo cual representa una limitación importante para aquellas personas que no contaban con acceso a éste servicio.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Aspectos Psicológicos del paciente con cáncer

Gracias a los avances en el tratamiento médico de la enfermedad, ha mejorado el pronóstico de los pacientes, y con esto, las variables psicológicas y la calidad de vida de los pacientes comenzaron a ser tomadas en cuenta debido al impacto que representan, pudiéndose convertir en un factor de riesgo para el origen y el desarrollo de la enfermedad. Por lo tanto los factores cognitivos, emocionales y motivacionales como parte de la historia personal y el contexto cultural se tomaron en cuenta debido a que influyen de manera significativa en la prevención y el proceso de la enfermedad (Rivero et al., 2008).

Los aspectos psicológicos de los pacientes como la ansiedad y depresión pueden influir en la progresión a nivel celular. Distintos autores han demostrado que existe una relación entre la morbilidad psicológica, la reactividad del sistema inmune y el crecimiento tumoral (Perrella et al., 2009).

En este sentido, estudios han confirmado la influencia de los factores psicológicos en diferentes aspectos del sistema inmune, siendo estos considerados por su importancia en el desarrollo del cáncer (Tong et al., 2014).

Los pacientes que se encuentran en tratamiento contra el cáncer pueden

padecer también efectos psicológicos a largo y corto plazo; los efectos “a corto plazo”, incluyen las respuestas emocionales o psicológicas que surgen después del diagnóstico de cáncer o durante el tratamiento del mismo y que persisten durante al menos 5 años. Por el contrario, los efectos “a largo plazo” se refieren a las respuestas emocionales o psicológicas que surgen posteriores a la finalización del tratamiento, incluyendo ansiedad (10 al 58%), depresión (6 al 23%) y estrés postraumático (0 al 32%) (Stein, Syrjala & Andrykowski, 2008).

De acuerdo a una revisión sistemática de los efectos secundarios producidos por el tratamiento contra el cáncer se revelaron aproximadamente 65 efectos secundarios en 10 categorías incluyendo la fatiga como el principal de los efectos secundarios físicos percibidos por los pacientes (Tamir et al., 2016).

Fatiga

La fatiga se define como un síndrome subjetivo complejo de carácter bio-psico-social. Los pacientes suelen describir el cansancio en términos de falta de energía, deterioro cognitivo, somnolencia, alteraciones del estado de ánimo o debilidad muscular. Este sentimiento de debilidad, cansancio o falta de energía, varía en grado, frecuencia y duración. Más recientemente algunos autores han propuesto un concepto multidimensional de fatiga que incluye dominios conductuales, cognitivos, somáticos y afectivos (Berger et al., 2015b).

Según la Sociedad Americana del Cáncer (2010) la fatiga en oncología y

post actividad física tienen algunas diferencias importantes de aclarar, en la primera, la fatiga es crónica, el paciente con cáncer mantiene esta sensación por un largo período de tiempo y no se alivia con el sueño y reposo a diferencia de lo que ocurre con la fatiga por ejercicio.

También hay diferencias en el grado de fatiga según el tipo de tratamiento, en la quimioterapia, el aumento ocurre días posteriores a la aplicación, para luego disminuir hasta que llega el próximo tratamiento, la fatiga aumenta de manera gradual con el curso del tratamiento (Poort et al., 2015).

De esta manera la etiología en la fatiga del cáncer es frecuentemente de naturaleza orgánica. En individuos sanos que experimentan fatiga los mecanismos de utilización y recuperación de energía ocurren de manera normal, sin embargo, en el cáncer los procesos de enfermedad y tratamiento interfieren con la función energética del paciente (Mustian, 2007).

Por lo tanto, éste es un síntoma percibido en aproximadamente 70-100% de los pacientes con enfermedades neoplásicas en general. Es un efecto secundario a la enfermedad como tal y también es producido como efecto secundario al quimioterapéutico. Todos los pacientes que son tratados oncológicamente, presentan fatiga, la cual puede transformarse en un síndrome de fatiga crónica (Franc, Michalski, Kuczerawy, Szuta & Skrzypulec-Plinta, 2014)

El síndrome sistémico denominado “fatiga crónica”, “cansancio crónico” constituye un problema cuantitativa y cualitativamente muy importante, asociado a la aparición de diversas alteraciones que afectan a la calidad de vida de los pacientes de cáncer (Berger et al., 2015a).

Según Wang (2014) las causas de la fatiga crónica percibida por los pacientes con cáncer aún requieren de mucha examinación e investigaciones. Se cree que la fatiga puede resultar de factores como:

- Mal funcionamiento de la hormona hipotalámica pituitaria adrenal que garantiza el balance del organismo y le permite tener una reacción rápida al estrés.
- Desórdenes en el sistema inmunológico causados por reacciones inflamatorias mediadas por la hormona hipotalámica pituitaria (indirectamente).
- El decremento en los niveles de neurotransmisores como adrenalina y serotonina.
- Toxicidad por el ácido láctico resultado de la metabolización de los músculos.
- Ausencia de oxígeno causado por la disminución del nivel sanguíneo.

Algunos de los factores que incrementan la incidencia de la fatiga percibida por el paciente pueden ser: la duración en la administración de medicamentos como opioides, benzodiazepina y medicamentos que contienen

codeína, tranquilizantes, ansiolíticos y antidepresivos. Así mismo se considera que la fatiga puede ser influenciada por factores como distorsión en el ritmo diurno, caquexia, producción de citosinas pro-inflamatorias, el consumo de tabaco, entre otros (Hoffman, Robinson & Weisbrod, 2014).

El impacto de la fatiga crónica en la habilidad para desarrollar actividades diarias, es profunda y penetrante. En un estudio de 379 pacientes con cáncer y su historia con quimioterapia, al menos el 91% de los pacientes refirieron que dicho síntoma les impedía llevar una vida normal, el 88% de ellos mencionaron que les había cambiado su rutina diaria, impactando así en su calidad de vida (Curt et al., 2000).

Se recomienda que todos los pacientes con cáncer sean evaluados para estimar la presencia de fatiga al completar el tratamiento inicial y ofrecerles información específica y estrategias para el manejo de la misma. Para aquellos que reportan fatiga de moderada a severa, se recomienda asesoramiento comprensible, agregando factores médicos tratables (Bower et al., 2014).

Por otro lado, se encuentran los efectos secundarios de carácter psicológico sobresale la depresión, confusión, problemas de concentración, ansiedad y fatiga crónica (Sodergren et al., 2014). Así mismo, los pacientes que viven con diagnóstico de GIST, experimentan dolor crónico, síntomas post-traumáticos, ansiedad significativa y se encuentran en riesgo de distrés psicológico, demeritando así la calidad de vida del paciente en sus 5

dimensiones (Wiener, 2012).

Ansiedad y depresión

El constructo de “*ansiedad*” se define como “Un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, displacer, y alarma que hace que el sujeto se sienta molesto”. Se trata, por consiguiente, de una emoción que se presenta cuando el sujeto se siente amenazado por un peligro, que puede ser externo o interno (Jarne, Talarn, Aramayones, Horta & Requena, 2006).

En el 2016 la Organización Mundial de la Salud, define “*depresión*” como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (OMS, 2016).

Lo que concuerda con diversas investigaciones realizadas en pacientes con cáncer, donde se concluye que éste tipo de pacientes presentan una incrementada prevalencia de trastornos psicopatológicos y síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional; los cuales están ampliamente relacionados a los efectos físicos, psicológicos y sociales que ocasiona el tratamiento médico y la enfermedad como tal (Rodríguez et al, 2011; Moreno & Hernández, 2014).

Según la Sociedad Americana del Cáncer (2010), el trastorno depresivo mayor representa una condición clásica en este grupo de pacientes. Se caracteriza por episodios discretos de al menos 2 semanas de duración (aunque la mayoría de los mismos son considerablemente mayores) incluyendo puntos de corte en el cambio del afecto, cognición y funciones neurovegetativas y remisiones inter episodio.

Los pacientes con oncológicos con depresión no tratada o ansiedad, presentan menos niveles de apego al tratamiento médico, psicológico y nutricional, debido a la falta de motivación, propia de éstos trastornos psicológicos. Así mismo, presentan desapego social con síntomas como retirarse de la familia u otros sistemas de apoyo, lo que conlleva a carencia de apoyo emocional y financiero, necesarios para hacer frente a la enfermedad; resultado en un aumento del estrés percibido y sentimientos de desesperación (Andersen et al., 2014). Es por esto, que la detección sistemática de ansiedad y depresión se recomienda internacionalmente como un estándar fundamental en el cuidado del paciente con cáncer (Bjelland, Dahl, Haug & Neckelmann, 2002; Grassi et al., 2013).

Calidad de vida

La calidad de vida se define como una evaluación subjetiva, multidimensional y temporal, ampliamente relacionada con el estado de salud. Arras y colaboradores (2004) incluyen en su descripción cuatro componentes

principales:

- a) Síntomas de la enfermedad y efectos secundarios
- b) El funcionamiento físico
- c) El funcionamiento psicológico
- d) El funcionamiento social.

Incluyendo variables dependientes e independientes; las primeras engloban las emociones, familia, el ambiente social y el lugar donde reside el sujeto. Por otro lado, existen las variables independientes, como las dimensiones física, emocional y social. Ambas influyen de manera positiva o negativa en la percepción de calidad de vida del ser humano (Vinaccia & Orozco, 2005).

La calidad de vida se puede ver afectada por diversos síntomas relacionados con el cáncer; el grado de impacto depende de la percepción del paciente, la localización de la enfermedad, la etapa clínica, y el nivel de impacto psicológico que represente (Heydarnejad, Hassanpour & Solati 2012). Por tal motivo, con frecuencia se asocia a la efectividad del tratamiento en el curso de salud – enfermedad del paciente con cáncer (Vinaccia & Orozco, 2005).

Otro factor que influye en la calidad de vida percibida por el paciente es la presencia de síntomas no solo físicos, si no aquellos que incluyen la disfunción cognitiva, conocida también como “chemo-brain” o “quimio-niebla”, la cual es altamente negativa para el paciente debido a que impide el desarrollo de sus actividades diarias deteriorando así, su percepción de placer y disfrute

por la vida (Jenkins, 2006; Shilling & Jenkins, 2007; Boykoff, Moieni & Subramanian, 2009).

En 2012 se realizó un estudio para identificar los factores que afectan la calidad de vida de los pacientes con cáncer, incluyendo aquellos problemas psicosociales relacionados con síntomas físicos, como el dolor y los efectos adversos a la terapia adyuvante, los cuales persisten durante el tratamiento y recuperación. Ocasionando en el paciente un deterioro multidimensional, el cual incluye fatiga (60%) ($p > .05$), miedo por el futuro (29%), el pensamiento de la enfermedad y sus consecuencias (26.5%), impaciencia (24%) y depresión (17.5%) (Heydarnejad et al., 2012).

Como podemos observar, los principales problemas de los pacientes con cáncer a largo plazo se dividen en varias áreas: Apoyo social – emocional, hábitos de salud, vida espiritual, enfoque filosófico de la vida y las preocupaciones por la imagen corporal.

La Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC) se ha dedicado a evaluar la calidad de vida en los pacientes oncológicos mediante un grupo de estudio dedicado específicamente para esto; desarrollando un cuestionario general de Calidad de vida y módulos para diferentes tipos de tumores y tratamientos oncológicos (Arraras, Martínez, Manterota & Laínez, 2004).

Cáncer

La Organización Mundial de la salud define la palabra “cáncer” como un concepto genérico designado a un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo (OMS, 2015).

Por tu parte, la Asociación Americana Contra el Cáncer (2016), lo define como el grupo de enfermedades el cual provoca que las células en el cuerpo cambien y crezcan sin control. La mayor parte de las células tumorales forman una masa denominada “tumor maligno”. Un tumor canceroso puede invadir y destruir tejido sano. Las células provenientes del cáncer pueden separarse y viajar hacia otras partes del cuerpo y continuar creciendo. Este proceso de diseminación es denominado metástasis.

Sin embargo, gracias a los avances en el tratamiento médico de la enfermedad, ha mejorado el pronóstico de los pacientes, y con esto, las variables psicológicas y la calidad de vida de los pacientes comenzaron a ser tomadas en cuenta debido al impacto que representan, pudiéndose convertir en un factor de riesgo para el origen y el desarrollo de la enfermedad. Por lo tanto los factores cognitivos, emocionales y motivacionales como parte de la historia personal y el contexto cultural se tomaron en cuenta debido a que influyen de manera significativa en la prevención y el proceso de la enfermedad (Rivero et al., 2008).

Tumores del Estroma Gastrointestinal (GIST):

El GIST es un tipo de cáncer poco común. Caracterizado por el crecimiento tumoral de tipo sarcoma en la parte del tubo digestivo incluyendo estómago, intestino delgado, esófago colon y recto principalmente (Ochoa et al., 2011).

El único tratamiento curativo del GIST localizado y resecable es quirúrgico. No obstante, frecuentemente la cirugía no asegura la curación. Los pacientes con resección quirúrgica completa, pero alto riesgo de recurrencia y aquellos con progresión de la enfermedad recurrente o metastásica son candidatos a tratamiento sistémico adyuvante utilizando inhibidores de la tirosina quinasa tales como imatinib, sunitinib o reforafenib, primera, segunda y tercera línea de tratamiento respectivamente (Calderillo et al., 2017; Guzmán, Bautista, Silverio & Ávila, 2015).

Efectos secundarios

De acuerdo a una revisión sistemática de los efectos secundarios producidos por los inhibidores de la tirosina quinasa se revelaron aproximadamente 65 efectos secundarios en 10 categorías incluyendo los efectos físicos, despuntando la fatiga como la más importante para los pacientes debido a su intensidad y duración.

Otros fueron también mencionados tales como náuseas y edema, sangrados nasales y desmayo (Tamir et al., 2016). Los efectos secundarios en el movimiento intestinal tales como estreñimiento y diarrea representaron el 57% de los mismos, a su vez las náuseas y vómitos representaron el 42% con

un 38% de incidencia en los pacientes (Carrasco et al., 2010; (Joensuu, Trent & Reichardt, 2011).

De los efectos secundarios de carácter psicológico sobresale la depresión, confusión, problemas de concentración, ansiedad y fatiga crónica (Sodergren et al., 2014). Así mismo, los pacientes que viven con diagnóstico de GIST, experimentan dolor crónico, síntomas post- traumáticos, ansiedad significativa y se encuentran en riesgo de distrés psicológico, demeritando así la calidad de vida del paciente en sus 5 dimensiones (Wiener, 2012).

Es por eso que se habla de la importancia de una evaluación de la calidad de vida percibida por el paciente con GIST durante el tratamiento, la cual nos sirva de herramienta para implementar intervenciones psicológicas que ayuden a mejorar ésta percepción, ya que es tan importante como el tratamiento farmacológico en el beneficio de la supervivencia global (Faller et al., 2015).

Intervenciones Psicológicas.

Gracias a los avances en el diagnóstico precoz, el tratamiento y la gestión a largo plazo contra el cáncer, el número de personas que sobreviven con diagnóstico metastásica y avanzados ha seguido creciendo, por lo que esto representa un área de oportunidad para mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos por medio del manejo de los efectos secundarios al

tratamiento mediante intervenciones psicológicas (Conti et al., 2011).

Una intervención psicológica se fundamenta en una adecuada evaluación del paciente, que permita delimitar la problemática, los objetivos de la intervención y los problemas causales para a partir de ahí, formular el caso, definir los objetivos y el plan de tratamiento que se precisa en cada situación en particular; en el cuál se ven implícitas variables como las sociodemográficas, el estado mental evaluado del paciente, la información médica obtenida por el mismo, la relación del paciente con su cuidador principal, su vulnerabilidad psicológica y los acontecimientos estresantes recientes, así como las estrategias de afrontamiento a la enfermedad, problemas de adaptación a la misma y necesidades espirituales, entre otras (Cruzado et al., 2014).

Las Intervenciones psicológicas en pacientes con cáncer representan un enfoque utilizado para manejar los efectos secundarios al tratamiento y facilitarle al paciente el proceso psicológico adaptativo a la pérdida, el cambio y la incertidumbre, mismos característicos de la supervivencia contra el cáncer (Conti et al., 2011).

Así mismo proveer a los pacientes con cáncer de intervenciones psicosociales puede mejorar las habilidades de afrontamiento, reducir la angustia y los sentimientos de aislamiento emocional. Además, existen evidencias donde la psicoterapia puede prolongar la supervivencia de los pacientes, esto relacionado, en parte, a un aumento en ciertos aspectos de la

función inmune como la actividad de las células NK (por sus siglas en inglés, Natural Killers) (Pompe, Antoni, Visser & Garssen, 1996).

Intervenciones Psicológicas en línea.

El internet parece ser un medio prometedor para facilitar la participación de los pacientes ya que es de fácil acceso e interactivo. Siendo así cada vez más utilizado para la entrega de intervenciones interactivas, tanto para los individuos sanos como para aquellos con enfermedades crónicas (Kuijpers, Groen, Aaronson & Van-Harten, 2013).

Los pacientes con cáncer se ven beneficiados de redes de apoyo o programas de educación en línea, así como herramientas informativas para ayudar en la toma de decisiones y diversas aplicaciones para móviles que suelen ser utilizadas para el manejo efectivo de la enfermedad (Kuijpers et al., 2013).

