



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**  
**PSICOLOGÍA Y SALUD**

**EFFECTOS DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN CALIDAD DE VIDA, ESTRÉS Y SATISFACCIÓN SEXUAL PARA PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA**

TESIS  
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
DOCTOR EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

**MARCOS ESPINOZA BELLO**

COMITÉ TUTORAL:

TUTOR PRINCIPAL: **DR. OSCAR GALINDO VÁZQUEZ**

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

TUTOR ADJUNTO: **DRA. MIRNA GARCÍA MÉNDEZ**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA, UNAM

TUTOR EXTERNO: **DRA. ROSA PATRICIA ORTEGA ANDEANE**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

JURADO A: **DR. ABELARDO MENESES GARCÍA**

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

JURADO B: **DR. FRANK J. PENEDO**

SYLVESTER COMPREHENSIVE CANCER CENTER

CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO, ENERO DE 2024



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradezco de manera particular el apoyo económico brindado por el CONACyT para la realización de mis estudios de posgrado y la culminación de este trabajo de tesis a través de la beca 697234

## Dedicatorias

Primeramente, me gustaría dedicar este trabajo a mi familia, sin el apoyo de ellos este trabajo no sería posible.

A la memoria de mi padre: Vicente Espinoza Macias en vida me dio su ejemplo, apoyo y consejos, siempre los llevaré en el corazón, gracias por todo papá.

A mi madre: Irma Bello por sus años de esfuerzo, quien no escatimó sacrificios, trabajo y cariño para forjarme y darme la mejor de las herencias, para ella mi gratitud y afecto.

A mis hermanas y hermano: Janet, Raquel, Miriam y Jesús, el camino ha sido difícil, pero espero que sigamos con la convicción de seguir esforzándonos para seguir adelante gracias por su esfuerzo he podido concluir este trabajo.

A mis sobrinos: Leonardo y Carlos espero que sigan estudiando y preparándose por un mejor futuro.

A la memoria del Dr. Rubén Lara Piña que durante la licenciatura me guío por el camino de la clínica e investigación que estoy siguiendo ahora, aún recuerdo aquellas lecciones que me dio, nunca las olvidaré, espero seguir su ejemplo de ayudar a otros como usted lo hizo conmigo.

Al Dr. Abel Lerma, que me orientó cuando lo necesite y me brindó sus conocimientos y apoyo más allá de lo académico, me esforzaré para seguir su ejemplo apasionado por la enseñanza.

A Nancy: La vida nos pone un sin número de pruebas, agradezco que te haya puesto en mi camino, gracias de todo corazón por toda la ayuda que me brindaste cuando más lo necesité.

Me gustaría hacer una mención especial a mi tío Nicolás Espinosa debido a que a raíz de los días difíciles que vivimos, creo que nos fuimos acercando, espero que las cosas sigan tan bien como hasta ahora.

A mis amistades y conocidos, que directa o indirectamente estuvieron conmigo durante el curso de este trabajo, es difícil nombrar y seleccionar a quien nombrar debido a que puede alguien sentirse, de todas formas, se están leyendo esto, les agradezco por estar ahí y por orientarme cuando no sabía que camino tomar.

## Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México y su claustro de profesores por brindarme las herramientas necesarias para mi formación profesional y que se vieran reflejadas en este trabajo de tesis.

Al Instituto Nacional de Cancerología INCan, una institución de excelente calidad, que me permitió hacer mis estudios de Doctorado y me brindó el apoyo necesario para realizar este estudio.

A mi tutor principal el Doctor Oscar Galindo Vázquez cuyos conocimientos y su profesionalismo me permitieron llevar a cabo esta investigación, además de su apoyo, paciencia y comprensión en los momentos más complicados, muchas gracias Doctor.

Agradezco a la Doctora Mirna García Méndez por darme su apoyo y comprensión cuando más lo necesité y por sus observaciones y profesionalismo, desde la licenciatura agradezco su guía, no sería lo mismo sin usted.

A la Doctora Patricia Ortega Andeane por brindarme su apoyo y comprensión en los momentos más complicados cuando se estaba realizando este trabajo además de sus observaciones lo cual ha permitido darle consistencia a este documento.

Al Doctor Frank J. Penedo sin su colaboración este trabajo no hubiera sido el mismo, por su paciencia su profesionalismo sus amables observaciones y su conocimiento sobre el tema de la intervención, sin ellos este trabajo no hubiera sido el mismo.

Al Doctor Abelardo Meneses, director general del INCan, por las facilidades otorgadas para la conclusión de este proyecto y por su interés en los principios de la psicooncología aplicado a los pacientes.

Un agradecimiento especial al Doctor Miguel Ángel Jiménez ya que me brindó su confianza y me permitió colaborar con el Departamento de Urología para poder realizar este trabajo, además de todo el equipo de trabajo del programa OPUS, esto me permitió poder concluir de manera satisfactoria esta labor, muchas gracias por todo.

También agradezco de manera especial al equipo de psicooncología que está conformado por alumnos del Programa de Doctorado y Estudiantes de servicio social de la UNAM y otras Universidades, gracias a que hicieron el favor de revisar protocolos, manuales y presentaciones en las clases me permitieron mejorar a cada paso muchas gracias por su inapreciable apoyo.

Finalmente quisiera hacer un humilde agradecimiento a los pacientes que participaron en este proyecto, aprendí mucho a su lado y con ello, espero aportar mi granito de arena a mejorar la calidad de vida de los que vienen adelante.

## ÍNDICE

Resumen .....	1
Introducción.....	3
Capítulo 1 .....	7
Terapia cognitivo conductual en calidad de vida, estrés y satisfacción sexual en cáncer de próstata.....	7
Descripción narrativa de los hallazgos en la literatura .....	15
Capítulo 2.....	33
Cáncer de próstata.....	33
Definición.....	33
Epidemiología mundial .....	33
Epidemiología nacional .....	34
Factores de riesgo asociados.....	34
Tratamiento médico.....	37
Capítulo 3.....	40
Calidad de vida, Estrés y Satisfacción sexual en cáncer de próstata.....	40
Calidad de vida en pacientes con CaP.....	40
Validación de Instrumentos .....	48
Estudio I .....	48
Propiedades psicométricas de la Escala de Medida del Estado Actual (MOCS) en pacientes mexicanos con cáncer .....	48
Diagrama 1. Procedimiento y proceso de validación escala MOCS.....	55
Estudio II .....	67
Propiedades psicométricas del Índice Compuesto para el Cáncer de Próstata para valoración sexual (EPIC) (Apartado de función sexual) en población general .....	67
Diagrama 2. Procedimiento y proceso de validación escala EPIC .....	73
Estudio III .....	84
Intervención Cognitivo Conductual en calidad de vida, estrés y satisfacción sexual para pacientes con cáncer de próstata .....	84
Pregunta de investigación .....	85

Objetivo General .....	85
Objetivos específicos .....	85
Hipótesis.....	85
Tipo de estudio.....	86
Variables .....	86
Variable Independiente .....	86
Variables dependientes.....	86
Criterios de participación.....	87
Criterios de inclusión .....	87
Criterios de exclusión .....	88
Criterios de eliminación .....	88
Instrumentos.....	89
Consideraciones éticas .....	90
Cálculo de la muestra.....	90
Adaptación del tratamiento.....	92
Escenario .....	102
Análisis estadísticos .....	102
Resultados .....	103
Discusión.....	109
Conclusiones.....	113
Limitaciones y perspectivas futuras.....	115
Referencias .....	118
APÉNDICES.....	141
Apéndice I .....	142
Apéndice II .....	155
Apéndice III .....	161
Apéndice IV.....	168
Apéndice V .....	172

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Pregunta PIO de intervenciones con terapia cognitivo conductual para mejorar calidad de vida .....	12
Tabla 2. Pregunta PIO de intervenciones con terapia cognitivo conductual para satisfacción sexual en la pareja.....	13
Tabla 3. Datos sociodemográficos de los participantes .....	57
Tabla 4. Factores rotados para el MOCS A y B según su carga factorial .....	58
Tabla 5. Coeficientes de correlación del MOCS versión mexicana con el Termómetro de malestar emocional.....	63
Tabla 6. Datos sociodemográficos de los participantes .....	75
Tabla 7. Factores rotados para el EPIC según su carga factorial .....	76
Tabla 8. Correlaciones entre la escala EPIC y FACIT-GP .....	79
Tabla 9. Resultados de la revisión por jueces de las sesiones del manual.....	95
Tabla 10. Intervención Cognitivo Conductual CBSM.....	97
Tabla 11. Datos sociodemográficos de los pacientes intervenidos .....	104
Tabla 12. Contraste de Normalidad (Shapiro-Wilk) .....	105
Tabla 13. Resultados de la prueba Wilcoxon .....	106
Tabla 14. Tamaño del cambio clínico de las evaluaciones .....	107
Tabla 15. Tamaño del efecto de la evaluación pre-post.....	108

## INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de flujo del estudio segunda búsqueda hasta diciembre de 2021 .....	14
Figura 2. Modelo de la intervención con TCC con datos de la revisión narrativa de la literatura.....	30
Figura 3. Modelo A (estado actual auto percibido) .....	61
Figura 4. Modelo B (efectos inespecíficos).....	62
Figura 5. Modelo escala EPIC de dos factores sin el reactivo 6.....	78
Figura 6. Diagrama de flujo del progreso esperado de participantes en el estudio según la guía CONSORT .....	96
Figura 7. Formula del Cambio Clínico Objetivo (CCO).....	102

## Resumen

**Introducción:** En México, se registraron 25,049 casos de cáncer de próstata (CaP), 10.6 por cada 100,000 habitantes, representa la segunda causa de muerte por cáncer en México. Los pacientes presentan alteraciones en su calidad de vida entre ellas alteraciones físicas: 25 % presenta fatiga; la capacidad de tener erecciones se reduce entre un 50% y 60% inmediatamente después del tratamiento, dos años después de la intervención entre un 40% y un 70% no recuperan su función sexual previa. **Objetivos:** Evaluar los efectos de la Terapia Cognitivo Conductual para el Manejo del estrés (CBSM) en calidad de vida, estrés y satisfacción sexual en un grupo de pacientes con CaP. **Método:** Se validaron dos instrumentos MOCS para estrés, EPIC para satisfacción sexual, se realizó CBSM, con un diseño preexperimental con pretest y post test. Análisis estadísticos: Prueba no paramétrica Wilcoxon, Prueba D de Cohen y cambio clínico objetivo. **Resultados:** Participaron 11 pacientes de los cuales ocho concluyeron la intervención de diez sesiones, hubo cambio clínico en áreas de las escalas estrés CCO= (24-67), satisfacción sexual CCO= (51-56), en el tamaño del efecto hubo cambios en estrés D= (0.42-1.0), satisfacción sexual D= (0.64-0.77) y calidad de vida D= (0.21-0.66). **Conclusiones:** Hubo adecuados tamaños del efecto y cambio clínico en la intervención realizada, hay aspectos a considerar como el nivel de alfabetización en pacientes antes de realizar la intervención, es importante mejorar la comunicación con el personal médico, en futuros estudios es importante incrementar el número de pacientes y realizar ensayos clínicos.

Palabras clave: *Cáncer de próstata, Terapia cognitivo conductual, Estrés, Satisfacción sexual, Calidad de vida*

## Abstract

**Introduction:** In Mexico, 25,049 cases of prostate cancer (PC) were recorded, which is 10.6 per 100,000 inhabitants and is the second leading cause of cancer death in Mexico. Patients experience changes in their quality of life, including physical changes: 25% experience fatigue; the ability to have erections is reduced by 50% to 60% immediately after treatment, and 40% to 70% do not recover their previous sexual function two years after the intervention. **Objectives:** To evaluate the effects of Cognitive Behavioral Therapy for Stress Management (CBSM) on quality of life, stress, and sexual satisfaction in a group of patients with PC. **Method:** Two instruments were validated, MOCS for stress and EPIC for sexual satisfaction, CBSM was performed with a pre-experimental design with pretest and post-test. Statistical analysis: Wilcoxon non-parametric test, Cohen's D test, and objective clinical change. **Results:** eleven patients participated, of whom eight completed the ten-session intervention. There was a clinical change in areas of the stress scales CCO= (24-67), sexual satisfaction CCO= (51-56), and there were changes in the effect size in stress D= (0.42-1.0), sexual satisfaction D= (0.64-0.77), and quality of life D= (0.21-0.66). **Conclusions:** There were adequate effect sizes and clinical changes in the intervention performed. There are aspects to consider such as the level of literacy in patients before performing the intervention. It is important to improve communication with medical personnel. In future studies, it is important to increase the number of patients and conduct clinical trials.

*Keywords: Prostate cancer, Cognitive behavioral therapy, Stress, Sexual satisfaction, Quality of life*

## Introducción

A nivel mundial, el cáncer de próstata (CaP) es el segundo tipo más común de cáncer y el quinto que causa más muertes en hombres con un estimado de 1,414,000 y ha causado 375,304 de muertes estimadas, el CaP es el más frecuentemente diagnosticado en 112 naciones y es la principal casusa de muerte en 48 países (Chhikara & Parang, 2023; Sung et al., 2021; Wang et al., 2022).

En México, se registraron 26,742 casos de CaP ubicándose en el segundo tipo de neoplasia más frecuente en la población masculina (42.2 por cada 100,000 habitantes), cuando la cifra de muertes por dicho cáncer fue de 7,457 (10.6 por 100,000 habitantes) lo cual representa la primera causa de muerte por cáncer en México (Sung et al., 2021; Torres-Sánchez et al., 2023; Wang et al., 2022).

El deterioro físico, la pérdida de independencia y la carga emocional inherentes al proceso del cáncer y sus tratamientos hacen que los pacientes se encuentren más propensos a ver mermada su calidad de vida, vida sexual y a la par verse afectados en aspectos emocionales (Bourke et al., 2015; Chen et al., 2014; Espinoza, 2018; Monga et al., 2005; Watts et al., 2014).

En revisiones sistemáticas se han identificado diversas alteraciones físicas: 25 % con fatiga (Monga et al., 2005); 10% a 15% presenta flujo de orina débil o flujo interrumpido, problemas urinarios entre 50% a 60%, y 70% dolor debido a metástasis (Chen et al., 2014), algunos estudios identifican una prevalencia de depresión clínicamente significativa después del tratamiento en un 8.2% (Kishan & Collins, 2021) y de probable depresión en el primer año del diagnóstico en un 38%, en 20% seis a siete años después del diagnóstico, como factores de riesgo se ubican la falta de empleo, ser afroamericano, edad más joven, antecedentes de depresión, entre otros (Erim et al., 2019), se han encontrado niveles de ansiedad entre un 10.9% a un 28.3% relacionado con bajos niveles educativos, finalmente, 9.8% presentó miedo a la recurrencia (Sánchez et al., 2020).

En el caso de pacientes con cáncer de próstata (CaP), los niveles de afectación oscilan entre 60% a 50% de disfunción después del tratamiento, después a dos años, entre 40% a un 70% no regresan a su función sexual previa al tratamiento. Entre un 25% a 50% va a experimentar disfunción eréctil (DE) después la radioterapia (Johns Hopkins Medicine, 2020).

Por ello es importante su estudio no solo en el aspecto médico sino también en el psicológico, es necesario contar con intervenciones psicológicas sustentadas en la evidencia para mejorar su calidad de vida y atender el sufrimiento emocional que afecta a estos pacientes.

La búsqueda narrativa de la literatura reciente apunta a la ausencia de estudios de intervención cognitivo conductual basada en evidencia en pacientes con CaP en población mexicana, esto muestra la relevancia de realizar esta intervención y reportar los datos obtenidos en este grupo de pacientes.

Es importante identificar las variables psicológicas susceptibles a modificarse mediante una intervención cognitivo conductual como son calidad de vida, estrés y satisfacción sexual. A continuación, se realizó una revisión narrativa de la literatura basada en la evidencia sobre las intervenciones en calidad de vida, estrés y la satisfacción sexual de los pacientes con cáncer de próstata, se hizo necesario hacer validación de escalas para medir de manera adecuada dichos los constructos.

El Estudio I consistió en la validación de la Escala de Medida del Estado Actual (MOCS), el Estudio II la validación del Índice Compuesto para el Cáncer de Próstata para valoración sexual (EPIC). Después en el Estudio III antes de la intervención, se realizó una adaptación cultural del manual de la Terapia Cognitivo Conductual para el Manejo del estrés (CBSM) ya que estaba ya traducido al español en pacientes latinos (Penedo et al., 2006a), finalmente se aplicó dicha Terapia CBSM a ocho pacientes con CaP que fueron invitados a participar mediante la aceptación del consentimiento informado, dicho procedimiento consistió en 10 sesiones grupales semanales, la intervención fue eficaz para mantener o mejorar las variables de estrés, satisfacción sexual y algunas áreas de calidad de vida en estos pacientes como son la Función física, emocional y cognitiva.

La elaboración de esta tesis de doctorado brinda información importante para contribuir al conocimiento científico en el campo de la psicología clínica. Los resultados de esta investigación pueden ayudar a los profesionales de la salud a comprender mejor cómo la terapia cognitivo conductual puede mejorar la calidad de vida, reducir el estrés y mejorar la satisfacción sexual de los pacientes con cáncer de próstata. Además, proporciona información importante sobre cómo adaptar la terapia cognitivo conductual para satisfacer las necesidades específicas de los pacientes mexicanos con cáncer de próstata. Es importante destacar que la investigación en este campo es crucial para identificar métodos basados en evidencia para mejorar la calidad de vida, reducir el estrés e incrementar la satisfacción sexual de los pacientes con cáncer de próstata y para desarrollar tratamientos más efectivos y personalizados para esta enfermedad.



## Capítulo 1

### Terapia cognitivo conductual en calidad de vida, estrés y satisfacción sexual en cáncer de próstata

#### Introducción

La terapia cognitivo conductual (TCC) ha mostrado efectos consistentes en el bienestar psicológico de los pacientes con cáncer, en variables como estrés, ansiedad, depresión, dolor, fatiga, insomnio y para promover estrategias de afrontamiento más adaptativas (Galindo et al., 2013). Los objetivos de la terapia cognitivo conductual en pacientes oncológicos se dividen en dos grupos: problemas psicológicos asociados al diagnóstico, tratamiento, periodo de seguimiento y manejo de efectos secundarios del tratamiento oncológico como: náusea, vómito, dolor, insomnio, incontinencia y disfunción sexual (Redd et al., 2001), los hallazgos sugieren efectos positivos significativos en esta población (Galindo et al., 2013).

En el caso del CaP se tienen como antecedentes los trabajos de (Penedo et al., 2006b) que muestran la eficacia del tratamiento con TCC, estos autores realizaron una intervención con 191 pacientes que fueron sometidos a prostatectomía radical o radioterapia en estadios I y II (40%) blancos no hispanos, hispanos (41%) y negros (18%), de otra etnia (1%). Los participantes fueron aleatorizados en dos grupos el primero en grupo experimental con TCC (relajación con respiración diafragmática, muscular, psicoeducación, manejo de distorsiones cognitivas, afrontamiento, desarrollo de habilidades sociales) una sesión semanal de dos horas por diez semanas o un grupo control que participó en un seminario de 5 semanas las diferencias pre y post son de  $p < .01$  y diferencia entre grupos del  $p < .001$ , los resultados concuerdan en que el tratamiento psicológico con TCC mejora la calidad de vida y que estos cambios obedecen al desarrollo de habilidades para controlar el estrés.

En un ensayo controlado aleatorizado (Wootten, Meyer, Abbott, Chisholm, Austin, Klein, McCabe & Costello, 2017) observan la necesidad de evaluar la eficacia de una intervención cognitivo conductual en aspectos sexuales, se realizó en tres grupos que

recibieron la intervención sola, la intervención más un foro en línea y el último grupo solo recibió el foro en línea, se reclutaron 142 pacientes con cáncer localizado, se midió malestar emocional, sexualidad y ajuste de la relación de pareja y se realizó un seguimiento a tres y seis meses. La intervención psicológica demostró ser efectiva para mejorar el bienestar psicológico, la satisfacción sexual y la relación de pareja.

Por lo cual se propone en este estudio realizar una búsqueda narrativa de la literatura para conocer los alcances de la intervención psicológica cognitivo conductual en los pacientes con CaP en su calidad de vida, estrés y satisfacción sexual.

### **Planteamiento del problema y justificación de la búsqueda narrativa de la literatura**

El deterioro físico, la pérdida de independencia y la carga emocional inherentes al proceso del cáncer y sus tratamientos hacen que los pacientes se encuentren más propensos a ver mermada su calidad de vida, y verse afectados en aspectos emocionales (Bourke et al., 2015; Chen et al., 2014; Espinoza Bello et al., 2020; Monga et al., 2005; Watts et al., 2014). Por lo que es necesario contar con intervenciones sustentadas en la evidencia para atender a este grupo de pacientes para mejorar su calidad de vida y atender el sufrimiento emocional.

Por lo que se realizó una revisión de la literatura para extraer las variables que son susceptibles a modificarse mediante TCC como calidad de vida, ansiedad, depresión y satisfacción sexualidad. La TCC se ha aplicado con éxito en pacientes con CaP en países como Estados Unidos, Reino Unido, o Australia, sin embargo, hasta el día de hoy, existe escasa literatura acerca de la TCC en pacientes mexicanos con CaP, además de que la evidencia de la aplicación en los mismos es prácticamente nula, dadas las características diferentes en ambos grupos, se debe considerar la validez ecológica de las investigaciones en México para considerar la idiosincrasia, aspectos culturales ente otros aspectos que no permiten que se puedan generalizar totalmente los resultados obtenidos en otros países.

## **Métodos**

### **Objetivos**

Evaluar la efectividad de la intervención cognitivo conductual en los pacientes con cáncer de próstata para mejorar calidad de vida y mejorar la satisfacción sexual.

### **Métodos**

Criterios de selección de estudios para esta revisión:

### **Tipos de estudios**

Artículos que haya hecho revisiones sistemáticas con y sin metaanálisis además de ensayos controlados aleatorizados (The Centre for Evidence-Based Medicine, 2016).

### **Tipos de participantes**

Etapas clínicas I a IV en pacientes con cáncer de próstata que estén en tratamiento activo, seguimiento o supervivencia, se incluyen estudios que impliquen intervención en pareja.

### **Tipos de intervenciones**

Debido a que la Terapia Cognitivo Conductual es la que ha demostrado efectos en pacientes con cáncer (Galindo et al., 2013) se consideró centrar la búsqueda narrativa en dicha intervención psicológica. Además, dentro de las características de este tipo de terapia es que su actuar está basado en formulaciones, datos y predicciones comprobadas (Caballo, 2015), cuenta con una teoría unificada de la personalidad y la psicopatología con importantes datos empíricos asimismo ha sido aplicada en distintas poblaciones con resultados eficaces (Beck, 2000).

Terapia Cognitivo Conductual: Se centra en la relación entre pensamientos, sentimientos y comportamientos; ataca los problemas y síntomas actuales; y se centra en el cambio de patrones de conductas, pensamientos y sentimientos que conducen a dificultades en el funcionamiento de la persona (American Psychological Association, 2018). Otras intervenciones derivadas son desarrolladas en formatos grupales, hechas en forma de

paquetes de entrenamiento en habilidades de relajación, técnicas de reestructuración cognitiva, habilidades sociales e instrucciones en automonitoreo en estresores ambientales (Antoni et al., 1991).

Se incluirán aquellas intervenciones que usen una o combinación de las siguientes terapias psicológicas:

- Terapia cognitiva
- Terapia cognitiva conductual
- Terapia conductual

Se incluyeron intervenciones grupales, individuales o de pareja, vía telefónica, online o visita clínica o una combinación de estas por personal entrenado.

Se incluyeron aquellos que tuvieron sesiones semanales y/o dividida en módulos que incluya dentro de sus tratamientos relajación (respiración diafragmática, relajación muscular e imaginación), apoyo social, estrategias cognitivas y comunicación efectiva, afrontamiento enfocado a los retos del cáncer, sexualidad y masculinidad, intimidad y planeación del futuro.

Uno, algunos, todos o una combinación de ellos, se consideró aquellos estudios que los incluyeron, aunque procedimiento no estuviera descrito de manera exhaustiva en los artículos revisados.

Se excluyeron estudios que involucraron:

Intervenciones quirúrgicas o farmacológicas.

- Involucren terapias alternativas como acupuntura, masajes o medicina alternativa.
- Involucren otros tipos de cáncer relacionados o no con el cáncer de próstata.
- Involucren personal que no haya sido entrenado para otorgar el tratamiento.

### **Grupo de control o de comparación**

Se incluyeron estudios realizados con TCC versus el cuidado habitual o falta de tratamiento y lista de espera en los ensayos controlados aleatorizados.

Sin tratamiento: es una condición de control en la que los participantes no reciben tratamiento activo durante el estudio y en el que no esperan recibirlos una vez finalizado el estudio (Zhou et al., 2017).

Cuidado o tratamiento habitual: Tratamiento que los expertos en medicina aceptan como apropiado para determinado tipo de enfermedad y que los profesionales de la salud usan de manera amplia (Instituto Nacional del Cáncer, 2019). El tratamiento habitual no se considera psicoterapia estructurada, pero puede tener algunos efectos de tratamiento (Zhou et al., 2017).

Lista de espera: es una condición de control en la cual los participantes no reciben tratamiento activo durante el estudio, pero se les advierte que pueden recibir uno después de que finalice el período de estudio (Zhou et al., 2017).

Medición de las variables

### **Tipos de medidas de evaluación**

En este estudio se consideraron medidas estandarizadas o cuestionarios, aunque no sean siempre los mismos para medir las variables que se nombran a continuación.

#### **Las variables principales fueron:**

- Calidad de vida
- Satisfacción sexual

#### **Las variables secundarias para considerarse fueron:**

- Estrés
- Ansiedad
- Depresión

Las preguntas PIO son las siguientes:

- ¿Para los pacientes con cáncer de próstata en etapas clínicas I a IV es efectiva la terapia cognitivo conductual para conseguir una mejor calidad de vida?

- ¿Para los pacientes con cáncer de próstata en etapas I a IV y sus parejas es efectiva la terapia cognitivo conductual para conseguir mejorar la satisfacción sexual?