Los grupos de apoyo en línea, han demostrado una reducción significativa en dolor y la angustia psicológica; así como una mejoría importante en la función inmune y el tiempo de supervivencia (Baider et al., 2001; Classen et al., 2001; Fobair et al., 2002; Gottlieb & Wachala, 2007; Sheard & Maguire, 1999; Targ & Levine, 2002; Taylor et al., 2003; Andersen et al., 2008; Fawzy et al., 2003; Goodwin et al., 2001; Stephen et al., 2014).

Aun cuando se han demostrado la efectividad de las intervenciones psicosociales en el área de oncología, muchas personas con cáncer que están interesadas en recibir este tipo de servicios son incapaces para hacerlo. Algunos no pueden llegar a los centros oncológicos o de atención médica en los que se brindan estos grupos por profesionales de la salud, muchas personas con cáncer experimentan altos niveles de fatiga que dificultan que el paciente pueda salir de su hogar, mientras que otros se ven limitados por las responsabilidades del cuidado (Howell et al., 2011).

Otra limitante es el horario, ya que, al brindar estos grupos de apoyo en instituciones hospitalarias, se ve limitado el acceso a gran porcentaje de pacientes que desean participar, pero no pueden hacerlo por cuestiones laborales de ellos mismos o sus cuidadores (Betencourt et al., 2007; Crosato & Leipert, 2006; Kelley et al., 2003).

Es así como los grupos de apoyo en línea dirigidos por expertos, resultan ser una manera efectiva para superar estas barreras y extender los beneficios del apoyo psicosocial estructurado para más personas (Lieberman et al., 2003; Owen et al., 2004), así como ayudar a compensar la soledad que genera la enfermedad (Hara, 2010; Hoybye et al., 2005; Seçkin, 2011).

Las intervenciones psicológicas en línea han demostrado ser igual de efectivas para el manejo de ansiedad y depresión que aquellas intervenciones que se desarrollan de manera presencial (Barak, Klein & Proudfoot, 2009).

Contrario a los estereotipos que pudieran surgir, éste tipo de apoyo puede ser especialmente atractivo para personas mayores y personas de grupos marginados con cáncer (Gustafson, Taylor, Thompson & Chesney, 1993).

Una revisión sistemática de la literatura de 24 artículos donde hicieron intervenciones psicológicas en línea con sobrevivientes de distintos tipos de cáncer, afirman que las intervenciones en línea presentan avances prometedores de efectos positivos en el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes, sugiriendo a la vez, estudios con mayor metodología y en poblaciones más grandes de pacientes (Hong, Peña-Purcell & Ory, 2012).

Así mismo se han realizado estudios piloto de grupos de apoyo en línea para personas con cáncer que han demostrado tener altos niveles de participación y satisfacción (Lieberman et al., 2003; Winzelberg et al., 2003).

Estos grupos de apoyo pueden ser ofrecidos mediante modalidades asíncronas como el correo electrónico, anuncios electrónicos o algunas otras modalidades como Skype, chat en vivo o videoconferencias, utilizando el internet como una herramienta para optimizar las intervenciones psicológicas en la oncología (Owen et al., 2004; Collie et al., 2007; Hara et al., 2010).

Terapia Cognitivo-Conductual

El doctor Aarón T. Beck de la Universidad de Pensilvania desarrolló la terapia Cognitivo-Conductual a comienzos de los años setenta como una alternativa al manejo y tratamiento de la depresión. El cual consistía en ser estructurado y breve, centrado en la problemática presente y destinado a resolver problemas actuales y modificar el pensamiento y las conductas poco funcionales de los pacientes (Beck, 1964). A partir de entonces, tanto Beck como otros expertos adaptaron esta terapia para aplicarla a distintos trastornos psiquiátricos y en distintas poblaciones (Kendal & Hollon, 1979; Mahoney, 1974; Meichenbaum, 1977).

Las adaptaciones incluían modificaciones en el objetivo, tecnología y duración de la terapia, pero los postulados teóricos han permanecido sin cambios, proponiendo lo siguiente: “Todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. Una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento producen una mejoría en esos estados de ánimo y comportamientos. Esta mejoría permanentemente resulta de la modificación de las creencias disfuncionales y subyacentes” (Beck, J., 2000).

Así mismo se han desarrollado diversas formas de terapia cognitivo-conductual, como la terapia relacional-emotiva por Albert Ellis (Ellis, 1962), la modificación cognitivo conductual por Donald Meichenbaum (Meichenbaum,

1977) y la terapia multimodal por Arnold Lazarus (Lazarus, 1976), entre otras grandes aportaciones a la misma (Beck, J., 2000).

En este sentido, se puede comprender que la terapia cognitivo conductual es una forma de tratamiento basada en evidencia experimental que se orienta hacia el problema, generalmente de corta duración, se encuentra basada en hallazgos de investigación y procura que las personas realicen cambios y alcancen metas específicas. Aprendiendo así nuevas formas de actuar, aprender a expresar sus sentimientos, de pensar y de afrontamiento (Beck, 1979; Reynoso-Erazo & Seligson, 2005).

Hoffman (2007) describe los principios básicos de éstas intervenciones, describiendo que es una terapia basada en la ciencia cognitiva, en las teorías cognitivas, en la psicología cognitiva, que son el marco teórico, por lo que la formulación de los problemas de los pacientes se hace en términos cognitivos:

- a) La actividad cognitiva afecta nuestros comportamientos.
- b) Puede ser estudiada y modificada.
- c) La modificación de la actividad cognitiva puede modificar los comportamientos.

Terapia Cognitivo-Conductual y cáncer

En cuanto a pacientes con cáncer, la Terapia Cognitivo Conductual contribuye a la disminución del agobio emocional que experimentan los pacientes y sus familiares ante el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad;

adaptada siempre a tratar problemas relacionados con el control de síntomas tales como fatiga, ansiedad y depresión, a través de la participación del paciente y su familia en técnicas que mejoren el afrontamiento a los mismos (Horne & Watson, 2011; Barrera & Spiegel, 2014).

Terapia Cognitivo-Conductual para el Manejo del Estrés (CBSM)

El programa CBSM contiene varios tipos de técnicas como relajación, imaginación y otras técnicas para reducir la ansiedad junto con los enfoques cognitivos conductuales validados tales como la reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, habilidades de comunicación, entrenamiento asertivo y manejo de la ira (Bernstein & Borkovec, 1973; Folkman, 1991).

Las técnicas de CBSM que tienen una duración de 10 semanas pretenden mejorar su calidad de vida, incrementando la conciencia, la enseñanza de habilidades para la reducción de la ansiedad, la modificación y evaluación de distorsiones cognitivas, la creación de habilidades de afrontamiento, la reducción del aislamiento social y la mejora de las habilidades de comunicación (Ironson, Lutgendorf, Starr & Costello, 1989).

Según un estudio realizado por Kwekkeboom y colaboradores (2002), donde evaluaron una Terapia Cognitivo Conductual para el manejo del estrés (CBSM) y su efectividad en el manejo de síntomas del dolor, fatiga y trastornos del sueño en 30 pacientes con cáncer avanzado que se encontraban bajo

tratamiento con quimioterapia. Se les entregó un reproductor MP3 cargado con 12 estrategias cognitivo conductuales tales como relajación, ejercicio, terapia de imagen guiada, y sonidos de la naturaleza. Los participantes utilizaron estrategias de acuerdo al tipo de síntomas que presentaban. Los resultados demostraron que el 90% de los pacientes completó la intervención satisfactoriamente refiriendo haber disfrutado la intervención, aprendido habilidades muy útiles y presentando una disminución de los efectos secundarios en una valoración inmediata a la intervención.

En 2007, Penedo y colaboradores realizaron un protocolo para explorar la eficacia de una Intervención Cognitivo Conductual en el Manejo del Estrés (CBSM), la cual tenía una duración de 10 semanas en grupos de pacientes con cáncer de próstata, dando como resultado un incremento significativo en el bienestar físico, emocional, sexual y global; así como una mejoría en la calidad de vida en comparación con un grupo control de psicoeducación. Por lo que sugieren replicar la investigación en otros tipos de cáncer (Penedo, 2007).

Posteriormente en el 2009 Antoni y colaboradores también implementaron la CBSM, esta vez para evaluar sus efectos en adaptación psicosocial y fisiológica de mujeres bajo tratamiento de cáncer de mama. Resultando en una mejor adaptación social y fisiológica, ésta última evidenciada en una disminución en el cortisol sérico y una mayor cantidad de citoquinas Th1 pos-intervención, en comparación con un grupo control (McGregor & Antoni, 2009).

En el 2015, se realizó un estudio experimental en pacientes con cáncer de mama postquirúrgicas etapa clínica I - III, donde se aplicó la CBSM en forma breve (con duración de sólo 5 sesiones) en comparación con Terapia de relajación, demostrando efectividad en ambas técnicas con una disminución significativa en depresión, adaptación y manejo del estrés. Los pacientes que recibieron la CBSM demostraron una disminución significativa en los pensamientos intrusivos, mayor fiabilidad en el apoyo social y un incremento en la calidad de vida; mientras que aquellos que recibieron sólo la Terapia de Relajación presentaron mejoría en las habilidades de relajación y interrupción social (Stagl et al., 2015).

Terapia Cognitivo-Conductual en línea.

Aun cuando diversos estudios indican que la terapia cognitivo conductual (CBT) es efectiva en el tratamiento de crónicas y somáticas, no se ha implementado a gran escala, en parte debido a la falta de terapeutas especializados en pacientes con enfermedades crónicas somáticas. Además, los pacientes con enfermedades crónicas pueden presentar limitaciones físicas que dificultan sus traslados a institutos clínicos para recibir las sesiones presenciales. Por lo que la terapia cognitivo conductual en línea (CBT-O) ofrece una posible solución. Generalmente toma la forma de un programa de autoayuda en línea guiado por un terapeuta que da comentarios y responde preguntas. (Andersson, Cuijpers, 2008)

Las ventajas de la CBTO-O sobre la CBT computarizada sin conexión y sobre la biblioterapia incluyen la posibilidad de que el paciente se conecte con un terapeuta o con compañeros que se enfrentan a problemas similares y la capacidad de iniciar sesión y utilizar la intervención en cualquier momento y en cualquier lugar que deseen. La CBT-O puede ser beneficiosa tanto para los pacientes como para los terapeutas: es más conveniente, flexible y reduce el tiempo de traslados, costos y las listas de espera, permitiendo que se alcance y trate a más pacientes (Griffiths, Lindenmeyer, Powell, Lowe, Thorogood, 2006).

Además, proporcionar una CBT en línea puede reducir el estigma de la necesidad de ayuda psicológica. Recientemente, las primeras indicaciones se han informado de la rentabilidad de la CBT-O (Andersson et al., 2011; Tate et al., 2009; Van Os-Medendorp et al., 2012).

Las intervenciones psicológicas en internet generalmente resultan ser eficaces para una variedad de condiciones psicológicas (Hedman, Ljótsson, Lindefors, 2012; Barak, Hen, Boniel-Nissim, Shapira, 2008).

Existe evidencia preliminar que sugiere que dichas intervenciones en línea tienen efectos positivos en los resultados psicológicos y físicos en varios problemas de salud (Andersson G, Ljótsson B, Weise C, 2011; Eland-de Kok et al., 2011).

Psicoeducación.

El término de psicoeducación nació originalmente en la literatura científica para superar problemas en el aprendizaje formal entre niños con problemas de salud mental. Este origen es común con el término de educación terapéutica, que se ha aplicado entonces principalmente a problemas somáticos de salud (Bonsack, Rexhaj & Favrod, 2015).

Beale en el 2002 describe una intervención psicoeducativa como: “Un término que se aplica a un subconjunto de éstas intervenciones en las que algún proceso educativo está involucrado como, por ejemplo, aquellas aplicaciones individuales de modificación de la conducta, terapia de comportamiento cognitivo y otros modelos psicoterapéuticos en el que el tratamiento implica el aprendizaje de nuevas habilidades o conocimientos” (Beale, 2002).

En el 2015, Bonsack y colaboradores la definen como “Una intervención sistemática didáctica y psicoterapéutica, cuyo objetivo es informar a los pacientes y familiares y permitir su capacidad para hacer frente a una condición o enfermedad que engloba, no solo la transmisión de información; si no también un método de enseñanza ajustado a aclarar la identidad, promover el empoderamiento y el cambio de actitudes y comportamientos del paciente (Bonsack et al., 2015).

Los programas psicoeducativos son de valor para varias categorías de pacientes que abarcan enfermedades crónicas físicas, condiciones psicológicas intratables y ciertas situaciones de la vida en general. La psicoeducación mejora los resultados de la salud y reduce el costo de la atención médica en los pacientes con enfermedades crónicas físicas, condiciones psicológicas, aquellos que abusan de sustancias y los pacientes pre y post quirúrgicos (Cummings & Cummings, 2008). Así mismo, han demostrado ser efectivas para desarrollar estrategias de afrontamiento y mejorar la calidad de vida aunado a reducciones significativas en ansiedad y depresión en pacientes con distintos tipos de enfermedades crónicas (Tschuschke, 2003; Rehse & Pukrop, 2003; Osborn, Demoncada & Feuerstein, 2006).

La psicoeducación en pacientes con cáncer, tiene la intención de preparar al paciente para experimentar los síntomas relacionados a su padecimiento, aclarar los conceptos erróneos, aliviar el estrés y los afectos negativos, mejorar la sensación de control sobre la enfermedad y promover la práctica del autocuidado del paciente (Bredin, 1999; Martínez et al., 2015).

En las últimas décadas el uso de la tecnología ha desempeñado un papel cada vez más destacado en la realización de intervenciones psicoeducativas que van desde los sitios web de asesoramiento de salud hasta un tratamiento individualizado de los trastornos de ansiedad utilizando la realidad virtual (Dew et al., 2004).

La aplicación específica de la tecnología digital para el tratamiento psicológico tiene una larga historia, sobre todo en el dominio cibernético de la terapia de bio-retro-alimentación, pero ahora ha comenzado una proliferación de nuevas aplicaciones de Multimedia Interactiva en el tema de las Intervenciones Psicoeducativas. Por lo que se sugiere que este tipo de intervenciones deben contener una revisión y evaluación cuidadosa de los fundamentos teóricos y la eficacia de sus tratamientos (Beale, 2002).

CAPITULO III

METODO

Con el fin de lograr los objetivos planteados en esta investigación se planteó la siguiente metodología:

PARTICIPANTES

Los participantes fueron 23 pacientes con diagnóstico de GIST que cumplían con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Hombres y mujeres con diagnóstico de GIST y formaran parte activa de la Fundación GIST México.
- Hombres y mujeres con diagnóstico de GIST referidos por oncólogos de los centros de atención oncológica de los Hospitales de Alta Especialidad
- Edades de 18 a 70 años.
- Que contaran con dirección de correo electrónico.
- Que aceptaran participar en la investigación.

Criterios de exclusión

- Intervención psicológica previa o actualmente.
- Con historia o diagnóstico actual de enfermedad psiquiátrica.

Criterios de eliminación

- Aquellos que sólo asistieron 3 sesiones o menos
- Pacientes sin evaluación post-intervención o de seguimiento

La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas y médicas de los pacientes con GIST incluidos en el presente estudio. Donde se observa que la mayoría de los pacientes son del sexo femenino con una edad promedio de 52 años, casados y con una escolaridad promedio de 12 años.

Tabla 1. *Características descriptivas de los pacientes con GIST.*

| Grupo (N=23) | Experimental %(n= 14) | Control %(n= 11) |
|----------------------------|------------------------------|-------------------------|
| Diagnóstico | %(f) | %(f) |
| GIST | 100(14) | 100(11) |
| Esquema tratamiento | | |
| Neoadyuvancia | 11(1) | 0(0) |
| Adyuvancia | 56(5) | 79(11) |
| Paliativo | 33(3) | 7(1) |
| Vigilancia | 0(0) | 14(2) |
| Sexo | | |
| Femenino | 67(6) | 64(9) |
| Masculino | 33(3) | 35(5) |
| Estado civil | | |
| Casado | 55(5) | 79(11) |
| Soltero | 11(1) | 14(2) |
| Separado | 0(0) | 7(1) |
| Viudo | 33(3) | 0(0) |
| | Media (DE) | |
| Edad | 52(21.5) | 47(17.23) |
| Escolaridad | 12(4.84) | 12(2.72) |
| Ingreso mensual | \$ 7,888(2.54) | \$8,392(1.34) |

INSTRUMENTOS

Ansiedad y Depresión

En 1983 Zigmond y Snaith crearon una la escala “Hospital Anxiety and Depression (HADS)”; un instrumento útil para la detección de depresión y ansiedad en ajustes clínicos. Su propósito es proporcionar una herramienta práctica aceptable, confiable, válida y fácil de usar para identificar y cuantificar la depresión y la ansiedad (Zigmond & Snaith, 1983; Michopoulos et al., 2008).

Esta ecala se basa en una teoría tripartita donde estiupla que el componente de la ansiedad es la excitación autonómica marcada por síntomas somáticos y que el componente principal de depresión es la anhedonia caracterizada por un bajo afecto positivo: pérdida del placer e interés en la vida, así como la incapacidad para sentirse complacido por actividades placenteras (Dunbar, Ford, Hunt & Der, 2000)

Es un instrumento de 12 ítems, el cual consta de 2 subescalas: ansiedad y depresión, ambas con 6 reactivos cada una. Cada reactivo Cada reactivo tiene cuatro posibles respuestas que puntúan de 0 a 3, para un total de 0 a 21. Para calcular los puntos de corte de la subescala de depresión; se toman en cuenta los valores obtenidos a partir del percentil 75 para considerar como caso leve de sintomatología ansiosa o depresiva. Igualmente, para considerar pacientes sin depresión (0- 5), depresión leve (6-8), depresión moderada (9-11) y depresión grave (12 en adelante). En cuanto a la subescala de ansiedad se toman los siguientes: sin ansiedad (0-5), ansiedad leve (6-8), ansiedad moderada (9-11) y ansiedad grave (12 en adelante) (Galindo et al., 2015).

Según una revisión sistemática de 747 estudios para validar la escala “Hospital Anxiety and Depression (HADS)”, se encontró que tiene un buen desempeño en la evaluación de la gravedad de los síntomas y la casuística de los trastornos de ansiedad y depresión en pacientes con cuidados psiquiátricos, físicos y de población en general, mostrando un Alfa de Cronbach de 0.83, con un nivel óptimo de sensibilidad y especificidad de 0.80 (Bjelland, Dahl, Haug & Neckelmann, 2002).

En nuestro país, Galindo y colaboradores (2015) realizaron una validación de la escala HADS para pacientes oncológicos Mexicanos en el que participaron 100 pacientes del Instituto Nacional de Cancerología (INCan), de los cuales, el 65.5% eran mujeres y el 34.5% era representado por el sexo masculino; la edad promedio fue de 47.4 años de edad. Como resultado obtuvieron que la escala factorial presentó dos factores con los 14 reactivos originales y una consistencia interna global de (alfa = 0.83), los alfas de cada sub escala eran 0.82 para depresión y 0.78 para ansiedad, con una R de Pearson significativa (0.41 – 0.64) Por tal motivo, se utilizó la escala adaptada de Galindo y colaboradores para pacientes mexicanos (Galindo-Vázquez et al., 2015).

Fatiga

Se utilizó el Multidimensional Fatigue Inventory (MFI); es un instrumento creado por Smets (1995) de autoreporte que consta de 20 ítems diseñado para medir la fatiga en pacientes con cáncer. Cubre las siguientes dimensiones: General de la fatiga, la fatiga física, fatiga mental, reducción de la motivación y la reducción de la actividad. Estas subescalas contienen 2 elementos indicativos para la fatiga y 2 contraindicativos, en los que una puntuación alta representa alto grado de fatiga o bajo grado de fatiga respectivamente (Smets et al., 1995).

Este nuevo instrumento se probó por sus propiedades psicométricas en pacientes con cáncer que reciben radioterapia, pacientes con síndrome de fatiga crónica, estudiantes de psicología, estudiantes de medicina, los reclutas del ejército y los médicos jóvenes.

Tiene una buena consistencia interna, con el coeficiente alfa de Cronbach una media de 0,84. La validez de constructo se estableció después de las comparaciones entre y dentro de los grupos, suponiendo que las diferencias en la fatiga en base a las diferencias en las circunstancias y / o nivel de actividad. La validez convergente se investigó mediante la correlación de las IFM-escalas con una escala analógica visual de medición de fatiga ($0,22 < r < 0,78$). Los resultados, en general, apoyan la validez (Smets et al., 1995).

Calidad de vida

Se hizo uso del instrumento QLQ-C30 3.0 que fue elaborado por el grupo de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC), el cual cuenta con una confiabilidad de entre 0.70 y 0.87. Consta de 30 preguntas las cuales cuentan con un formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos, excepto en la escala global donde tiene siete. Todas las escalas e ítems individuales se convierten en una puntuación de 0 a 100, siendo este el rango de puntuación posible para la escala. Incluyendo 5 escalas funcionales: funcionamiento físico, rol emocional, rol emocional, social y cognitivo; tres escalas de síntomas: fatiga, dolor y náusea/vómitos y una escala global de salud/calidad de vida. Adicionalmente presenta ítems individuales que evalúan síntomas adicionales de disnea, pérdida de apetito, insomnio, estreñimiento, diarrea y el impacto financiero (Fayers et al., 2001).

El EORTC QLQ-C30 es un instrumento de derechos de autor, que ha sido traducido y validado en 81 idiomas y se utiliza en más de 3.000 estudios en todo el mundo. Se complementa con los módulos específicos de la enfermedad, por ejemplo, cabeza y cuello, pulmón, mama, ovario, esofágicas, gástricas, cervical y mieloma múltiple. Actualmente la versión QLQ-C30 3.0 es la versión más reciente y se debe utilizar para todos los nuevos estudios (Shiraz et al., 2014).

PROCEDIMIENTO

Diseño utilizado:

Experimental de acuerdo a los lineamientos de CONSORT (Cobos-Carbo & Augustovski, 2011).

Recolección de datos:

Para la obtención de la muestra se solicitó apoyo a la Fundación GIST México y a médicos especialistas para referir pacientes que cubrieran los criterios de inclusión de la investigación. Una vez que los médicos especialistas refirieron a los pacientes, la Lic. Victoria Ramírez, quien forma parte de la Fundación GIST, explicó a cada paciente brevemente el propósito de la investigación, la aplicación de instrumentos, el programa de intervención, la distribución de los grupos para la investigación, la confidencialidad de los datos proporcionados y su derecho a la recibir información del estudio sobre sus dudas.

Un psicólogo ajeno a la evaluación e intervenciones, realizó la aleatorización, la cual fue llevada a cabo por bloques de pacientes referidos utilizando el programa RANDOM. ORG. Posteriormente, la Mtra. María de la Paz Mastretta, envió a la cuenta de correo electrónico de aquellos que accedieron a participar voluntariamente, el consentimiento informado con las instrucciones correspondientes. Se les pidió que respondieran “Consentimiento Aceptado” en el “Asunto” y firmar con su nombre completo.

Una vez recibido el correo de aceptación donde el paciente desea

participar, la Maestra María de la Paz envió un segundo correo electrónico donde se adjuntaron los instrumentos evaluación a manera de encuesta utilizando el servidor Survey Monkey con las instrucciones para contestarlo. Los resultados de los instrumentos psicológicos llegaron automáticamente una vez que el paciente dio clic en “Finalizar encuesta”.

Ya que se contaba con la asignación de los pacientes al grupo control y experimental, se les hizo llegar un tercer correo donde se les enviaba la liga para participar en las sesiones, todas ellas utilizando el servidor Team Viewer, la cual se decidió utilizar gracias a su facilidad de utilización y que no se necesita instalar ninguna aplicación adicional.

Posteriormente se implementó la intervención para el grupo experimental con duración de 2 horas y grupo control con duración de 1 hora, ambas en línea utilizando el mismo servidor Team Viewer (Tabla 2). Así mismo, en el Anexo 4 se especifica por medio de una tabla descriptiva e qué consistía cada sesión a la que asistieron los pacientes tanto del grupo experimental como grupo control.

Tabla 2. *Diseño de intervención para grupo*

| Grupo Experimental | Grupo Control |
|--|--|
| <p>Terapia cognitivo conductual Para el manejo del estrés. <i>Modificada de Penedo, Antoni y Schneiderman (CBSM) (2008a)</i> Se impartieron 5 sesiones semanales de 2 horas Modalidad: grupal Consta de dos partes: 1. Técnicas cognitivo conductuales 2. Entrenamiento en técnicas de relajación. Se enfatizó en la realización de tareas relacionadas con las técnicas aprendidas</p> | <p>Psicoeducación Se impartieron 5 sesiones semanales de 1 hora. Modalidad: grupal Se impartió la misma información que recibió el grupo experimental pero sin las técnicas cognitivo conductuales ni las de relajación.</p> |

Al finalizar las intervenciones, se llevó a cabo una evaluación post intervención utilizando nuevamente la plataforma de Survey Monkey para comparar los resultados del grupo control y grupo experimental. Tres meses después se les contactó y se les hizo llegar vía electrónica la liga de Survey Monkey para realizar una tercera evaluación de seguimiento a ambos grupos.

ANÁLISIS DE DATOS

Los datos fueron capturados en el Software Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (IBM SPSS), versión 22.

Para determinar la factibilidad de la intervención Cognitivo-Conductual para el

manejo del estrés se obtuvieron los siguientes indicadores:

- Número de pacientes elegibles: número de posibles participantes del estudio, número de pacientes excluidos, número de pacientes que rechazaron participar.
- Número de pacientes que aceptaron participar: número de pacientes aleatorizados, número de pacientes asignados a los grupos.
- Adherencia: número de pacientes que completaron las sesiones y cumplimiento de tareas.
- Seguridad: número de eventos adversos durante las sesiones.

Se realizó el análisis de distribución normal de las variables por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se utilizó estadística descriptiva para las variables sociodemográficas, médicas y psicológicas de cada grupo de intervención. Se realizó el análisis de varianza (ANOVA) con medidas repetidas para identificar los efectos del tiempo (pre- post y seguimiento) y los efectos de interacción de los grupos (TCC vs PE). Se utilizó la corrección de Greenhouse-Geisser cuando era apropiado y se informaron los resultados corregidos. Se obtuvo el tamaño del efecto con la eta cuadrada parcial (η^2_p), los valores indicados por Cohen son los siguientes: $\eta^2 = 0,01$ se considera un efecto pequeño, $\eta^2 = 0,06$ un tamaño de efecto medio y $\eta^2 = 0,14$ un efecto grande.

CAPITULO IV

RESULTADOS

1. Análisis de factibilidad del ensayo clínico aleatorizado

De acuerdo al objetivo 1 se analizaron los indicadores para determinar la factibilidad de las intervenciones en los pacientes con GIST. Del total de pacientes contactados (N=250), se excluyeron 70 por no cumplir los criterios de elegibilidad y 180 se aleatorizaron en 2 grupos: 97 al grupo experimental (CBSM) y 83 al grupo control (Psicoeducación).

De los pacientes aleatorizados se excluyeron de análisis estadístico 157 de ambos grupos, debido a que, aun cuando habían accedido a participar, no cumplieron con más del 80% de la asistencia a las sesiones (4/5), o no contaban con las 3 evaluaciones correspondientes (inicial, final y de seguimiento). Por lo cual sólo se analizaron 23 pacientes: 9 del grupo CBSM y 14 del grupo de psicoeducación.

Las principales razones por las que refirieron no haber podido enlazarse a las sesiones fueron: no tener tiempo u olvidar la sesión, no tener acceso a internet en el momento y presentar un incremento en los efectos secundarios tales como diarrea (más de 5 evacuaciones al día), náuseas o vómito.

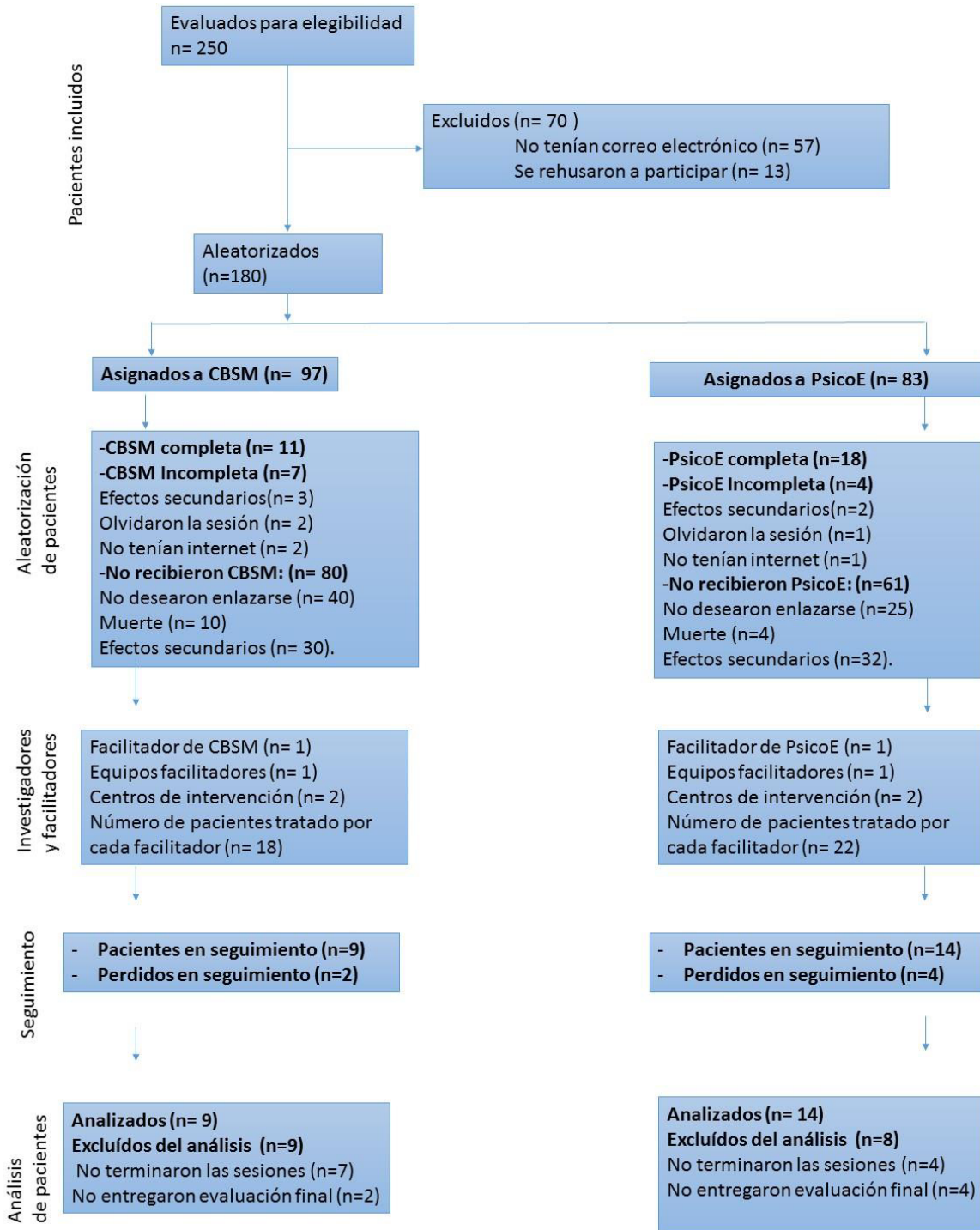


Figura 1. Diagrama de flujo pacientes con GIST.

2. Análisis de varianza en pacientes con GIST

Como se observa en la Tabla 3 se obtuvieron efectos principales en la fatiga general $F(2, 28)=14.3$, $p= .00$, $\eta^2p=.50$. La interacción entre los grupos en fue significativa $F(2, 28)=4.5$, $p= .01$, $\eta^2p=.24$ con tamaño del efecto grande. Se muestran las medias de la interacción.

En la variable de fatiga física también se obtuvo un efecto principal $F(2, 30)=12.5$, $p= .00$, $\eta^2p=.45$. Sin embargo, no hubo efecto de interacción entre los grupos. Mismo caso para las variables de reducción de la actividad con la corrección de Greenhouse $F(2, 30)=9.9$, $p= .00$, $\eta^2p=.39$, reducción de la motivación $F(2, 30)=9.9$, $p= .00$, $\eta^2p=.39$ y fatiga mental $F(2, 30)=3.8$, $p= .03$, $\eta^2p=.20$ en las cuales se obtuvo un efecto principal significativo, pero no hubo efecto de interacción entre los grupos.

En lo que se refiere a la variable de ansiedad se obtuvo un efecto principal significativo $F(2, 30)=20.09$, $p= .00$, $\eta^2p=.57$, al igual que en la variable depresión $F(2, 30)=26.16$, $p= .00$, $\eta^2p=.63$, sin obtener efectos de interacción en ninguna de las dos variables.

En las dimensiones de la escala de calidad de vida en la variable de funcionamiento se obtuvo un efecto principal significativo $F(2, 30)=12.61$, $p= .00$, $\eta^2p=.45$, sin efecto de interacción entre los grupos al igual que en la variable de síntomas $F(2, 30)=20.09$, $p= .00$, $\eta^2p=.57$ y la variable de salud general $F(2, 24)=10.58$, $p= .00$, $\eta^2p=.46$, sin efectos de interacción entre los grupos.