**Tabla 1.** *Pregunta PIO de intervenciones con terapia cognitivo conductual para mejorar calidad de vida*

<b>Paciente</b>	<b>Intervención</b>	<b>Resultado</b>
<b>Cáncer de próstata cualquier estadio y tratamiento</b>	Terapia cognitiva Terapia cognitiva conductual Terapia conductual Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (aceptación y compromiso, activación conductual).	calidad de vida

**Tabla 2.** *Pregunta PIO de intervenciones con terapia cognitivo conductual para satisfacción sexual en la pareja*

<b>Paciente P</b>	<b>Intervención I</b>	<b>Resultado O</b>
<b>Cáncer de próstata cualquier estadio y tratamiento</b>	Terapia cognitiva Terapia cognitiva conductual Terapia conductual Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (aceptación y compromiso, activación conductual).	Satisfacción Sexual

## **Métodos de búsqueda para la identificación de estudios**

### **Búsquedas electrónicas**

Se realizaron una serie de búsquedas sugeridas según el método de (Landa & Arredondo, 2014) en las siguientes bases de datos:

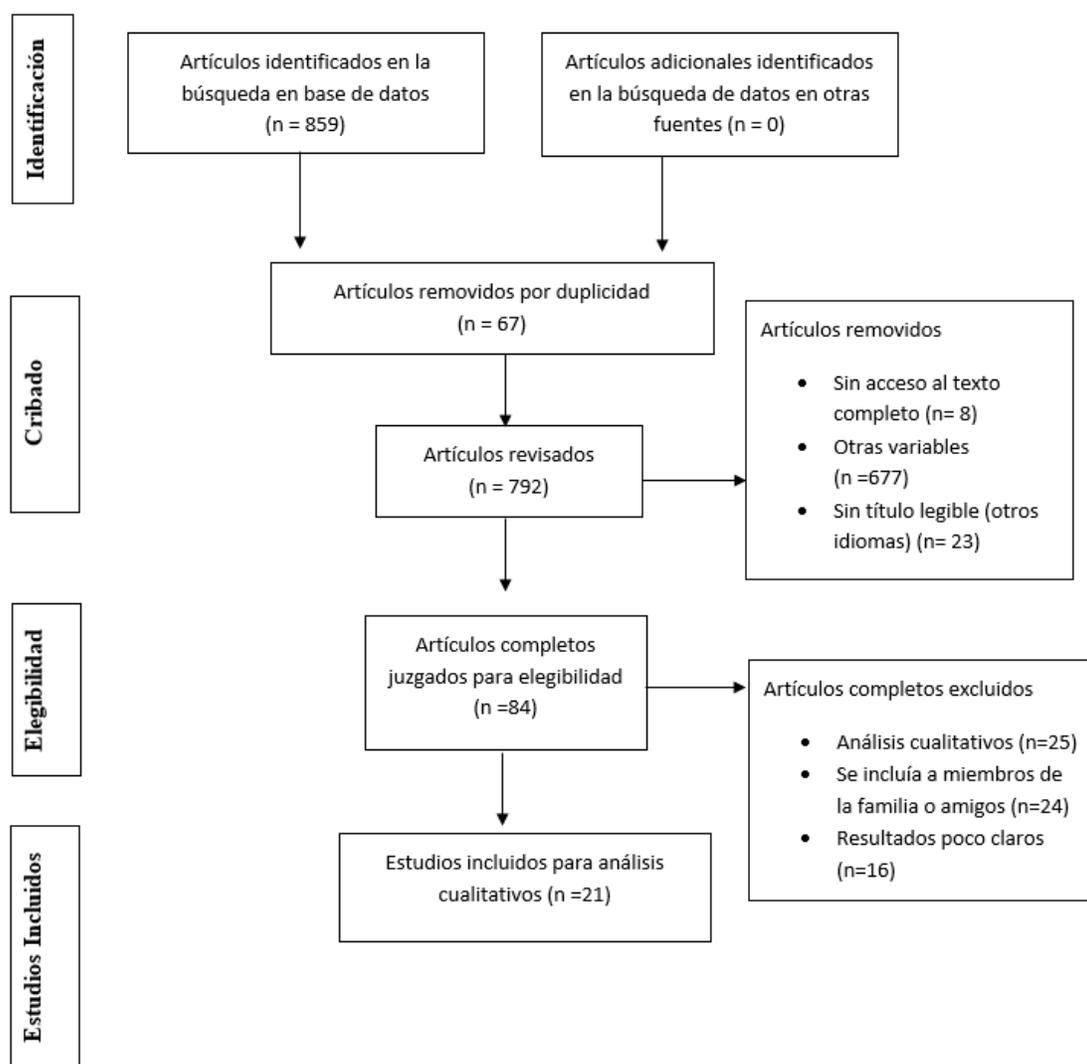
- MEDLINE (Ovid) (1946 a noviembre de 2018) (marzo de 2019)
- PsycINFO (Ovid) (1950 a noviembre de 2018) (marzo de 2019)
- Web of Science (Clarivate) (1900 a noviembre de 2018) (marzo de 2019)
- The Cochrane Library (2005 a noviembre de 2018) (marzo de 2019)

Finalmente se volvió a correr una búsqueda complementaria para actualizar la información en pacientes con etapa clínica IV.

- MEDLINE (Ovid) (1946 a noviembre de 2021) (diciembre de 2021).

Para más información, ver el Apéndice I.

**Figura 1.** Diagrama de flujo del estudio segunda búsqueda hasta diciembre de 2021



*Nota:* Los resultados poco claros se refiere a que la redacción de los resultados en los estudios excluidos no permite realizar una inferencia adecuada de la eficacia o cambios producidos en los grupos debido a la intervención realizada en esas investigaciones.

## Descripción narrativa de los hallazgos en la literatura

### **Calidad de vida**

Daubenmier et al. (2006) realizaron un ensayo aleatorizado que evaluó el impacto de los cambios en el estilo de vida sobre la progresión del CaP en etapa temprana en pacientes que eligen vigilancia activa. Los sujetos cumplieron con las siguientes características: niveles de antígeno prostático de 4-10 ng/mL y puntaje de Gleason <7. Se evaluaron las siguientes variables: PCS (puntuación de salud física), MCS (puntuación de salud mental), estrés percibido, función sexual y subescalas SF-36 para calidad de vida.

El grupo control contó con un total de 42 sujetos; los cuales se sometieron a un diseño de consentimiento aleatorizado para limitar la cantidad de información que obtuvieron para evitar que realizaran cambios en su estilo de vida. El grupo intervenido contó con 40 individuos los cuales, durante 12 meses, consumieron dieta vegana con un total de 10% de grasa; 180 minutos semanales de ejercicio moderado y 60 minutos de manejo de estrés diario que consistió en estiramiento consciente, técnicas respiratorias, meditación, visualización y relajación progresiva. Los resultados sugieren que el cambio en el estilo de vida de los pacientes está relacionado positivamente con la mejora en la calidad de vida en los aspectos físico, mental y en la función sexual, además de la reducción del estrés percibido por estos pacientes. Lo cual, puede retrasar la progresión del cáncer en estadio temprano bajo vigilancia activa (Daubenmier et al., 2006).

Lepore et al. (2003) realizaron un ensayo aleatorizado que tuvo como objetivo aportar evidencia del beneficio de las intervenciones educativas grupales enfocada a hombres tratados por CaP localizado para mejorar su calidad de vida. Los individuos fueron seleccionados a través de los siguientes criterios de elegibilidad: sin antecedentes de otro cáncer, residencia a no más de una hora de distancia del sitio de intervención y no metastásico al momento del diagnóstico. Se empleó SF-36, índice de comportamientos saludables, calificación a las dinámicas empleadas al estudio, conocimientos acerca de CaP, escala de depresión, Índice de cáncer de próstata UCLA.

Se trabajó con tres grupos de comparación, cada uno de los cuales constó de ocho grupos separados por cada experimento de diez a doce sujetos.

El grupo control consistió en pacientes que siguieron solo el cuidado médico estándar; el segundo grupo acudió a las conferencias impartidas por expertos en CaP, con posibilidad de realizar preguntas al final de cada conferencia, pero sin discutir el tema con los demás participantes; al tercer grupo se les entregaron lecturas y se les dio tiempo a los participantes a discutir este material, además se les permitió invitar a un acompañante para la dinámica. A un año de seguimiento los hombres del tercer grupo estaban menos molestos por problemas sexuales que los hombres de la condición control, y presentaron mayor permanencia en sus empleos, que los hombres del primer y segundo grupo (Lepore et al., 2003).

Las intervenciones educativas grupales mejoraron la calidad de vida; especialmente si tenían un nivel educativo más bajo; las intervenciones beneficiaron a los participantes dotándolos de conocimientos más específicos acerca de su enfermedad, adopción de comportamientos más saludables, mejoras en el funcionamiento físico, incremento de la estabilidad laboral y menos molestias en funcionamiento sexual (Lepore et al., 2003).

En Penedo et al. (2004) se implementaron técnicas de manejo de estrés conductivo-conductuales para mejorar la calidad de vida en hombres que se encontraban en recuperación del tratamiento del carcinoma de próstata. Los participantes debían ser mayores a 50 años, haber sido sometidos a prostatectomía o radioterapia en estadio I o II en los últimos 18 meses, tener un nivel de comprensión de lectura mayor a 9<sup>o</sup>, estar libres de deterioro cognitivo, sin problemas psiquiátricos dependencia de alcohol u otras drogas, se emplearon las escalas FACT-G, MOCS (Penedo et al., 2004).

Los grupos de estudio se reunieron una vez a la semana durante dos horas, en donde incluía 90 minutos de asesoría didáctica, así como 30 minutos de entrenamiento de relajación. Los temas incluidos para el manejo del estrés para el enfoque conductivo conductual, además del material informativo relacionado con diagnóstico y tratamiento se enseñó la fisiología del CaP, mecánica y tratamiento de la disfunción sexual, comunicación de inquietudes médicas con la familia, amigos y proveedores médicos. Se

alentó a los participantes a practicar habilidades de relajación a diario. Este estudio encontró que la participación de la intervención CBSM se asoció a una significativa mejora en la calidad de vida general. Los resultados sugieren que la intervención CBSM abordó adecuadamente las necesidades de calidad de vida y las habilidades para la gestión adecuada del estrés en una muestra de hombres tratados por CaP (Penedo et al., 2004).

Traeger et al. (2011) realizaron un estudio en dónde se probó el modelo del comportamiento cognitivo de manejo de estrés (CBSM), con estrategias introducidas (por ejemplo: relajación, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, habilidades interpersonales relacionadas con la salud y con aspectos emocionales, que se reflejan en la calidad de vida de los pacientes para generar cambios en la percepción de hombres en tratamiento por CaP. Para este estudio, se seleccionaron hombres sometidos a terapia hormonal, con deterioro cognitivo o con síntomas psiquiátricos inestables.

Previo a la intervención, se aplicaron cuestionarios validados para dar seguimiento al bienestar emocional, percepción de la enfermedad, estrés diario además de función sexual y urinaria. Se contó con un total de 257 participantes, que fueron asignados aleatoriamente a dos grupos: el primero, el grupo control contó con 109 participantes a los cuales se les impartió un único seminario CBSM con duración de medio día; el grupo intervención estuvo integrado por 148 participantes a los cuales se les impartieron 2 horas semanales de seminario CBSM, durante 10 semanas. Los participantes del grupo intervención mostraron mejoras en el bienestar emocional en relación con los participantes control ( $\beta = 0.13$ ,  $p < 0.05$ ) (Traeger et al., 2011).

Bourke et al. (2015) realizaron una búsqueda sistemática y síntesis narrativa de pruebas de ensayos controlados aleatorizados de intervenciones de apoyo para mejorar la calidad de vida específica para CaP. Después de una búsqueda y selección de la literatura, se trabajó con 20 artículos que fueron consultados en PubMed y Embase, en total se sintetizó evidencia de 2654 sobrevivientes en estadios I-IV de CaP, con tratamientos diversos (radioterapia, prostatectomía, terapia hormonal, entre otras).

Las intervenciones de los cambios en el estilo de vida de las referencias consultadas fueron: Intervenciones con ejercicio físico, dieta, solos y ejercicio físico y dieta en conjunto; intervenciones de apoyo educacional: con enfoques multidisciplinarios, provisión de literatura y recursos en línea y cuidado estándar mejorado; intervención con enfoque conductivo conductual y coordinación de cuidados de supervivencia e interfaz con atención primaria. En esta revisión, se determinó que las intervenciones de apoyo que presentaban enfoques personalizados e interacción de apoyo con personal especializado tuvieron la evidencia más convincente en incrementos de la calidad de vida específica para CaP. Gran parte de estos datos provienen de intervenciones en el estilo de vida de los pacientes (Bourke et al., 2015).

En otro estudio se quiso determinar si la terapia cognitiva basada en la atención plena (MBCT) reduce la angustia en hombres con CaP avanzado. Los participantes fueron asignados aleatoriamente en dos grupos: el grupo control, en el que a los participantes se les daba atención habitual y el grupo intervención, a los cuales se les dio MBCT mediante teleconferencia durante 8 semanas con especialistas oncológicos y monitoreo de las conferencias por especialistas en MBCT con evaluaciones al momento de iniciar la intervención, a los 3, 6 y 9 meses. La calidad de vida fue medida con el cuestionario FACT-P. No se obtuvieron mejoras en la calidad de vida en ninguno de los dos grupos, tampoco se observaron beneficios en la angustia psicológica al paso del tiempo (Chambers et al., 2017).

Faithfull et al. (2011) en un estudio, se evaluó la viabilidad de una intervención de autosugestión para apoyar a los hombres a hacer frente a síntomas del tracto urinario inferior, consecuencia del tratamiento de radioterapia para CaP. Se realizó el estudio con 15 sujetos que presentaban síntomas urinarios moderados a severos después de 3 meses o más del tratamiento por radioterapia. Los problemas urinarios se midieron antes de la intervención y después de 4 meses de está a través de los puntajes internacionales de síntomas prostáticos (IPSS).

La intervención de autosugestión comprendió ejercicios musculares pélvicos, reentrenamiento de la vejiga, educación del paciente además de estrategias de resolución y afrontamiento de problemas. Las puntuaciones de calidad de vida

relacionada con la salud mostraron cambios después de la intervención; los hombres estaban menos angustiados emocionalmente que antes de la intervención: las puntuaciones medias de los ítems aumentaron de 83.3 a 100 ( $p < 0.05$ ). Además, la calidad de vida relacionada a los síntomas urinarios de los hombres también presentó mejora en donde las puntuaciones medias de los ítems se redujeron de 29.17 a 22.22 ( $p < 0.05$ ). Por lo tanto, la disminución de la angustia emocional y los problemas asociados con la función urinaria sugieren que la intervención tuvo un impacto positivo en la calidad de vida (Faithfull et al., 2011).

Mazzarello et al. (2015) realizaron una revisión sistemática que tiene por principal objetivo evidenciar la efectividad de las intervenciones de apoyo para hombres con CaP. En este estudio se revisaron estudios de motores de búsqueda tales como MEDLINE, EMBASE, Psycinfo en donde se tomaron en cuenta ensayos controlados aleatorizados y ensayos controlados. En este estudio, se evaluaron 26 estudios y se tomó en cuenta un total de 2740 pacientes. Las intervenciones se administraron antes, durante y después del tratamiento primario, las intervenciones fueron diversas: educativas, discusiones con profesionales de la salud, tarea, apoyo de amigos y familiares, terapia conductivo conductual, reestructuración cognitiva, psicoeducación, reiki y relajación.

En la mayoría de ellas tiene una duración de 5-10 semanas. Los resultados de interés en estos estudios fueron la calidad de vida, bienestar emocional, salud psicológica, comportamientos saludables, salud física y datos de rentabilidad. En total de los 26 estudios evaluados 22 midieron calidad de vida. En estos, un total de siete estudios demostraron que las intervenciones realizadas mejoraron calidad de vida en comparación con el grupo control y 6 de estos ensayos utilizaron las escalas SF-36 o FACT-G27. En cuanto a la revisión cualitativa, se describen las experiencias de los hombres para lidiar con la reducción de su calidad de vida. (Mazzarello et al., 2015).

En otro estudio, se evaluó la eficacia a corto plazo de una intervención prequirúrgica para el manejo del estrés para reducir las alteraciones del estado de ánimo y mejorar la calidad de vida en hombres sometidos a prostatectomía. Para esto, se reunieron 159 participantes, los cuales se asignaron aleatoriamente a tres grupos: el primero en el cual se les dio una intervención de control prequirúrgico de dos sesiones

más dos refuerzos; un grupo de atención de apoyo de dos sesiones (más dos refuerzos) o un grupo de atención estándar (Parker et al., 2009).

Para la evaluación de calidad de vida en los participantes se les aplicó el cuestionario SF-36 y se empleó el Índice de Cáncer de Próstata de la Universidad de California (PCI). Las mediciones de estas variables se llevaron a cabo un mes antes de la cirugía, una semana antes, la mañana de la cirugía, seis semanas, 6 meses y un año posterior a la cirugía (Parker et al., 2009).

Hubo cambios significativos con el tiempo para la función urinaria, limitación urinaria, molestia urinaria, función sexual y preocupación por el cáncer ( $p=0.05$ ). Para la mayoría de las escalas la calidad de vida para estos pacientes disminuyó desde seis semanas posteriores a la cirugía y continuo con esta tendencia a los 6 meses, mejorando a los 12 meses posteriores a la cirugía. Estos resultados sugieren que proporcionar a los pacientes con CaP una breve intervención de control de estrés antes de la cirugía puede mejorar los aspectos físicos generales de la calidad de vida hasta un año posteriores a la cirugía (Parker et al., 2009).

Traeger et al. (2013) evaluaron una intervención grupal de manejo de estrés cognitivo conductual con una duración de 10 semanas en sobrevivientes de CaP. Se contó con 257 participantes en tratamiento de CaP localizado (prostatectomía o radioterapia) en los últimos 18 meses, en estadio I o II, los cuales fueron asignados aleatoriamente. El bienestar emocional fue evaluado con el cuestionario FACT-G en el periodo de pre-intervención y 12 semanas posteriores a esta. Los participantes del grupo intervenido mostraron mejoras mayores en el bienestar emocional en relación con los participantes del grupo control ( $\beta= 0.13$ ,  $p <0.05$ ). En este estudio, se concluyó que la percepción del CaP pueden ser un objetivo importante para mejorar el bienestar emocional, particularmente para los hombres que experimentan estrés general en su estilo de vida.

Yanez et al. (2015) propusieron un programa de salud para el cuidado de pacientes con CaP, la cual consistió en una intervención grupal CBSM (relajación y manejo de estrés) disponible en internet comparado con un grupo de promoción de salud.

Uno de los principales objetivos fue evaluar la participación y retención de hombres mayores con CaP avanzado en un ensayo aleatorizado y controlado con una intervención dirigida a la carga de síntomas y calidad de vida; además, evaluar la satisfacción de los participantes con la intervención. Para este estudio se utilizaron los siguientes criterios de aceptabilidad: hombres mayores de 50 años, que hablaban inglés, con CaP en estadio III o IV al momento del diagnóstico, estar bajo tratamiento de privación de andrógenos y radiación de los últimos 6 meses. En estos pacientes se midió calidad de vida con el cuestionario FACT-G al inicio del estudio y a los 6 meses posteriores a la intervención; los participantes en la condición CBSM mostraron mejores resultados que los participantes en el control.

Isa et al. (2013) determinaron el impacto del entrenamiento de relajación muscular progresiva aplicada en la calidad de vida en pacientes con CaP. Este estudio se realizó con dos grupos de comparación: el grupo experimental, que fue intervenido con el programa de entrenamiento aplicado de relajación muscular progresiva (APMRT), el cual consistió en dos horas de terapia en seis módulos durante un periodo de seis meses. Se utilizó la prueba SF-36 fue aplicado a ambos grupos antes del estudio, a los 4 meses y a los 6 meses posteriores a la intervención. En total 77 pacientes participaron en el grupo intervención y 78 en el grupo de comparación.

Al finalizar el estudio, solo 90.9% en el grupo intervención y 87.2% en el grupo de comparación participaron en el estudio. Hubo diferencias significativas entre los grupos de intervención y comparación para el resumen del componente mental (MCS) ( $p = 0.032$ ) y los puntajes generales de calidad de vida relacionada con la salud ( $p = 0.042$ ). Aunque los resultados MCS y de calidad de vida fueron estadísticamente significativos, los tamaños del efecto fueron pequeños, lo cual podría deberse a que la intervención tuvo una duración de seis meses únicamente. La mejora en MCS y en calidad de vida mostró un potencial positivo de la intervención APMRT en pacientes con CaP (Isa et al., 2013).

En otro estudio se analizó la eficacia de las terapias de grupo para mejorar la calidad de vida de los hombres tratados por CaP localizado por medio de prostatectomía radical y presentar disfunciones relacionadas con el tratamiento: incontinencia urinaria y

disfunción eréctil. Se reportaron los efectos secundarios relacionados al tratamiento para incontinencia urinaria y disfunción eréctil de bajo nivel (Perchon et al., 2008).

La incontinencia urinaria fue evaluada con el cuestionario de salud de King (KHQ), la disfunción eréctil fue evaluada usando el índice internacional de función eréctil (IIEF-SF). La intervención consistió en brindar a los participantes una serie de herramientas para manejar el manejo del estrés. Los tópicos incluyeron enfoques cognitivos de comportamiento y material informativo de diagnóstico y tratamiento. Se realizaron sesiones semanales de terapia de grupo con una duración de 90 minutos, durante seis meses. Se realizaron tres meses de seguimiento. Todas las variables fueron comparadas al inicio y al final del estudio con la prueba t de Student para grupos relacionados, además el análisis múltiple se llevó a cabo usando regresión lineal múltiple. Las puntuaciones de la percepción general de salud disminuyeron en el final del estudio ( $p=0,000$ ), al igual que la puntuación de la incontinencia urinaria ( $p=0,023$ ), lo que indica mejoría en ambos factores. La terapia propuesta en este estudio resultó ser eficaz para mejorar la percepción de calidad de vida en estos pacientes (Perchon et al., 2008).

En otro estudio sobre terapias psicológicas basadas en CBSM vía web en pacientes con CaP avanzado (Penedo et al., 2020) reporta que en si estudio para mejorar calidad de vida. Se emplearon la escala FACT-G, EPIC, PROMIS, FSI, Cuestionario de dolor de McGill, MAX-PC, Escala ABS, Ecala SIP, Escala PSS, IES-R y PAI. No se identificaron cambios en la calidad de vida, se identificaron cambios en la satisfacción sexual una vez que se controló el estatus marital, raza, tratamiento, edad y tiempo desde el diagnóstico del cáncer  $p=0.004$ . Los hombres en el grupo de tratamiento con CBSM reportaron mayor habilidad para relajarse, y ambos grupos reportaron menores niveles de ansiedad, distrés, y mayores sentimientos de cohesividad con otros pacientes, se deben considerar otros factores moderadores para el desarrollo e implementación de las intervenciones.

Finalmente, en otra investigación en pacientes con CaP avanzado con intervención CBSM vía Web, (Penedo et al., 2021) con objetivo de identificar si el tratamiento mitigaba el estrés a nivel biológico en pacientes con cáncer avanzado, 192 pacientes fueron sometidos a una intervención CBSM, se les tomaron muestras

sanguíneas para medir niveles de CRP e interleucinas, también muestras de saliva 30 minutos después de despertar, en la tarde y noche por dos días consecutivos como línea base, a los seis y doce meses, se analizaron los datos con un modelo mixto, el grupo control o de promoción de la salud disminuyó niveles de interleucinas de la línea base a seis meses pero se incrementaron de nuevo a los doce meses. Contrario a la hipótesis, la intervención CBSM no generó cambios en los marcadores inflamatorios y en nivel de cortisol, se especula que la intervención se asoció con niveles saludables de cortisol por el ritmo circadiano, sin embargo, se considera que es necesaria mayor investigación para comprender el impacto de la intervención en los biomarcadores de los hombres con CaP avanzado.

### **Satisfacción sexual**

Otra de las variables consideradas en la búsqueda fue la satisfacción sexual y su intervención psicológica, dentro de los hallazgos realizados, se encuentran las siguientes investigaciones:

Canada et al. (2005) desarrollaron una intervención de asesoramiento que tiene como objetivo mejorar los niveles de satisfacción sexual e incrementar el éxito de tratamientos médicos para disfunción eréctil tanto para el paciente como para su pareja. Los pacientes fueron seleccionados si: se encontraban bajo tratamiento para CaP localizado; que estuvieran casados o vivieran con una pareja que también quisiera participar en la intervención. Todos los hombres completaron el Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF) Todas las mujeres completaron el Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) obteniendo un puntaje general de función sexual. Adicionalmente, se aplicó un cuestionario para conocer el tratamiento médico para la disfunción eréctil de los pacientes tanto previo a la intervención como posteriores a esta y se empleó el cuestionario SF-36 para permitir la evaluación de la correlación entre función sexual, angustia psicológica y salud relacionada a la calidad de vida (Canada et al., 2005).

En total, 51 parejas de las 84 iniciales que fueron asignadas al azar finalizaron las 4 sesiones (61%). La asistencia de la pareja no afectó los resultados. Los participantes que completaron la intervención demostraron una mejora en la angustia general

masculina ( $p < 0.01$ ), la función sexual global masculina ( $p < 0.0001$ ) y la función sexual global femenina ( $p < 0.05$ ) a los 3 meses de seguimiento, pero se observó una regresión hacia la línea de base a los 6 meses de seguimiento. Sin embargo, la utilización de los tratamientos para la disfunción eréctil aumentó del 31% en el momento del ingreso al estudio al 49% a los 6 meses de seguimiento ( $p < 0.003$ ). Se concluyó que esta intervención demostró incrementos significativos en función y satisfacción sexual e incrementó el uso de tratamientos para disfunción eréctil, sin embargo, es necesario la implementación de estrategias para el mantenimiento a largo plazo de la función y satisfacción sexual (Canada et al., 2005).

Couper et al. (2015) tuvo por objetivo evaluar la eficacia de la terapia cognitiva de pareja existencial (CECT) para la función de relajación, afrontamiento, angustia asociada al cáncer y salud mental en pacientes con CaP localizado y sus parejas en comparación con la atención habitual. Esta intervención consiste en un programa de seis sesiones en donde se construye resiliencia en la pareja a factores estresantes futuros a través de relaciones más efectivas. Se realizó un ensayo controlado aleatorizado con pacientes con CaP localizado (T1-T3) que estuvieran casados o viviendo con su pareja por un tiempo no menor a un año.

Se evaluaron dos grupos, el primero de ellos estuvo constituido por parejas que recibieron atención médica estándar y un folleto con información genérica acerca del CaP y el segundo que fue sometido a la intervención CECT la cual fue impartida por profesionales de salud mental con experiencia en cáncer, la intervención consistió en sesiones de pareja con duración de 60-90 minutos, la cual combina terapia de apoyo, existencial y cognitiva con enfoques estructurados para ayudar a las parejas a desarrollar una actitud positiva, empleo de estrategias de afrontamiento adaptativas y mantener el sentido de significado y autenticidad en sus vidas juntos. La función relacional de las parejas fue evaluada con el Índice de Relaciones Familiares (FRI); la angustia por cáncer específica fue medida con la Escala Revisada de Impactos de Eventos (IES-R) y la salud mental fue medida con el Inventario de Salud Mental (MHI). Con mediciones a 10 semanas y a los 9 meses después del primer cuestionario (Couper et al., 2015).

En total, para este estudio se incluyeron 62 parejas. Después de la intervención, los pacientes informaron un mejor afrontamiento adaptativo y afrontamiento centrado en el problema ( $p < 0.05$ ). Estas ganancias se mantuvieron en el seguimiento, mientras que la cohesión de la relación había mejorado al igual que la función de relación para pacientes más jóvenes ( $p < 0.05$ ). Las parejas más jóvenes informaron menos angustia específica por cáncer, evitación, pensamiento intrusivo e hiperactivación ( $p < 0.01$ ). Las ganancias se mantuvieron en el seguimiento, mientras que la cohesión de la relación, la resolución de conflictos y la función relacional mejoraron ( $p < 0.05$ ). La CECT mejoró la capacidad de afrontamiento para los pacientes y propició menor angustia por cáncer para las parejas (Couper et al., 2015).