Tabla 3. Análisis de varianza en pacientes con GIST.

| (N=23) | Subescala | Experimental | | | Control | | | F | p | Eta |
|------------------------|-----------|---------------------|---------------------|---------------------|--------------------|--------------------|-------------------|----------|-------------|-------------|
| | | M1(DE) | M2(DE) | M3(DE) | M1(DE) | M2(DE) | M3(DE) | | | |
| Fatiga | GF | 16.44(2.83) | 11.42(3.34) | 7.50(2.25) | 10.78(4.31) | 11.42(3.34) | 8.50(3.71) | 8.423 | .012 | .376 |
| | FF | 15.85(3.62) | 14.85(3.38) | 10.14(3.71) | 12.80(3.85) | 13.10(4.12) | 8.80(3.11) | .124 | .739 | .042 |
| | FM | 9.85(3.89) | 6.71(2.05) | 7.00(2.30) | 9.60(4.59) | 7.60(3.50) | 7.30(3.74) | .781 | .780 | .035 |
| | FRA | 15.28(3.59) | 13.28(2.42) | 9.28(4.3) | 11.10(3.92) | 10.90(4.90) | 7.20(3.99) | 1.882 | .081 | .052 |
| | FRM | 15.28(3.59) | 13.28(2.42) | 9.28(4.3) | 11.10(3.92) | 10.90(4.90) | 7.20(3.99) | 1.88 | .686 | .052 |
| HADS | ANS | 12.77(1.48) | 7.66(2.73) | 6.28(1.11) | 11.28(6.92) | 7.78(2.48) | 7.20(1.87) | 20.09 | .472 | .738 |
| | DEP | 7.22(1.20) | 4.77(2.170) | 4(1.82) | 6.92(1.38) | 5.14(2.71) | 3.70(2.21) | 30.715 | .682 | .814 |
| Calidad de vida | FUN | 75.80(14.38) | 79.66(10.03) | 90.38(7.87) | 75.26(15.62) | 75.86(13.94) | 93.33(10.16) | .459(2) | .636 | .030 |
| | SIN | 31.83(16.60) | 21.95(11.17) | 4.67(3.35) | 19.20(7.79) | 23.86(12.04) | 8.36(8.96) | 3.056(2) | .063 | .179 |
| | CVT | 69.44(42.70) | 36.11(45.23) | 80.55(28.21) | 52.08(31.10) | 35.41(42.89) | 96.87(6.20) | 1.070(2) | .369 | .082 |

Escalas Fatiga. GF: Fatiga general. FF: Fatiga física. FM: Fatiga mental. FRA: Reducción de actividad. FRM: Reducción de motivación. Escalas HADS. ANS:

Ansiedad. DEP: Depresión. Escala EORTC. FUN: Funcional. SIN: Síntomas. CVT: Calidad de vida total

CAPITULO V

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Factibilidad de la intervención.

El principal objetivo de este estudio fue evaluar la viabilidad y los efectos de una intervención cognitivo-conductual en línea para el manejo del estrés en comparación con un grupo psicoeducativo. La intervención fue adaptada a una versión en línea, así como lingüística y culturalmente con el objetivo de disminuir la fatiga, ansiedad, depresión y mejorar la calidad de vida de pacientes con GIST.

De la totalidad de pacientes que fueron contactados e invitados a participar (N=250), accedieron y se aleatorizaron el 72% (n= 180), para grupo experimental el 53.88%(n= 97) y el 46.1%(n= 83) control.

Estos porcentajes de aceptación y aleatorización son mayores al de otras intervenciones de CBSM breves en otros tipos de cáncer, como la de Gudenkauf (2015) donde se contactaron 739 pacientes y sólo el 20%(n=183) fueron aleatorizados y divididos en 3 grupos 30%(n=55), 38%(n=70), 31%(n=58), experimental, control y psicoeducativo respectivamente.

Así mismo, nuestros porcentajes son similares a lo reportado por intervenciones breves utilizando el internet, como es el caso de David y colaboradores (2012), quienes desarrollaron una intervención cognitivo-conductual breve en línea donde de un total de 257 contactados, 187(72%)

pacientes fueron aleatorizados, el 56%(n=105) al grupo experimental y 43%(n=81) grupo control.

En cuanto a la adherencia a las intervenciones, de los 180 que aceptaron participar, sólo el 12.7%(n=23) firmaron consentimiento informado y completaron las sesiones; 39.13%(n=9) del grupo experimental y 60.89%(n=14) del grupo control (psicoeducación). En relación a esto, presentamos porcentajes de adherencia similares a los de Van de Wall y colaboradores (2017) quienes realizaron una CBSM en pacientes con cancer colorrectal donde contactaron 750 pacientes de los cuales sólo aceptaron (n=88) para ser aleatorizados y sólo 28 participantes (66%) completaron todas las sesiones y las evaluaciones de seguimiento.

Asimismo, la adherencia obtenida en este estudio fue similar a la que obtuvieron Dowd y colaboradores (2015) en una terapia cognitivo conductual en línea comparada con un grupo psicoeducativo como grupo control, ya que de los 534 invitados a participar sólo 192(35%) fueron aleatorizados y sólo 42%(n=28) y 59.6%(n=37) completaron la totalidad de las sesiones y cumplieron con las evaluaciones del grupo experimental y control respectivamente.

Stanton (2013) también presentó una adherencia similar a la nuestra, en su proyecto "Conectados en línea", de una intervención psicológica, donde de los 184 pacientes aleatorizados, sólo accedieron 88 (47.8%), de los que sólo 40 (45.4%) y 36 (40.90%) completaron las sesiones del grupo experimental y

control respectivamente, realizando también el total de las evaluaciones incluyendo la de seguimiento.

En cuanto al cumplimiento de las actividades para desarrollar en casa, de los pacientes que participaron en el grupo experimental (n=9), el 77.7%(n= 7) realizaron 4 o más de las actividades asignadas al finalizar las sesiones. Porcentaje mayor al que presentaron Gudenkauf et al. (2015), ya que ellos sólo el 48% de los participantes realizaron 4 o más de las actividades para desarrollar en casa.

Con esta información se puede concluir que aun cuando los niveles de participación son similares y en ocasiones mayores que en otros estudios, la adherencia fue buena, ya que se considera que en el estudio la facilidad de no tener que trasladarse, el ser gratis y el acceso a otros pacientes favorecerían a la participación activa.

Según Thabane (2010) es importante establecer los criterios para el éxito de un estudio piloto. Los criterios deben basarse en los principales objetivos de viabilidad. Estos proporcionan la base para interpretar los resultados del estudio piloto y determinar si es factible proceder al estudio principal. En general, el resultado de un estudio piloto puede ser uno de los siguientes: a) Detener, estudio principal no factible; b) Continuar, pero modificar el protocolo - factible con modificaciones; c) Continuar sin modificaciones, pero monitorear estrechamente y d) Continuar sin modificaciones - factible como se ha propuesto.

En este sentido, de acuerdo a Thabane et al (2010) se acepta la hipótesis 1 de ésta investigación, con las siguientes características: “Continuar, pero modificar el protocolo - factible con modificaciones”. Es decir, es factible realizar una intervención tanto psicoeducativa como cognitivo conductual, con algunas recomendaciones, para mejorar la adherencia y participación.

Los pacientes que faltaban a las sesiones refirieron no poder asistir debido a no tener acceso a internet en el momento, olvidar las sesiones, presentar un incremento en la percepción de los efectos secundarios lo cual les impedía estar presentes. Similar al que presentaron Stephen y colaboradores en el 2014 al realizar una intervención utilizando las tecnologías de la información (Wolvers et al., 2015).

El olvidar las sesiones, resultante del deterioro cognitivo ocasionado y la gravedad de los efectos secundarios al tratamiento oncológico, son una limitación que se ha presentado en varios estudios, tanto en línea como presenciales (Faller et al., 2013; Hsieh & Hsiao, 2017)

Sin embargo, los participantes que se enlazaron en las sesiones refirieron que la utilización del internet como herramienta era muy efectiva ya que podían hacerlo sin salir de su casa evitando así los problemas como el transporte o el tráfico vial y el costo que representan ambos. Lo cual es importante debido a que es una de las limitaciones y recomendaciones que mencionan Kuhrik y colaboradores (2010) en su sugerencia de implementación de reuniones con objeto terapéutico de pacientes con GIST.

En este sentido, haciendo referencia a la sugerencia de Howell y colaboradores en el 2011, de utilizar el internet para romper las barreras geográficas de los pacientes, nuestro estudio permitió que pacientes de distintos estados de la república participaran (Howell et al., 2011; Wakefield et al., 2015).

Una de las estrategias utilizadas en temas de adherencia y participación del presente estudio fue colocar las sesiones en fechas y horarios que el facilitador y el grupo de pacientes acordaron en la primera sesión, evitando que los pacientes faltaran por cuestiones de horarios laborales o se empalmaran con el horario de sus consultas médicas o estudios de seguimiento médico; lo cual representaba una limitación importante en otros estudios donde se implementaban intervenciones psicológicas en horarios laborales regulares (Bettencourt, Schlegel, Talley, & Molix, 2007; Crosato & Leipert, 2006; Kelley, Sellick, & Linkewich, 2003).

Efectos de las intervenciones en las variables

Al realizar el análisis de comparación de los efectos entre los grupos, no se mostraron diferencias significativas en las variables entre los grupos de intervención. La única subescala que presentó diferencia significativa fue la de fatiga general, con una reducción en la media de las evaluaciones inicial, final y seguimiento en el grupo experimental en comparación con el grupo control.

Por lo tanto, nuestros estudios son similares a lo reportado por otras intervenciones cognitivo-conductuales, reafirmando que la terapia cognitivo conductual es efectiva en la disminución en la fatiga general de los pacientes al compararlos con grupo control psicoeducativo (Lopez et al., 2011; Goedendorp et al., 2014; Voet et al., 2014; Nguyen et al., 2017).

En cuanto a la ansiedad y la depresión, tampoco se encontraron diferencias significativas entre los grupos de intervención. Por el contrario, ambas intervenciones presentaron un impacto en las mediciones con respecto al tiempo al comparar la evaluación inicial, final y la de seguimiento ($p > .05$).

Análogo a lo reportado en distintos estudios donde se muestra que los pacientes que recibieron terapia cognitivo conductual disminuyen los efectos de ansiedad y depresión, mismos que se mantienen en el tiempo (Kissane et al; 2003; Trask et al., 2003; Hepner et al., 2011; Hedman et al., 2012; Andersson et al., 2014)

El mismo efecto de reducción en los síntomas de depresión y ansiedad se observó también en otras CBSM extendidas de 10 sesiones aplicadas en otros tipos de cáncer (Antoni et al., 2001; Antoni et al., 2006; Stagl et al., 2015).

Al igual que en la CBSM, se presentó el mismo efecto de reducción de síntomas de ansiedad y depresión en los que participaron en el grupo de psicoeducativo.

La psicoeducación ha resultado ser efectiva en la reducción de síntomas de ansiedad y depresión en otras investigaciones (Hauffman et al., 2016; Bredal et al., 2014; Espahbodi et al., 2015). Escenario que se repite en nuestro estudio, ya que los pacientes que participaron en el grupo control psicoeducativo también presentaron mejoría en los síntomas percibidos de ansiedad y depresión.

Los resultados en este estudio demuestran que ambas intervenciones fueron efectivas para mejorar la calidad de vida de los pacientes con GIST, presentando un incremento en la escala funcional y la calidad de vida total; así como una disminución en la subescala de síntomas al compararlas con respecto al tiempo midiendo la evaluación inicial, final y el seguimiento a 3 meses. Sin embargo, la CBSM no mostró superioridad al compararla con el grupo psicoeducativo.

Estos resultados son contrarios a diversos estudios en los que los pacientes que recibieron CBSM perciben mejor calidad de vida en comparación con aquellos que asistieron al grupo control el cual constaba de educación de la enfermedad (McGregor & Antoni, 2009), un seminario de 1 día psicoeducativo sobre el cáncer (Penedo et al., 2007) y un control de lista de espera (Savard et al., 2005).

Diversos estudios hablan sobre la eficacia de las intervenciones psicosociales grupales para mejorar la calidad de vida de pacientes con cáncer (Jacobsen & Jim, 2008; Moore et al., 2015) y sugieren que el agregar técnicas de relajación,

afrontamiento y habilidades interpersonales en las intervenciones cognitivas conductuales mismas que, cuando se desarrollan de manera grupal, mejorará la calidad de vida (Carrico & Antoni, 2008).

Por tal motivo, se permite rechazar la hipótesis planteada en el presente estudio, ya que, aunque se muestran diferencias en las medias de los niveles de fatiga, calidad de vida, ansiedad y depresión al compararlas en el tiempo; sin embargo, no se muestran diferencias en los resultados al comparar el grupo experimental (CBSM) con el grupo control (psicoeducativo).

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación, como la disminución en la fatiga general del grupo que recibió CBSM y la reducción en los niveles de ansiedad y depresión aunado al incremento en la calidad de vida percibida por los pacientes de ambos grupos, psicoeducativo y CBSM, y siguiendo la recomendación de otras investigaciones quienes sugieren implementar estudios pilotos de intervenciones grupales en internet para pacientes con cáncer debido a que muestran altos niveles de participación y satisfacción (Maurice-Stam et al., 2014; Heckman et al., 2015). Se recomienda continuar con el presente estudio para facilitar el apoyo social y las herramientas psicoterapéuticas más ampliamente a las personas que enfrentan un diagnóstico de cáncer raro como el GIST.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES PARA FUTUROS

ESTUDIOS

Una de las limitaciones del presente es que fue un estudio piloto basado en un tamaño de muestra relativamente pequeño de 23 hombres y mujeres durante un período de 3 meses (Tiempo de evaluación previa a la intervención y después de la intervención). Ésta es una limitación similar a la presente en varios estudios de intervenciones psicológicas en otros tipos de cáncer (Waltz et al., 2015) quienes sugieren incrementar la muestra para poder generalizar los resultados.

Así mismo, el periodo de tiempo para reclutamiento fue de sólo 1 año; debido a que es una enfermedad rara, se sugiere incrementar el tiempo de reclutamiento de los pacientes para aumentar su participación en estudios posteriores (McAlpine et al., 2015).

Otra limitación es en cuanto al uso de las tecnologías de la información, gran porcentaje de los pacientes reclutados no contaban con acceso a internet en el momento y no podían participar en el estudio. Asimismo, la velocidad de internet con la que contaba cada paciente determinaba también su acceso y continuidad en las sesiones. Limitaciones similares a las presentes en otros estudios de intervenciones utilizando las tecnologías de información como el caso de Beatty y colaboradores (2017) quienes sugieren un asesoramiento más estrecho en este sentido a los participantes para facilitar su acceso a las sesiones.

El nivel educativo también representó una limitante al momento de comprender las instrucciones de enlace a las sesiones y al realizar las actividades para desarrollar en casa posteriores a las sesiones de CBSM. Mismo escenario al que se enfrentan otras intervenciones con la misma metodología, debido a que, para participar activamente es necesario saber leer y escribir. De acuerdo con esto, se sugiere que las intervenciones se adapten cultural y lingüísticamente a la población estudiada (Antoni, 2013).

La gravedad de los efectos secundarios fue una limitante que impedía el acceso de los pacientes a las sesiones, por presentar dolor, cansancio crónico, náuseas, vómitos y diarreas profusas. Síntomas que se han documentado en diversos estudios como una limitante para los pacientes en su vida diaria. Por lo que se sugiere el abordaje de estos pacientes por un equipo multidisciplinario que ayude a paliar éstos síntomas y les permitan participar en otras actividades como las intervenciones psicosociales (Demitri et al., 2007; Wiener et al., 2011; Macdonald et al., 2012).

A pesar de estas limitantes, este es el primer estudio en el que considera a los pacientes con GIST para su evaluación psicológica y principalmente para su intervención, por lo que los resultados contribuyen mostrando que algunos de estos pacientes tienen disponibilidad para participar en intervenciones psicológicas que puedan ayudarles en su diagnóstico y tratamiento y en la mejora de su calidad de vida.

Al igual que en otros estudios donde se implementó la CBSM para la reducción de ansiedad, depresión, fatiga y el incremento en la calidad de vida

de pacientes con cáncer, teniendo un impacto positivo en éstas variables.

Se sugiere que, para futuros estudios, es importante tener como objetivo replicar estos resultados entre muestras más grandes y durante un período de tiempo más largo, para poder generalizar los resultados (Van-der-Pompe et al., 1986; Vargas et al., 2015).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Acín-Gándara, D., Pereira-Pérez, F., Castaño-Pascual, Á., Durán-Poveda, M., Antequera-Pérez, A., & Miliani-Molina, C. (2011). Gastrointestinal stromal tumors: diagnosis and treatment. *Cirugia y cirujanos*, 80(1), 44-5

Akechi, T., Okuyama, T., Uchida, M., Nakaguchi, T., Sugano, K., Kubota, et al. (2012). Clinical indicators of depression among ambulatory cancer patients undergoing chemotherapy. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 42(12), 1175–1180. <http://doi.org/10.1093/jjco/hys162>.

American Cancer Society. (2015) What is cancer? A guide for patients and families What is cancer? Recuperado de: <http://www.cancer.org/cancer/cancerbasics/what-is-cancer> American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Arlington. <http://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>.

Andersen, B. L., DeRubeis, R. J., Berman, B. S., Gruman, J., Champion, V. L., Massie, M. J., ... & Rowland, J. H. (2014). Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. *Journal of Clinical Oncology*, 32(15), 1605-1619.

Andersen, B. L., Yang, H., Farrar, W. B., Golden-Kreutz, D., Emery, C. F.,

Thornton, L. M., et al. (2008). Psychologic intervention improves survival for breast cancer patients: a randomized clinical trial. *Cancer*, 113(12), 3450e3458. <http://dx.doi.org/10.1002/cncr.23969>.

Antoni, M. H. (2003). Stress management effects on psychological, endocrinological, and immune functioning in men with HIV infection: Empirical support for a psychoneuroimmunological model. *Stress*, 6, 173–188.

Antoni, M. H., Cruess, S., Cruess, D. G., Kumar, M., Lutgendorf, S., Ironson, G., et al. (2000). Cognitive-behavioral stress management reduces distress and 24-hour urinary free cortisol output among symptomatic HIV-infected gay men. *Annals of Behavioral Medicine*, 22(1), 29-37.

Antoni, M. H., Lechner, S., Diaz, A., Vargas, S., Holley, H., Phillips, K., et al. (2009). Cognitive behavioral stress management effects on psychosocial and Physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. *Brain, behavior, and immunity*, 23(5), 580-591.