Robertson et al. (2016) desarrollaron un tratamiento psicosexual relacional para parejas con CaP (RiPSToP) la cual, consistió en asistencia de revelación emocional, psicoeducación, necesidades relacionales y sexuales además de ajuste y afrontamiento didáctico que fue combinada con técnicas de terapia sexual. Para ello, se eligieron pacientes que tuvieran entre 11 semanas y cuatro años posteriores a la cirugía; tener pareja de sexo femenino que estuviera dispuesta a participar en el estudio; puntaje no mayor a 60 en el Índice Compuesto Expandido del dominio de función sexual cáncer de próstata (EPIC); los cuales fueron asignados de manera aleatoria a alguno de los dos grupos: control o intervención ( $n = 43$  parejas). En el cuestionario EPIC se evaluó el subdominio "molestia sexual", fue aplicado antes de iniciar la intervención, a los cuatro meses y a los 6 meses posteriores a la intervención.

En este estudio se establecieron criterios a priori para garantizar que la intervención fue factible y aceptable (Robertson et al., 2016a). Se identificó una variación significativa en el resultado primario de molestia sexual ( $p = 0.033$ ). Posteriormente, se realizaron comparaciones por parejas entre el primer cuestionario y la evaluación a cuatro meses, lo cual resultó en diferencias significativas para los hombres en el grupo intervención con diferencia de media (12.27, 95% CI = -24.09 a -0.46,  $p = 0.04$ ) la comparación en las parejas del grupo control no mostraron diferencias significativas y mostraron solo un incremento en el promedio de puntuación de molestia sexual de 5.94. Sin embargo, las diferencias encontradas en el grupo intervenido, no se mantuvieron en

el seguimiento a los 6 meses posteriores a la intervención. Se sugiere que las parejas podrían necesitar apoyo continuo para mantener los beneficios obtenidos al final de la intervención.

Siddons et al. (2013) evaluaron la efectividad de una intervención grupal de TCC para mediar los efectos secundarios del tratamiento en pacientes sobrevivientes a CaP que fueron tratados con prostatectomía radical. Para esto, se realizó un ensayo controlado aleatorizado con un total de 60 hombres que participaron en una intervención manual grupal cognitivo conductual con duración de 8 semanas. Todos los participantes habían sido sometidos a prostatectomía radical entre 6 meses y no más de 5 años antes de la intervención; adicionalmente, todos los participantes eran heterosexuales. Se empleó el cuestionario DISF-SR, el cual proporciona una estimación de la calidad del funcionamiento sexual.

Se identificó una mejora significativa en la confianza sexual, la autoestima masculina, el deseo / relación sexual y hubo una disminución significativa en el comportamiento sexual desde la preintervención hasta la posintervención. Los análisis de regresión jerárquica revelaron que después de controlar las covariables, la participación en la intervención grupal mejoró significativamente la confianza sexual, la intimidad sexual, la autoestima masculina y la satisfacción con el orgasmo (Siddons et al., 2013).

Wootten et al. (2017) para este estudio, los participantes fueron elegidos en caso de tener diagnóstico de CaP localizado, además de recibir en el momento del estudio tratamiento médico o por otro lado, haberlo recibido en los últimos 5 años. Se probó la eficacia de una intervención psicológica autoguiada online de 10 semanas en línea llamada MRA dónde se realiza psicoeducación, estrategias de comunicación, afrontamiento, sexualidad y planeación del futuro. Se seleccionaron en total 142 participantes, los cuales fueron asignados aleatoriamente a una de las tres condiciones experimentales: MRA únicamente (n=47), MRA más foro online (n=48) y acceso únicamente al foro (n=47).

Se realizó evaluación de los grupos antes de comenzar la intervención, a las 5 semanas y a los 3 y 6 meses posteriores a la intervención. Se empleo la escala IIFE. Únicamente el grupo MRA en combinación con el foro online presentó una mejoría significativa en satisfacción sexual general ( $p < 0.05$ ), sin embargo, no hubo mejora significativa en la satisfacción en el coito. Se concluyó que esta intervención psicológica tiene potencial para brindar apoyo a los pacientes además de que tienen mejores resultados aquellos que se presentan a ambas condiciones experimentales.

Molton et al. (2008) evaluaron los efectos de una intervención cognitivo conductual para manejo de estrés (CBSM) en el fomento de la función sexual grupal de hombres mayores en recuperación de CaP localizado. Para este estudio se seleccionaron 101 pacientes que habían sido sometidos a prostatectomía radical para CaP localizado, Los pacientes fueron asignados a la condición control, la cual consistió en un único seminario con duración de cuatro horas en donde recibieron el mismo manual y las mismas técnicas de manejo de estrés que el grupo experimental; o una intervención con duración de 10 semanas que incluían 2 horas semanales con instrucción didáctica y discusión además de 30 minutos de entrenamiento de relajación. Los participantes se asignaron aleatoriamente a cualquiera de las dos condiciones en grupos de 6 a 18 participantes.

A modo de comparación, aquellos en la condición experimental mejoraron un 37.4% en la puntuación de funcionamiento sexual durante las 10 semanas, mientras que aquellos en la condición de control mejoraron solo un 11.5%. Usando el modelo de regresión jerárquica, se encontró que la intervención CBSM fue eficaz en la promoción de la recuperación sexual en todos los participantes, y que este efecto fue moderado por la sensibilidad interpersonal, de modo que las personas con niveles más altos de sensibilidad interpersonal realizaron mejoras mayores en el funcionamiento sexual en respuesta a CBSM (Molton et al., 2008).

## **Conclusiones**

Estos estudios muestran de forma consistente que la participación de la Terapia Cognitivo Conductual para el Manejo del estrés o (CBSM) por sus siglas en inglés se asoció a una significativa mejora en la calidad de vida general. Los resultados sugieren

que la intervención CBSM abordó adecuadamente las necesidades de calidad de vida, la sexualidad y una gestión del estrés. Aquellos participantes asignados a la intervención CBSM mostraron un adecuado manejo de habilidades del estrés desde la preintervención hasta el término del estudio, esos cambios se asociaron significativamente con una mejor calidad de vida después de la intervención. Sin embargo parece que en dos intervenciones via web en pacientes avanzados no mostró cambios respecto al grupo control y no se identificó de disminuyeran marcadores inflamatorios, sin embargo, hacen falta más investigaciones en este sentido.

Por otro lado, se concluyó que esta intervención demostró incrementos significativos en función y satisfacción sexual e incrementó el uso de tratamientos para disfunción eréctil, en pacientes que se sometieron al tratamiento de manera presencial, sin embargo, es necesario la implementación de estrategias para el mantenimiento a largo plazo de la función y satisfacción sexual.

Debido a los resultados anteriores, en esta investigación se empleó la terapia CBSM para la intervención en calidad de vida, estrés y satisfacción sexual en pacientes con CaP de manera presencial.

El presente estudio piloto de intervención en pacientes con CaP puede ayudar a identificar las mejores estrategias de intervención, los objetivos de tratamiento e identificar los componentes más importantes de la intervención propuesta ver (Figura 2), además de probar la eficacia de los instrumentos de medición propuestos para investigación y finalmente estimar los parámetros estadísticos para análisis posteriores y estudios a mayor escala.

Las intervenciones con resultados dónde no hubo efectos positivos fueron aquellas dónde sólo se brindaba información o no hubo un intercambio de los puntos de vista o de información con otros participantes, además de falta de apoyo continuo a los participantes (Bourke et al., 2015; Isa et al., 2013; Robertson et al., 2016).

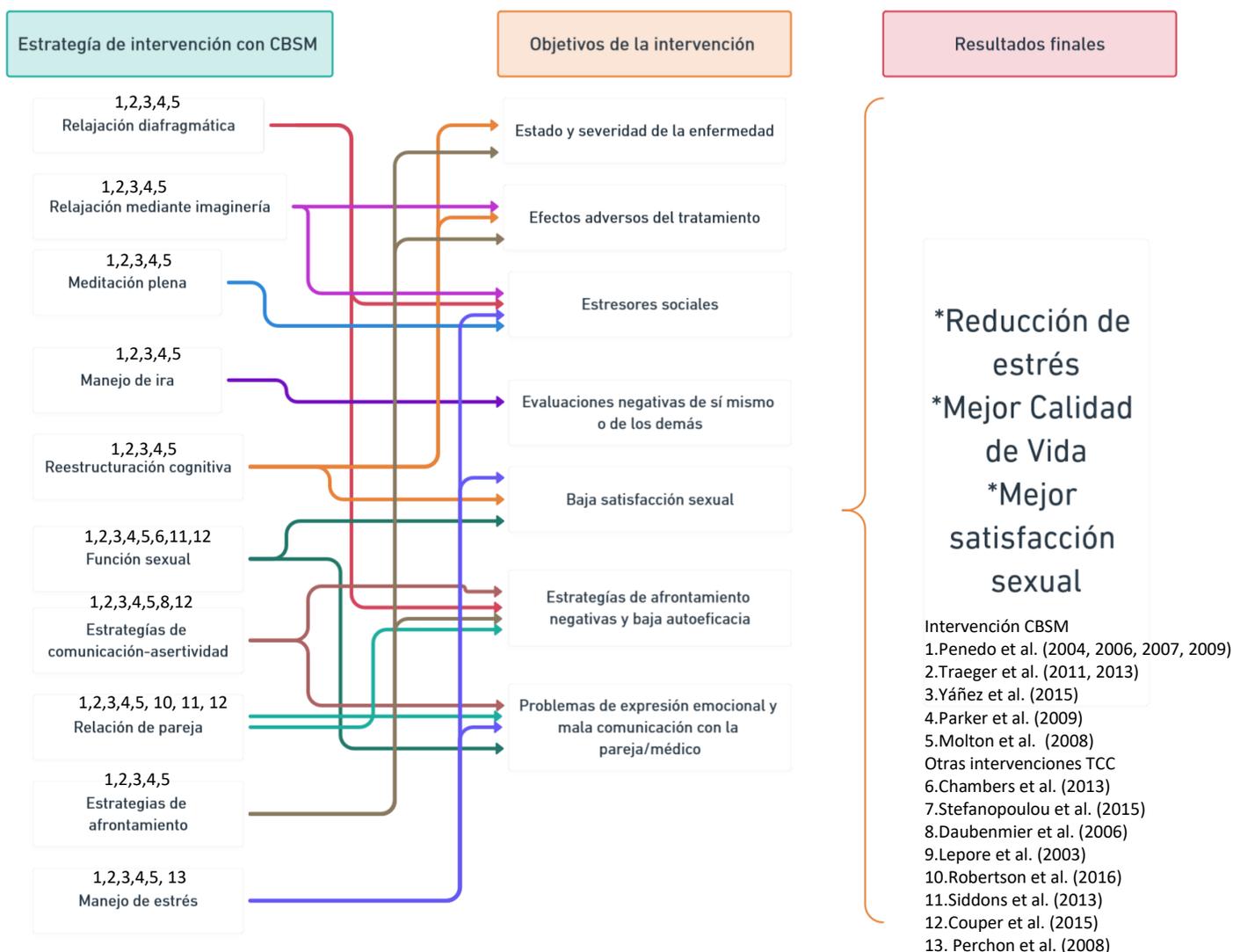
El modelo de la Figura 2 está basado en un mapa de alcance de metas (Nezu et al., 2007) tiene el objetivo de mostrar cuáles serían las herramientas psicológicas empleadas en la TCC basada en la intervención que mostró mayor evidencia según la

revisión de la literatura, la intervención está estructurada en 10 sesiones y considera diversos aspectos como son la relajación, manejo emocional, función sexual, manejo cognitivo, aspectos conductuales, en general, los objetivos de tratamiento son aquellos que se presentan cuando el paciente tiene CaP y está en tratamiento o y en seguimiento, entre ellos estrés, problemas sexuales, distorsiones cognitivas acerca del tratamiento, los medicamentos o su propia enfermedad, problemas de pareja en comunicación y generalmente problemas para evaluar la situación de manera real. Al atender estos problemas lo que se esperaría sería una mejor calidad de vida, una mejor satisfacción sexual y además un mejor manejo del estrés.

Además, se tomaron en consideración las limitaciones de los otros estudios para que los participantes pudieran interactuar entre ellos, contar sus experiencias y se realizar un seguimiento para conocer sus inquietudes.

La pareja en aspectos de la sexualidad juega un papel importante debido al afrontamiento de la problemática en su conjunto, entendiendo las dificultades a las que se enfrenta el paciente esto disminuye la angustia, la evitación y mejora la resolución de conflictos, por lo que en estudios futuros podría ser de gran utilidad considerar incorporar a la pareja de estos pacientes haciendo una modificación en el manual de intervención.

**Figura 2.** Modelo de la intervención con TCC con datos de la revisión narrativa de la literatura



*Nota:* El modelo está basado en el programa de intervención CBSM planteado como un mapa de alcance de metas según (Nezu et al., 2007).

Según la búsqueda narrativa, la intervención más factible es la CBSM, la cual, está relacionada con el modelo de la Figura 2, que plantea intervenciones relacionadas con los síntomas y problemas asociados a la enfermedad según la revisión, este es el mejor tratamiento debido a sus características, componentes, formato y efecto en pacientes con CaP.

La revisión tiene limitaciones como el solo haber elegido la TCC como tratamiento para estos pacientes, debido a ello, pueden existir otros tratamientos efectivos, por lo que se propone que en revisiones futuras se consideren dichas intervenciones como por ejemplo la Terapia de dignidad en pacientes con cáncer avanzado (Zaki-Nejad et al., 2020).

La evidencia que se recabó señala que los pacientes mexicanos con CaP podrían ser beneficiados de recibir un tratamiento psicológico con TCC debido a que es un tratamiento breve, estructurado y que considera sus preocupaciones como ya se ha observado en estudios previos en esta población (Espinoza et al., 2020), se podría esperar que los pacientes puedan incrementar su calidad de vida, disminuir su sufrimiento emocional e incrementar su satisfacción sexual, por otro lado, es importante considerar la validación de escalas necesarias para identificar a los pacientes con problemas en su calidad de vida, su satisfacción sexual y problemas emocionales como el estrés por otro lado, debido a las consecuencias de la pandemia por la COVID 19 la aplicación en línea es una excelente opción como ya se ha mostrado en (Yanez et al., 2015) debido a que muchos de estos pacientes no viven en la Ciudad de México (Espinoza et al., 2020).

Por los datos anteriormente mencionados, se propone una intervención cognitivo conductual basada en el modelo CBSM dirigida a los indicadores de calidad de vida, como son: problemas urinarios, problemas de alimentación, dolor, función sexual y de manera secundaria, medir niveles de estrés en esta población.



## Capítulo 2

### Cáncer de próstata

#### Definición

Según información de la Mayo Clinic (2022), la próstata es una glándula pequeña que forma el líquido seminal cuya función es transportar el espermatozoides, además es la encargada de generar el orgasmo. El cáncer de próstata en adelante (CaP), es uno de los tipos más comunes de cáncer, se produce por cambios en el ADN, estos cambios instruyen a las células para que crezcan y se dividan más rápido que las células normales, estas células anormales siguen creciendo, con lo cual forman un tumor que puede invadir el tejido colindante, con el tiempo puede esparcirse y hacer metástasis.

El CaP se presenta con más frecuencia en hombres de edad avanzada, a medida que envejecen la próstata tiende a agrandarse, lo cual obstruye la uretra, esto puede producir problemas urinarios o sexuales, a dicho crecimiento se le conoce como hiperplasia prostática benigna, no es cancerosa, pero sus síntomas se asemejan a los del CaP (Instituto Nacional del Cáncer, 2023b).

#### Epidemiología mundial

La incidencia estimada para el CaP a nivel mundial es de 1,414,259 casos, con una mortalidad de 3.8 por cada 100 000 habitantes, y una prevalencia a 5 años de 4,956,901 casos, que representan 126.13 por cada 100,000 habitantes (Chhikara & Parang, 2023; Sung et al., 2021; Wang et al., 2022). En Estados Unidos se ha mantenido estable a pasar del aumento anual del 4% a 6% para la enfermedad avanzada desde 2011, además, la proporción de CaP avanzado ha ido en incremento del 3.9% al 8.2% desde la última década (Siegel et al., 2022). De acuerdo con la (American Cancer Society, 2021) entre los años 2015-2019 se ha estimado que el CaP entre hispanos y latinos fue de 17,600 nuevos casos calculados, 2,400 muertes por esta causa; 15.6 casos nuevos por cada 100,000 habitantes, una tasa de supervivencia a 5 años de 66% para etapa localizada, 13% en etapa regional y de 9% en etapa avanzada, la tasa de

incidencia y mortalidad por cáncer son un 12% más bajas en hombres hispanos en comparación con los hombres blancos no hispanos.

El CaP es a menudo un tumor de crecimiento lento que se caracteriza por una mortalidad específica por cáncer a 10 años del 24%. El CaP clínico es extremadamente raro en hombres de 40 años, esto se presenta con una frecuencia de 1 caso de cada 10,000 personas (Bostwick et al., 2004). La incidencia aumenta drásticamente en las décadas siguientes. La relación entre la incidencia de CaP y el envejecimiento es constante entre los grupos étnicos y raciales. La prevalencia latente también aumenta de manera constante con el envejecimiento (Mottet et al., 2022).

### Epidemiología nacional

En México, se registraron 26,742 casos de CaP, 42.2 por 100,000 habitantes, ubicándose hasta ese año en el primer tipo de neoplasia más frecuente en la población masculina, cuando la cifra de muertes por dicho cáncer fue de 7,457 (10.6 por 100 000 habitantes) lo cual representa la segunda causa de muerte por cáncer en México y una prevalencia a 5 años de 90,670 personas (Sung et al., 2021; Torres-Sánchez et al., 2023; Wang et al., 2022).

Datos del Instituto Nacional de Salud Pública (2020) en México indican que existe una tasa de fallecimientos de 9.8 casos por cada 100,00 habitantes volviéndose el cáncer más mortífero entre los hombres. Según el INEGI las defunciones por CaP para personas adultas mayores fue la primera causa de fallecimiento por cáncer con una tasa de 10.59 defunciones por cada 10 mil hombres seguido del tumor de tráquea, de los bronquios y del pulmón (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2023).

### Factores de riesgo asociados

Según la American Psychological Association (APA) un factor de riesgo se define como comportamiento claramente definido o una característica constitucional (como por ejemplo la genética), psicológica, ambiental o de otro tipo que se asocia con una mayor

posibilidad o probabilidad de que una enfermedad o trastorno se desarrolle posteriormente en un individuo (American Psychological Association, 2023).

Las causas del CaP aún no son claras, en términos generales este cáncer es causado por cambios en el ácido desoxirribonucleico (ADN) el cual tiene las instrucciones de lo que la célula debe hacer, estos cambios ordenan a la célula que se divida más rápido que las células sanas lo cual genera un tumor que puede extenderse a otras partes del cuerpo creando una metástasis (Mayo Clinic, 2022).

Otra de las causas identificadas son la edad, a mayor edad aumenta el riesgo de padecer CaP, la probabilidad se incrementa después de los 50 años y alrededor del 60% de los casos se presentan en hombres mayores de 65 años (American Cancer Society, 2020b; Instituto Nacional del Cáncer, 2022).

La raza, por motivos que aún no se han determinado, incrementa la posibilidad de tener CaP, los hombres afroamericanos y en hombres del Caribe de ascendencia africana tienen un mayor riesgo de padecer CaP, en ellos es más probable encontrar etapas avanzadas o tipos más agresivos. La enfermedad aparece con menos frecuencia en hombres orientales y en hispanos/latinos (American Cancer Society, 2020b).

Por otro lado, los hombres obesos pueden tener riesgo de presentar una forma de CaP más agresivo lo que implica un crecimiento más rápido, por lo que es más probable que tengan un CaP en etapas avanzadas y morir por esta causa ya que es más difícil de tratar, sin embargo, aún no se determinan con claridad las razones de este fenómeno (American Cancer Society, 2020b).

Existen mutaciones genéticas hereditarias, lo que significa que pueden ser transmitidas de una generación a otra. Se cree que la herencia juega un papel en el 10% de los cánceres de próstata. Entre los genes que lo producen se encuentran el BRCA1, el BRCA2 (genes supresores de tumores), los CHEK2, ATM, PALB2, y RAD51D, los cuales reparan ADN, otros más que reparan discordancias en el ADN, por ejemplo, el MSH2, MSH6, MLH1, y PMS2, en estos casos los hombres que los padecen tienen Síndrome de Lynch, lo que implica mayor riesgo de presentar algún tipo de cáncer.

Existen otras mutaciones, las cuales se siguen investigando en la actualidad (American Cancer Society, 2020b).

### **Estadios del cáncer de próstata**

Según la (Asociación Española Contra el Cáncer, 2020) para poder determinar el tratamiento más adecuado, es importante determinar en qué fase se encuentra.

El sistema que con mayor frecuencia se emplea para su clasificación es el TNM. Estas siglas hacen referencia a 3 aspectos del cáncer: la T se refiere al tamaño, la N si se ha extendido a los ganglios linfáticos y la M si se ha expandido a otros órganos. Cuando le precede una p (pT, pN) significa que la anatomía patológica se ha realizado después de una intervención quirúrgica.

En función de estos aspectos, el CaP se agrupa en las siguientes etapas o fases:

TI: el cáncer no es palpable ni visible por medios diagnósticos. Su diagnóstico es accidental (cuando el paciente acude por otros motivos al urólogo) y se observa en el tejido obtenido en una Resección Transuretral de Próstata (RTU) o en una biopsia efectuada por un aumento del PSA (Antígeno Prostático Específico).

TII: tumor palpable o visible que no sobrepasa la próstata. El tumor no se ha diseminado fuera de la próstata.

TIII: el cáncer sobrepasa la cápsula y afecta a tejidos que rodean la próstata como las vesículas seminales.

TIV: el tumor invade tejidos adyacentes como recto, esfínter externo, músculos elevadores, etc.

Teniendo en cuenta la clasificación TNM y, si se dispone de ello, el Grado de Gleason de la biopsia, el sistema de puntuación de Gleason se refiere a cómo se ven las células cancerosas de su próstata y qué tan probable es que el cáncer avance y se disemine. Un puntaje de Gleason más bajo significa que el cáncer es de crecimiento lento y no agresivo (MedlinePlus, 2020) así como el antígeno prostático específico (APE), se

pueden establecer 4 etapas. En general, cuanto menor sea la etapa, menor es la diseminación del cáncer (Asociación Española Contra el Cáncer, 2020).

### Tratamiento médico

Existen diversos tratamientos para el CaP, entre ellos se pueden encontrar:

**Espera cautelosa.** Observación minuciosa del estado del paciente sin administrar tratamiento, a menos que aparezcan síntomas o que estos cambien. Este tipo de observación se usa para las afecciones que progresan lentamente o cuando los riesgos superan los posibles beneficios del tratamiento. Durante la observación se suelen realizar ciertas pruebas y exámenes. La observación cautelosa es un tipo de conducta expectante que a veces se utiliza en estos pacientes. También se llama espera vigilante u observación de los síntomas (Instituto Nacional del Cáncer, 2023a).

**Prostatectomía radical.** Cirugía para extirpar toda la próstata y algo del tejido que la rodea, como las vesículas seminales (glándulas que ayudan a producir el semen). A veces, también se extirpan los ganglios linfáticos cercanos. La prostatectomía radical se hace a través de una incisión (corte) en la pared del abdomen inferior o en el perineo (área entre el escroto y el ano) y en ocasiones se usa un laparoscopio (instrumento delgado en forma de tubo, con una luz y una lente para observar) o un sistema robótico especial. Durante esta cirugía se intentan proteger los nervios que controlan la erección del pene y evitar una lesión en la vejiga, sin embargo, esta cirugía puede traer como riesgos la disfunción sexual o incontinencia urinaria (Instituto Nacional del Cáncer, 2023a; Mayo Clinic, 2019a).

**Radioterapia.** Se emplean rayos X de alta potencia para eliminar células cancerosas, se puede emplear de dos maneras: radiación externa, la radiación se dirige a la glándula prostática desde una máquina que se encuentra fuera del cuerpo. Este tipo de radiación se puede usar para tratar de curar los cánceres en etapas más tempranas, o para ayudar a aliviar síntomas, como el dolor en los huesos si el cáncer se ha propagado a áreas específicas de los huesos. Por lo general, se recibe tratamiento 5

días a la semana en un centro ambulatorio durante varias semanas, dependiendo de por qué se administra la radiación (American Cancer Society, 2020c; Mayo Clinic, 2019a).

Por otro lado, se puede hacer radiación dentro del cuerpo conocida como braquiterapia, la cual implica colocar semillas radioactivas del tamaño de un grano de arroz dentro del tejido prostático, dichas semillas emiten una dosis de radiación baja por un largo periodo (Mayo Clinic, 2019a).

Terapia hormonal. Este tratamiento tiene el objetivo de que el cuerpo deje de producir la hormona masculina llamada testosterona, se sabe que las células del CaP necesitan esta hormona para crecer, este tratamiento puede hacer que las células del cáncer mueran o crezcan más lentamente, en este sentido se tienen varias opciones: los medicamentos conocidos como agonistas de la hormona luteinizante, lo cual evita que los testículos reciban mensajes para producir testosterona por ejemplo la leuprolida, goserelina o ketoconazol (Mayo Clinic, 2019a).

Los medicamentos antiandrógenos que hacen que la testosterona no llegue a las células cancerosas como ejemplos: enzalutamida o nilutamida. Finalmente tenemos el método quirúrgico que se le llama orquiectomía, consiste en extirpar los testículos para reducir los niveles de testosterona en el cuerpo. Estos tratamientos hormonales se usan con pacientes con CaP avanzado para reducir el cáncer o hacer más lento el crecimiento de los tumores, en el caso de pacientes con cáncer localizado se emplea para reducir el tumor antes de la radioterapia. Como efectos secundarios se tienen disfunción eréctil, bochornos y aumento de peso (Mayo Clinic, 2019a).

Como puede observarse, los tratamientos para el CaP, en muchos casos pueden ser agresivos, causar malestar o generar adversidad psicosocial en estas personas, generar problemas de adaptación y afectar su calidad de vida, el tamaño del problema en México irá en aumento conforme envejezca la población, por lo que es necesario encontrar alternativas de tratamiento psicológico para disminuir el sufrimiento de estos pacientes, por último, en este capítulo se trataron los diversos aspectos médicos, epidemiología, factores de riesgo y tratamiento, en el siguiente se abordarán aspectos más enfocados a los aspectos emocionales que genera esta enfermedad en los varones.



## Capítulo 3

### Calidad de vida, Estrés y Satisfacción sexual en cáncer de próstata

#### Calidad de vida en pacientes con CaP

La calidad de vida se define como: “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, e inquietudes. Se trata de un concepto influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, y su relación con su entorno” (Power & Kuyken, 1998). Además reside en capturar (o evaluar) el grado en que se ven afectados el bienestar habitual físico, emocional y social debido a una condición médica o su tratamiento, la perspectiva del paciente se obtiene en áreas física, mental y bienestar social tomando en cuenta la multidimensionalidad del constructo (Cella, 1995). Por lo que la calidad de vida es la evaluación que realiza el individuo considerando su vida y como ésta ha sido afectado por su estado de salud (Urzúa, 2010).

Calidad de vida es un concepto dual que integra aspectos subjetivos y objetivos que puede evaluarse de manera cualitativa y cuantitativa y abarca diferentes esferas del ser humano como religioso, espiritual, psicológico, cultural, afectivo, social, económico, laboral y físico. La evaluación de calidad de vida se expresa en forma de índices globales o multidimensionales (de la Lanza et al., 2015).