Antoni, M.H., Lehman, J.M., Kilbourn, K.M., Boyers, A.E., Culver, J.L., Alferi, S.M., et al. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychol.* 20, 20–32.

Antoni, M.H., Wimberly, S., Lechner, S., Kazi, A., Sifre, T., Urcuyo, K., et al. (2006). Stress management intervention reduces cancer-specific thought intrusions and anxiety symptoms among women undergoing treatment for breast cancer. *American Journal of Psychiatry*. 163, 1791–1797.

Antoni, M. H. (2013). Psychosocial Intervention Effects on Adaptation, Disease Course and Biobehavioral Processes in Cancer. *Brain, Behavior, and Immunity*, 30, S88–S98. doi: 10.1016/j.bbi.2012.05.009.

Arguedas, C. V., Villalobos, V. U., Cerdas, J. P. G., & Argüello, A. B. A. (2015). TEMA 11-2015: Síndrome de fatiga relacionado con cáncer. *Revista Clínica Escuela de Medicina UCR-HSJD*, 5(4).

Arraras, J. I., Martínez, M., Manterota, A., & Laínez, N. (2004). La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico. El grupo de calidad de vida de la EORTC. *Psicooncología*, 1(1), 87-98.

Baider, L., Peretz, T., Hadani, P. E., & Koch, U. (2001). Psychological intervention in cancer patients: a randomized study. *General Hospital Psychiatry*, 23(5), 272e277.

Barrera, I., & Spiegel, D. (2014). Review of psychotherapeutic interventions on depression in cancer patients and their impact on disease progression. *International review of psychiatry*, 26(1), 31-43.

Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. A. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human services*, 26(2-4), 109-160.

Barak, A., Klein, B., & Proudfoot, J. G. (2009). Defining internet-supported therapeutic interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38(1), 4e17.
<http://dx.doi.org/10.1007/s12160-009-9130-7>.

Beale, I. L. (2002). An evaluation model for psychoeducational interventions using interactive multimedia. *CyberPsychology & Behavior*, 5(6), 565-580.

Beatty, L., Binnion, C., Kemp, E., & Koczwara, B. (2017). A qualitative exploration of barriers and facilitatorsto adherence to an online self-help intervention for cancer-related distress. *Supportive Care in Cancer*, 1-10.

Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders* Center of Cognitive therapy. (1a ed.). A meridian book, New York. Penguin.

Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa.

Berger, A. M., Mitchell, S. A., Jacobsen, P. B., & Pirl, W. F. (2015). Screening, evaluation, and management of cancer-related fatigue: Ready for implementation to practice?. *CA: a cancer journal for clinicians*, 65(3), 190-211

Berger, A. M., Mooney, K., Alvarez-Perez, A., Breitbart, W. S., Carpenter, K. M., Cella, D., et al. (2015). Cancer-Related Fatigue, Version 2.2015. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 13(8), 1012-1039.

Bernstein, B., Borkovec, T. (1973). *Progressive Muscle Relaxation Training: A Manual for the Helping Professions*. Research Press, Champaign, IL

Bettencourt, B. A., Schlegel, R. J., Talley, A. E., & Molix, L. A. (2007). The breast cancer experience of rural women: a literature review. *Psychooncology*, 16(10), 875e 887.

Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69-77.

Bonsack, C., Rexhaj, S., & Favrod, J. (2015, February). Psychoéducation: définition, historique, intérêt et limites. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 173, No. 1, pp. 79-84). Elsevier Masson.

Bower, J. E., Bak, K., Berger, A., Breitbart, W., Escalante, C. P., Ganz, P. A, ... Jacobsen, P. B. (2014). Screening, assessment, and management of fatigue in adult survivors of cancer: an American Society of Clinical oncology clinical practice guideline adaptation. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 32(17), 1840–50. doi: 10.1200/JCO.2013.53.4495.

Boykoff, N., Moieni, M., Subramanian, S. (2009) Confronting chemobrain: an in-depth look at survivors' reports of impact on Support Care Cancer (2012) 20:1235–1242 1241 work, social networks, and health care response. *Journal of Cancer Survivorship* 3(4):223–232.

Bredal, I. S., Kåresen, R., Smeby, N. A., Espe, R., Sørensen, E. M., Amundsen, M., ... & Ekeberg, Ø. (2014). Effects of a psychoeducational versus a support group intervention in patients with early-stage breast cancer: Results of a randomized controlled trial. *Cancer nursing*, 37(3), 198-207.

Bredin, M., Corner, J., Krishnasamy, M., Plant, H., Bailey, C., & A'hern, R. (1999). Multicentre randomised controlled trial of nursing intervention for breathlessness in patients with lung cancer. *British Medical Journal*, 318(7188), 901–904.

Burns, M., Costello, J., RYAN-WOOLLEY, B., & Davidson, S. (2007). Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: an exploratory study of women's sexuality. *European journal of cancer care*, 16(4), 364-372.

Carrasco, Ferré, & Fernández. (2010). Gastrointestinal stromal tumours at present: An approach to burning questions. *Clinical and Translational Oncology*, 12(2), 100–112. <http://doi.org/10.1007/S12094-010-0476-x>.

Carrico, A. W., & Antoni, M. H. (2008). The effects of psychological interventions on neuroendocrine hormone regulation and immune status in HIV-positive persons: A review of randomized controlled trials. *Psychosomatic Medicine*, 70(5), 575.

Chen, M. L., Chang, H. K., & Yeh, C. H. (2000). Anxiety and depression in Taiwanese cancer patients with and without pain. *Journal of advanced nursing*, 32(4), 944-951.

Classen, C., Butler, L. D., Koopman, C., Miller, E., Dimiceli, S., & Giese-Davis, J. (2001). Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer: a randomized clinical intervention trial. *Archives of General Psychiatry*, 58(5), 494e501.

Cobos-Carbo, A., & Augustovski, F. (2011). Declaración CONSORT 2010: actualización de la lista de comprobación para informar ensayos clínicos aleatorizados de grupos paralelos. *Medicina clínica*, 137(5), 213-215.

Collie, K., Kreshka, M. A., Ferrier, S., Parsons, R., Graddy, K., Avram, S., et al. (2007). Videoconferencing for delivery of breast cancer support groups to women living in rural communities: a pilot study. *Psychooncology*, 16(8), 778e782. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17253594>.

Colom, F. (2011). Psicoeducación, el litio de las psicoterapias. Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria. [Psycho-education, the lithium of psycho-therapies. Some considerations regarding its efficiency and implementation in dail. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(Suppl 1), 147S–165S. <http://doi.org/10.1176/appi.ps.62.3.323>.

Conti, C. M., Maccauro, G., & Fulcheri, M. (2011). Psychological stress and cancer. *International journal of immunopathology and pharmacology*, 24(1), 1-5.

Crosato, K. E., & Leipert, B. (2006). Rural women caregivers in Canada. *Rural and Remote Health*, 6(2), 520.

Cruzado, J.A., Amador, B., Castillo, P.A., Barreto, P., Bayón, C., Costa, M., ... Yélamos, C. (2014). *Manual de Psicooncología: Tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer*. Madrid España: Editorial Pirámide.

Cummings, N. A., & Cummings, J. L. (2008). Psychoeducation in conjunction with psychotherapy practice. *Evidence-based adjunctive treatments*, 41-59.

Curt, G. a, Breitbart, W., Cella, D., Groopman, J. E., Horning, S. J., Itri, et al. (2000). Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients: new findings from the Fatigue Coalition. *The Oncologist*, 5(5), 353–360. <http://doi.org/10.1634/theoncologist.5-5-353>

Custers, J. A., Tielen, R., Prins, J. B., de Wilt, J. H., Gielissen, M. F., & van der Graaf, W. T. (2015). Fear of progression in patients with gastrointestinal stromal tumors (GIST): Is extended lifetime related to the Sword of Damocles?. *Acta Oncologica*, (0), 1-7.

De las Cuevas Castresana, C. (1995). “ Hospital anxiety and depression scale” y psicopatología afectiva. *Anales de Psiquiatria*, 11, 126–130. <http://doi.org/0213-0599/95/11.04/126>.

Demiralp, M., Oflaz, F., & Komurcu, S. (2010). Effects of relaxation training on sleep quality and fatigue in patients with breast cancer undergoing adjuvant chemotherapy. *Journal of clinical nursing*, 19(7-8), 1073-1083.

Demitri GD, Benjamin RS, Blanke CD, Blay JY, Casali P, Choi H, Corless CL, Debiec Rychter M, DeMatteo RP, Ettinger DS, Fisher GA, Fletcher CD, Gronchi A, Hohenberger P, Hughes M, Joensuu H, Le Cesne A, Maki RG, Morse M, Pappo AS, Pisters PW, Raut CP, Reichardt P, Tyler DS, Van den Abbeele AD, von Mehren M, Wayne JD, Zalcbey J, NCCN Task Force (2007) NCCN Task Force Report: Management of patients with gastrointestinal stromal tumor (GIST)-update of the NCCN clinical practice guidelines. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 5(2):S1–S29

Deshields, T. L., & Nanna, S. K. (2010). Providing care for the “whole patient” in the cancer setting: The psycho-oncology consultation model of patient care. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 17(3), 249-257.

Die Trill, M. (2012). Psychological aspects of depression in cancer patients: an update. *Annals of Oncology*, 23(suppl_10), x302-x305.

Dew, M. A., Goycoolea, J. M., Harris, R. C., Lee, A., Zomak, R., Dunbar-Jacob, et al. (2004). An internet-based intervention to improve psychosocial outcomes in heart transplant recipients and family caregivers: development and

evaluation. *The Journal of heart and lung transplantation*, 23(6), 745-758.

Donker, T., Griffiths, K. M., Cuijpers, P., & Christensen, H. (2009). Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BioMed Central Medicine*, 7, 79. <http://doi.org/10.1186/1741-7015-7-79>.

Dunbar M, Ford G, Hunt K, Der G.(2000) A confirmatory factor analysis of the Hospital Anxiety and Depression scale: comparing empirically and theoretically derived structures. *British Journal of Clinical Psychology*, 39:79-94.

Dowd, H., Hogan, M. J., McGuire, B. E., Davis, M. C., Sarma, K. M., Fish, R. A., & Zautra, A. J. (2015). Comparison of an online mindfulness-based cognitive therapy intervention with online pain management psychoeducation: a randomized controlled study. *The Clinical journal of pain*, 31(6), 517-527.

Edmonds, C.V., Lockwood, G.A., Cunningham, A.J., (1999). Psychological responses to long term group therapy: a randomized trial with metastatic breast cancer patients. *Psychooncology* 8, 74–91.

Espahbodi, F., Hosseini, H., Mirzade, M. M., & Shafaat, A. B. (2015). Effect of psycho education on depression and anxiety symptoms in patients on hemodialysis. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, 9(1).

Faller, H., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., et al. (2015). Performance status and depressive symptoms as predictors of quality of life in cancer patients. A structural equation modeling analysis. *Psycho-Oncology*, 24(11), 1456-1462.

Fawzy, F. I., Canada, A. L., & Fawzy, N. W. (2003). Malignant melanoma: effects of a brief, structured psychiatric intervention on survival and recurrence at 10-year follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 60(1), 100e103.

Fayers, P., Aaronson, N., Bjordal, K., Groenvold, M., Curran, D. & Bottomley, A. (2001). *The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual* (3^a ed.). Bruselas: European Organization for Research and Treatment of Cancer. Fobair, P., Koopman, C., DiMiceli, S., O'Hanlan, K., Butler, L. D., Classen, C., et al. (2002). Psychosocial intervention for lesbians with primary breast cancer. *Psychooncology*, 11(5), 427e438.

Folkman, S., Chesney, M., McKusick, L., Ironson, G., Johnson, D. S., & Coates, T. J. (1991). Translating coping theory into an intervention. In *The social context of coping* Springer US. (pp. 239-260).

Franc, M., Michalski, B., Kuczerawy, I., Szuta, J., & Skrzypulec-Plinta, V. (2014). Cancer related fatigue syndrome in neoplastic diseases. *Menopausal Review*, 6(6), 352–355. <http://doi.org/10.5114/pm.2014.47989>.

Fuentes A., & Ochoa, F. J. (2011). Tumores del estroma gastrointestinal (GIST), avances en el conocimiento y manejo. *GAMO*, 10, 1–2.s.

Galindo-Vazquez, O., Benjet, C., Cruz-Nieto, M. H., Rojas-Castillo, E., Riveros-Rosas, A., Meneses-García, et al. (2014). Psychometric properties of the Zarit Burden Interview in Mexican caregivers of cancer patients. *Psycho-Oncology*, 24(5). doi: 10.1002/pon.3686/abstract.

Galindo-Vázquez, Pérez-Barrientos, Alvarado-Aguilar, Rojas-Castillo, Álvarez-Avitia, Aguilar-Ponce, Aguilar. (2014). Efectos de intervenciones psicológicas en sobrevivientes de cáncer: una revisión. *Psicooncología*, 11(2-3), 233-241.

Gatta, G., Zwan, J. M., Casali, P. G., Siesling, S., Dei Tos, A. P., Kunkler, et al. (2011). Rare cancers are not so rare: the rare cancer burden in Europe. *European journal of cancer*, 47(17), 2493-2511.

Goedendorp, M. M., Knoop, H., Gielissen, M. F., Verhagen, C. A., & Bleijenberg, G. (2014). The effects of cognitive behavioral therapy for postcancer fatigue on perceived cognitive disabilities and neuropsychological test performance. *Journal of pain and symptom management*, 47(1), 35-44.

Gonzalez, S., Valdez, J. L., Gonzalez, N., & López-Fuentes, A. (2011). BOOK.pdf. In J. Moral, J. L. Valdez, N. González, & A. López-Fuentes (Eds.), *Psicología y Salud* (Primera Ed, pp. 233 – 252). Saltillo Coahuila: Consorcio de Universidades Mexicanas.

Goodwin, P. J., Leszcz, M., Ennis, M., Koopmans, J., Vincent, L., Guther, H., et al. (2001). The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *The New England Journal of Medicine*, 345(24), 1719e1726.

Gottlieb, B. H., & Wachala, E. D. (2007). Cancer support groups: a critical review of empirical studies. *Psychooncology*, 16(5), 379e400.

Gramignano G., Lusso, M.R., Madeddu, C., et al. (2006) Efficacy of Lcarnitine administration on fatigue, nutritional status, oxidative stress, and related quality of life in 12 advanced cancer patients undergoing anticancer therapy. *Nutrition*, 2:136–145.

Grassi, L., Johansen, C., Annunziata, M. A., Capovilla, E., Costantini, A., Gritti, P., et al. (2013). Screening for distress in cancer patients. *Cancer*, 119(9), 1714-1721.

Greer S (1983) Cancer and the mind. *British Journal of Psychiatry*. 143:535–543

Guan, N., Boks M., Zuraida, N., J de Wit, N. (2012). General Discussion: The Unmet Need in the Management of Depression in Cancer Patients. En: N. C. Guan (Eds.), *Epidemiology and Management of Depression in Cancer Patients* (pp. 99-106) <http://repository.um.edu.my/35109/1/EMDCP%20book%20-%204.pdf>.

Guan, N. C. (2015). *Epidemiology and Management of Depression in Cancer Patients*. Tesis doctoral publicada, Universidad Utrecht, Facultad de Filosofía y Letras de Género.

Gudenkauf, L. M., Antoni, M. H., Stagl, J. M., Lechner, S. C., Jutagir, D. R., Bouchard, et al. (2015). Brief cognitive-behavioral and relaxation training interventions for breast cancer: A randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(4), 677.

Gustafson, D. H., Taylor, J. O., Thompson, S., & Chesney, P. (1993). Assessing the needs of breast cancer patients and their families. *Quality Management in Health Care*, 2(1), 6e17. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10131022>.

Guzmán, R. M., Bautista, N. K. M., Silverio, J. R., & Ávila, G. G. (2015). Factores pronósticos de recurrencia y supervivencia en tumores del estroma gastrointestinal. Experiencia del Hospital de Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 14(5), 259-267.

Hara, R. (2010). How to evaluate online resources and support for people affected by cancer. *Oncology Nurse Advisor*. Retrieved July 31, 2013.

Harris, L. N., Cleary, E. H., & Stanton, A. L. (2014). ONLINE VISITOR. Project Connect Online: User and Visitor Experiences of an Internet-Based Intervention for Women with Breast Cancer. *Psycho-Oncology*. <http://doi.org/doi:10.1002/pon.3734>.

Hart, S. L., Hoyt, M. a., Diefenbach, M., Anderson, D. R., Kilbourn, K. M., Craft, L. L., ... Stanton, A. L. (2012). Meta-analysis of efficacy of interventions for elevated depressive symptoms in adults diagnosed with cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 104, 990–1004. <http://doi.org/10.1093/jnci/djs256>.

Hauffman, A., Alfonsson, S., Mattsson, S., Forslund, M., Bill-Axelsson, A., Nygren, P., & Johansson, B. (2016). The Development of a Nurse-Led Internet-Based Learning and Self-care Program for Cancer Patients With Symptoms of Anxiety and Depression-A Part of U-CARE. *Cancer nursing*.

Heckman, C., Darlow, S., Munshi, T., Caruso, C., Ritterband, L., Raivitch, S., ... & Manne, S. (2015). Development of an internet intervention to address behaviors associated with skin cancer risk among young adults. *Internet interventions*, 2(3), 340-350.