En su calidad de vida, las afectaciones que muestran son las siguientes: físicas, psicológicas y sociales dependiendo de su estadio de enfermedad y los diversos tratamientos que les son aplicados, se han identificado entre las alteraciones físicas: 25 % con fatiga (Monga et al., 2005); 10% a 15% presenta flujo de orina débil o flujo interrumpido, problemas urinarios entre 50% a 60%, disfunción eréctil 15% y 70% dolor debido a metástasis (Chen et al., 2014), 17% presenta depresión en pretratamiento y 18% en el postratamiento, ansiedad 27% en el pretratamiento y 18% en postratamiento, se ha identificado sintomatología ansiosa y depresiva de entre un 12.5% a 23% (Watts et al., 2014). Cuando progresa la enfermedad o el tratamiento ha sido la castración

quirúrgica, la presencia de enfermedad psiquiátrica es de 26%, entre dichos problemas psiquiátricos están la depresión, demencia, ansiedad, insomnio y/o psicosis (Bourke et al., 2015).

En pacientes mexicanos se ha observado una menor calidad de vida en el 49.2%, sintomatología depresiva 13.4%, sintomatología ansiosa en el 14.4% además de que los factores asociados con una baja calidad de vida son una baja escolaridad, presencia de metástasis, depresión y ansiedad (Espinoza et al., 2020).

En los pacientes con cáncer son necesarias evaluaciones sistemáticas y frecuentes a fin de facilitar la detección de necesidades y problemas del paciente, además de que contribuyen a facilitar la comunicación y permiten que la monitorización de los cambios y respuestas a los tratamientos sean identificados rápidamente (de la Lanza et al., 2015).

Por los datos anteriores se observa que la Calidad de Vida es importante al momento de escoger las alternativas de tratamiento, por ejemplo, hay investigaciones que apuntan a que los tratamientos producen un deterioro de la Calidad de Vida de los pacientes específicamente en las áreas de función urinaria y sexual (Huang et al., 2010). En otro estudio, se analizó la Calidad de Vida en pacientes antes y después de una cirugía con un seguimiento a 12 meses, los datos arrojaron que una edad menor, nivel de APE y no recibir radioterapia postoperatoria además de la preservación de haces neurovasculares constituyen factores protectores para presentar un deterioro menor en la función sexual y urinaria, se concluye que la función urinaria y sexual se ven afectadas después de una prostatectomía (Fulla et al., 2014).

Según Guedea (2016), la Calidad de Vida a corto/mediano plazo varía de forma significativa dependiendo de su tratamiento, los pacientes que se retiraron la próstata presentan más afectada su función sexual, sin embargo, a largo plazo los estudios no son concluyentes, por otro lado, se recomiendan escalas específicas debido a que son más sensibles que las genéricas.

## **Estrés**

El estrés según Chrousos (2009) es un proceso complejo que afecta la homeostasis e involucra al entorno y los factores psicosociales que actúan como estímulos estresores que inducen una serie de respuestas en el sistema nervioso periférico y central. Por otra parte, la Asociación Americana de Psicología (American Psychological Association, 2020f) define el estrés como la respuesta fisiológica o psicológica a estresores internos o externos, el estrés involucra cambios que afectan de manera cercana cada sistema del cuerpo e influyen como la gente siente y se comporta. Algunos ejemplos son palpitaciones, boca seca, respiración agitada, habla acelerada o emociones negativas.

Existen otras definiciones de estrés, por ejemplo, el estrés percibido, el cual se entiende como los sentimientos o pensamientos que los individuos tienen acerca de cuánto estrés están manejando en un momento dado o durante un periodo. Incorpora sentimientos sobre la incontabilidad e imprevisibilidad de la vida, la frecuencia con la que uno tiene que lidiar con molestias irritantes, cuánto cambio está ocurriendo en la vida, y la confianza en la capacidad de uno para lidiar con problemas o dificultades (Lazarus & Folkman, 1984).

El estrés contribuye de manera directa a desordenes fisiológicos o psicológicos que afectan la salud física y reducen la Calidad de Vida. Uno de los sistemas fisiológicos que se activan durante el estrés es el eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA) por sus siglas en inglés, este eje activa la liberación de la hormona corticotropina del núcleo paraventricular del hipotálamo que una vez activado induce la parte anterior de la pituitaria que secreta la hormona adrenocorticotropina lo cual resulta en la producción del cortisol (McEwen, 2007).

En cuanto al estrés psicológico puede abarcar experiencias de la vida que incluyen cambios en la vida de la persona como son violencia, fallecimiento de un ser querido, pérdida del empleo entre otros, dichos eventos estresantes pueden incrementar la vulnerabilidad del organismo a enfermarse debido a un efecto inmunodepresor que se observa en patologías vinculadas a los mecanismos inmunológicos como infecciones o

neoplasias (Solano & Velázquez, 2012), esta condición puede causar problemas físicos de salud, sin embargo, no existe hasta el momento evidencia suficiente de que pueda causar cáncer, sin embargo, las relaciones aparentes entre el cáncer y el estrés parecen deberse por ejemplo a la adopción de ciertos hábitos como fumar, beber alcohol o comer en exceso (Instituto Nacional del Cáncer, 2012).

Se han identificado prevalencias de estrés en pacientes con cáncer entre un 18.9% medio a un 66.3% moderado (Haugland et al., 2016), también los pacientes presentan rangos de entre 20 a 30% de estrés grave a un año después del diagnóstico (Bleiker et al., 2000), finalmente un 74% ha reportado una experiencia estresante después del diagnóstico y la cirugía (Golden-Kreutz & Andersen, 2004).

Por otro lado, a lo largo del tiempo, se han propuesto algunas variables como potenciales moderadores del estrés enfocadas en las diferencias individuales como son la evaluación de la amenaza o el afrontamiento y otros elementos como el apoyo social y también se han introducido modelos como las influencias del medio ambiente y las respuestas a lo largo del tiempo por ejemplo el afrontamiento a lo largo de la vida (Monroe & Cummins, 2015).

Se ha identificado que el estrés produce efectos negativos en la salud, los cuales pueden contribuir en la incidencia y la progresión de enfermedades como el cáncer (Flores et al., 2017). Afecta el equilibrio corporal del individuo en varios factores: internos (estado y rasgo), el estado, se considera transitorio y reactivo ante una situación, el rasgo es relativamente estable, por otro lado, se consideran los factores externos (propios del entorno del individuo como situaciones familiares o laborales) y factores moduladores que modifican el efecto entre lo externo y lo interno y su interacción, entre ellos se pueden encontrar estados afectivos o el apoyo social (Abuín, 2010).

Para el caso del CaP, el estrés incrementa la transcripción de varios genes asociados a proliferación celular, incluidos los proto-oncogenes. Por otro lado, el estrés puede inducir cambios significativos en expresión de genes que producen metástasis. La diversidad de genes que alteran la expresión que incluye factores de transcripción, receptores de crecimiento, genes apoptóticos y componentes de matriz extracelular

sugieren que es estrés puede inducir cambios aberrantes en las vías que están desreguladas por el CaP, nueva información sugiere que la progresión del cáncer está relacionada con la respuesta neuroendocrina del estrés, y que dicha respuesta es un importante mediador durante la tumorigénesis y la metástasis (Flores et al., 2017).

En un estudio realizado en ratones con CaP se observó que la expresión e citoquinas tumorales pronostica peores resultados, aquellos más viejos se veían más afectados, por otro lado, hubo afectaciones en las células inmunitarias ya que el estrés redujo el conteo de células T intra tumorales CD4+ y CD4+FoxP3+ en ratones jóvenes, la conclusión de dicho estudio sugiere que la edad y el estrés psicológico interactúan para afectar los mecanismos inmunes neurales además de afectar las respuestas conductuales (Bellinger et al., 2021).

Hay evidencia que sugiere que las personas que usan estrategias de manejo del estrés, tales como técnicas de relajación y de manejo del estrés, tienen grados más bajos de depresión, de ansiedad y de síntomas relacionados con el cáncer y su tratamiento (Instituto Nacional del Cáncer, 2012).

Debido a los aspectos antes comentados, se observa la necesidad de seguir estudiando esta variable en los pacientes con cáncer. Por otro lado, ahondar en los cambios o variaciones que tiene principalmente cuando se les brinda terapia psicológica, como, por ejemplo, la terapia cognitivo conductual (Penedo et al., 2004, 2006a).

### **Satisfacción sexual**

La American Psychological Association (2020e) define las actitudes sexuales como las creencias y valores que se tienen acerca de la sexualidad. Estas actitudes se reflejan en las conductas individuales, las cuales se basan en los valores familiares y culturales en la educación sexual, tanto formal como informal y las experiencias sexuales previas.

Se ha descrito una prevalencia de disfunción eréctil (DE) en hombres de 30% a 35% en hombres mexicanos, en 160 casos se encontró una prevalencia de 33.8% con

diferentes grados de afectación leve (17.9%), leve-moderada (7.9%), moderada (5.8%) y severa (1.9%) (González-Cuenca et al., 2012).

En el caso de pacientes con CaP, los niveles de afectación oscilan entre 60% a 50% de disfunción después del tratamiento, después a dos años, entre 40% a un 70% no regresan a su función sexual antes del tratamiento. Entre un 25% a 50% van a experimentar DE después la radioterapia (Johns Hopkins Medicine, 2020).

La satisfacción sexual es un constructo complejo que involucra placer físico y emocional (Laumann, Gagnon, Michael & Michaels, 2000). Según Schmiedeberg & Schröder (2016) la satisfacción sexual será más alta si los niveles acumulados de recompensa exceden la de los costos, la noticia de padecer cáncer puede generar cambios emocionales y mentales, afectar la vida sexual y las opciones de tratamiento pueden mermar la función sexual, en aspectos como la función eréctil y la libido (Harvard Medical School, 2020). Por ejemplo, la prostatectomía radical está asociada a una abrupta pérdida de la función eréctil, una pérdida de la eyaculación y cambios en la sensación del orgasmo, en ocasiones, la erección se recupera entre 2 y 5 años después del tratamiento, sin embargo, a 5 años más de la mitad de los pacientes continúan con una experiencia incompleta de erección (Santos-Iglesias et al., 2019).

La sexualidad está ampliamente aceptada como una parte importante del ser humano, puede considerarse como un marcador del estado de salud y la Calidad de Vida, afectaciones en el sistema endocrino, los órganos genitales y el sistema nervioso traerán como consecuencias la disfunción sexual. En el paciente con CaP los tratamientos afectarán en mayor o menor medida a la testosterona, la cual es la hormona que tiene influencia en la respuesta sexual (González et al., 2012).

Martínez-Salamanca et al. (2004) evaluaron el orgasmo y su función en la Calidad de Vida, observaron que la preservación de nervios mejora el porcentaje de casos con potencia sexual y la mayoría está de acuerdo en la conservación de los fascículos neurovasculares, además de la importancia de interrogar directamente a los pacientes sobre su percepción del orgasmo pero también observaron que la edad debajo de los 56 años

trata de mantener relaciones de manera regular y después de los 65 una menor cantidad lo intenta.

El tratamiento como ya se ha dicho, afecta la sexualidad, en general los hombres tienen mayor probabilidad de padecer disfunción sexual después del tratamiento oncológico, esto se debe a que muchos hombres mayores incluso aquellos que no han tenido cáncer tendrán dificultades sexuales en algún momento de su vida (Mayo Clinic, 2019b).

Entre los síntomas de la disfunción sexual se encuentran los siguientes:

- Incapacidad para lograr o mantener una erección.
- Dificultad para tener un orgasmo.
- Orgasmo seco
- Orgasmos débiles o poco satisfactorios
- Pérdida de la lívido
- Dolor al tener relaciones sexuales
- Menor energía sexual

Por otro lado, los efectos secundarios del cáncer y sus tratamientos pueden generar otros síntomas como fatiga, depresión, dolor o ansiedad, los cuales pueden provocar problemas sexuales, también se ha observado que los factores emocionales podrían tener efectos secundarios sexuales (Mayo Clinic, 2019b).

Finalmente, es por ello por lo que las anteriores variables calidad de vida, estrés y Satisfacción sexual son importantes de valorar, pero, sobre todo, de ser intervenidas en su aspecto psicológico como parte de una intervención integral en el paciente con CaP como se verá más adelante.



## Validación de Instrumentos

### Estudio I

#### **Propiedades psicométricas de la Escala de Medida del Estado Actual (MOCS) en pacientes mexicanos con cáncer**

El estrés es considerado como una de las variables más características en los pacientes con cáncer, desde el diagnóstico, atravesando el tratamiento y el pronóstico, incluso cuando se considera que existe una ausencia de la enfermedad (Dai et al., 2020). Los pacientes con cáncer se estresan por varios motivos, por ejemplo: la falta de certeza, la severidad de la enfermedad, problemas físicos, el tratamiento o aspectos familiares (Antoni & Dhabhar, 2019). El estrés causa alteraciones en el aspecto físico y psicológico generando un impacto en la homeostasis en el cuerpo, puede dividirse en:

- Estrés crónico: debido a adversidad psicosocial, depresión, afecto negativo, ansiedad, soledad.
- Procesos neuroendocrinos: Sistema nervioso central, eje hipotálamo-pituitario-adrenal la cual genera el cortisol, la hormona del estrés.
- Desregulación del sistema inmune: Disminución del sistema inmune, mayor inmunosupresión además de presentar inflamación clónica.

Estos aspectos pueden promover una mayor progresión del cáncer y metástasis además de disminuir la calidad de vida de la persona (Antoni & Dhabhar, 2019).

Existen diversos cuestionarios para medir este constructo en pacientes con cáncer dentro lo cuales se encuentran:

Escala de Apreciación del Estrés (Fernández & Nielgo, 1996). Es un instrumento que se divide en cuatro escalas independientes para diferentes ámbitos: escala general de estrés 53 reactivos, escala de acotamientos estresantes en ancianos 51 reactivos, estrés sociolaboral 50 reactivos, escala de estrés en conducción 35 reactivos tiene una confiabilidad test-retest de .65 a .74 (Abuín, 2010; Fernández & Nielgo, 1996).

Cuestionario de Estrés Percibido (Levenstein et al., 1993). Es un cuestionario de 30 reactivos que valoran el estrés percibido en el último año y en el último mes, se valora en 4 gradientes, la mayoría de los reactivos se refieren de manera inespecífica a respuestas relacionadas con el estrés y otros a la percepción de factores externos, tiene una confiabilidad alfa de .90 (Abuín, 2010; Levenstein et al., 1993).

Escala del Impacto del Evento (Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979). Es una es una escala de 15 reactivos que mide el estrés relacionado con los traumas, mide factores internos a la respuesta del estrés, contiene dos subescalas que evalúan respuestas subjetivas y de evitación en el trastorno de estrés postraumático, presenta confiabilidad alfa con un rango que va de .78 a .82 (Abuín, 2010; Horowitz et al., 1979).

Las escalas anteriormente señaladas, aunque presentan propiedades psicométricas aceptables, no fueron concebidas para evaluar a los pacientes en entornos oncológicos, más precisamente, para evaluar el efecto de intervenciones cognitivo-conductuales.

En este contexto la escala que se ha diseñado específicamente para la población con cáncer, y que ha sido empleada para evaluar el efecto de intervenciones como el CBSM, es la Escala de Medida del Estado Actual (MOCS) por sus siglas en inglés (Estados Unidos), desarrollada por Carver (2006), ha sido empleada en pacientes con cáncer (Antoni et al., 2006; Penedo et al., 2006a; Phillips et al., 2012). Esta escala se deriva de las investigaciones en los efectos de una intervención multimodal de manejo de estrés cognitivo-conductual y se realizó sobre el bienestar psicosocial de pacientes con cáncer de mama (Carver, 2006).

El MOCS mide estrés el cual se define como la respuesta fisiológica o psicológica a estresores internos o externos, el estrés involucra cambios afectan de manera cercana cada sistema del cuerpo e influyen como la gente siente y se comporta. Algunos ejemplos son palpitaciones, boca seca, respiración agitada, habla acelerada o emociones negativas (American Psychological Association, 2020f), entre tales emociones se encuentra la tristeza, miedo, ira o asco (Piqueras Rodríguez et al., 2009).

La escala MOCS contiene 23 reactivos repartidos en dos secciones A y B (Antoni et al., 2006). Para las calificaciones de la sección A se empleó una escala tipo Likert “No puedo hacerlo” (0) a “Puedo hacerlo extremadamente bien” (4), presentó alfas individuales que fueron de .71 a .89, cuenta con 13 reactivos que evalúan el estado actual auto percibido que se reparten en cuatro factores que se mencionan a continuación junto con sus definiciones.

- Capacidad de relajación a voluntad: reducir el estado de activación fisiológica, facilitando la recuperación de la calma, el equilibrio mental y la sensación de paz interior, sus efectos modifican procesos fisiológicos, emocionales, cognitivos y conductuales (Ruiz Fernández et al., 2012).
- Reconocer situaciones que provocan estrés: la relación particular entre el individuo y su entorno, este último es evaluado por el sujeto como amenazante o desbordante de sus recursos y capaz de poner en peligro su bienestar (Lazarus & Folkman, 1984).
- Restrucción de pensamientos desadaptativos: el individuo identifica, evalúa y modifica los pensamientos, valoraciones y creencias desadaptativas que se consideran responsables de su trastorno psicológico (Dobson & Dozois, 2010).
- Ser asertivo sobre las necesidades: estilo de comunicación adaptativo en el que los individuos expresan sus sentimientos y necesidades directamente, manteniendo el respeto por los demás (American Psychological Association, 2020b).
- Elección de respuestas de afrontamiento apropiadas se define cómo la manera en que las personas detectan, evalúan, tratan y aprenden de las situaciones estresantes (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2016).

La sección B tiene una escala tipo Likert que va de “Muy en desacuerdo” (0) a “Muy de acuerdo” (4) con alfas de .77 a .85 presenta 10 reactivos que evalúan los efectos inespecíficos de la intervención en cuatro factores que se enumeran a continuación junto con sus definiciones.

- Sentimientos de normalidad contra alienación: comparación entre la capacidad de pensar y actuar de manera organizada y razonablemente eficaz contra un profundo sentimiento de insatisfacción con la existencia personal y una falta de confianza en el

entorno social o físico de uno mismo (American Psychological Association, 2020d, 2020a).

- Sensación de cohesión con otros participantes: los lazos que unen a los miembros con el grupo en su conjunto, el sentido de pertenencia y comunidad dentro del grupo, los sentimientos de atracción por miembros específicos del grupo y el grupo en sí como lo experimentan los individuos (American Psychological Association, 2020c).
- Percepciones de atención de las personas que le rodean: son actividades expresivas en las que se establecen relaciones de confianza y se ofrece apoyo, las actividades instrumentales incluyen conductas de ayuda orientadas a la acción física y cognitiva (Papastavrou et al., 2011).
- Sensación de estar mejor que otros pacientes con cáncer: es una forma de afrontamiento emocional en personas con bajos niveles de bienestar subjetivo que puede ayudar a sentirse mejor a corto plazo (Pomery et al., 2012).

Es necesario evaluar de manera específica, válida y confiable los aspectos psicosociales de los pacientes con cáncer en específico el estrés, además de conocer los efectos del tratamiento con TCC, esto ayudará a tener un conocimiento preciso sobre esta variable en la cultura latinoamericana y además ser capaces de ofrecer tratamiento adecuado ya sea médico o psicológico, otra aportación es que no ha sido validado en otras poblaciones, solo se dispone de la versión original. Por lo que el objetivo del presente estudio fue determinar las propiedades psicométricas de la Escala de Medida del Estado Actual (MOCS) en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer.

### **Pregunta de investigación**

¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la Escala de Medida del Estado Actual (MOCS) en una muestra mexicana de pacientes con cáncer?

### **Objetivo general**

Determinar las propiedades psicométricas de Escala de Medida del Estado Actual (MOCS) en una muestra mexicana de pacientes con cáncer.

## Objetivos Específicos

- 1) Determinar estructura factorial
- 2) Determinar validez concurrente con Termómetro de malestar emocional
- 3) Determinar varianza explicada
- 4) Determinar la confiabilidad por consistencia interna mediante el coeficiente de alfa de Cronbach.
- 5) Análisis confirmatorio: Determinar los índices de ajuste comparativo relativos (CFI, TLI) ( $>0.90$ ) y prueba de Hoelter.

## Método

### Diseño

Se realizó un diseño transversal, instrumental, no experimental (Carretero-Dios & Pérez, 2005).

### Muestreo

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

### Participantes

#### Criterios de inclusión.

1) Cualquier diagnóstico oncológico, 2) 18 años en adelante, 3) en cualquier tipo o combinación de tratamientos o periodo de seguimiento, 4) cualquier etapa clínica, 5) que sepan leer y escribir y 6) que hayan aceptado participar mediante aceptación del consentimiento informado.

#### Criterios de exclusión.

1) Diagnóstico psiquiátrico reportado por el paciente.

#### Criterios de eliminación.

1) Que el participante decida no seguir participando, 2) Que el participante no haya completado el instrumento, 3) respuestas no comprometidas.

Cada uno de los participantes estuvo de acuerdo en participar, previa lectura y comprensión del consentimiento informado (ver Apéndice II). Se cumplieron las reglas establecidas por la Secretaría de Salud, el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, la Declaración de Helsinki sobre los principios éticos para la investigación médica con humanos.

## **Instrumentos**

### **Cédula de identificación**

Se aplicó una cédula para la obtención de datos sociodemográficos como edad, lugar de residencia, escolaridad, estado civil y datos clínicos, tipo de cáncer, diagnóstico de alguna enfermedad, si habían sido diagnosticados con algún trastorno y si habían recibido atención psiquiátrica o psicológica.

### **Escala de Medida del Estado Actual (MOCS)**

La Escala de Medida del Estado Actual (MOCS) (Carver, 2006) mide estrés, tiene dos secciones. Los reactivos en la parte A (13 reactivos) evalúan el estado actual auto percibido de los participantes considerando habilidades como: capacidad de relajación a voluntad, reconocer situaciones que provocan estrés, asertividad sobre las necesidades, elección de respuestas de afrontamiento apropiadas, emplea una escala tipo Likert que va de No puede hacerlo (0) a Puedo hacerlo extremadamente bien (4), alfas promedio de estos conjuntos fueron .71, .77, .86 y .89. Los reactivos en la parte B (10 reactivos) evalúan los efectos inespecíficos como son: sentimientos de normalidad versus alineación, sensación de cohesión con otros participantes, percepciones de atención de las personas que los rodean y sensación de estar mejor que otros pacientes con cáncer, los reactivos se hicieron con una escala tipo Likert que va de Muy en desacuerdo (0) a Muy de acuerdo (4), la comparación descendente y Vinculación, las alfas promedio fueron .77, .76, .68 y .85 (Antoni et al., 2006).

### **Termómetro de Malestar Emocional**

Termómetro de Malestar Emocional originalmente desarrollado por (Roth et al., 1998) y empleado por (Holland et al., 2013) fue validado para población mexicana por

(Almanza et al., 2008) consta de dos partes, la primera es una escala visual análoga que va de 0 a 10, para evaluar el malestar emocional experimentado en la última semana. La segunda plantea una lista de chequeo con 35 reactivos, en dicho apartado se señala la presencia o ausencia de algún problema en la última semana. La validación convergente a través del Análisis ROC mostró área bajo la curva de 0.63, sensibilidad de 93%, especificidad de 76%, valor predictivo positivo de 82%, valor predictivo negativo de 90%, con un punto de corte de 4 o más. Para este estudio solo se empleará la primera parte del instrumento, es decir, la escala visual análoga.

### **Procedimiento**

Cada uno de los participantes estuvo de acuerdo en formar parte del estudio, previa lectura y comprensión del consentimiento informado, se aplicó consentimiento informado vía en línea y de forma presencial para responder la escala MOCS y el Termómetro de malestar emocional, se cumplieron las reglas establecidas por la Secretaría de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, la Declaración de Helsinki sobre los principios éticos para la investigación médica con humanos (ver Diagrama 1).

#### **Etapa 1. Adaptación cultural**

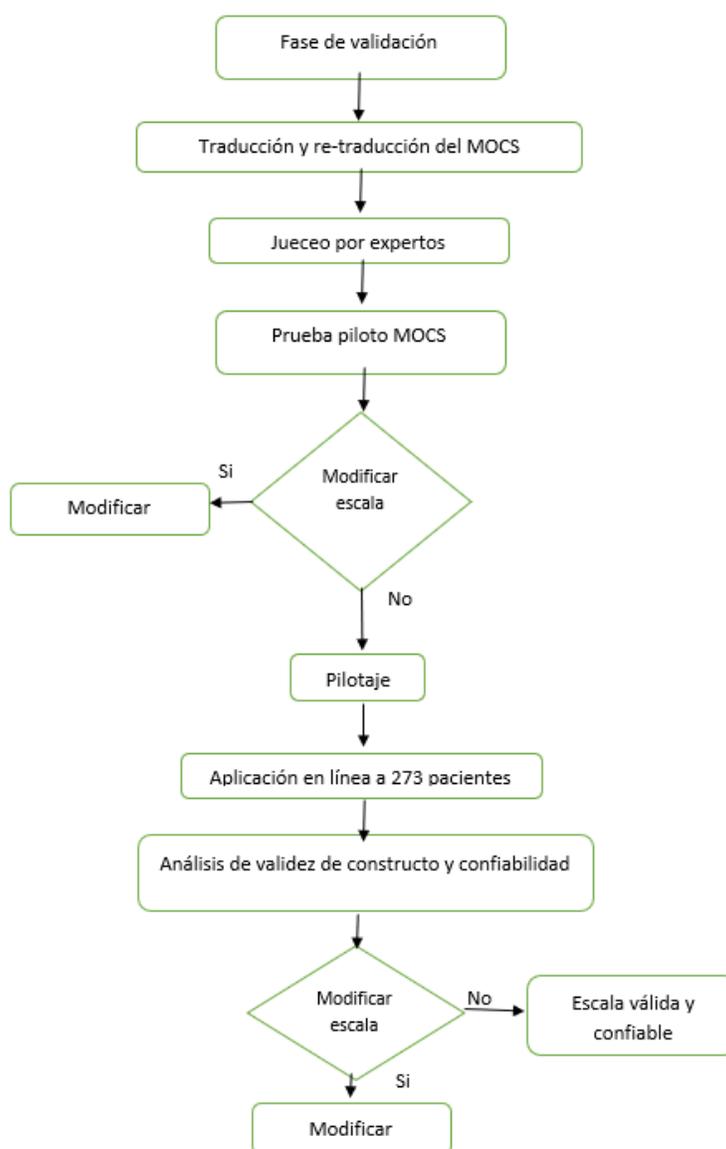
Se solicitó autorización para adaptar la escala MOCS. Posteriormente se envió a la escala a un traductor independiente para que hiciera la traducción del idioma original inglés al español, posteriormente se realizó un jueceo con 7 psicólogos con grado de licenciatura, maestría o doctorado, los cuales propusieron algunas modificaciones: se modificaron las instrucciones para que fueran más comprensibles para la población en la parte A y parte B, se modificaron las opciones de respuesta de la parte A y parte B y los reactivos 4, 10, 12 y 13 de la parte A y los reactivos 1, 6 de la parte B, se modificó su redacción sin que perdieran el sentido original del inglés.

Posteriormente se realizó una prueba piloto con 12 pacientes con cáncer con el objetivo de saber si las instrucciones eran claras, dificultad para responder, comprensión de cada reactivo y finalmente identificar lenguaje ofensivo (Mora et al., 2013). Se aplicó un formato de registro que incluyó el cuestionario específico sobre las instrucciones, cada

reactivo y las opciones de respuesta. Según los pacientes que participaron en esta prueba, no se realizó ninguna modificación al instrumento.