Hedman E, Ljotsson B, Lindefors N: Cognitive behavior therapy via the Internet: A systematic review of applications, clinical efficacy and costeffectiveness. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 12:745-764, 2012.

Hepner, K. A., Howard, S., Paddock, S., Hunter, S. B., Osilla, K. C., & Watkins, K. E. (2011). A fidelity coding guide for a group cognitive behavioral therapy for depression.

Hernández, L. N., & Sánchez, S. J. (2007). *Manual de Psicoterapia Cognitivo- Conductual para trastornos de la salud*. Recuperado de: https://books.google.com.mx/books?id=EzlwZg_aH6AC&pg=PA177&dq=Manual+de+Psicoterapia+Cognitivo-+Conductual+para+trastornos+de+la+salud.&hl=es&sa=X&ei=-G9eVYGyFcjtsAWP_4LYDw&ved=0CBsQ6AEwAA#v=onepage&q=Manual%20de%20Psicoterapia%20Cognitivo-%20Conductual%20para%20trastornos%20de%20la%20salud.&f=fals.

Heydarnejad, M. S., Hassanpour, D. A., & Solati, D. K. (2012). Factors affecting quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. *African health sciences*, 11(2).

Hinz, A., Krauss, O., Hauss, J. P., Höckel, M., Kortmann, R. D., Stolzenburg, J. U., & Schwarz, R. (2010). Anxiety and depression in cancer patients

compared with the general population. *European journal of cancer care*, 19(4), 522-529.

Hsieh, C. C., & Hsiao, F. H. (2017). The effects of supportive care interventions on depressive symptoms among patients with lung cancer: A metaanalysis of randomized controlled studies. *Palliative & Supportive Care*, 1-14.

Hoffman, A. J., Robinson, C. B., & Weisbrod, B. L. (2014). Putting evidence into practice: an update of evidence-based interventions for cancer-related fatigue during and following treatment. *Clinical journal of oncology nursing*, 18(6), 38.

Hoffman, M., Ryan, J. L., Figueroa-Moseley, C. D., Jean-Pierre, P., & Morrow, G. R. (2007). Cancer-related fatigue: the scale of the problem. *The Oncologist*, 12(1), 4–10. doi: 10.1634/theoncologist.12-S1-4.

Holland J. (2001). Improving the human side of cancer care: psycho-oncology's contribution. *The Cancer Journal*, 7(6):458–471.

Holland, J.C. (2003). Psychological care of patients: psycho-oncology's contribution. *Journal of Clinical Oncology*, 21(23):253s–265s.

Holland, J. C., Breitbart, W. S., Jacobsen, P. B., Lederberg, M. S., Loscalzo, M. J., McCorkle, R. (2010) *Psycho-Oncology* (2nd edn), Oxford University Press: New York.

Hong, J. S., & Tian, J. (2014). Prevalence of anxiety and depression and their risk factors in Chinese cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 22(2), 453.

Hong, Y., Peña-Purcell, N. C., & Ory, M. G. (2012). Outcomes of online support and resources for cancer survivors: A systematic literature review. *Patient Education and Counseling*, 86, 288–296. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2011.06.014>.

Horne, D. & Watson, M. (2011). Cognitive-behavioral therapies in cancer care. In D.W. Kissane & M. Watson(Eds), *Handbook of Psychotherapy in Cancer Care* (15 – 26). Chichester: Wiley.

Howell, D., Hack, T. F., Oliver, T. K., Chulak, T., Mayo, S., Aubin, M., et al. (2011). Survivorship services for adult cancer populations: a pan-Canadian guideline

Hoybye, M. T., Johansen, C., & Tjornhoj-Thomsen, T. (2005). Online interaction. Effects of storytelling in an internet breast cancer support group.

Psychooncology, 14(3), 211e220.

Ironson, Lutgendorf, Starr, Costello.(1989). Anger Management skills training. Unpublished manuscript. Universidad de Miami, Coral Gables, FL.

Jacobsen, P. B., & Jim, H. S. (2008). Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: achievements and challenges. *CA: a cancer journal for clinicians*, 58(4), 214-230.

Jarne, Talarn, Aramayones, Horta, Requena. Psicopatología.[Internet 2006]. Recuperado de: https://books.google.com.mx/books?id=GL39_Yi_HQEC&pg=PA119&dq=ansiedad+definicion&hl=es-419&sa=X&ei=4kJUVei9D8KNyATWoIDYAQ&ved=0CCAQ6AEwAQ#v=onepage&q=ansiedad%20definicion&f=false.

Jenkins, V. (2006) A 3-year prospective study of the effects of adjuvant treatments on cognition in women with early stage breast cancer. *British Journal of Cancer*, 94:828–834.

Joensuu, H., Trent, J. C., & Reichardt, P. (2011). Practical management of tyrosine kinase inhibitor-associated side effects in GIST. *Cancer treatment reviews*, 37(1), 75-88.

Keith Wilson, M. P. (2007). Depression and Anxiety Disorders in Palliative Cancer Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(2), 118-129.

Kelley, M. L., Sellick, S., & Linkewich, B. (2003). Rural nonphysician providers' perspectives on palliative care services in northwestern Ontario, Canada. *Journal of Rural Health*, 19(1), 55-62. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1748-0361.2003.tb00542.x>.

Kim, J., Lee, S. J., Roh, J. K., & Shin, S. J. (2015). Association of Depression and Survival in Patients with Cancer over 10 Years. *Asian Oncology Nursing*, 15(1), 37-42..

Kissane, D.W., Boloch, S., Smith, G.C., et al. (2003). Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. *Psychooncology* 12, 532–546.

Kuhrik, M., Kuhrik, N. S., Deshields, T. L., O'Neill, J., & Zubal, B. (2010). Developing and implementing a local education and support program for patients with gastrointestinal stromal tumors (GISTs). *Journal of Cancer Education*, 25, 543–547. <http://doi.org/10.1007/s13187-010-0084-z>.

Kuijpers, W., Groen, W. G., Aaronson, N. K., & van Harten, W. H. (2013). A systematic review of web-based interventions for patient empowerment and physical activity in chronic diseases: relevance for cancer survivors. *Journal of medical Internet research*, 15(2), e37.

Kwekkeboom, K. L. (2002). Music versus distraction for procedural pain and anxiety in patients with cancer. In *Oncology nursing forum* (Vol. 30, No. 3, pp. 433-440).

Lantican, L., Williams, P., Bader, J., & Lerma, D. (2012). Depression, cancer therapy-related symptoms, and self-care among Mexican American adults. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 18, 1–4.

Larson, M., Duberstein, P., Talbot, N., Caldwell, C., Moynihan, J. (2000). A pre-surgical psychosocial intervention for breast cancer patients: psychological distress and the immune response. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 187–194.

Lieberman, M. A., Golant, M., Giese-Davis, J., Winzlenberg, A., Benjamin, H., Humphreys, K., et al. (2003). Electronic support groups for breast carcinoma: a clinical trial of effectiveness. *Cancer*, 97(4), 920e925.

Linden, W., Vodermaier, A., MacKenzie, R., & Greig, D. (2012). Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of Affective Disorders*, 141(2-3), 343–351. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2012.03.025>.

Lopez, C., Antoni, M., Penedo, F., Weiss, D., Cruess, S., Segotas, et al. (2011). A pilot study of cognitive behavioral stress management effects on stress, quality of life, and symptoms in persons with chronic fatigue syndrome. *Journal of psychosomatic research*, 70(4), 328-334.

Luebbert, K., Dahme, B., Hasenbring, M. (2001). The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute non-surgical cancer treatment: a meta-analytical review. *Psychooncology*, 10, 490–502.

Macdonald, N., Shapiro, A., Bender, C., Paolantonio, M., & Coombs, J. (2012). Experiences and perspectives on the GIST patient journey. *Patient preference and adherence*, 6, 253.

Martinez, K. A., Friese, C., Kershaw, T., Given, C. W., Fendrick, A. M., & Northouse, L. (2015). Effect of a nurse-led psychoeducational intervention on healthcare service utilization among adults with advanced cancer. In *Oncology*

nursing forum, (42)4, E310. NIH Public Access.

Massie, M. J., Lloyd-Williams, M., Miller, K., (2011). The prevalence of Depression in People with Cancer. En: W. D. Kissane, M. Maj, & N. Sartorius (Eds.), Depression and Cancer. (pp. 1-36). Recuperado de: http://www.researchgate.net/profile/Greg_Irving/publication/227580047_The_Prevalence_of_Depression_in_People_with_Cancer/links/0fcfd50a39c9431f43000000.pdf.

Maurice-Stam, H., Scholten, L., de Gee, E. A., van der Zanden, R. A., Conijn, B., Last, B. F., & Grootenhuis, M. A. (2014). Feasibility of an Online Cognitive Behavioral–Based Group Intervention for Adolescents Treated for Cancer: A Pilot Study. *Journal of psychosocial oncology*, 32(3), 310-321.

McAlpine, H., Joubert, L., Martin-Sanchez, F., et al. (2015). A systematic review of types and efficacy of online interventions for cancer patients. *Patient Educ Couns* 98:283-295.

McFarland, D. C., Blackler, L., & Holland, J. (2017). New challenges to psycho-oncology research: Precision medicine oncology and targeted therapies. *Psycho-Oncology*, 26(2), 144-146.

McGregor, B. A., & Antoni, M. H. (2009). Psychological intervention and health outcomes among women treated for breast cancer: a review of stress

pathways and biological mediators. *Brain, behavior, and immunity*, 23(2), 159-166.

Mendoza, T. R., Wang, X. S., Cleeland, C. S., Morrissey, M., Johnson, B. A., Wendt, et al. (1999). The rapid assessment of fatigue severity in cancer patients. *Cancer*, 85(5), 1186-1196.

Michopoulos I, Douzenis A, Kalkavoura C, Christodoulou C, Michalopoulou P, Kalemi G, et al. (2008) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample. *Annals of General Psychiatry*, 7:4.

Miller AH (1998) Neuroendocrine and immune system interactions in stress and depression. *Psychiatric Clinics of North America* 21:454–456.

Minton, O., Richardson, A., Sharpe, M., Hotopf, M., & Stone, P. C. (2011). Psychostimulants for the management of cancer-related fatigue: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(4), 761–767. <http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.06.020>.

Mishel, M. H., Belyea, M., Germino, B. B., Stewart, J. L., Bailey, D. E., Robertson, C., & Mohler, J. (2002). Helping patients with localized prostate carcinoma manage uncertainty and treatment side effects. *Cancer*, 94(6), 1854-1866.

Mrilee Kuhrik, N. S. (2010). Developing and Implementing a Local Education and Support Program for patients with Gastrointestinal Stromal Tumors (GISTs). *Journal Cancer Education*, 25(4), 543-547.

Moore, T. H. M., King, A. J. L., Evans, M., Sharp, D., Persad, R., & Huntley, A. L. (2015). Supportive care for men with prostate cancer: why are the trials not working? A systematic review and recommendations for future trials. *Cancer medicine*, 4(8), 1240-1251.

Moreno, F. H., & Hernández, R. L. (2014). Aspectos psicosociales relacionados con la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *Summa Psicológica*, 11(1), 99-104.

Mustian, K. M., Morrow, G. R., Carroll, J. K., Figueroa-Moseley, C. D., Jean-Pierre, P., & Williams, G. C. (2007). Integrative nonpharmacologic behavioral interventions for the management of cancer-related fatigue. *The oncologist*, 12(Supplement 1), 52-67.

Nguyen, S., McKay, A., Wong, D., Rajaratnam, S. M., Spitz, G., Williams, G., ... & Ponsford, J. L. (2017). Cognitive Behavior Therapy to Treat Sleep Disturbance and Fatigue After Traumatic Brain Injury: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Archives of physical medicine and rehabilitation*.

Ochoa, F. J, Cervantes, G., & Fuentes. (2011). Lineamientos actualizados en el tratamiento de los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) en México. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 10, 1665-9201.

Organización Mundial de la Salud. (2012). Boletín de la Organización Mundial de la Salud, 90(6), 401-476.

Organización Mundial de la Salud. (2014). Review of Cancer Medicines on the WHO List of Essential Medicines. *Union for International Cancer Control*, 123(9), 1–7.

Organización Mundial de la salud. (2015). Cáncer. Nota descriptiva No. 297. Recuperado de: <http://www.who.int/cancer/es/>.

Organización Mundial de la salud. (2016). Depresión. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/depression/es/>.

Ornelas, R., & Sánchez, J.J. (2011). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en mujeres con cáncer de mama en radioterapia (Tesis de maestría). Recuperado de <http://www.ciencianueva.unam.mx:8080/repositorio/bitstream/handle/123456789/111/64.pdf?sequence=2>.

Osborn, R. L., Demoncada, A. C., & Feuerstein, M. (2006). Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 36(1), 13-34.

Owen, J. E., Klapow, J. C., Roth, D. L., & Tucker, D. C. (2004). Use of the internet for information and support: disclosure among persons with breast and prostate cancer. *Journal of behavioral medicine*, 27(5), 491-505.

Panel, C. J. S. E., Howell, D., Hack, T. F., Oliver, T. K., Chulak, T., Mayo, S., et al. (2011). Survivorship services for adult cancer populations: a pan-Canadian guideline. *Current Oncology*, 18(6), e265.

Penedo, F. J., Antoni, M. H., & Schneiderman, N. (2008). *Cognitive-Behavioral Stress Management for Prostate Cancer Recovery Facilitator Guide*. Oxford University Press.

Penedo, F. J., Traeger, L., Dahn, J., Molton, I., Gonzalez, J. S., Schneiderman, N., & Antoni, M. H. (2007). Cognitive behavioral stress management intervention improves quality of life in Spanish monolingual hispanic men treated for localized prostate cancer: results of a randomized controlled trial. *International journal of behavioral medicine*, 14(3), 164-172.

Perrella, Cuomo, Sbreglia, Monaco, Gnarini, Gentile, Perrella, Perrella. (2009). IL- 18 and interferon- γ in HCV-related hepatocellular carcinoma: a model of interplay between immune status and cancer. *Journal of Biological Regulators & Homeostatic Agents*, 2009; 23:251-8.

Pompe, G., Antoni, M., Vissera, A., Garssen, B. (1996) Adjustment to breast cancer: The psychobiological effects of psychosocial interventions. *Patient Education and Counseling*. 28, 209-219. doi:10.1016/0738-3991(96)00895-6.

Poort, H., Gielissen, M., Tielen, R., Vlenterie, M., Custers, J., Prins, et al. (2015). 3443 Severe fatigue in GIST patients: Prevalence, impact and factors associated with fatigue. *European Journal of Cancer*, 51, S703.

Reddy, P., Boci, K., & Charbonneau, C. (2007). The epidemiologic, health-related quality of life, and economic burden of gastrointestinal stromal tumours. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 32(6), 557-565.

Reif, K., De Vries, U., Petermann, F., & Görres, S. (2013). A patient education program is effective in reducing cancer-related fatigue: A multi-centre randomised two-group waiting-list controlled intervention trial. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(2), 204–213. <http://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.07.002>.

Reichardt, P., Blay, J. Y., Boukovinas, I., Brodowicz, T., Broto, J. M., Casali, P. G., ... & Joensuu, H. (2012). Adjuvant therapy in primary GIST: state-of-the-

art. *Annals of oncology*, 23(11), 2776-2781.

Rehse B, Pukrop R. (2003). Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: Meta analysis of 37 published controlled outcome studies. *Patient Education and Counseling*, 50:179-186.

Reynoso-Erazo, L., & Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: Una perspectiva conductual*. México: El Manual Moderno.

Rivero, R., Piqueiras, J. A., Ramos, V., García, L. J., Martínez, A., & Oblitas, L. A. (2008). *Psicología y cáncer*. *Summa Psicológica*, 15, 171–198.

Rodríguez, C. F., Sánchez, C. P., Fernández, E. V., Vázquez, I. A., Martínez, R. F., & Fernández, I. P. (2011). Repercusión de la ansiedad y depresión en el estado físico y funcionalidad de enfermos oncológicos durante el tratamiento con quimioterapia. *Psicothema*, 23(3), 374-381.

Roscoe, J. A., Kaufman, M. E., Matteson-Rusby, S. E., Palesh, O. G., Ryan, J. L., Kohli, S., et al. (2007). Cancer-related fatigue and sleep disorders. *The Oncologist*, 12(Supplement 1), 35-42.

Savard, J., Simard, S., Ivers, H., & Morin, C. M. (2005). Randomized study on the efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia secondary to breast cancer, part I: Sleep and psychological effects. *Journal of Clinical Oncology*, 23(25), 6083-6096.

Seçkin, G. (2011). I am proud and hopeful: age-based comparisons in positive coping affect among women who use online peer-support. *Journal of Psychosocial Oncology*, 29(5), 573e591
<http://dx.doi.org/10.1080/07347332.2011.599361>.

Shahid, A., Wilkinson, K., Marcu, S., & Shapiro, C. M. (2011). Mini-Mental State Examination (MMSE). In *STOP, THAT and One Hundred Other Sleep Scales* (pp. 223-224). Springer New York.

Sheard, T., & Maguire, P. (1999). The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. *British Journal of Cancer*, 80(11), 1770e1780.
<http://dx.doi.org/10.1038/sj.bjc.6690596>.