Finalmente se envió esta versión a un segundo traductor para que la retradujera al inglés y se envió a uno de los investigadores principales que ha trabajado con esta escala en pacientes con cáncer de habla inglesa, esta última versión es la que se aplicó en línea a pacientes con cáncer (Reyes & García, 2008).

**Diagrama 1.** Procedimiento y proceso de validación escala MOCS



## **Análisis estadísticos**

Se determinó la estructura factorial y la rotación, consistencia alfa de Cronbach y la validez concurrente mediante coeficiente de correlación de Pearson.

Los criterios por considerar fueron los siguientes:

- 1) Cargas factoriales  $\geq .40$  en cada reactivo.
- 2) Reactivos que cargan en un solo factor
- 3) Coeficiente de consistencia interna por cada factor alfa de Cronbach mínimo de  $\geq .60$ .
- 4) Validez concurrente con el Termómetro de malestar emocional.

Se realizó análisis confirmatorio

Se determinó la estructura factorial de la escala

- 5) Correlaciones entre reactivos.
- 6) Varianza explicada de cada reactivo.
- 7) Determinar los índices de ajuste comparativo relativos (CFI, TLI) ( $>0.90$ )

Se obtuvieron los datos sociodemográficos de los participantes, los cuales se pueden ver en la Tabla 3.

### **Análisis Factorial Exploratorio (AFE)**

Se realizó análisis factorial exploratorio, los criterios utilizados para el análisis fueron los siguientes: se asignaron cargas factoriales mínimas a  $.40$ , no se tomó un mínimo de reactivos por factor y se tomó el coeficiente de consistencia interna con un alfa de Cronbach  $> 0.60$  (Hair et al., 1999). Además, se realizaron análisis de consistencia interna y análisis factorial exploratorio mediante rotación Varimax, ya que se identificaron correlaciones bajas y medianas entre reactivos (Reyes & García, 2008). Se empleó la versión 24 del software IBM SPSS®. Para la relación entre MOCS y Termómetro de malestar emocional se empleó la correlación de Pearson por el nivel de intervalo de las variables con  $p < 0.05$  (ver Tabla 4).

**Tabla 3. Datos sociodemográficos de los participantes**

	f	%		f	%
<b>N</b>	197	100	<b>Tiene hijos</b>		
Edad (Rango)			Si	140	71.1
18-81			No	57	28.9
$\bar{x}$ =46.93, $\sigma$ =11.96			<b>Número de hijos</b>		
<b>Sexo</b>			Rango (1-5)		
Mujer	166	84.3	$\bar{x}$ =2.14 $\sigma$ =.926		
Hombre	31	15.7	<b>Escolaridad</b>		
<b>Lugar de residencia</b>			Ninguna	1	.5
Ciudad de México	63	32	Primaria	5	2.5
Edo. México	53	26.9	Secundaria	23	11.5
Interior de la República	82	41.1	Bachillerato	55	27.5
<b>Estado civil</b>			Licenciatura	78	39
Soltero	60	30.5	Posgrado	38	19
Casado	97	49.2	<b>Seguro médico</b>		
Separado	26	13.2	Sí	114	57.9
Viudo	5	2.5	No	83	42.1
Otro	9	4.6	<b>Estadio en el que se detectó el cáncer</b>		
<b>Tipo de cáncer</b>			In Situ	20	10.2
Mama	46	23	I	41	20.8
Próstata	11	5.5	II	51	25.9
Tiroides	85	42.5	III	52	26.4
Cervicouterino/ovario	13	6.5	IV	33	16.8
Linfoma	14	7	<b>Estado de salud actual</b>		
Colon/recto	5	2.5	Muy bueno	19	9.6
Combinación/otros	26	13	Bueno	110	55.8
<b>Comorbilidades</b>			Regular	56	28.4
Ninguna	89	45.2	Malo	10	5.1
Hipertensión	16	8.1	Muy malo	2	1
Hipo/hipertiroidismo	29	14.7	<b>Tratamiento activo</b>		
Otros	21	10.6	Si	73	37.1
Combinación	42	21.3	No	124	62.9
<b>Ocupación</b>			<b>Tratamiento actual</b>		
Hogar	46	23.4	Quimioterapia	7	3.6
Estudiante	3	1.5	Radioterapia	4	2
Empleado/a	44	22.3	Cirugía	18	9.1
Desempleado/a	22	11.2	Hormonoterapia	21	10.7
Autoempleo	28	14.2	Quimio/cirugía	8	4.1
Profesionista	35	17.8	Quimio/radio	2	1
Jubilado/a	19	9.6	Otras combinaciones	13	6.5
			Sin tratamiento actual	124	62.9

**Tabla 4.** Factores rotados para el MOCS A y B según su carga factorial

Reactivos MOCS A	Componente				Varianza explicada 74.2%	Media SD 28.85±8.59	Alfa de Cronbach total, $\alpha=0.90$
	1	2	3	4			
5. Me es fácil decidir cómo afrontar cualquier problema que surja	<b>.848</b>	.195	.203	.100			$\alpha=0.90$
7. Cuando surgen problemas, sé cómo enfrentarlos	<b>.805</b>	.220	.175	.001			
11. Tengo confianza en poder elegir las mejores formas de afrontar situaciones difíciles	<b>.757</b>	.264	.210	.245	Elección de respuestas de afrontamiento adecuadas		
4. Puedo detenerme fácilmente y reexaminar mis pensamientos para tener una nueva perspectiva	<b>.719</b>	.241	.087	.375			
12. Soy capaz de tener pensamientos emocionalmente equilibrados incluso en momentos difíciles	<b>.711</b>	.393	.003	.134			
9. Es fácil para mí recurrir a las personas cercanas en mi vida en busca de ayuda o apoyo cuando lo necesito	.279	<b>.881</b>	.134	.107	Asertividad sobre las necesidades		$\alpha=0.87$
13. Puedo pedirle ayuda o apoyo a las personas cercanas en mi vida cuando lo necesite	.260	<b>.865</b>	.109	.146			
3. Puedo expresar claramente mis necesidades a otras personas que son importantes para mí	.299	<b>.674</b>	.199	.262			
2. Me doy cuenta de cualquier tensión en mi cuerpo tan pronto como aparece	.050	.043	<b>.859</b>	.231			$\alpha=0.74$
8. Me doy cuenta de inmediato cuando mi cuerpo se pone tenso	.240	.281	<b>.766</b>	.077	Reconocer situaciones que provocan estrés		
6. Puedo reconocer fácilmente las situaciones que me hacen sentir estresado o molesto	.560	.100	<b>.570</b>	-.059			

Reactivos MOCS B	Componente				Varianza explicada 74.3%	Media SD 21±4.7	Alfa de Cronbach total, $\alpha=.63$
	1	2	3	4			
1. Puedo usar técnicas de relajación muscular para reducir cualquier tensión que tenga	.016	.159	.265	<b>.816</b>			$\alpha=0.51$
10. Puedo usar imágenes en mi mente para reducir cualquier tensión que tenga	.389	.208	-.014	<b>.671</b>		Capacidad de relajación a voluntad	
8. Definitivamente siento que a las personas les importa mi bienestar	<b>.856</b>	-.082	.075	.125			$\alpha=.80$
5. Las personas me hacen saber que se preocupan por mi situación y me apoyan	<b>.842</b>	-.053	.078	.114		Percepción de atención de otras personas que le rodean	
2. Estoy recibiendo mucha atención positiva de las personas a mi alrededor	<b>.812</b>	.006	.085	-.044			
3. Me siento raro sabiendo que he recibido tratamiento para el cáncer	-.009	<b>.854</b>	.016	.100			$\alpha=.80$
1. Saber que me han diagnosticado cáncer me hace sentir raro o un extraño en mi vida	-.060	<b>.845</b>	-.069	-.052		Sentimientos de normalidad contra alienación	
7. El hecho de haber recibido tratamiento para el cáncer me hace sentir diferente a otras personas	-.053	<b>.749</b>	.163	.278			
6. Siento un vínculo con otros pacientes con cáncer	.064	.044	<b>.926</b>	.034			$\alpha=.83$
9. Siento una conexión con otras personas que tienen cáncer	.148	.021	<b>.898</b>	.100		Sensación de cohesión con otros participantes	

### Análisis Factorial Confirmatorio (AFC)

El análisis factorial confirmatorio evaluó el ajuste de modelo de cuatro factores para el estado actual auto percibido (modelo A) y para los efectos inespecíficos (modelo B) respectivamente con el método de máxima verosimilitud usando el programa estadístico AMOS® (versión 24), para estimar los datos mediante los índices de ajuste global, el valor de ji al cuadrado absoluto (CMIN) y luego la razón ji al cuadrado/grados

de libertad (CMIN/gl) para confirmar si existen errores en las varianzas y covarianzas nulos.

Se estimó el ajuste global contra un modelo nulo mediante el índice Comparative Fit Index (CFI), la parsimonia y el equilibrio del modelo con el índice de Tucker-Lewis (TLI), además de la bondad de ajuste mediante y la raíz del residuo cuadrático medio de aproximación (RMSEA). Finalmente, la ratificación de la bondad de ajuste mediante el cálculo del índice de error residual medio estandarizado (SRMR) (Byrne, 2010; Kline, 2011).

Una vez con estos resultados, se procedió a hacer prueba Kolmogorov-Smirnoff con la sumatoria total de los reactivos en cada modelo para probar la normalidad de los datos, con ello se procedió a realizar mediana y rangos intercuartílicos para establecer puntos de corte.

## **Resultados**

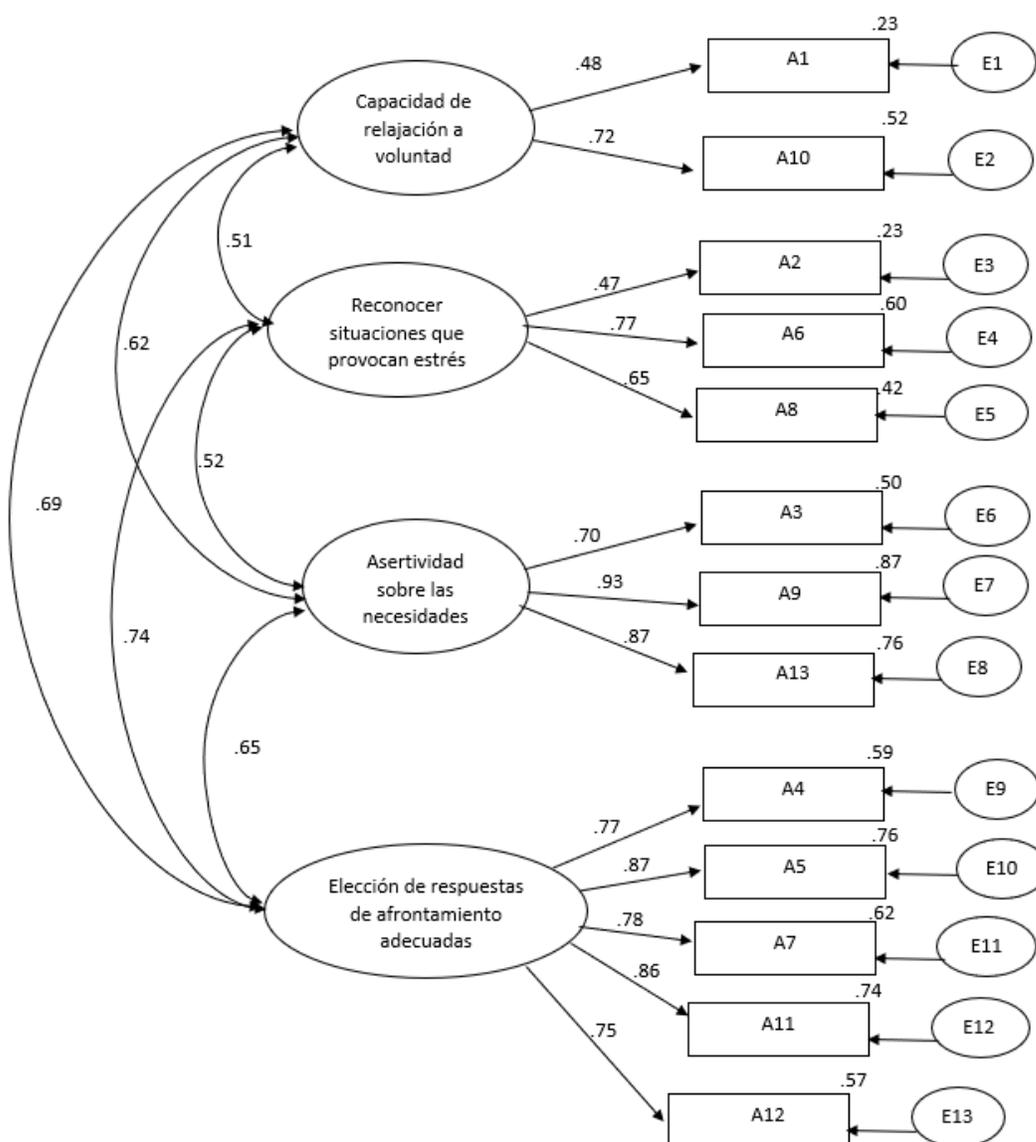
### Estructura factorial

La escala MOCS obtuvo en la prueba de esfericidad de Bartlett una  $p=0.001$  y un índice Kaiser-Meyer-Olkin  $KMO=.885$  para la versión A (Estado actual auto percibido), una consistencia interna de .903 (alfa de Cronbach estandarizada), una varianza explicada de 74.2% con 4 factores: reconocer situaciones que provocan estrés, estructuras de pensamientos desadaptativos, asertividad sobre las necesidades y capacidad de relajación a voluntad. Para la versión B (efectos inespecíficos) prueba de esfericidad de Bartlett una  $p=0.001$ ,  $KMO=.639$  una consistencia interna de .63 (alfa de Cronbach estandarizada), una varianza explicada de 74.3 con tres factores: sentimientos de normalidad contra alineación, percepciones de atención de las personas que le rodean y sensación de cohesión con otros participantes, se eliminó un factor “sensación de estar mejor que otros pacientes con cáncer” debido a que el  $\alpha=.32$  resultó insuficiente.

## Análisis confirmatorio

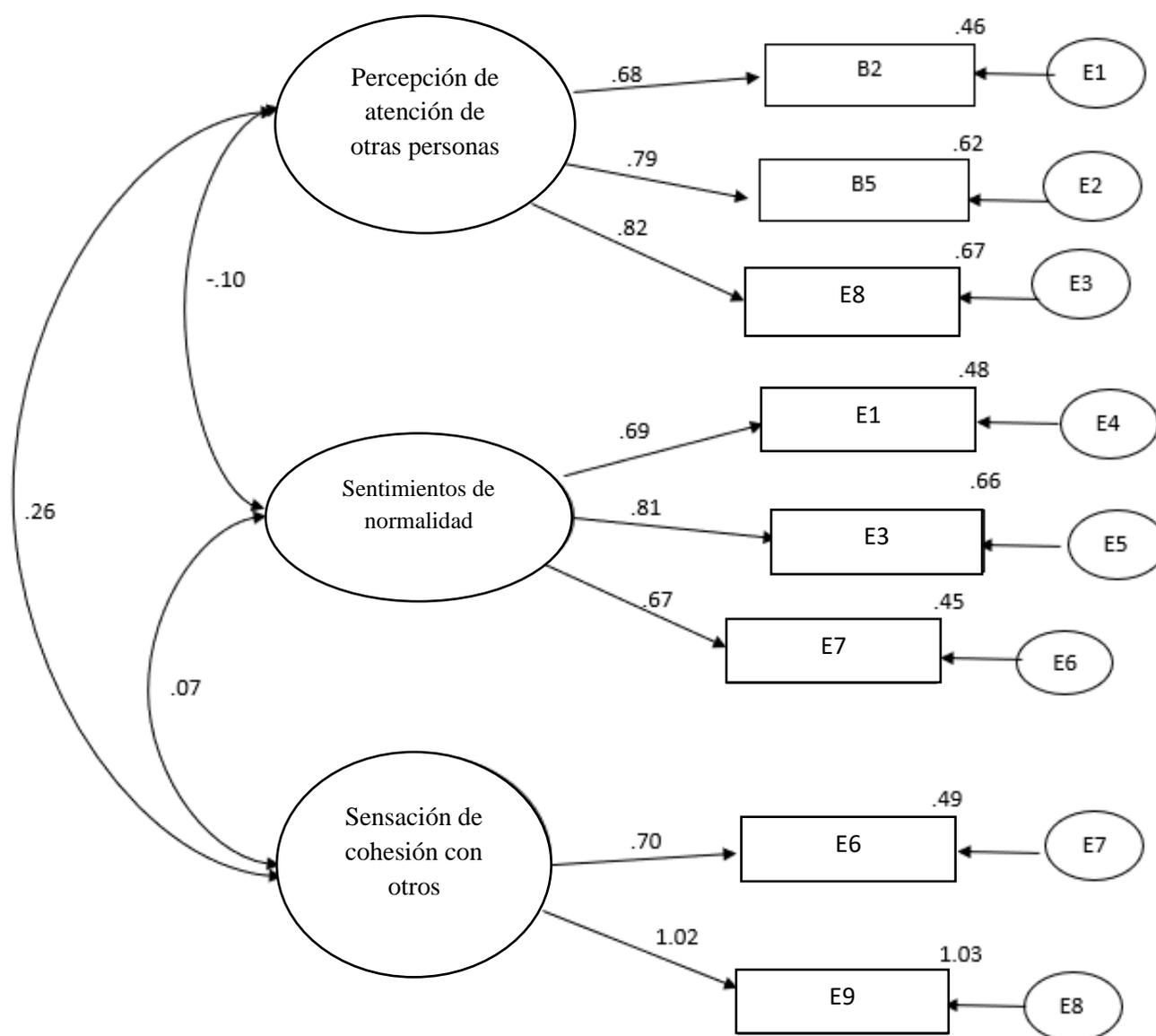
En la figura 3 se observa el modelo para cada apartado (cuatro factores), los estimadores calculados para cada factor y las correlaciones entre ellos, así como la varianza explicada por cada reactivo. Los índices de ajuste comparativo CFI=.941, índice Tucker Lewis TLI=.920 muestran ajuste a los datos ( $\geq 0.90$ ) (Manzano Patiño, 2017), una bondad de ajuste o Ji normada CMIN/GL=2.41, una RMSEA=.085, finalmente un SRMR=.0614 ( $< .080$ ) (Manzano Patiño, 2017) el modelo A presentó niveles de ajuste a los datos que confirman la estructura factorial confirmatoria.

**Figura 3.** Modelo A (estado actual auto percibido)



En la figura 4 se presenta el modelo (tres factores), de igual forma, los estimadores calculados para cada factor y las correlaciones entre ellos, así como la varianza explicada por cada reactivo. Los índices de ajuste comparativo (CFI=.986, TLI=.976) muestran un ajuste a los datos, una bondad de ajuste CMIN=1.417 y una RMSEA=.046 finalmente un SRMR=.0401 el modelo B presentó niveles de ajuste a los datos que confirman la estructura factorial confirmatoria.

**Figura 4. Modelo B (efectos inespecíficos)**



Se realizó validez concurrente del MOCS con el Termómetro de Malestar Emocional, las correlaciones fueron negativas bajas a moderadas y estadísticamente significativas ( $r$  de Pearson de  $-.180$  a  $-.462$ ,  $p < 0.01$  y  $p < 0.05$ ), también hubo correlaciones positivas entre Normalidad y el Termómetro  $.238$   $p < 0.01$  (ver Tabla 5).

**Tabla 5.** Coeficientes de correlación del MOCS versión mexicana con el Termómetro de malestar emocional

Subescala/escala total (MOCS)	Capacidad de relajación a voluntad	Reconocer situaciones que provocan estrés	Asertividad sobre las necesidades	Elección de respuestas de afrontamiento	Percepción de atención de otras personas	Sentimientos de Normalidad	Sensación de cohesión con otros
Termómetro de malestar emocional	-.295**	-.226**	-.365**	-.462**	-.180*	.238**	-.223**

\*La correlación es significativa al nivel .05. \*\*La correlación es significativa al nivel .01.

La sumatoria de los reactivos en ambos modelos resultaron no normales, por ello se decidió tomar la mediana y los rangos intercuartílicos para considerar puntos de corte, para el MOCS A (estado actual auto percibido) puntaje bajo 0-23, medio bajo 24-30, medio alto 31-35 y alto 36-52. Para el MOCS B (efectos inespecíficos) puntaje bajo 0-18, medio bajo 19-21, medio alto 22-24, alto 25-32. Aunque los reactivos de la escala B número 4 (Estoy mejor que la mayoría de las personas que tienen cáncer) y número 10 (La mayoría de las personas que tienen cáncer tienen una vida mucho más difícil que la mía) no se consideran para la puntuación debido a su baja confiabilidad, se sugiere mantenerlos considerando su importancia a un nivel clínico desde la perspectiva social en cuanto a cómo se ve la persona en relación con los otros.

## Discusión

Este es el primer informe que reporta la validez y confiabilidad del MOCS en pacientes con cáncer en una población mexicana, con ello se busca reportar información y evidencias de esta escala a nivel internacional. El MOCS es una escala apta para medir

el estado actual auto percibido de estrés y cuenta con un componente para medir los efectos de intervenciones psicosociales en pacientes con cáncer, la evaluación de este constructo es de importancia ya que la evidencia sugiere una relación entre este y efectos negativos como afectación del sistema inmune y respuesta inflamatoria durante el tratamiento oncológico (Dai et al., 2020; Moreno-Smith et al., 2010).

La consistencia interna total y por factor de la sección A y la varianza explicada resultaron adecuadas, a excepción del indicador “capacidad de relajación a voluntad” por otro lado la consistencia interna total y por factor de la sección B resultó menor y el indicador “sensación de estar mejor que otros pacientes” resultó bajo en su confiabilidad por lo que se eliminó, se sugiere que los pacientes evaluados estuvieran en protocolos de intervención cognitivo conductuales, por lo que sería necesario realizar una revisión de estos componentes en pacientes en tratamiento psicológico, sin embargo, la varianza explicada resultó ser elevada en ambas partes del instrumento, por lo cual se sugiere aplicarlos desde una perspectiva clínica.

En el caso del AFC los resultados sugieren una estructura factorial semejante a la versión original en ambos modelos, se identificaron cuatro factores para la sección A y tres factores para la sección B.

Ambas secciones tienen la función de identificar el estrés percibido, además del efecto de la intervención TCC en los reportes de los pacientes que reciben dicho tratamiento. Para este análisis el número de participantes resultó adecuado, según lo muestran los datos del análisis factorial exploratorio y el confirmatorio. Sin embargo, el alfa del MOCS B puede ser insuficiente.

La validez concurrente del instrumento resultó con correlaciones bajas, negativas y significativas a excepción de los sentimientos de normalidad contra la alienación, quizá a que los pacientes mexicanos no perciben el hecho de sentirse “raros” o diferentes como algo que les genere malestar emocional, hallazgo diferente a lo ya reportado en otras culturas (TenHouten, 2017).

Dentro de las implicaciones para el sistema de salud es que esta escala puede ser de ayuda para detectar casos de estrés en pacientes con cáncer de manera rápida y

confiable y puede ser empleada para identificar cambios en el nivel de estrés cuando se realiza una intervención psicológica o médica, en este sentido puede ser empleada en entornos clínicos sola o en conjunto con otros cuestionarios dependiendo de los objetivos del terapeuta o investigador.

En el área de investigación puede ser de utilidad para medir el estrés en pacientes con cáncer desde un aspecto epidemiológico, el efecto de intervenciones pre y post, observar si las intervenciones son útiles en las dimensiones que mide la escala, además de generar líneas de investigación evaluando diversos métodos de intervención con los pacientes ya sean ambulatorios o en hospitalización, al inicio del diagnóstico, tratamiento, seguimiento o cualquier etapa clínica.

#### Limitaciones

Dentro de las limitaciones del presente estudio, el Modelo A no ajustó completamente en el índice RMSEA, lo cual limita el ajuste de la primer escala a pesar de que el resto de índices está dentro de los parámetros sugeridos (Schermetleh-Engel et al., 2003), por otro lado, puede llegar a ser necesario evaluar la estabilidad del instrumento a lo largo del tiempo, incluir pacientes en tratamiento psicológico, incrementar el número de participantes y observar si existen cambios respecto a los resultados actuales.

Se sugiere emplearlo con pacientes en diversas etapas como en diagnóstico, tratamiento, seguimiento y supervivencia para considerar posibles tratamientos tanto médicos como psicológicos.

#### Conclusiones

La escala de Medida del Estado Actual MOCS en pacientes mexicanos con cáncer presenta una estructura factorial similar a la versión original, así como aceptables propiedades psicométricas en la parte A y una parte B con indicadores menores. Con los resultados anteriores se tiene una primera versión en población latinoamericana, con esta versión se podría realizar un tamizaje de estrés de forma cotidiana dentro del sistema de salud en oncología.

En general se considera un instrumento confiable y válido por lo que se recomienda su uso en atención clínica e investigación, así como se podrá continuar realizando más estudios en población mexicana para medir estrés.

El presente estudio se encuentra publicado en: Espinoza Bello, M., Galindo Vázquez, O., Penedo, F. J., Jiménez Ríos, M. Á., Ortega Andeane, P., Scavuzzo, A., García Méndez, M., & Meneses-García, A. (2023). Propiedades psicométricas de la Escala de Medida del Estado Actual (MOCS) en pacientes mexicanos con cáncer. *Ciencias Psicológicas*, 17(2), 3009. <https://doi.org/10.22235/cp.v17i2.3009>

## Estudio II

### **Propiedades psicométricas del Índice Compuesto para el Cáncer de Próstata para valoración sexual (EPIC) (Apartado de función sexual) en población general**

La satisfacción sexual, puede ser definida como una respuesta afectiva que surge de la evaluación subjetiva de las dimensiones positivas y negativas asociadas a la relación sexual (Lawrance & Byers, 1995; Rokach & Patel, 2021), la satisfacción sexual se logra cuando las ganancias exceden las expectativas sobre lo que la persona considera merece recibir o por otro lado, cuando la ganancia es aproximadamente igual para ambas personas y/o si ellas identifican que fueron tratadas de forma justa (Rokach & Patel, 2021; Sprecher & Cate, 2004).

Una interrupción en cualquier parte de este proceso conduce a una disfunción sexual masculina (Rambhatla & Rajfer, 2018). La disfunción sexual (DS) puede definirse como la dificultad en cualquier etapa del encuentro sexual que impide al individuo o su pareja disfruten de la actividad sexual (Boeri et al., 2020).

Otro de los procesos involucrados es la excitación sexual masculina, es cual es un proceso complejo que involucra al cerebro, las hormonas, las emociones, los nervios, los músculos y los vasos sanguíneos. La disfunción puede ser el resultado de un problema con alguno de dichos factores. Del mismo modo, el estrés y las inquietudes relacionadas con la salud mental pueden provocar la disfunción o empeorarla (Mayo Clinic, 2018).

A nivel mundial, entre un 20% a un 30% de hombres adultos muestran algún tipo de DS lo cual afecta la función reproductiva y la calidad de vida de la pareja (Boeri et al., 2020), se ha identificado que 33.4% presentó problemas sexuales en el último año, además señala que un 6.6% tuvo algún grado de disfunción eréctil (DE) y un 4.5% eyaculación precoz (Briken et al., 2020), cerca de 52% entre 40 y 70 años y aproximadamente un 20% alrededor del mundo sufren algún trastorno en la eyaculación, lo que implica un impacto en la calidad de vida (Alzweri & Burnett, 2018).

En México, según datos de la (Secretaría de Salud, 2017) señalan que la DE afecta a hombres mayores de 40 años en un 55% de forma leve, 35% moderada y 10% severa, además que en un 80% se asocian a aspectos orgánicos y 20% a factores psicológicos. En otra investigación se identificó que del 30% al 35% había una prevalencia del 33.8% con diferentes grados de afectación leve (17.9%), leve moderada (7.9%), moderada (5.8%) y severa (1.9%) (González-Cuenca et al., 2012).

Se identifican diversos factores asociados entre los que se encuentran el estado de salud actual, diabetes mellitus, enfermedades metabólicas, enfermedades genitourinarias concurrentes; estas condiciones de salud pueden impactar en el deseo sexual, la disfunción en el orgasmo y la DE (Boeri et al., 2020). La DS en el hombre se considera como una expresión de la incapacidad de satisfacer el modelo de lo que se considera "normal" para el varón, entre otros aspectos el coito con erección, penetración, eyaculación y orgasmo como prueba de la masculinidad (Molina & Tapia, 2020).

Es por ello, que se han desarrollado diversos instrumentos para la evaluación de la función sexual del hombre dentro lo cuales se encuentran: Inventario Breve de Funciones Sexuales (BSFI) por sus siglas en inglés, cuenta con 11 reactivos, los cuales se agrupan en cinco dimensiones: Impulso sexual, Función eréctil, Eyaculación, Problemas y Satisfacción global. El test-retest, con una semana de intervalo, fluctuó entre 0.79 y 0.89 (O'Leary et al., 1995).

Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF) por sus siglas en inglés, cuenta con 15 reactivos que abarcan: Función eréctil, Función orgásmica, Deseo sexual, Satisfacción con la relación sexual y Satisfacción global. Cuenta con un alfa de Cronbach que van de  $\alpha = 0.73$  a  $\alpha = 0.91$  (Rosen et al., 1997).

Cuestionario de la salud sexual masculina (MSHQ) por sus siglas en inglés, cuenta con 25 reactivos bajo tres dimensiones dominios: Erección, Eyaculación y Satisfacción, cuenta con alfas que van de  $\alpha = 0.81$  a  $\alpha = 0.90$ , con una confiabilidad test-retest de 0.86 a 0.88 (Rosen et al., 2004).

Dichos instrumentos tienen ventajas como, por ejemplo: son breves y también se han empleado para medir afectaciones sexuales (Kim et al., 2010; Mykletun et al., 2006;

Neijenhuijs et al., 2019), sin embargo, no han sido validados ni determinadas sus propiedades psicométricas en población general mexicana, lo cual impide su aplicación ya que es necesario considerar aspectos lingüísticos e idiosincráticos de la población a la que se requiere evaluar (Nunnally & Velazquez, 1995).

En este contexto, el Índice Compuesto Expandido para Cáncer de Próstata (EPIC) por sus siglas en inglés (Wei et al., 2000), ha sido diseñado para evaluar la función sexual del varón y sus molestias después del tratamiento del cáncer de próstata y ampliamente empleado en otras investigaciones para evaluar función sexual (Chang et al., 2011; Robertson et al., 2016b). Este instrumento además ha sido recomendado debido a su acumulada evidencia psicométrica por el Consorcio Internacional para la Medición de Resultados en Salud (ICHOM) por sus siglas en inglés, este grupo de trabajo aporta lineamientos en la adopción de estándares globales para la medición de variables que impactan a la salud de las personas (Morgans et al., 2015).

El instrumento fue desarrollado considerando un panel de expertos y pacientes con cáncer de próstata tomando los 20 reactivos del Índice de Cáncer de Próstata de la Universidad de California (UCLA-PCI) por sus siglas en inglés (Litwin et al., 1998), otro aspecto relevante es que se ha usado para valorar intervenciones psicológicas de corte cognitivo conductual considerando la valoración de la función y satisfacción sexuales de los pacientes (Penedo et al., 2007, 2018).

Por lo que, el objetivo de esta investigación consistió en obtener las propiedades psicométricas del EPIC, a fin de contar con un instrumento que mida la función y satisfacción sexuales.

### **Pregunta de investigación**

¿Cuáles son las propiedades psicométricas del Índice Compuesto para el Cáncer de Próstata para función sexual (EPIC) en una muestra varones mexicanos?

### **Objetivo general**

Determinar las propiedades psicométricas del Índice Compuesto para el Cáncer de Próstata para función sexual (EPIC) en una muestra varones mexicanos.

### **Objetivos Específicos**

- 1) Determinar estructura factorial
- 2) Determinar validez concurrente con Evaluación General de la Terapia del Cáncer-Población General
- 3) Determinar varianza explicada
- 4) Determinar la confiabilidad por consistencia interna mediante el coeficiente de alfa de Cronbach.
- 5) Análisis confirmatorio, determinar los índices de ajuste comparativo relativos (CFI, TLI) (>0.90) prueba de Hoelter.

### **Método**

#### Diseño

Se empleó un diseño transversal, instrumental, no experimental (Carretero-Dios & Pérez, 2005).

#### Muestreo

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

#### Participantes

Se incluyeron 206 participantes en el análisis final, fueron elegidos por disponibilidad

#### Criterios de inclusión.

- 1) Varones mexicanos, 2) 18 años en adelante, 3) que sepan leer y escribir, 4) actividad sexual en el último año, 5) aceptaron participar mediante el consentimiento informado.

#### Criterios de exclusión.

- 1) Diagnóstico psiquiátrico reportado por el paciente.

Criterios de eliminación.

1) No hayan completado el cuestionario, 2) Respuestas incompletas en el instrumento.

## **Instrumentos**

### **Cédula de identificación**

Se aplicó una cédula para la obtención de datos sociodemográficos como edad, lugar de residencia, escolaridad, estado civil y datos clínicos, por ejemplo, diagnóstico de alguna enfermedad, si habían sido diagnosticados con algún trastorno y si habían recibido atención psiquiátrica o psicológica.

### **Índice Compuesto Expandido para Cáncer de Próstata (EPIC) (Apartado de función sexual)**

El EPIC (Wei et al., 2000) fue desarrollado considerando un panel de expertos y pacientes con cáncer de próstata tomando los 20 reactivos del Índice de Cáncer de Próstata de la Universidad de California (UCLA-PCI) por sus siglas en inglés (Litwin et al., 1998) desarrollando los 50 reactivos del EPIC, las sumatorias y subescalas fueron derivadas de un análisis factorial.

El apartado de Sexualidad consiste en 9 preguntas que van con valores de 1 a 5 con dos factores: Funcionalidad sexual y Malestar sexual, los primeros 7 reactivos están relacionados con el primer factor funcionalidad sexual: implica la ausencia de dificultad para pasar por las etapas del deseo sexual, la excitación y el orgasmo, así como por la satisfacción subjetiva con la frecuencia y el resultado del comportamiento sexual individual y en pareja (Fielder, 2013) y los 2 últimos respecto al segundo factor malestar sexual: cuando la disfunción sexual se percibe como un problema, causa pena o vergüenza y reduce la capacidad de disfrutar la vida (Nelson et al., 2010).

El EPIC fue validado como un cuestionario de salud sexual independiente o como parte de un instrumento con varias dimensiones con alfas que van de 0.95 a 0.93 y

correlación test-retest  $r = 0.89$  y  $0.91$ , se puntúa de 0 a 100, una puntuación más alta representa una mejor salud sexual (Wei et al., 2000).

### **Instrumento de Evaluación de Funcionalidad en el Tratamiento para Enfermedades Crónicas**

El FACIT-GP (Cella et al., 1993) fue desarrollado considerando 33 reactivos para Calidad de Vida con 4 dimensiones: Estado físico, Social/familiar, Emocional y Funcional. Tiene 21 reactivos que se puntúan de 0 a 4 (Nada a Muchísimo). Fue traducido al español (Cella et al., 1998) considerando aspectos culturales. Se considera que, a mayor puntaje, mayor es la Calidad de Vida, esta versión fue validada por (Galindo Vázquez et al., 2022) el cual tuvo una consistencia interna de 0.81 y una varianza explicada de 58.93%, es importante mencionar que se emplea este cuestionario para la validez convergente ya que originalmente se empleó para la validez del EPIC cuando fue construido (Wei et al., 2000).

### **Procedimiento**

Cada uno de los participantes estuvo de acuerdo en formar parte del estudio, previa lectura y comprensión del consentimiento informado (ver Apéndice III). Se cumplieron las reglas establecidas por la Secretaría de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, la Declaración de Helsinki sobre los principios éticos para la investigación médica con humanos (ver Diagrama 2).

#### **Etapa 1. Adaptación cultural**

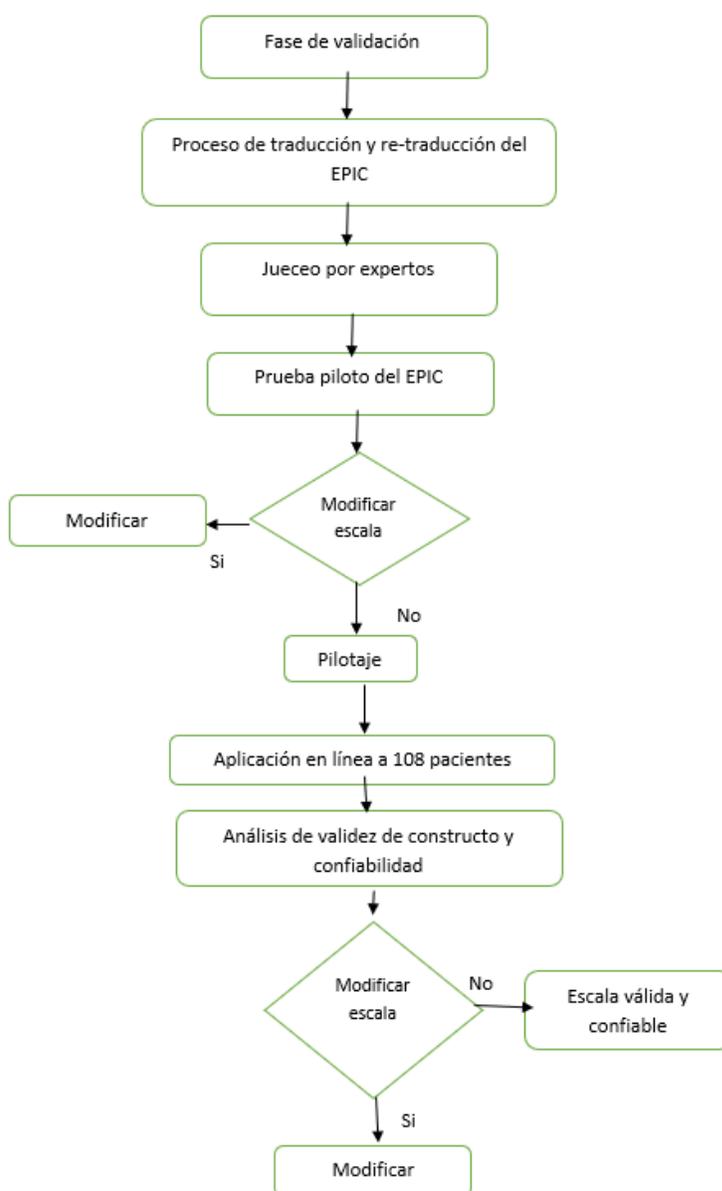
Inicialmente se envió la escala a un traductor independiente con el objetivo de que realizara la traducción del idioma original inglés al español, después, se realizó un jueceo con ocho psicólogos con grado de pre y posgrado, los cuales propusieron las siguientes modificaciones: modificar la redacción de las instrucciones y las opciones de respuesta con el objetivo de hacerlas más comprensibles para la población.

Posteriormente se realizó una prueba piloto con cinco hombres con el objetivo de evaluar claridad, dificultad para comprender, comprensión de cada reactivo y lenguaje ofensivo de las instrucciones de cada reactivo y opciones de respuesta (Mora et al.,

2013), se aplicó un formato de registro que incluyó el cuestionario específico sobre las instrucciones, cada reactivo y las opciones de respuesta. Según el criterio de los participantes que colaboraron en esta prueba, no se sugirió ninguna modificación al instrumento.

Finalmente, esta versión se envió a un segundo traductor para ser retraducida al inglés, una vez concluido este proceso, la escala se remitió a uno de los investigadores principales de la escala EPIC en pacientes de habla inglesa, el cual no tuvo observaciones para esta versión.

**Diagrama 2.** *Procedimiento y proceso de validación escala EPIC*



## **Análisis estadísticos**

Se determinó la estructura factorial y la rotación, consistencia alfa de Cronbach y la validez concurrente mediante coeficiente de correlación de Pearson.

Los criterios por considerar fueron los siguientes:

- 1) Cargas factoriales  $\geq .40$  para cada reactivo.
- 2) Reactivos que cargan en un solo factor.
- 3) Coeficiente de consistencia interna por cada factor alfa de Cronbach mínimo de  $\geq .60$ .
- 4) Validez concurrente con el FACT-GP.

Se realizó análisis confirmatorio

Se determinó la estructura factorial de la escala

- 5) Correlaciones entre reactivos.
- 6) Varianza explicada de cada reactivo.
- 7) Determinar los índices de ajuste comparativo relativos (CFI, TLI) ( $>0.90$ ).

El grupo de participantes tuvo una media de edad de 45.4 años, la mayoría de ellos 60.2% provienen de otros estados de la República Mexicana, 34.5% casados, 19.4 en unión libre, 68% de ellos tienen hijos con una media de 2.8, 52.4% mencionó tener pareja estable, 57.8% un buen estado de salud, 21.8% de ellos manifestó haber recibido algún tipo de atención en salud mental (ver Tabla 6).

### **Análisis Factorial Exploratorio (AFE)**

Después se realizó análisis factorial exploratorio, los criterios utilizados para el análisis fueron los siguientes: se asignaron cargas factoriales mínimas a .40, no se tomó un mínimo de reactivos por factor y se tomó el coeficiente de consistencia interna con un alfa de Cronbach  $> 0.60$  (Hair et al., 1999). Además, se realizaron análisis de consistencia interna y análisis factorial exploratorio mediante rotación Varimax, ya que se identificaron correlaciones bajas y medianas entre reactivos (Reyes & García, 2008). Se empleó la versión 24 del software IBM SPSS®. Para la relación entre EPIC y FACT-GP se empleó la correlación de Pearson por el nivel de intervalo de las variables con  $p < 0.05$  (ver Tabla 7).

**Tabla 6.** Datos sociodemográficos de los participantes

	f	%		f	%
<b>N</b>	206	100	<b>Paternidad</b>		
Edad (Rango)			Si	140	68
20-73			No	66	32
$\bar{x}$ =45.4, $\sigma$ =13.2			<b>Número de hijos</b>		
<b>Lugar de residencia</b>			Rango (1-11)		
Ciudad de México	58	28.2	$\bar{x}$ =2.84		
Edo. México	24	11.7	<b>Tiene pareja</b>		
Interior de la República	124	60.2	Si	108	52.4
<b>Estado civil</b>			No	98	47.6
Soltero	56	27.2	<b>Estado de salud actual</b>		
Casado	71	34.5	Muy bueno	28	13.6
Unión libre	40	19.4	Bueno	119	57.8
Divorciado/separado	33	16.0	Regular	51	24.8
Viudo	6	2.9	Malo	8	3.9
<b>Escolaridad</b>			<b>Recibió atención en salud mental</b>		
Ninguna	2	1.0	Si	45	21.8
Primaria	9	4.4	No	161	78.2
Secundaria	30	14.6	<b>Tipo de atención (salud mental)</b>		
Bachillerato	55	26.7	Psicología	33	16
Licenciatura	84	40.8	Psicología/psiquiatría	6	2.9
Posgrado	26	12.6	Psiquiatría	3	1.5
<b>Comorbilidades</b>			Ninguna	161	78.2
Ninguna	109	52.9	<b>Ocupación</b>		
Hipertensión	23	11.2	Estudiante	16	7.8
Diabetes	20	9.7	Empleado	76	36.9
Obesidad	19	9.2	Desempleado	13	6.3
Otros	11	5.2	Autoempleo	38	18.4
Combinación	24	11.4	Profesionista	49	23.8
			Jubilado	10	4.9
			Otros	4	2.0

### Análisis Factorial Confirmatorio (AFC)

El análisis factorial confirmatorio evaluó el ajuste de modelo de dos factores de la escala, 1) Funcionalidad sexual y 2) Malestar sexual respectivamente con el método de máxima verosimilitud usando el programa estadístico AMOS® (versión 24), para estimar los datos mediante los índices de ajuste global, el valor de  $\chi^2$  al cuadrado absoluto (CMIN) y luego la razón  $\chi^2$  al cuadrado/grados de libertad (CMIN/GL) para confirmar si existen errores en las varianzas y covarianzas nulos (Manzano, 2017).

Se estimó el ajuste global contra un modelo nulo mediante el índice Comparative Fit Index (CFI), la parsimonia y el equilibrio del modelo con el índice de Tucker-Lewis (TLI). Finalmente, la ratificación de la bondad de ajuste mediante el cálculo del índice de error residual medio estandarizado (SRMR) (Byrne, 2010; Kline, 2011).

**Tabla 7. Factores rotados para el EPIC según su carga factorial**

Reactivos Escala EPIC	Componente		Varianza Explicada 67.6%	Media SD 3.43±.92	Alfa de Cronbach total $\alpha=0.93$
	1	2			
1. ¿Cómo calificaría cada uno de los siguientes aspectos durante las últimas 4 semanas? (Marque un círculo en cada línea) [b. ¿Su capacidad para tener una erección?]	<b>.778</b>	.409			
1. ¿Cómo calificaría cada uno de los siguientes aspectos durante las últimas 4 semanas? (Marque un círculo en cada línea) [c. ¿Su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax)?]	<b>.754</b>				
1. ¿Cómo calificaría cada uno de los siguientes aspectos durante las últimas 4 semanas? (Marque un círculo en cada línea) [a. ¿Su nivel de deseo sexual?]	<b>.754</b>				Funcionalidad sexual $\alpha=0.91$
7. En general ¿Cómo calificaría su actividad sexual durante las últimas 4 semanas?	<b>.725</b>				
3. ¿Cómo describiría la FRECUENCIA de sus erecciones durante las últimas 4 semanas?	<b>.705</b>	.458			
5. Durante las últimas 4 semanas ¿Con qué frecuencia ha tenido algún tipo de actividad sexual (caricias, masturbación)?	<b>.701</b>				
2. ¿Cómo describiría la CALIDAD habitual (rigidez, dureza) de sus erecciones durante las últimas 4 semanas?	<b>.678</b>	.434			
4. ¿Con qué frecuencia se ha despertado por la mañana o por la noche con una erección en las últimas 4 semanas?	<b>.647</b>				
8. ¿Hasta qué punto ha sido un problema cada uno de los siguientes aspectos durante las últimas 4 semanas? (Marque un círculo en cada línea) [a. Su nivel de deseo sexual...]		<b>.855</b>			
8. ¿Hasta qué punto ha sido un problema cada uno de los siguientes aspectos durante las últimas 4 semanas? (Marque un círculo en cada línea) [b. Su capacidad de tener una erección...]		<b>.845</b>			Malestar sexual $\alpha=0.89$
8. ¿Hasta qué punto ha sido un problema cada uno de los siguientes aspectos durante las últimas 4 semanas? (Marque un círculo en cada línea) [c. Su capacidad de alcanzar el orgasmo (clímax).....]		<b>.834</b>			
9. En general ¿Hasta qué punto la falta de actividad sexual ha sido un problema en las últimas 4 semanas?		<b>.714</b>			

Para obtener la validez convergente entre EPIC y el FACT-GP se empleó la correlación de Pearson dado el nivel de intervalo de las variables con  $p < 0.05$ .

## **Resultados**

### Estructura factorial

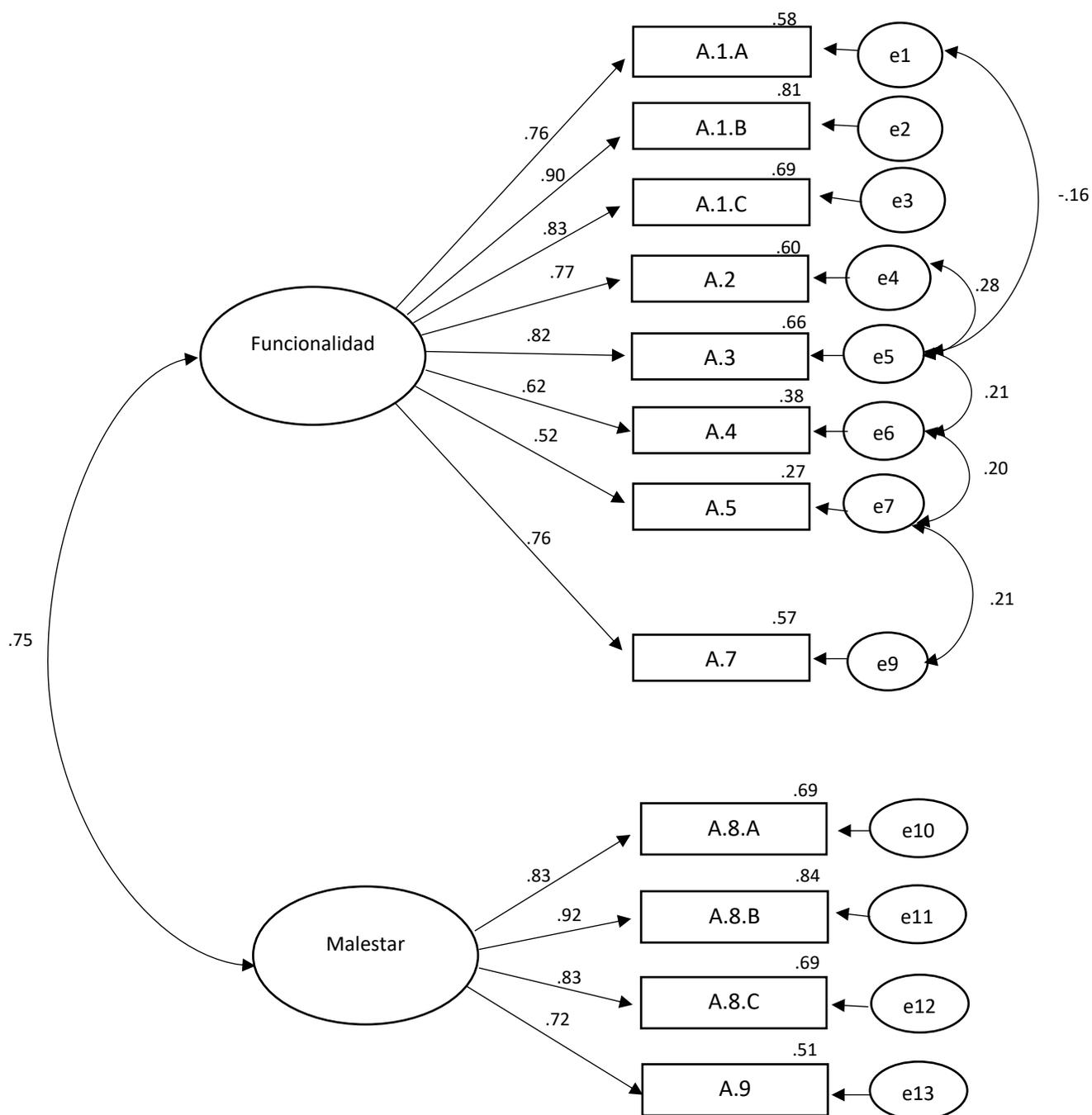
Para la escala EPIC se obtuvo una consistencia interna global de 0.93 (alfa de Cronbach estandarizada), una varianza explicada de 67.6% con 2 factores: Funcionalidad Sexual alfa de 0.91 y Malestar Sexual con un alfa de 0.89, se eliminó el reactivo seis del análisis debido a que su carga factorial fue menor a .40.

### Análisis Factorial Confirmatorio (AFC)

Una vez realizado el análisis factorial exploratorio, se hizo el modelo según la teoría, en la Figura 5 se observa el modelo (dos factores), los estimadores calculados para cada factor y las correlaciones entre ellos, así como la varianza explicada por cada reactivo. Los índices de ajuste comparativo CFI=.936, índice Tucker Lewis TLI=.912 muestran ajuste a los datos ( $\geq 0.90$ ), una bondad de ajuste o  $\chi$  normada CMIN/gl=3.3, finalmente un SRMR=.047 ( $< .080$ ) (Manzano, 2017) el modelo presentó niveles de ajuste a los datos que apoyan la estructura factorial confirmatoria.

Se realizó validez concurrente del EPIC con FACIT-GP, se encontraron correlaciones a moderadas a altas y estadísticamente significativas  $r$  de Pearson (ver Tabla 8).

Figura 5. Modelo escala EPIC de dos factores sin el reactivo 6



**Tabla 8.** *Correlaciones entre la escala EPIC y FACIT-GP*

Subescalas	FACIT-GP				
	Estado físico	Social-familiar	Emocional	Funcionalidad	Puntaje Total FACIT-GP
EPIC					
Función sexual	<b>.530**</b>	<b>.480**</b>	<b>.506**</b>	<b>.429**</b>	<b>.596**</b>
Malestar sexual	<b>.523**</b>	<b>.565**</b>	<b>.514**</b>	<b>.483**</b>	<b>.645**</b>
EPIC-Puntaje total	<b>.571**</b>	<b>.564**</b>	<b>.553**</b>	<b>.492**</b>	<b>.671**</b>

*Nota:* \*\*. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

## Discusión

Es la primera vez que se reportan las propiedades psicométricas del EPIC en hombres de población general mexicana, es una escala útil para medir la función sexual en hombres mexicanos, cuenta con dos componentes: la Funcionalidad Sexual y el Malestar Sexual.

La consistencia interna y varianza explicada del EPIC fueron adecuadas y parecidas a la versión original (Wei et al., 2000) el instrumento en su conjunto contiene atributos favorables. En el AFC, los resultados sugieren una estructura factorial semejante a la original, sin embargo, se eliminó el reactivo 6 “Durante las últimas 4 semanas ¿Con qué frecuencia ha tenido relaciones sexuales (penetración, coito)?” debido a que no se ajusta al modelo y puede considerarse como defectuoso (Blum et al., 2013), 47.6% de los participantes manifestaron no tener pareja, pero mantener actividad sexual, sin embargo, esto puede haber impactado la carga factorial del reactivo. Por tener un interés clínico, aunque no se considere en la sumatoria total de la escala, se sugiere mantener esta pregunta en las aplicaciones de los participantes.

La validez convergente del instrumento resultó con correlaciones de medias a altas, positivas y significativas, lo que lleva a plantear que los factores de Calidad de vida de la escala EPIC se relaciona con los factores del FACIT-GP, lo cual implica que existe una relación entre la calidad de vida y la función sexual (Rosen et al., 2004; Teixeira et

al., 2018), de manera específica, entre el estado físico con la función sexual y el malestar sexual, lo que implica que si los hombres están bien físicamente, la función sexual es normal. También el aspecto social-familiar tiene un papel importante en la función sexual, que implica una adecuada comunicación y redes de apoyo positivas; en otro punto, los aspectos emocionales están muy relacionados con la función sexual, el sentir emociones positivas parece ser importante para una adecuada funcionalidad sexual, se sugiere que ayudan a disminuir las molestias sexuales de los hombres evaluados, aunque hacen falta más estudios para corroborar estos resultados (Agaba et al., 2017).