Shilling, V., Jenkins, V. (2007) Self-reported cognitive problems in women receiving adjuvant therapy for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing* 11(1):6–15.

Shiraz, F., Rahtz, E., Bhui, K., Hutchison, I., & Korszun, A. (2014). Quality of life, psychological wellbeing and treatment needs of trauma and head and neck cancer patients. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 52(6), 513-517.

Smets, E. M. A., Garssen, B., Bonke, B. D., & De Haes, J. C. J. M. (1995). The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *Journal of psychosomatic research*, 39(3), 315-325.

So, W. K., Marsh, G., Ling, W. M., Leung, F. Y., Lo, J. C., Yeung, M., & Li, G. K. (2010). Anxiety, depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(1), 17-22.

Sodergren, S. C., White, A., Efficace, F., Sprangers, M., Fitzsimmons, D., Bottomley, A., & Johnson, C. D. (2014). Systematic review of the side effects associated with tyrosine kinase inhibitors used in the treatment of gastrointestinal stromal tumours on behalf of the EORTC Quality of Life Group. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 91(1), 35–46. <http://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2014.01.002>.

Spek, V., Cuijpers, P., Nyklicek, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internetbased cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37, 319–328.

Stagl, J. M., Bouchard, L. C., Lechner, S. C., Blomberg, B. B., Gudenkauf, L. M., Jutagir, et al. (2015). Long-term psychological benefits of cognitive-behavioral stress management for women with breast cancer: 11-year follow-up

of a randomized controlled trial. *Cancer*, 121(11), 1873-1881.

Stanton, A. L., Thompson, E. H., Crespi, C. M., Link, J. S., & Waisman, J. R. (2013). Project connect online: randomized trial of an internet-based program to chronicle the cancer experience and facilitate communication. *Journal of Clinical Oncology : Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 31(27), 3411–3417. doi: 10.1200/JCO.2012.46.9015.

Stein, K. D., Syrjala, K. L., & Andrykowski, M. A. (2008). Physical and psychological long-term and late effects of cancer. *Cancer*, 112(S11), 2577-2592. doi: 10.1002/cncr.23448.

Stephen, J., Collie, K., McLeod, D., Rojubally, A., Fergus, K., Specca, et al. (2014). Talking with text: communication in therapist-led, live chat cancer support groups. *Social Science & Medicine*, 104, 178-186.

Takahashi, T., Hondo, M., Nishimura, K., Kitani, A., Yamano, T., Yanagita, et al. (2008). Evaluation of quality of life and psychological response in cancer patients treated with radiotherapy. *Radiation Medicine*, 26(7), 396-401.

Targ, E. F., & Levine, E. G. (2002). The efficacy of a mind-body-spirit group for women with breast cancer: a randomized controlled trial. *General Hospital*

Psychiatry, 24(4), 238e248. [http://dx.doi.org/10.1016/S0163-8343\(02\)00191-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0163-8343(02)00191-3).

Tamir, S. O., Milk, D. G., Roth, Y., Cinamon, U., Winder, A., Brenner, R., et al. (2016). Laryngeal Side Effects of Tyrosine Kinase Inhibitors. *Journal of Voice*, 30(5), 606-610.

Taylor, K., Lamdan, R., & Siegel, J. (2003). Psychological adjustment among African American breast cancer patients: one year follow up results of a randomized psychoeducational group intervention. *Health Psychology*, 22, 316e323.

Thabane, L., Ma, J., Chu, R., Cheng, J., Ismaila, A., Rios, L. P., et al. (2010). A tutorial on pilot studies: the what, why and how. *BMC medical research methodology*, 10(1), 1.

Tong, G., Geng, Q., Cheng, J., Chai, J., Xia, Y., Feng, R., et al. (2014). Effects of psycho-behavioral interventions on immune functioning in cancer patients: a systematic review. *Journal of Cancer Research & Clinical Oncology*, 140(1), 15.

Trask, P.C., Paterson, A.G., Griffith, K.A., Riba, M.B., Schwartz, J.L., (2003). Cognitivebehavioral intervention for distress in patients with melanoma. *Cancer* 98, 854–864.

Tschuschke, V. (2003). Psychologisch-psychotherapeutische Interventionen bei onkologischen Erkrankungen. *Der Onkologe*, 9(6), 657-665.

Van Beugen, S., Ferwerda, M., Hoeve, D., Rovers, M. M., Spillekom-van Koulil, S., van Middendorp, H., & Evers, A. W. (2014). Internet-based cognitive behavioral therapy for patients with chronic somatic conditions: a meta-analytic review. *Journal of medical Internet research*, 16(3).

Van CE, Arends J. (2005). The causes and consequences of cancer-associated malnutrition. *European Journal of Oncology Nursing* 2:S51–S63.

Van de Wal, M., Thewes, B., Gielissen, M., Speckens, A., & Prins, J. (2017). Efficacy of Blended Cognitive Behavior Therapy for High Fear of Recurrence in Breast, Prostate, and Colorectal Cancer Survivors: The SWORD Study, a Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology*, JCO-2016.

Vardy, J., Wefel, J.S., Ahles, T., et al (2008). Cancer and cancer-therapy related cognitive dysfunction: an international perspective from the Venice cognitive workshop. *Annals of Oncology*, 19(4):623–629.

Vargas, S., Antoni, M. H., Carver, C. S., Lechner, S. C., Wohlgemuth, W., Llabre, M., et al. (2014). Sleep quality and fatigue after a stress management

intervention for women with early-stage breast cancer in Southern Florida. *International journal of behavioral medicine*, 21(6), 971.

Vázquez, O. G., Benjet, C., García, F. J., Castillo, E. R., & Riveros, A. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental*, 38(4), 253-258.

Vinaccia, S., & Orozco, L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1(2), 125-137.

Vissers, P. J., Thong, M. S. Y., Pouwer, F., Zanders, M. M. J., Coebergh, J. W. W., & van de Poll-Franse, L. V. (2013). The impact of comorbidity on Health-Related Quality of Life among cancer survivors: Analyses of data from the PROFILES registry. *Journal of Cancer Survivorship*, 7, 602–613. doi: 10.1007/s11764-013-0299-1.

Vodermaier, A., & Millman, R. D. (2011). Accuracy of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a screening tool in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*, 19(12), 1899-1908.

Voet, N., Bleijenberg, G., Hendriks, J., de Groot, I., Padberg, G., van

Engelen, B., & Geurts, A. (2014). Both aerobic exercise and cognitive-behavioral therapy reduce chronic fatigue in FSHD An RCT. *Neurology*, 83(21), 1914-1922.

Wagner, B., Horn, A. B., & Maercker, A. (2014). Internet-based versus face-to-face cognitive-behavioral intervention for depression: a randomized controlled non-inferiority trial. *Journal of affective disorders*, 152, 113-121.

Wakefield, C. E., Sansom-Daly, U. M., McGill, B. C., McCarthy, M., Girgis, A., Grootenhuis, M., ... & Anazodo, A. (2015). Online parent-targeted cognitive-behavioural therapy intervention to improve quality of life in families of young cancer survivors: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 16(1), 153.

Waltz, J., Addis, M.E., Koerner, K., et al. (2015) Testing the integrity of a psychotherapy protocol: Assessment of adherence and competence. *Journal of clinical Psychology*. 61:620-630, 1993

Wang, X. S., Zhao, F., Fisch, M. J., O'mara, A. M., Cella, D., Mendoza, T. R., & Cleeland, C. S. (2014). Prevalence and characteristics of moderate to severe fatigue: a multicenter study in cancer patients and survivors. *Cancer*, 120(3), 425-432.

Wantland, D. J., Portillo, C. J., Holzemer, W. L., Slaughter, R., & McGhee, E. M. (2004). The effectiveness of web-based vs. non-web-based interventions: A metaanalysis of behavioral change outcomes. *Journal of Medical Internet Research*, 6(4):e40.

Watson, M., & Kissane, D. W. (Eds.). (2011). *Handbook of psychotherapy in cancer care*. John Wiley & Sons.

Wiener, L., Battles, H., Zadeh, S., Smith, C. J., Helman, L. J., & Kim, S. Y. (2012). Gastrointestinal stromal tumor: psychosocial characteristics and considerations. *Supportive Care in Cancer*, 20(6), 1343-1349.

Winzelberg, A. J., Classen, C., Alpers, G. W., Roberts, H., Koopman, C., Adams, R. E., et al. (2003). Evaluation of an internet support group for women with primary breast cancer. *Cancer*, 97(5), 1164e1173. <http://dx.doi.org/10.1002/cncr.11174>.

Wolvers, M. D., Bruggeman-Everts, F. Z., Van der Lee, M. L., Van de Schoot, R., & Vollenbroek-Hutten, M. M. (2015). Effectiveness, mediators, and effect predictors of internet interventions for chronic cancer-related fatigue: the design and an analysis plan of a 3-armed randomized controlled trial. *JMIR research protocols*, 4(2).

Yeh, C. N., Chen, T. W., Lee, H. L., Liu, Y. Y., Chao, T. C., Hwang, T. L., ... & Chen, M. F. (2007). Kinase mutations and imatinib mesylate response for 64 Taiwanese with advanced GIST: preliminary experience from Chang Gung Memorial Hospital. *Annals of surgical oncology*, 14(3), 1123-1128.

Zeps & Hemmings. (1946). Rare Diseases. *British Medical Journal*. 2(4469), 109-130.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

ANEXOS

ANEXO 1: Consentimiento informado.



**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN PROYECTO:
“INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN LÍNEA PARA EL MANEJO
DEL ESTRÉS EN PACIENTES CON TUMORES DEL ESTROMA
GASTROINTESTINAL (GIST)”**

El presente consentimiento va dirigido a usted que es paciente diagnosticado con un tumor del estroma gastrointestinal, para realizarle una cordial invitación a participar en la investigación: Intervención Cognitivo-Conductual en línea para el manejo del estrés en pacientes con tumores del estroma gastrointestinal (GIST)”

Propósito. El propósito de este estudio es conocer la efectividad de una Intervención Cognitivo- Conductual breve para disminuir la fatiga, ansiedad, depresión y mejorar su calidad de vida durante el tratamiento médico, brindándole recursos adaptativos para afrontar de forma adecuada la enfermedad.

Implicaciones del estudio: Si usted desea participar en esta investigación se usted deberá contestar o responder cuestionarios psicológicos. Posteriormente entrará en un proceso de asignación al azar donde tiene la probabilidad de quedar en cualquiera de los 2 grupos en los que se divide éste estudio: uno al que se le proporcionará una Intervención Psicológica Cognitivo- Conductual de 5 sesiones semanales con duración 2 horas cada una y otro al que se le otorgarán 5 sesiones de Psicoeducación con duración de 1 hora cada una. Al finalizar la intervención se volverán a aplicar los cuestionarios, así como a los 3 meses posteriores a la intervención. Es muy importante que usted responda sinceramente todas las preguntas que se le hagan durante su participación en esta investigación.

Confidencialidad: La información que usted proporcione en los cuestionarios psicológicos y durante la Intervención Cognitivo-Conductual serán mantenidos en estricta confidencialidad, los datos se analizan de manera grupal, de modo que si los datos de este estudio se publican en alguna revista científica usted no será identificado de manera alguna.

Aviso de Privacidad: María de la Paz Mastretta López que se localiza en la Fundación GIST México con dirección en Roble #701 Col. Valle del Campestre, San Pedro Garza García, N.L. **Teléfono:** (81) 1366-5070 Ext. 1920 **Correo electrónico:** mmastretta@fundaciongist.org es la responsable del uso y protección de sus datos personales, y al respecto le informamos lo siguiente:

Los datos personales que recabamos de usted, los utilizaremos para las siguientes finalidades que son necesarias para la investigación:

- Registro de pacientes de la Fundación GIST México ABP.
- Invitación para sesiones de intervención psicológica
- Agendar cita para evaluación de seguimiento
- Iniciar la Intervención psicológica

Usted tiene derecho a conocer qué datos personales tenemos de usted, para qué los utilizamos y las condiciones del uso que les damos (Acceso). Asimismo, es su derecho solicitar la corrección de su información personal en caso de que esté desactualizada, sea inexacta o incompleta (Rectificación); que la eliminemos de nuestros registros o bases de datos cuando considere que la misma no está siendo utilizada conforme a los principios, deberes y obligaciones previstas en la normativa (Cancelación); así como oponerse al uso de sus datos personales para fines específicos (Oposición). Estos derechos se conocen como **derechos ARCO**.

Beneficios del estudio: El beneficio que se logrará será identificar qué tipo de Intervención Psicológica es más efectiva para manejar el estrés y proponer que se desempeñe de manera activa en los pacientes con GIST para brindarle recursos adaptativos para el manejo y control del estrés, mediante su comprensión, la modificación de percepciones negativas y la inclusión de pensamientos y actitudes más positivas sobre el futuro, lo cual les permitirá afrontar de forma adaptativa los cambios que se presenten durante el tratamiento y mejorando su calidad de vida.

Riesgos del estudio: Esta investigación no implica ningún riesgo para su

salud.

Gastos: Este estudio no conlleva gastos para usted como participante.

Derechos del participante: Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria, usted puede elegir participar o no hacerlo, es su elección y todos sus derechos serán respetados. El investigador puede también discontinuar su participación en este estudio sin su consentimiento si el determina que es benéfico para usted. Tiene derecho de recibir una copia de todos los resultados derivados de sus respuestas a los cuestionarios y una copia de este consentimiento informado si lo requiere.

Teléfonos de contacto y datos del Investigador: Si usted tiene alguna duda, puede hacer sus preguntas al contactarse con la LN. Edelmira Berenice Carbajal López, al teléfono celular: 044 811-066-1226 o al correo electrónico: bere.carbajal@fundaciongist.org

He comprendido claramente la información, qué se espera de mí y conozco mis derechos.

Sí () No ()

Estoy conforme en participar en el proyecto de investigación.

Sí () No ()

Nombre completo del paciente Sr. (a):

Firma del responsable del proyecto: LN. Edelmira Berenice Carbajal López

ANEXO 2: Instrumentos

(Para uso exclusivo del encuestador) N° Encuesta:

Se solicita participar en una investigación y se le pide que responda todas las preguntas sinceramente, escribiendo, marcando o subrayando la respuesta que usted elija, de acuerdo a las instrucciones de cada grupo de preguntas. Los datos serán tratados de manera

Fecha: _____

DATOS GENERALES:

Nombre y datos de contacto:

Nombre de la persona que llena el formulario:

Dirección:

Ciudad: _____

Estado:

C.P.: _____

País:

Tel: (____) _____ Celular _____

E-mail: _____

Segundo E-mail: _____

Información del paciente:

Fecha de nacimiento:

Estado Civil: _____ Número de hijos: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Información Médica del paciente:

Antecedentes de trastornos psiquiátricos o enfermedad neurológica:

Sí _____ No _____

Antecedentes de otras enfermedades crónicas:

Antecedentes personales de cáncer: _____

Diagnóstico actual: _____

Tratamiento actual: _____ Dosis: _____

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarnos a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde de prisa sus respuestas se ajustarán más a cómo realmente se sintió.

1. Me siento tenso o nervioso

- Todos los días
- Muchas veces
- A veces
- Nunca

2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba

- Como siempre
- No lo bastante
- Sólo un poco
- Nada

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

- Definitivamente y es muy fuerte
- Sí, pero no es muy fuerte
- Un poco, pero no me preocupa
- Nada

4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas

- Al igual que siempre lo hice
- No tanto ahora
- Casi nunca
- Nunca
-

5. Tengo mi mente llena de preocupaciones.

- La mayoría de las veces.
- Con bastante frecuencia
- A veces, aunque no muy a menudo
- Sólo en ocasiones

6. Me siento alegre

- Nunca
- No muy a menudo
- A veces
- Casi siempre

7. Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado

- Siempre
- Por lo general
- No muy a menudo
- Nunca

8. Me siento como si cada día estuviera más lento

- Por lo general, en todo momento
- Muy a menudo
- A veces
- Nunca

9. Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago

- El nunca
- En ciertas ocasiones
- Con bastante frecuencia
- Muy a menudo

10. He perdido interés en mi aspecto personal

- Totalmente
- No me preocupo tanto como debiera
- Podría tener un poco más de cuidado
- Me preocupo al igual que siempre

11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme

- Mucho
- Bastante
- No mucho
- Nada

12. Me siento optimista respecto al futuro

- Igual que siempre
- Menos de lo que acostumbraba
- Mucho menos de lo que acostumbraba
- Nada

13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico

- Muy frecuentemente
- Bastante a menudo
- No muy a menudo
- Rara vez

14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión.

- A menudo
- A veces
- No muy a menudo
- Rara vez

Mediante las siguientes afirmaciones, quisiéramos tener una idea de cómo se ha sentido **últimamente**.