En un estudio vía web se les aplicó la escala EPIC a un grupo de hombres latinos en Estados Unidos, los investigadores identificaron potenciales barreras para su aplicación debido a la adaptación que realizaron, además, identificaron que era necesario realizar una redefinición del uso lingüístico y cultural para una correcta apropiación del español que se empleó en dicha investigación (Berry et al., 2015), situación que no se observó en la aplicación de la versión propuesta del instrumento en hombres mexicanos, en el jueceo realizado para esta investigación, se realizaron ajustes en los reactivos no considerando una traducción literal, sino que se revisaron en las formas de que los reactivos tuvieran coherencia y fueran comprensibles para una persona que hable español.

La escala EPIC al contar con pocos reactivos para evaluar la función sexual puede resultar de utilidad en el área clínica, ya que se requieren instrumentos breves y sencillos ya que puedan ser contestados por el mismo paciente, puede ser empleada para generar líneas de investigación sobre aspectos sexuales en la población o pacientes con enfermedades crónicas (Alemozaffar et al., 2012; Vertosick et al., 2017). Puede ser de ayuda para detectar hombres con dificultades en su satisfacción y función sexuales, dado que tiene pocos reactivos hacer que responder la escala no lleve más de 10 minutos, esta valoración corta pero relevante permite pueda hacerse una intervención médica y/o en su caso psicológica pueda realizarse de manera preventiva o activa, puede aplicarse en población general, hombres de edad avanzada o con otras enfermedades crónicas.

Se preguntó sobre la salud mental de los participantes a fin de excluir a los casos con afectaciones graves como un trastorno de personalidad que pudieran alterar las

puntuaciones (Oakland & Merino Soto, 2006), 21.8% de ellos manifestó haber recibido alguna vez atención para la salud mental 4.4% señaló haber recibido algún tipo de atención psiquiátrica pero no de gravedad, por lo que no fueron retirados del estudio.

Esta escala también puede ser de ayuda para realizar investigación en varias líneas: epidemiológicas, de efectos de intervención pre y post, problemas de sexualidad en hombres con algún tipo de enfermedad crónica entre otros debido a su facilidad de aplicación y brevedad, lo cual la hace una escala a considerar en investigaciones sobre sexualidad.

Estas cualidades pueden ser de ayuda para el sistema de salud en general pero más específicamente en el área de urología dónde pueden asistir hombres con problemas sexuales, su formato y preguntas pueden facilitar su aplicación y brindar el tratamiento con base a los resultados arrojados. Es importante considerar que puede aplicarse como tamizaje en hombres que puedan tener sospecha de tener baja satisfacción sexual o funcionalidad.

#### Limitaciones y perspectivas futuras

Dentro de las limitaciones, se considera que debido a que originalmente se construyó en pacientes con cáncer de próstata (CaP), es importante valorar por medio del análisis de invarianza (Hair et al., 1999) las semejanzas o discrepancias que podría tener el instrumento en personas con cáncer de próstata y sin la enfermedad ya que dicho análisis permitirá comparar la equivalencia de la estructura de los instrumentos de medida entre los grupos (Caycho, 2017), finalmente otra limitación es que no se realizó test-retest como se hizo en la escala original. Se sugiere emplearlo en hombres con distintas disfuncionalidades sexuales y en posibles tratamientos sexuales como la psicoeducación, modificación de hábitos, uso de medicamentos o cirugía (Wespes et al., 2010), por su utilidad para la identificación de áreas donde existan dificultades (Wei et al., 2000).

## Conclusiones

La escala EPIC con población mexicana presenta una estructura factorial similar a la versión original, así como aceptables propiedades psicométricas como validez concurrente con correlaciones de moderadas a altas con indicadores de calidad de vida e indicadores de ajuste confirmatorio que se adaptan a los estándares actuales, con los resultados obtenidos se tiene una versión válida para hombres mexicanos, con lo cual se podrá realizar valoración del nivel de funcionalidad y satisfacción sexual, además de ser empleada de manera rutinaria en los sistemas de salud del país y así como establecer líneas de investigación en el área sexual.

El presente estudio se encuentra publicado en: Espinoza-Bello, M., Galindo-Vázquez, Ó., Penedo, F. J., Jiménez-Ríos, M. Á., Ortega-Andeane, P., Scavuzzo, A., García-Méndez, M., & Meneses-García, A. (2024). Propiedades psicométricas del EPIC-Función Sexual en hombres mexicanos. *Psicología y Salud*, 34(1), 145–154. <https://doi.org/10.25009/PYS.V34I1.2852>



## Estudio III

### **Intervención Cognitivo Conductual en calidad de vida, estrés y satisfacción sexual para pacientes con cáncer de próstata**

#### Planteamiento del problema y justificación

El deterioro físico, la pérdida de independencia y la carga emocional inherentes al proceso del cáncer y sus tratamientos hacen que los pacientes se encuentren más propensos a ver mermada su calidad de vida, a la vez que son afectados en áreas emocionales (Bourke et al., 2015; Chen et al., 2014; Espinoza Bello et al., 2020; Monga et al., 2005; Watts et al., 2014). En pacientes mexicanos con CaP se ha observado una menor calidad de vida en el 49.2%, sintomatología depresiva 13.4%, sintomatología ansiosa en el 14.4% además de que los factores asociados con una baja calidad de vida son una baja escolaridad, presencia de metástasis, depresión y ansiedad (Espinoza Bello et al., 2020; Espinoza, 2018). Es necesario contar con intervenciones sustentadas en la evidencia para mejorar su calidad de vida y atender el sufrimiento emocional que afecta a estos pacientes, principalmente en el caso de los pacientes mexicanos con CaP.

Existe poca literatura, en el país sobre intervenciones basadas en evidencia en población latinoamericana, por lo que esta investigación brinda información sobre la factibilidad de este tratamiento en pacientes mexicanos.

Una vez que se han determinado las variables a ser tratadas, de acuerdo con la revisión de la literatura realizada en este trabajo, se planteó una intervención grupal basada en la Terapia Cognitiva para el Manejo del Estrés (CBSM) por sus siglas en inglés para mejorar calidad de vida, estrés y satisfacción sexual para pacientes con cáncer de próstata, se ha aplicado con éxito en pacientes con CaP en países de habla inglesa. Aquellos participantes asignados a este tratamiento presentaron una mejoría en su calidad de vida, manejo de estrés además de la función y satisfacción sexual respectivamente según los resultados de (Penedo et al., 2004, 2020, 2021; Traeger et al., 2011; Yanez et al., 2015). Sin embargo, hasta el día de hoy, no se conocían datos de

investigaciones con TCC en pacientes mexicanos con CaP, además de que la evidencia de la aplicación en los mismos es prácticamente nula.

Debido a los resultados antes expuestos, los pacientes con CaP pueden ser beneficiados de recibir un tratamiento psicológico con TCC, además de adaptar el tratamiento a la idiosincrasia y aspectos culturales, aunado a ello, se identificó su calidad de vida, niveles de estrés y satisfacción sexual, fue necesario evaluar sus efectos en nuestra población y principalmente adaptar el tratamiento a sus necesidades específicas.

Otro aspecto por considerar es que el presente estudio se desarrolló durante la pandemia por COVID-19, debido a los cambios provocados al uso de espacios físicos, además de las limitaciones que se tenía por la movilidad de los pacientes al Instituto cada semana por su lugar de residencia y aspectos económicos o trabajo, se planteó realizar la intervención grupal en línea, de manera que los participantes pudieran acceder desde el lugar que les pareciera más conveniente.

### **Pregunta de investigación**

¿Cuáles serán los efectos de una Intervención Cognitivo Conductual aplicada en línea en calidad de vida, estrés y satisfacción sexual en un grupo de pacientes con cáncer de próstata?

### **Objetivo General**

Evaluar los efectos de una Intervención Cognitivo Conductual aplicada en línea en calidad de vida, estrés y satisfacción sexual en un grupo de pacientes con cáncer de próstata.

### **Objetivos específicos**

Evaluar el tamaño del efecto en calidad de vida, estrés y satisfacción sexual pretest y post test

Evaluar la magnitud del cambio clínico a nivel individual en calidad de vida, estrés y satisfacción sexual.

### **Hipótesis**

Los pacientes presentarán un tamaño del efecto significativo entre .20 a .30 en calidad de vida, estrés y satisfacción sexual.

Los pacientes presentarán un cambio clínico significativo a partir del 20% en Calidad de Vida, estrés y satisfacción sexual.

### **Tipo de estudio**

Estudio preexperimental de un grupo con pretest y posttest (Campbell & Stanley, 2011).

### **Variables**

#### **Variable Independiente**

Terapia Cognitivo Conductual: Se centra en la relación entre pensamientos, sentimientos y comportamientos; aborda los problemas y síntomas actuales; y se centra en el cambio de patrones de conductas, pensamientos y sentimientos que conducen a dificultades en el funcionamiento de la persona (American Psychological Association, 2018). La intervención CBSM se relaciona con la Figura 2, además se describe a detalle en qué consisten las 10 sesiones del tratamiento en las cartas descriptivas de la Tabla 10.

#### **Variables dependientes**

##### Calidad de Vida

Definición conceptual: Calidad de vida reside en capturar (o evaluar) el grado en que se ven afectados el bienestar habitual físico, emocional y social debido a una condición médica o su tratamiento, la perspectiva del paciente se obtiene en áreas física, mental y bienestar social tomando en cuenta la multidimensionalidad del constructo (Cella, 1995).

Definición Operacional: Las respuestas al cuestionario EORTC QLQ-C30 contiene 30 reactivos con cinco escalas de dominio: Físico, Rol, Emocional, Social y Cognitivo, dos reactivos evalúan CV global, además, tres escalas de síntomas: fatiga, dolor y vómito (Oñate-Ocaña et al., 2009).

## Estrés

Definición conceptual: Estrés la respuesta fisiológica o psicológica a estresores internos o externos, el estrés involucra cambios que afectan de manera cercana cada sistema del cuerpo e influyen como la gente siente y se comporta. Algunos ejemplos son palpitaciones, boca seca, respiración agitada, habla acelerada o emociones negativas (American Psychological Association, 2020f).

Definición operacional: Las respuestas a el cuestionario MOCS el cual cuenta con 23 reactivos (parte A con opciones de respuesta “No puede hacerlo (0) a Puedo hacerlo extremadamente bien”, y parte B con opciones de respuesta “Muy en desacuerdo (0) a Muy de acuerdo”), un mayor puntaje indicaría un mejor manejo del estrés (Espinoza Bello et al., 2023).

## Satisfacción sexual

Definición conceptual: los valores y creencias acerca de la sexualidad, se manifiestan en conductas individuales, estas actitudes se basan en los valores familiares y culturales en la educación sexual (tanto formal como informal) y experiencias sexuales previas (American Psychological Association, 2020e).

Definición operacional: Las respuestas a la Escala EPIC, que cuenta con 9 preguntas con valores de 1 a 5, los primeros 7 reactivos están relacionados con el orgasmo y los 2 últimos respecto al malestar, un mayor puntaje muestra una mejor función sexual (Espinoza-Bello et al., 2024).

## **Criterios de participación**

### **Criterios de inclusión**

Pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata del Instituto Nacional de Cancerología atendidos en la Unidad Funcional de Urología

Pacientes en cualquier etapa clínica de cáncer de próstata en tratamiento o combinación de tratamientos médicos.

Saber leer y escribir.

ECOG de 0 a 3 puntos e índice Karnofsky igual o mayor a 60 puntos

Participación voluntaria mediante la comprensión y aceptación de carta de consentimiento informado.

### **Criterios de exclusión**

Para estos criterios se revisó el programa InCaNet y también mediante entrevista

Que presenten cuadros psiquiátricos severos y/o adicción a sustancias psicoactivas.

Con problemas auditivos, visuales o cognitivos que impidan iniciar el proceso terapéutico.

Que estuvieron asistiendo a un proceso de terapia psicológica o psiquiátrica.

Que no cuenten con computadora o teléfono y acceso a internet

### **Criterios de eliminación**

Si durante el proceso terapéutico presentó alteraciones físicas como disnea y deficiencia cognitiva, problemas auditivos y visuales severos.

Fallecimiento del paciente.

Que el paciente decidiera no seguir participando.

Si durante el proceso terapéutico el paciente presentó dolor, náusea o fatiga que impida continuar el proceso terapéutico.

Si reportaron ingresar o estar en otra terapia psicológica simultáneamente.

## **Instrumentos**

### **El inventario de la Organización Europea para la investigación y tratamiento del cáncer y Calidad de Vida (EORTC QLQ-C30)**

(European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life, EORTC QLQ-C30, por sus siglas en inglés (Estados Unidos) desarrollado por (Aronson et al., 1993) y validado en México por (Oñate-Ocaña et al., 2009) es un instrumento que mide CV y es específico para cáncer, contiene 30 reactivos con cinco escalas de dominio: Físico, Rol, Emocional, Social y Cognitivo, dos reactivos evalúan CV global, además, tres escalas de síntomas: fatiga, dolor y vómitos, con un alfa entre escalas que va de .60 a .70 (Apéndice V).

### **Escala de Medida del Estado Actual (MOCS)**

La Escala de Medida del Estado Actual (MOCS) desarrollada por Carver (2006) tiene dos secciones. Los reactivos en la parte A (13 reactivos) evalúan el estado actual auto percibido de los participantes en varias habilidades empleando una escala tipo Likert que van de No puede hacerlo (0) a Puedo hacerlo extremadamente bien (4), alfas promedio de estos conjuntos fueron 0.71, 0.77, 0.86 y 0.89. Los reactivos en la parte B (10 reactivos) evalúan los efectos inespecíficos como son: sentimientos de normalidad versus alineación, sensación de cohesión con otros participantes, percepciones de atención de las personas que los rodean y sensación de estar mejor que otros pacientes con cáncer, los reactivos se hicieron con una escala tipo Likert que va de Muy en desacuerdo (0) a Muy de acuerdo (4), la comparación descendente y Vinculación, las alfas promedio fueron 0.77, 0.76, 0.68 y 0.85 (Antoni et al., 2006), la validación de la versión mexicana fue realizada por Espinoza Bello et al. (2023) obtuvo dos modelos con alfas entre 0.63 a 0.90 y varianza explicada de 74.3% obteniendo índices de ajuste aceptables para el primer modelo (CFI=.941, TLI=.92, SRMR=.06) para el segundo modelo (CFI=.986, TLI=.976, SRMR=.040) (Apéndice II).

## **Índice Compuesto Expandido para Cáncer de Próstata (EPIC) (Apartado de función sexual)**

El Índice Compuesto Expandido para Cáncer de Próstata (EPIC) (Wei et al., 2000) fue desarrollado considerando un panel de expertos y pacientes con cáncer de próstata tomando los 20 reactivos del Índice de Cáncer de Próstata de la Universidad de California (UCLA-PCI) por sus siglas en inglés (Litwin et al., 1998) desarrollando los 50 reactivos del EPIC, las sumatorias y subescalas fueron derivadas de un análisis factorial. El apartado de Sexualidad consiste en 9 preguntas con valores de 1 a 5, los primeros 7 reactivos están relacionados con el orgasmo y los 2 últimos respecto al malestar. El EPIC fue validado como un cuestionario de salud sexual independiente o como parte de un instrumento multidimensional con alfas que van de 0.95 a 0.93 y correlación test-retest  $r = 0.89$  y  $0.91$ , se puntúa de 0 a 100, una puntuación más alta representa una mejor salud sexual. La versión mexicana fue desarrollada por Espinoza-Bello et al. (2024) obtuvo una consistencia interna de 0.93 y una varianza explicada de 67.6% con índices de ajuste aceptables (CFI=.936, TLI=.912, SRMR=.047) (Apéndice III).

### **Procedimiento.**

#### **Consideraciones éticas**

En acuerdo con el Departamento de Urología que requirió la atención para pacientes con CaP previa aceptación del consentimiento informado (ver Apéndice V), una vez que se concluida la intervención CBSM se solicitó una revisión de expedientes al Comité de Ética e Investigación con número de aprobación: INCAN/CI/394/2021.

#### **Cálculo de la muestra**

El cálculo se efectuó con la fórmula para dos medias, con base en la recomendación de (Pallás & Jiménez, 2013).

$$N = \frac{2 * (Z\alpha + Z\beta)^2 s^2}{d^2}$$

N=número de sujetos necesarios en cada uno de los estudios.

Z $\alpha$ : valor de Z correspondiente al riesgo alfa (0.05) =1.645.

Z $\beta$ : valor de Z correspondiente a una potencia del 80%=.842.

S<sup>2</sup>: varianza de la distribución de la calidad de vida en pacientes con CaP (Penedo et al., 2006a).

d<sup>2</sup>: valor mínimo de la diferencia que se desea detectar (5 puntos de calidad de vida) (Penedo et al., 2006a) y en el estudio se espera que los pacientes tengan una mejora de 15 puntos en calidad de vida.

Despeje:

$$N = \frac{2 * (1.645 + .842)^2 * 14.3^2}{15 - 5^2}$$

N=25 pacientes + 20% (perdidas)= **30 pacientes con CaP.**

Considerando la situación de la pandemia por coronavirus en el país, y revisando las tablas con los cálculos, una potencia de 80% y un riesgo alfa de 0.05 se necesitarán 17 pacientes con CaP sin considerar el 20% de pérdidas (Pallás & Jiménez, 2013), el flujo de pacientes y la manera en que se incorporaron puede consultarse en la Figura 6 siguiendo el criterio de (Cobos-Carbó & Augustovski, 2011), sin embargo, por disponibilidad de pacientes a esta intervención solo se evaluaron a 11 pacientes y se intervino a ocho.

### **Grupo elegido para la intervención**

**Descripción de la intervención psicológica:** La estructura de la sesión es una versión adaptada de (Penedo et al., 2006a), la intervención se realizó con el grupo de ocho pacientes y consistió en diez sesiones semanales de dos horas en forma de carta descriptiva en donde se considera duración, objetivos específicos, actividades del paciente, actividades del terapeuta y la evaluación de la actividad pueden verse en la Tabla 8 desglosado por cada sesión.

## **Adaptación del tratamiento**

La intervención es una adaptación del programa de Intervención Cognitivo Conductual para el Manejo del Estrés en pacientes con cáncer de próstata (Penedo et al., 2006b).

Se realizó una adaptación cultural de la Intervención para el manejo del estrés cognitivo-conductual para el cáncer de próstata empleando para ello una revisión de los manuales para evaluar si la presentación, las actividades y el lenguaje son aplicables a la población mexicana (Penedo et al., 2006a).

Esta adaptación se efectuó considerando los criterios de (Aguilar & Castellanos, 2016; Hinton & Patel, 2017) tomando los siguientes aspectos: idioma, metáforas, el contenido de los manuales, conceptos utilizados, metas, métodos y el contexto, en general aspectos lingüísticos, estos contenidos fueron considerados en el jueceo del manual del terapeuta y del paciente.

En la primera etapa se realizó una armonización lingüística (Jueceo), consistió en valorar el contenido de los manuales, (instrucciones, información para el terapeuta y el paciente, ejercicios de las sesiones, definiciones de conceptos, tareas), en terapeutas con formación cognitivo conductual, nacionalidad mexicana con experiencia en la intervención con pacientes y que, a su juicio, pudieran presentar dificultades de ser comprendidos por la población meta.

Participaron de forma voluntaria tres psicólogos con formación en tratamiento cognitivo conductual, con estudios de doctorado.

A dichos expertos se les explicó el objetivo central de esta investigación y la importancia de la adaptación de los manuales originalmente diseñados para población de habla inglesa y el propósito de esta fase que consistió en asegurar la correspondencia entre el español de Estados Unidos y el de México además de factores lingüísticos y de cultura que pueden generar problemas al aplicar la intervención psicológica. Se les envió un formato dónde valoraron los contenidos de cada sesión de tratamiento considerando:

- Pertinencia (P): Las técnicas son adecuadas para: calidad de vida, satisfacción sexual, estrés, depresión, ansiedad.
- Redacción (R): La combinación de palabras y orden de estas, son entendibles para los terapeutas/pacientes.
- Lenguaje apropiado para la población (L): Las palabras utilizadas en el manual son entendibles para un terapeuta/paciente.
- Validez de contenido (C): Las técnicas propuestas en la sesión pertenecen al modelo cognitivo conductual (ver Apéndice IV).

Los expertos identificaron si cumplía o no con los criterios, además de un apartado dónde colocaron comentarios o modificaciones dónde existan cambios semánticos o relacionados con aspectos culturales y el contenido (ver Tabla 9).

Se realizaron los cambios sugeridos por los jueces en cada capítulo del manual antes de comenzar con la intervención en línea, dicha versión se envió a los pacientes invitados a recibir el tratamiento.

Segunda etapa: Consulta a pacientes sobre los manuales (piloteo).

En este apartado, se realizó un piloteo de los manuales a un grupo de pacientes que proporcionan información complementaria a la entregada por los terapeutas.

Participaron de manera voluntaria por lo menos tres pacientes con cáncer de próstata con un diagnóstico clínico, en cualquier etapa clínica y que tuvieron un adecuado ECOG con una puntuación de dos, un terapeuta entrenado leyó el contenido de éste, se mostraron las sesiones y los dibujos en cada sesión.

2.1 A los pacientes también se les explicó el objetivo central de esta investigación y la importancia de la adaptación de los manuales, Recibieron un formato dónde valorarán los contenidos de cada sesión de tratamiento considerando:

- Redacción (R): La combinación de palabras y orden de estas, son entendibles para los pacientes
- Lenguaje apropiado para la población (L): Las palabras utilizadas en el manual son entendibles para un paciente

En los tres casos, los pacientes decidieron si cumplía o no con los criterios con un apartado dónde se les indicó que sugirieran comentarios o modificaciones, cambios semánticos o cambios relacionados con aspectos culturales, finalmente se les indicó que consideraran si había necesidad de modificar el contenido.

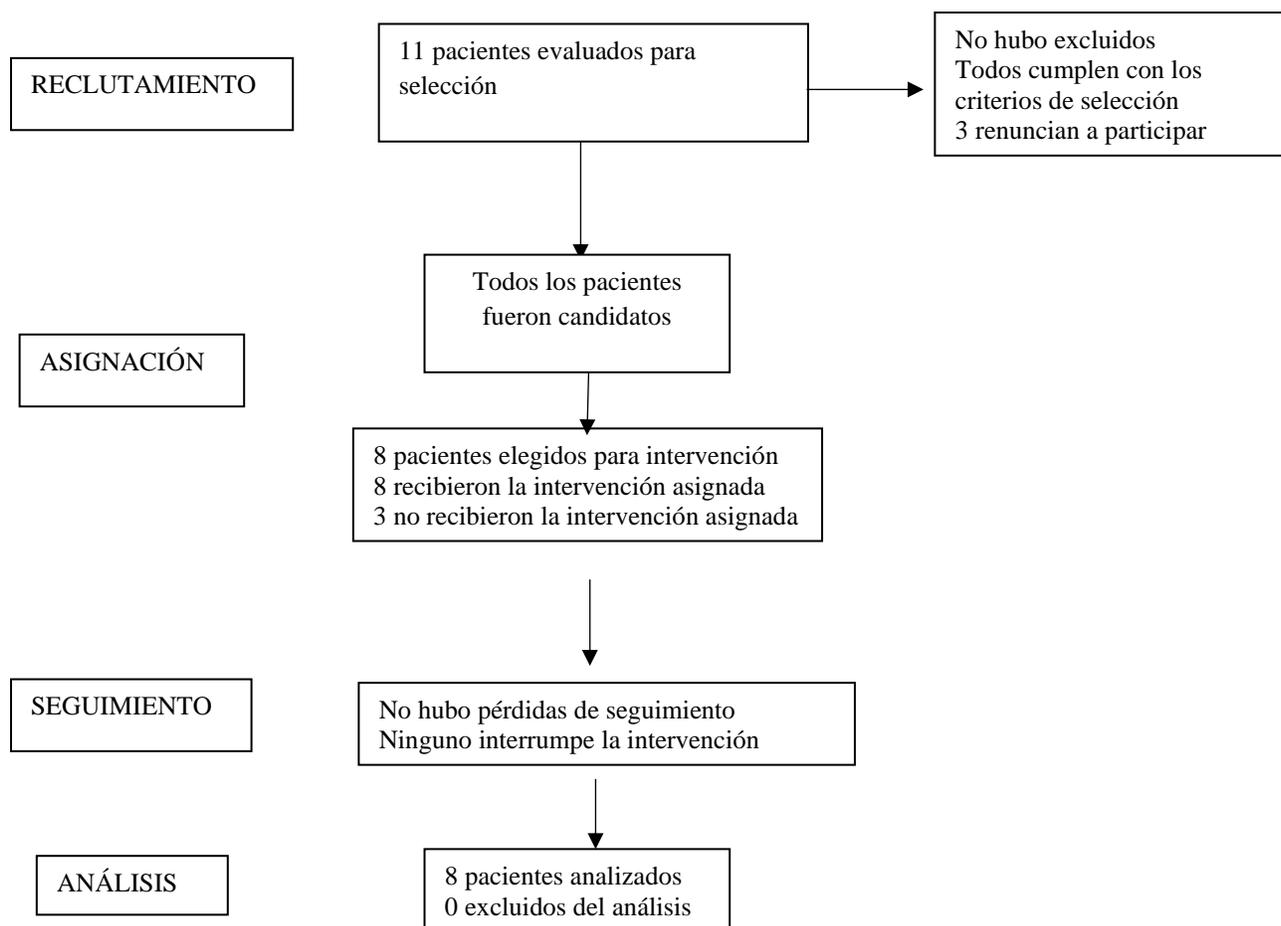
Los pacientes indicaron que, a su consideración, los contenidos estaban adecuadamente redactados y que comprendían la información incluida en el manual, no sugirieron ningún cambio semántico o cambios respecto a la cultura y tampoco consideraron que hubiera necesidad de modificar el contenido.

**Tabla 9. Resultados de la revisión por jueces de las sesiones del manual**

Juez	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7	Sesión 8	Sesión 9	Sesión 10
1	Modificación de algunas palabras técnicas por otras más sencillas, cambiar palabras juntas, cumple con los criterios terapéuticos	Modificación de algunas palabras técnicas por otras más sencillas, cambiar palabras juntas, cumple con los criterios terapéuticos	Palabras juntas, cumple con los criterios terapéuticos	Palabras juntas, cumple con los criterios terapéuticos	Falta de algunos acentos, cumple con los criterios terapéuticos	Flechas movidas en diagrama, palabras juntas, cumple con los criterios terapéuticos	Flechas movidas en diagrama, algunas palabras juntas, cumple con los criterios terapéuticos	Flechas movidas en diagrama, palabras juntas, cumple con los criterios terapéuticos	Flechas movidas en diagrama, cumple con los criterios terapéuticos	Cambiar algunas palabras, palabras juntas, cumple con los criterios terapéuticos
2	Modificación de algunas palabras técnicas por otras más sencillas, error en descripción de actividad de relajación, cumple con los criterios terapéuticos	Sin observaciones, cumple con los criterios terapéuticos	Una imagen parece que no está acorde al contenido, cumple con los criterios terapéuticos	Sin observaciones, cumple con los criterios terapéuticos	Sin observaciones, cumple con los criterios terapéuticos	Sin observaciones, cumple con los criterios terapéuticos	Sin observaciones, cumple con los criterios terapéuticos	Sin observaciones, cumple con los criterios terapéuticos	Sin observaciones, cumple con los criterios terapéuticos	Sin observaciones, cumple con los criterios terapéuticos, actualizar los recursos comunitarios para los pacientes mexicanos
3	Modificación de algunas palabras técnicas por otras más sencillas, palabras juntas, signos de puntuación, cumple con los criterios terapéuticos	Sugerencia de algunos cambios de formato, cumple con los criterios terapéuticos	Sugerencia de algunos cambios de formato, acentos, cumple con los criterios terapéuticos	Sugerencia de algunos cambios de formato, acentos, cumple con los criterios terapéuticos	Sugerencia de algunos cambios de formato, acentos, cumple con los criterios terapéuticos	Flechas movidas en diagrama, acentos, cumple con los criterios terapéuticos	Sugerencia de algunos cambios de formato, flechas movidas en diagrama, acentos, cumple con los criterios terapéuticos	Sugerencia de algunos cambios de formato, flechas movidas en diagrama, acentos, cumple con los criterios terapéuticos	Sugerencia de algunos cambios de formato, flechas movidas en diagrama, acentos, cumple con los criterios terapéuticos	Sugerencia de algunos cambios de formato, flechas movidas en diagrama, acentos, cumple con los criterios terapéuticos

Las cartas descriptivas de los contenidos que se abordaron en la intervención cada sesión se encuentran de manera más específica en la Tabla 10.