Por ejemplo, si le menciono la siguiente afirmación: “ME SIENTO RELAJADA”. Si considera que esto es **totalmente cierto**, que realmente se ha sentido relajado/a últimamente, por favor ponga una **X** en la casilla que se encuentra más a la izquierda, como se muestra a continuación:

Sí, es cierto 1 2 3 4 5 **No, no es cierto**

Cuanto más en **desacuerdo** esté con la afirmación, más cerca de “**no, no es cierto**” deberá poner la cruz. Le rogamos que conteste a todas las afirmaciones y marque sólo una casilla por pregunta.

| | | | | | | | | |
|-----------|---|---------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------|
| F1 | Me siento con energía. | Sí, es cierto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | No, no es cierto |
| F2 | Siento que, físicamente, sólo soy capaz de hacer pocas cosas. | Sí, es cierto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | No, no es cierto |
| F3 | Me siento muy activa. | Sí, es cierto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | No, no es cierto |
| F4 | Se me antoja hacer todo tipo de cosas agradables. | Sí, es cierto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | No, no es cierto |
| F5 | Me siento cansada. | Sí, es cierto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | No, no es cierto |
| F6 | Creo que hago muchas cosas durante el día. | Sí, es cierto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | No, no es cierto |

| | | | | | | | | |
|-----|--|---------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------|
| F7 | Quando estoy haciendo algo, puedo mantener la atención en lo que hago. | Sí, es cierto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | No, no es cierto |
| F8 | Aguanto mucho físicamente. | Sí, es cierto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | No, no es cierto |
| F9 | Temo tener que hacer cosas. | Sí, es cierto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | No, no es cierto |
| F10 | Creo que hago muy pocas cosas durante el día. | Sí, es cierto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | No, no es cierto |
| F11 | Me puedo concentrar bien. | Sí, es cierto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | No, no es cierto |
| F12 | Estoy descansada. | Sí, es cierto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | No, no es cierto |
| F13 | Me cuesta mucho concentrarme. | Sí, es cierto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | No, no es cierto |
| F14 | Siento que estoy en mala condición física. | Sí, es cierto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | No, no es cierto |
| F15 | Tengo muchos planes. | Sí, es cierto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | No, no es cierto |

| | | | | | | | | |
|-----|---|---------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------|
| F16 | Me canso fácilmente. | Sí, es cierto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | No, no es cierto |
| F17 | Consigo hacer pocas cosas. | Sí, es cierto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | No, no es cierto |
| F18 | No tengo ganas de hacer nada. | Sí, es cierto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | No, no es cierto |
| F19 | Me distraigo fácilmente. | Sí, es cierto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | No, no es cierto |
| F20 | Siento que estoy en excelente condición física. | Sí, es cierto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | No, no es cierto |

| Marca con un círculo la opción (número) que considere más apropiada: | | En Absoluto | Un poco | Bastante | Mucho |
|---|---|--------------------|----------------|-----------------|--------------|
| Durante la semana pasada... | | | | | |
| Q1. | ¿Tiene alguna dificultad para realizar actividades que requieren de un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compras pesada o una maleta? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Q2. | ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo largo? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Q3. | ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de casa? | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|
| Q4. | ¿Tiene que permanecer en la cama o sentado/a en una silla durante el día? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Q5. | ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al sanitario? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Q6. | ¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Q7. | ¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Q8. | ¿Sintió que se le corto la respiración? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Q9. | ¿Ha tenido dolor? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Q10 | ¿Necesitó parar para descansar? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Q11 | ¿Ha tenido dificultades para dormir? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Q12 | ¿Se ha sentido débil? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Q14 | ¿Ha tenido náuseas? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Q15 | ¿Ha vomitado? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Q16 | ¿Ha estado estreñado/a? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Q17 | ¿Ha tenido diarrea? | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|
| Q18 | ¿Estuvo cansado/a? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Q19 | ¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Q20 | ¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Q21 | ¿Se sintió nervioso/a? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Q22 | ¿Se sintió preocupado/a? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Q23 | ¿Se sintió irritable? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Q24 | ¿Se sintió deprimido/a? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Q25 | ¿Ha tenido dificultades para recordar cosas? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Q26 | ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su vida familiar? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Q27 | ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en sus actividades sociales? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Q28 | ¿Su condición física o su tratamiento médico le han causado dificultades financieras? | 1 | 2 | 3 | 4 |

ANEXO 3: Carta descriptiva Intervenciones

| Carta Descriptiva (TCC) | | | | |
|--|--|---|--|-----------------|
| Sesión 1: Introducción al programa/conciencia del estrés y respuestas físicas/ 8 grupos de relajación muscular progresiva. | | | | |
| Objetivos | Procedimiento (general) | Técnica | Materiales | Duración |
| <p>Conocer el contenido del programa, la estructura de las sesiones y la normativa del grupo.</p> <p>Presentar e integrar a los participantes.</p> <p>Que es la fatiga</p> <p>Aspectos</p> | <p><i>Introducción.</i></p> <p>Se llevará a cabo la introducción sobre el programa de intervención, la estructura de las sesiones y reglas del grupo. Seguido por una dinámica de presentación para fomentar la confianza y un ambiente de calidad en los participantes.</p> <p><i>Manejo del estrés.</i></p> <p>Los participantes tomarán conciencia del estrés, su definición, efectos, estrés adaptativo y su relación con el cáncer</p> <p><u>**Actividad en casa:</u></p> <p>Revisar la sesión 1 del libro de actividades. Completar la hoja de eventos estresantes.</p> | <p>Presentación de la introducción.</p> <p><i>Manejo del estrés:</i></p> <p>Fatiga</p> <p>Manejo de estrés para la toma de conciencia de éste y sus respuestas físicas.</p> <p><i>Entrenamiento en relajación</i></p> | <p>Internet</p> <p>Laptop</p> <p>Material multimedia</p> | <p>2 horas.</p> |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| <p>relacionados con la fatiga</p> <p>Depresión e higiene de sueño</p> <p>Aprender sobre el estrés; efectos, síntomas, estrés adaptativo y su relación con el cáncer.</p> <p>Que el participante aprenda la técnica de relajación muscular progresiva.</p> | <p>Revisar la lista referente a los síntomas del estrés.</p> <p><i>Entrenamiento en relajación.</i></p> <p>Aprenderán el funcionamiento de la relajación muscular progresiva (8 grupos de músculos).</p> <p>Se utilizará un método que reduce la tensión física mediante la tensión y relajación de diferentes grupos musculares del cuerpo, este proceso es llamado Relajación Muscular Progresiva.</p> <p><u>**Actividad en casa:</u></p> <p>Se les dejará actividad en casa para que practiquen las técnicas de relajación aprendidas en los momentos pertinentes, por lo menos una vez al día. Se comentará la próxima sesión.</p> | <p>Relajación muscular progresiva.</p> | | |
|---|--|--|--|--|

Sesión 2: Pensamientos Automáticos / La respiración Diafragmática y profunda, continuando con la Relajación muscular progresiva de 4 grupos de músculos

| Objetivos | Procedimiento (general) | Técnica | Materiales | Duración |
|--|--|--|--|-----------------|
| <p>Entender la importancia de la conciencia para el manejo del estrés, sus efectos negativos y crear conciencia de la sensación de la tensión física que provoca el mismo.</p> <p>Identificar los pensamientos negativos propios y el proceso de evaluación para</p> | <p>Se compartirán las experiencias aprendidas sobre la tarea de la sesión No. 1.</p> <p align="center"><i>Manejo del estrés.</i></p> <p>Pensamientos automáticos Negativos: Definición, tipos y su influencia en el comportamiento.</p> <p>Identificarán pensamientos negativos, el área a la que pertenecen, proceso de evaluación, relación con las emociones y conducta durante el tratamiento. Después lo compartirán en grupo.</p> <p align="center"><u>Actividad en casa:</u></p> <p>1. Que los participantes completen los ejercicios del libro de actividades.</p> <p>2. Que los participantes completen la Hoja de monitoreo de distorsiones cognitivas con dos momentos estresantes que experimenten durante la semana</p> | <p><i>Manejo del estrés.</i></p> <p>Pensamientos automáticos</p> <p>Manejo del estrés</p> <p><i>Entrenamiento en relajación.</i></p> <p>Respiración diafragmática y relajación muscular progresiva de 4 grupos de músculos</p> | <p>Internet</p> <p>Laptop</p> <p>Material multimedia</p> | <p>2 horas.</p> |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| <p>implementar la técnica de relajación y reducir el estrés provocado por dichos pensamientos</p> <p>Conocer la conexión entre la evaluación, las emociones y las reacciones ante el estrés.</p> <p>Aprender las siguientes técnicas: Respiración diafragmática y</p> | <p style="text-align: center;"><i>Entrenamiento en relajación.</i></p> <p>Se les explicará a los participantes teórica y prácticamente la técnica de relajación: Respiración diafragmática y relajación muscular progresiva de 4 grupos de músculos.</p> <p>Se utilizará una de las más prácticas y versátiles formas de relajación. Los participantes aprenderán a utilizar más efectivamente el diafragma para maximizar los beneficios de la respiración; asimismo aprenderán a tensar y relajar sus músculos mientras tienen un momento en silencio para disfrutar la sensación de relajación.</p> <p style="text-align: center;"><u>** Actividad en casa:</u></p> <p>Practicar la técnica de relajación aprendida al menos una vez al día. Registrar los niveles de estrés antes y después de la práctica en la hoja de monitoreo de relajación.</p> | | | |
|---|---|--|--|--|

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| <p>relajación muscular progresiva de 4 grupos de músculos</p> <p>Implementar las técnicas aprendidas aunadas a la relajación muscular progresiva.</p> | | | | |
|---|--|--|--|--|

Sesión 3: Distorsiones cognitivas & Reestructuración Cognitiva 1. / Respiración profunda aunada a la Relajación Muscular Progresiva Pasiva

| Objetivos | Procedimiento (general) | Técnica | Materiales | Duración |
|---|--|--|--|-----------------|
| <p>Conocer las distorsiones cognitivas que involucran los pensamientos automáticos.</p> <p>Identificar, analizar y reemplazar pensamientos negativos y distorsiones cognitivas en relación a su tratamiento</p> | <p>Se compartirán las experiencias aprendidas sobre la Asignación de la sesión No. 2.</p> <p align="center">Manejo del estrés.</p> <p>Se explicará de manera teórica las distorsiones cognitivas.</p> <p>Mediante la reestructuración cognitiva se analizarán y cuestionarán los pensamientos negativos y distorsiones cognitivas que los participantes experimentan en relación a su tratamiento de cáncer. Se realizarán ejercicios sobre cómo reemplazarlos.</p> <p>Actividad en casa: Identificar los pensamientos negativos y distorsiones cognitivas en 2 momentos estresantes distintos durante la semana, y aplicar Optimismo Realista para reducir el estrés.</p> | <p>Manejo del estrés.</p> <p>Psico-educación para identificar pensamientos negativos y distorsiones cognitivas.</p> <p>Reestructuración cognitiva.</p> <p>Entrenamiento en relajación.</p> <p>Respiración profunda y</p> | <p>Internet</p> <p>Laptop</p> <p>Material multimedia</p> | <p>2 horas.</p> |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| <p>través de la reestructuración cognitiva.</p> <p>Conocer la técnica “La Respiración profunda aunada a la Relajación Muscular Progresiva Pasiva” como técnica de relajación para reducir el estrés presente en eventos específicos.</p> | <p>Entrenamiento en relajación.</p> <p>Comentarle al grupo que se practicarán dos ejercicios de relajación diferentes. Primero deben repetir la técnica de Relajación Diafragmática que practicaron la semana pasada, pero en vez de solo inhalar y exhalar ellos contarán a cuatro mientras respiran. Decirles a los participantes que no deben preocuparse si no pueden contener su respiración hasta llegar al cuatro. Ésta solo es una manera de comenzar a disminuir la respiración y focalizar su atención, lo cual puede beneficiar a algunas personas.</p> <p>Explicar a los participantes que este ejercicio se llama Relajación Pasiva, ya que no van a tensionar sus músculos solo recordar el sentimiento asociado con la relajación de la tensión de un grupo muscular.</p> <p>El facilitador deberá guiar al grupo desde la Relajación Profunda a la Relajación Muscular Progresiva de 4 grupos de músculos.</p> | <p>Relajación Muscular Progresiva Pasiva</p> | | |
|--|---|--|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | <p>**Actividad en casa: Practicar la técnica de relajación aprendida al menos una vez al día y registrar los niveles de estrés antes y después en la Hoja de Monitoreo de Relajación.</p> | | | |
|--|--|--|--|--|

Sesión 4: Restructuraciones cognitivas 2 & Afrontamiento / Imaginación Guiada

| Objetivos de la sesión | Procedimiento (general) | Técnica | Materiales | Duración |
|---|---|---|--|-----------------|
| <p>Restructuraciones cognitivas 2</p> <p>Continuar con la identificación, análisis y reemplazo de pensamientos negativos y distorsiones cognitivas en relación a su tratamiento a través de la reestructuración cognitiva y el aprendizaje de</p> | <p>Se compartirán las experiencias aprendidas sobre la tarea de la sesión No. 3.</p> <p align="center">Manejo de estrés</p> <p>1. Restructuraciones cognitivas 2: Continuar con la reestructuración cognitiva en la cual se analizarán y cuestionarán pensamientos negativos y distorsiones cognitivas que los participantes experimentan y se realizarán ejercicios sobre cómo reemplazarlos.</p> <p>2. Aprenderán en que consiste el afrontamiento: Definir qué es afrontamiento. Discutir los aspectos controlables e incontrolables de una situación. Discutir el afrontamiento centrado en el problema vs. El afrontamiento centrado en la emoción.</p> | <p>Manejo del estrés.</p> <p>Restructuraciones cognitivas 2</p> <p>Afrontamiento 1.</p> <p>Entrenamiento en relajación.</p> <p>Respiración profunda aunada a la Relajación Muscular Progresiva Pasiva</p> <p>Imaginación guiada</p> | <p>Internet</p> <p>Laptop</p> <p>Material multimedia</p> | <p>2 horas.</p> |

| | | | | |
|--|--|-----------------------------------|--|--|
| <p>estrategias de afrontamiento para el manejo de situaciones estresantes.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Compartirán la relación entre la estrategia de afrontamiento y el control del estresor. - Comprenderán el afrontamiento activo y pasivo para el manejo de estresores. - Identificarán las estrategias de afrontamiento utilizadas en relación a situaciones estresantes. | <p>(Lugar especial imaginario</p> | | |
| <p>Comprender y aplicar “Imaginación Guiada (lugar especial)” como técnica de relajación.</p> | <p><u>*Actividad en casa:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Que los participantes completen los ejercicios del libro de actividades. 2. Que los participantes completen la Hoja de monitoreo de Afrontamiento con dos momentos estresantes que experimenten durante la semana e implementen las estrategias de afrontamiento aprendidas. <p style="text-align: center;"><i>Entrenamiento en relajación.</i></p> <p>Se les explicará a los participantes la técnica de relajación: Imaginación Guiada (lugar especial). Preparar a los participantes haciéndolos pensar en un lugar especial. Una vez que lo hayan seleccionado</p> | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | <p>están listos para iniciar con el ejercicio de relajación. Los participantes pueden cambiar de lugar si lo desean.</p> <p>Se explicará a los participantes que esta técnica es una experiencia de relajación profunda pasiva, la cual combina imágenes de un lugar especial previamente seleccionado, aunado a imágenes que el instructor sugiere para crear un efecto relajante.</p> <p>Para conducir este ejercicio primero se debe llevar a los pacientes por la relajación muscular progresiva pasiva e inmediatamente introducir la técnica de imaginación guiada asociada con un lugar especial.</p> <p>Posteriormente los participantes compartirán su experiencia en ésta técnica.</p> <p>**Actividad en casa: Practicar la técnica de relajación aprendida al menos una vez al día y registrar los niveles de estrés antes y después en la Hoja de Monitoreo de Relajación</p> | | | |
|--|--|--|--|--|

Sesión 5: Manejo del enojo & Comunicación Asertiva / Relajación para la sanación y el bienestar

| Objetivos | Procedimiento (general) | Técnica | Materiales | Duración |
|--|---|---|---|-----------------|
| <p>Aprender a manejar las emociones negativas como el enojo.</p> <p>Comprender el significado y los beneficios de la comunicación asertiva durante el tratamiento.</p> <p>Brindar técnicas de entrenamiento asertivo para la mejora de la</p> | <p>Compartir las experiencias obtenidas en las actividades de la tarea de la semana anterior.</p> <p align="center"><i>Manejo del estrés.</i></p> <p>1. Manejo del enojo: Aprenderán a manejar las emociones negativas como el enojo.</p> <p>2. Se brindarán técnicas de entrenamiento asertivo para mejorar la comunicación entre el participante y las personas que le rodean.</p> <p align="center"><i>Entrenamiento en relajación.</i></p> <p>El un ejercicio que promueve la sanación y el bienestar, el cual incluye relajación, respiración y visualización (imaginación guiada).</p> <p align="center"><i>Actividad integradora:</i></p> <p><i>Para finalizar se les pedirá a los participantes que hagan su Plan de Manejo del Estrés Personal y cómo lo pueden aplicar en su vida cotidiana.</i></p> | <p><i>Manejo del estrés.</i></p> <p>Manejo del enojo</p> <p>Entrenamiento asertivo</p> <p><i>Entrenamiento en relajación.</i></p> <p>Técnica de relajación de la sanación y el bienestar.</p> | <p>Internet</p> <p>Laptop</p> <p>Material multimedia.</p> | <p>2 horas.</p> |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| <p>comunicación durante el tratamiento.</p> <p>Aprender y aplicar la técnica de relajación de la sanación y el bienestar</p> | <p>DINÁMICA: PLAN DEL MANEJO DEL ESTRÉS PERSONAL. (pp 179)</p> <p>-¿Cómo podrías integrar el manejo del estrés en tu vida?</p> <p>-¿Te ves utilizando las estrategias de manejo del estrés?</p> | | | |
|--|---|--|--|--|