**Figura 6.** Diagrama de flujo del progreso esperado de participantes en el estudio según la guía CONSORT.



**Tabla 10. Intervención Cognitivo Conductual CBSM.**

<b>Sesión 1</b>				
Fase conceptualización				
Objetivo general: Introducción: Mi salud y cuerpo y conocimiento del estrés (grupal) (Penedo 2004).				
Duración	Objetivos específicos	Actividades del paciente	Actividades del terapeuta	Evaluación de la actividad
60 min a 120 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar una preevaluación del paciente en calidad de vida, estrés y satisfacción sexual.</li> <li>• Realizar psicoeducación sobre los temas del programa y su duración.</li> <li>• Primera tarea para casa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contestar las preguntas del terapeuta.</li> <li>• Contestar los cuestionarios.</li> <li>• Hablar sobre el estrés</li> <li>• Entender aspectos médicos de la enfermedad</li> <li>• Aprender relajación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación basal de la calidad de vida, estrés y satisfacción sexual.</li> <li>• Que es el cáncer de próstata.</li> <li>• Tratamiento médico.</li> <li>• Aspectos culturales.</li> <li>• Estrés.</li> <li>• Técnicas de relajación (muscular progresiva).</li> <li>• Tarea en casa para el paciente (Cuaderno de trabajo).</li> </ul>	<p>Realizar la evaluación. Que el paciente muestre comprensión de los contenidos. El paciente identifique los componentes del programa.</p>
<b>Sesión 2</b>				
Fase desarrollo de habilidades				
Objetivo general: Estrés y estar consciente del estrés				
Duración	Objetivos específicos	Actividades del paciente	Actividades del terapeuta	Evaluación de la actividad
60 min a 120 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprender nueva técnica de relajación mediante respiración profunda.</li> <li>• Aprender que es el estrés.</li> <li>• Tomar conciencia del estrés.</li> <li>• Repasar tarea para la semana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hablar sobre su estado de ánimo.</li> <li>• Mostrar sus tareas en casa.</li> <li>• Exponer dudas</li> <li>• Conocer sus síntomas más comunes al estrés.</li> <li>• Efectos del estrés.</li> <li>• Tomar conciencia del estrés.</li> <li>• Pensamientos y su relación con los emociones y síntomas físicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisión de la tarea en casa.</li> <li>• Realizar actualización del estado de ánimo del paciente.</li> <li>• Establecer el plan de la sesión.</li> <li>• Relajación muscular y respiración diafragmática.</li> <li>• Explicar aspectos del estrés.</li> <li>• Explicar la relación entre pensamientos y sentimientos.</li> </ul>	<p>El paciente responde preguntas sobre los contenidos de la sesión y que demuestre comprensión por medio de preguntas del terapeuta.</p>

### Sesión 3

Fase desarrollo de habilidades

Objetivo general: Sexo y sexualidad después del tratamiento del cáncer y los pensamientos involuntarios

Duración	Objetivos específicos	Actividades del paciente	Actividades del terapeuta	Evaluación de la actividad
60 minutos a 120 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar si realizaron la relajación.</li> <li>Conocer su funcionamiento sexual después del tratamiento.</li> <li>Hablar con la pareja sobre la intimidad sexual.</li> <li>Práctica de relajación.</li> <li>Repasar la tarea de la semana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hablar sobre su estado de ánimo.</li> <li>Aprender sobre relajación combinada y visualizar escena agradable.</li> <li>Realizará relajación (diafragmática o muscular).</li> <li>Entender la función sexual después del tratamiento.</li> <li>Hablar con la pareja sobre la sexualidad.</li> <li>Resumir lo entendido de la sesión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Supervisión de la tarea en casa.</li> <li>Actualización del estado de ánimo.</li> <li>Establecer el plan de la sesión.</li> <li>Implementación de la relajación diafragmática y muscular progresiva.</li> <li>Adherencia.</li> <li>Explicar funcionamiento sexual.</li> <li>Repaso del estrés.</li> <li>Pensamientos automáticos.</li> <li>Realizar una síntesis de la sesión.</li> <li>Dejar tareas para el hogar.</li> </ul>	<p>Evaluación de la actividad</p> <p>El paciente comprende cómo hacer el registro de pensamientos, además reconoce los objetivos de la relajación y cómo mejorar su sexualidad, responde preguntas del terapeuta.</p>

### Sesión 4

Tema: Fase desarrollo de habilidades

Objetivo general: Distorsiones cognitivas

Duración	Objetivos específicos	Actividades del paciente	Actividades del terapeuta	Evaluación de la actividad
60 min a 120 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>Experiencias en el grupo.</li> <li>Obstáculos para hacer la relajación.</li> <li>Practicar la relajación.</li> <li>Pensamientos distorsionados.</li> <li>Repasar la tarea de la semana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manifestar estado de ánimo.</li> <li>Preguntar y dudas.</li> <li>Ejercicios de relajación profunda/conteo, relajación pasiva y visualización de escena agradable.</li> <li>Manejo del estrés.</li> <li>Aprender sobre las distorsiones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Supervisión de la tarea en casa.</li> <li>Actualización del estado de ánimo.</li> <li>Establecer el plan de la sesión.</li> <li>Adherencia</li> <li>Pensamientos automáticos</li> <li>Hablar sobre manejo del estrés</li> <li>Dejar tareas para el hogar.</li> </ul>	<p>Evaluación de la actividad</p> <p>El paciente comprende cómo realizar las tareas y sobre su adherencia a sus tareas.</p>

### Sesión 5

Tema: Fase desarrollo de habilidades

Objetivo general: Reestructuración cognitiva-cambiar pensamientos equivocados

Duración	Objetivos específicos	Actividades del paciente	Actividades del terapeuta	Evaluación de la actividad
60 min a 120 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Repasar la tarea.</li> <li>• Practicar nuevo ejercicio de relajación.</li> <li>• Repasar tema de distorsiones para enlazarlo con la reestructuración cognitiva.</li> <li>• Tarea próxima semana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manifestar estado de ánimo.</li> <li>• Preguntar y dudas.</li> <li>• Aprender a relajarse con visualización.</li> <li>• Repaso distorsiones e identificar las mismas</li> <li>• Aprender a hacer. reestructuración cognitiva</li> <li>• Auto instrucciones.</li> <li>• Resumir lo entendido de la sesión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisión de la tarea en casa.</li> <li>• Actualización del estado de ánimo.</li> <li>• Establecer el plan de la sesión.</li> <li>• Enseñar a relajarse con visualización.</li> <li>• Repaso de distorsiones cognitivas.</li> <li>• Enseñar reestructuración.</li> <li>• Dejar tareas para casa.</li> </ul>	<p>Demostrar dominio de los temas abordados anteriormente además de mostrar manejo de las herramientas aprendidas en la terapia.</p>

### Sesión 6

Tema: Fase de desarrollo de habilidades

Objetivo general: Estrategias para afrontar situaciones estresantes I

Duración	Objetivos específicos	Actividades del paciente	Actividades del terapeuta	Evaluación de la actividad
60 min a 120 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Repasar tarea.</li> <li>• Introducción a la meditación.</li> <li>• Repaso de la sesión anterior.</li> <li>• Afrontar situaciones difíciles.</li> <li>• Tareas próxima semana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar preguntas.</li> <li>• Preguntar dudas.</li> <li>• Aprender a meditar.</li> <li>• Revisar temas sesión pasada.</li> <li>• Aprender sobre afrontamiento y cómo enfrentar una situación difícil.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisión de la tarea en casa.</li> <li>• Actualización del estado de ánimo.</li> <li>• Establecer el plan de la sesión</li> <li>• Enseñar meditación</li> <li>• Supervisión de lo aprendido</li> <li>• Enseñar sobre afrontamiento y estrategias</li> <li>• Dejar tareas para casa.</li> </ul>	<p>Manejo de los temas abordados anteriormente además de mostrar manejo de las herramientas aprendidas en la terapia.</p>

### Sesión 7

Tema: Fase desarrollo de habilidades

Objetivo general: Estrategias para afrontar situaciones estresantes II

Duración	Objetivos específicos	Actividades del paciente	Actividades del terapeuta	Evaluación de la actividad
60 min a 120 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Repasar la tarea</li> <li>• Practicar nuevo ejercicio de relajación, meditación con colores.</li> <li>• Repaso de los temas.</li> <li>• Suavizar la angustia y el dolor.</li> <li>• Tareas próxima semana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manifestar estado de ánimo.</li> <li>• Preguntar dudas.</li> <li>• Aprender a relajarse con meditación con colores.</li> <li>• Repaso de estrategias de afrontamiento.</li> <li>• Practicar.</li> <li>• Aprender manejo de emociones.</li> <li>• Resumir lo entendido de la sesión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisión de la tarea en casa.</li> <li>• Actualización del estado de ánimo.</li> <li>• Establecer el plan de la sesión.</li> <li>• Enseñar a relajarse con visualización.</li> <li>• Repaso de distorsiones cognitivas.</li> <li>• Enseñar reestructuración cognitiva.</li> <li>• Dejar tareas para casa.</li> </ul>	<p>Demostrar dominio de los temas abordados en las seis sesiones previas además de mostrar manejo de las herramientas aprendidas en la terapia.</p>

### Sesión 8

Tema: Fase de desarrollo de habilidades

Objetivo general: Manejo del enojo

Duración	Objetivos específicos	Actividades del paciente	Actividades del terapeuta	Evaluación de la actividad
60 min a 120 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Repasar tarea.</li> <li>• Practicar nuevo ejercicio de relajación, meditación plena.</li> <li>• Repaso de temas importantes.</li> <li>• Manejo del enojo.</li> <li>• Tareas próxima semana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar preguntas.</li> <li>• Preguntar dudas.</li> <li>• Aprender relajación mediante meditación plena.</li> <li>• Evaluación de estrategias de afrontamiento.</li> <li>• Aprender manejo de la ira.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisión de la tarea en casa.</li> <li>• Actualización del estado de ánimo.</li> <li>• Establecer el plan de la sesión.</li> <li>• Enseñar meditación plena.</li> <li>• Enseñar estrategias de afrontamiento.</li> <li>• Enseñar manejo de la ira con herramientas psicológicas.</li> <li>• Dejar tareas para casa.</li> </ul>	<p>Manejo de los temas abordados anteriormente además de mostrar manejo de las herramientas aprendidas en la terapia.</p>

### Sesión 9

Tema: Fase desarrollo de habilidades

Objetivo general: Comunicación asertiva, directa y firme

Duración	Objetivos específicos	Actividades del paciente	Actividades del terapeuta	Evaluación de la actividad
60 min a 120 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Repasar la tarea</li> <li>• Practicar meditación plena</li> <li>• Repaso de los temas de la sesión pasada</li> <li>• Comunicación asertiva</li> <li>• Tareas próxima semana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manifestar estado de ánimo.</li> <li>• Preguntar dudas.</li> <li>• Práctica de la meditación plena.</li> <li>• Repaso del material semana pasada.</li> <li>• Aprender sobre comunicación asertiva y sus componentes.</li> <li>• Asertividad y manejo del estrés.</li> <li>• Resumir lo entendido de la sesión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisión de la tarea en casa.</li> <li>• Actualización del estado de ánimo.</li> <li>• Establecer el plan de la sesión.</li> <li>• Guiar meditación plena.</li> <li>• Enseñar comunicación.</li> <li>• Enseñar asertividad y manejo del estrés.</li> <li>• Dejar tareas para casa.</li> </ul>	<p>Demostrar dominio de los temas abordados anteriormente además de mostrar manejo de las herramientas aprendidas en la terapia.</p>

### Sesión 10

Tema: Fase de prevención de recaídas

Objetivo general: Apoyo social y repaso

Duración	Objetivos específicos	Actividades del paciente	Actividades del terapeuta	Evaluación de la actividad
60 min a 120 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Repasar tarea.</li> <li>• Practicar ejercicio de relajación, meditación plena.</li> <li>• Repaso de temas importantes de la última semana.</li> <li>• Apoyo social.</li> <li>• Repaso de puntos clave de las reuniones anteriores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar preguntas.</li> <li>• Preguntar dudas.</li> <li>• Practicar la meditación plena.</li> <li>• Estudiar los temas importantes de la semana pasada.</li> <li>• Aprender sobre apoyo social.</li> <li>• Revisión de los puntos clave de las sesiones pasadas.</li> <li>• Cierre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisión de la tarea en casa.</li> <li>• Actualización del estado de ánimo.</li> <li>• Establecer el plan de la sesión.</li> <li>• Guiar meditación plena.</li> <li>• Guiar sobre los temas importantes de la semana pasada.</li> <li>• Guiar repaso de los puntos clave abordados en las sesiones.</li> <li>• Aplicación de instrumentos.</li> <li>• Cierre del programa.</li> </ul>	<p>Manejo de los temas abordados anteriormente, mostrar los conocimientos aprendidos.</p>

## Escenario

Cada Una de las sesiones terapéuticas se realizaron en línea mediante el Zoom® que permite realizar video llamadas y compartir en pantalla el contenido de cada sesión con el grupo de pacientes, se hizo énfasis en que sus datos eran confidenciales y que no se compartiría la información personal que comentaran salvo su expreso consentimiento, y que podrían abandonar el estudio en cualquier momento, estuvieron de acuerdo una vez que aceptaron el consentimiento informado del Apéndice V.

## Análisis estadísticos

Prueba Shapiro-Wilks para identificar la distribución de la muestra.

Medias de tendencia central (media, moda, mediana) y de dispersión (rango, desviación estándar y varianza) para observar la ubicación y variabilidad de los datos, dependiendo de la distribución de la muestra.

Prueba no paramétrica Wilcoxon para grupos relacionados para comparar las diferencias en la calidad de vida, estrés y satisfacción sexual.

Para evaluar los efectos de esta intervención se aplicó la fórmula de Cambio Clínico Objetivo (CCO) (Cardiel, 1994) dónde la magnitud del cambio se puede estimar en función de la condición inicial de cada sujeto, el resultado se multiplica por 100 para obtener el porcentaje del resultado, un cambio superior a .20 o 20% puede considerarse clínicamente significativo (ver Figura 7). La fórmula se calcula de la siguiente manera:

**Figura 7.** *Formula del Cambio Clínico Objetivo (CCO)*

$$CCO = \frac{Postest - Pretest}{Pretest} * 100$$

Para evaluar el tamaño del efecto de la intervención empleó la prueba d de Cohen (Ledesma et al., 2008).

$$d = \frac{M_2 - M_1}{\sqrt{\frac{SD_1^2 + SD_2^2}{2}}}$$

Dónde:

M= Media de las evaluaciones

SD= Desviación estándar

## Resultados

Se reclutaron 22 pacientes tratados por CaP, se tuvo acceso a las listas de citas de pacientes, un día antes de cada cita se revisó cada expediente de manera individual para considerar si cumplían con los criterios de inclusión, al día siguiente a aquellos que cumplieron los requisitos se les contactó de manera presencial en el Instituto por el investigador principal, esta revisión de expedientes e invitación a participar en el estudio se realizó durante el mes de marzo de 2022.

Una vez que aceptaron participar en la investigación, se les pidió un número de contacto al cual se les envió un mensaje de seguimiento. Posteriormente se les envió una liga de internet en la cual dando clic los enviaba a una página de Google® Forms se les realizó una evaluación con los instrumentos antes mencionados mediante un formato en línea, los 17 pacientes originalmente considerados para su inclusión, solo 11 participantes aceptaron ser incluidos en el estudio y comenzaron su tratamiento en línea, finalmente se les envió el manual para pacientes actualizado y las instrucciones para conectarse en línea. Los datos sociodemográficos pueden consultarse en la Tabla 11, cabe añadir que de estos 11 pacientes reclutados solo concluyeron el estudio ocho de ellos, el periodo de intervención se realizó desde abril a agosto de 2022.

Los resultados de la prueba de normalidad pueden consultarse en la Tabla 12, mediante la prueba Shapiro-Wilk se identifica que los datos son no normales debido a que el resultado es no significativo, por lo tanto, se concluye que se debe

utilizar prueba de rangos de Wilcoxon (ver Tabla 13), para analizar la comparación entre la evaluación previa y la posterior a la intervención.

**Tabla 11.** *Datos sociodemográficos de los pacientes intervenidos*

	f	%		f	%
<b>N</b>	11	100	<b>Paternidad</b>		
Edad (Rango)			Si	11	100
57-79			<b>Número de hijos</b>		
Mediana=67			Rango (1-4)		
<b>Lugar de residencia</b>			$\bar{x} = 2.64$		
Ciudad de México	6	54.5%	<b>Tiene pareja</b>		
Edo. México	3	27.3%	Si	8	72.72
Interior de la República	2	18.2%	No	3	27.27
<b>Estado civil</b>			<b>Estado de salud actual</b>		
Soltero	1	9.1	Regular	4	36.4
Casado	8	72.7	Malo	4	36.4
Separado	1	9.1	Muy malo	3	27.3
Viudo	1	9.1	<b>Recibió atención en salud mental</b>		
<b>Escolaridad</b>			Si	2	18.2
Primaria	1	4.4	No	9	81.8
Secundaria	2	14.6	<b>Tipo de atención (salud mental)</b>		
Bachillerato	3	26.7	Psiquiatría	2	18.2
Licenciatura	4	40.8	Ninguna	9	81.8
Posgrado	1	12.6	<b>Ocupación</b>		
<b>Comorbilidades</b>			Empleado	2	18.2
Ninguna	3	27.3	Desempleado	3	27.3
Hipertensión	3	27.3	Autoempleo	2	18.2
Obesidad	1	9.1	Jubilado	4	36.4
Combinación	4	36.4	<b>Tratamientos actuales</b>		
<b>Etapas clínicas</b>			Quimio	1	9.1
In Situ	5	45.5	Radio	1	9.1
I	1	9.1	Terapia hormonal	2	18.2
II	4	36.4	Combinación	1	9.1
IV	1	9.1	Sin tratamiento	6	54.5
			Radio	1	9.1

**Tabla 12. Contraste de Normalidad (Shapiro-Wilk)**

<b>Evaluación previa</b>	<b>Evaluación posterior</b>	<b>W</b>	<b>p</b>
MOCS A puntaje total	- MOCS A puntaje total	0.914	0.385
MOCS B puntaje total	- MOCS B puntaje total	0.947	0.683
<b>Subescalas MOCS</b>			
Capacidad de relajación a voluntad	- Capacidad de relajación a voluntad	0.887	0.218
Reconocer situaciones que provocan estrés	- Reconocer situaciones que provocan estrés	0.868	0.144
Ser asertivo sobre las necesidades	- Ser asertivo sobre las necesidades	0.883	0.202
Elección de respuestas de afrontamiento adecuadas	- Elección de respuestas de afrontamiento adecuadas	0.936	0.571
Percepción atención de las personas que le rodean	- Percepción atención de las personas que le rodean	0.844	0.083
<b>Sentimientos normalidad contra alienación</b>	<b>- Sentimientos normalidad contra alienación</b>	<b>0.808</b>	<b>0.035</b>
Sensación estar mejor que otros pacientes	- Sensación estar mejor que otros pacientes	0.873	0.163
Sensación cohesión con otros participantes	- Sensación cohesión con otros participantes	0.918	0.413
EPIC puntaje total	- EPIC puntaje total	0.894	0.252
<b>EPIC subescalas</b>			
Funcionalidad sexual	- Funcionalidad sexual	0.971	0.905
Malestar Sexual	- Malestar Sexual	0.979	0.959
<b>Subescalas EORTC-QLQ 30</b>			
<b>Función física</b>	<b>- Función física</b>	<b>0.761</b>	<b>0.011</b>
Función roles	- Función roles	0.826	0.054
Función social	- Función social	0.418	1.047×10 <sup>-6</sup>
Función emocional	- Función emocional	0.934	0.557
<b>Función cognitiva</b>	<b>- Función cognitiva</b>	<b>0.782</b>	<b>0.018</b>

*Nota.* Los resultados significativos sugieren una desviación respecto a la Normalidad.

**Tabla 13. Resultados de la prueba Wilcoxon**

<b>Evaluación previa</b>	<b>Evaluación posterior</b>	<b>W</b>	<b>z</b>	<b>p</b>
MOCS A puntaje total	- MOCS A puntaje total	7.000	-1.540	0.148
<b>MOCS B puntaje total</b>	<b>- MOCS B puntaje total</b>	<b>0.000</b>	<b>-2.521</b>	<b>0.008</b>
<b>Subescalas MOCS</b>				
Capacidad de relajación a voluntad	- Capacidad de relajación a voluntad	5.000	-1.820	0.076
Reconocer situaciones que provocan estrés	- Reconocer situaciones que provocan estrés	3.000	-1.572	0.141
Ser asertivo sobre las necesidades	- Ser asertivo sobre las necesidades	2.500	-1.677	0.111
Elección de respuestas de afrontamiento adecuadas	- Elección de respuestas de afrontamiento adecuadas	6.000	-0.943	0.396
Percepción atención de las personas que le rodean	- Percepción atención de las personas que le rodean	0.000	-2.023	0.058
Sentimientos normalidad contra alienación	- Sentimientos normalidad contra alienación	9.000	0.405	0.786
Sensación estar mejor que otros pacientes	- Sensación estar mejor que otros pacientes	12.000	0.314	0.832
Sensación cohesión con otros participantes	- Sensación cohesión con otros participantes	3.500	-1.468	0.161
EPIC puntaje total	- EPIC puntaje total	4.000	-1.960	0.055
<b>EPIC subescalas</b>				
Funcionalidad sexual	- Funcionalidad sexual	5.000	-1.521	0.150
Malestar Sexual	- Malestar Sexual	4.000	-1.690	0.108
<b>Subescalas EORTC-QLQ 30</b>				
Función física	- Función física	6.000	-1.680	0.105
Función roles	- Función roles	9.000	0.405	0.787
Función social	- Función social	6.000	-0.405	0.784
Función emocional	- Función emocional	11.000	-0.507	0.672
Función cognitiva	- Función cognitiva	7.000	-1.183	0.271

Los resultados de la tabla anterior indican que solo hay diferencias en la sección del instrumento MOCS B que evalúa efectos inespecíficos como son sentimientos de normalidad, cohesión con otros participantes, percepción de atención de otras personas y sensación de estar mejor que otros participantes.

**Tabla 14. Tamaño del cambio clínico de las evaluaciones**

Evaluación previa	Evaluación posterior	Cambio Clínico Objetivo (%)
MOCS A	- MOCS A	<b>24</b>
MOCS B	- MOCS B	<b>67</b>
<i>Subescalas MOCS</i>		
<b>Capacidad de relajación a voluntad</b>	- <b>Capacidad de relajación a voluntad</b>	<b>38</b>
<b>Reconocer situaciones que provocan estrés</b>	- <b>Reconocer situaciones que provocan estrés</b>	<b>41</b>
Ser asertivo sobre las necesidades	- Ser asertivo sobre las necesidades	17
Elección de respuestas de afrontamiento adecuadas	- Elección de respuestas de afrontamiento adecuadas	14
<b>Percepción atención de las personas que le rodean</b>	- <b>Percepción atención de las personas que le rodean</b>	<b>31</b>
Sentimientos normalidad contra alienación	- Sentimientos normalidad contra alienación	2
Sensación estar mejor que otros pacientes	- Sensación estar mejor que otros pacientes	0
<b>Sensación cohesión con otros participantes</b>	- <b>Sensación cohesión con otros participantes</b>	<b>20</b>
<b>EPIC puntaje total</b>	- <b>EPIC puntaje total</b>	<b>56</b>
<i>EPIC subescalas</i>		
<b>Funcionalidad sexual</b>	- <b>Funcionalidad sexual</b>	<b>52</b>
<b>Malestar Sexual</b>	- <b>Malestar Sexual</b>	<b>51</b>
<i>Subescalas EORTC-QLQ 30</i>		
Función física	- Función física	3
Función roles	- Función roles	-6
Función social	- Función social	3
Función emocional	- Función emocional	4
Función cognitiva	- Función cognitiva	5

*Nota.* 20% indica un cambio clínico significativo.

En la Tabla 14, se puede observar cambios entre la escala de estrés MOCS A y B, además de las áreas de Relajación a voluntad, Reconocer situaciones estresantes, Percepción de atención y Sensación de Cohesión. En el área de satisfacción sexual cambios clínicos en EPIC en sus subescalas, y las subescalas de EORTC- QLQ 30 no tuvieron cambios clínicos.

**Tabla 15. Tamaño del efecto de la evaluación pre-post**

		IC del 95%			
Evaluación previa	Evaluación posterior	Cambio cl	Inferior	Superior	
<b>MOCS A puntaje total</b>	- <b>MOCS A puntaje total</b>	<b>-0.611</b>	<b>-0.903</b>	<b>0.067</b>	
<b>MOCS B puntaje total</b>	- <b>MOCS B puntaje total</b>	<b>-1.000</b>	<b>-1.000</b>	<b>-1.000</b>	
<i>Subescalas MOCS</i>					
<b>Capacidad de relajación a voluntad</b>	- <b>Capacidad de relajación a voluntad</b>	<b>-0.722</b>	<b>-0.934</b>	<b>-0.134</b>	
<b>Reconocer situaciones que provocan estrés</b>	- <b>Reconocer situaciones que provocan estrés</b>	<b>-0.714</b>	<b>-0.945</b>	<b>-0.006</b>	
<b>Ser asertivo sobre las necesidades</b>	- <b>Ser asertivo sobre las necesidades</b>	<b>-0.762</b>	<b>-0.955</b>	<b>-0.110</b>	
<b>Elección de respuestas de afrontamiento adecuadas</b>	- <b>Elección de respuestas de afrontamiento adecuadas</b>	<b>-0.429</b>	<b>-0.874</b>	<b>0.407</b>	
<b>Percepción atención de las personas que le rodean</b>	- <b>Percepción atención de las personas que le rodean</b>	<b>-1.000</b>	<b>-1.000</b>	<b>-1.000</b>	
Sentimientos normalidad contra alienación	- Sentimientos normalidad contra alienación	0.200	-0.645	0.825	
Sensación estar mejor que otros pacientes	- Sensación estar mejor que otros pacientes	0.143	-0.633	0.776	
<b>Sensación cohesión con otros participantes</b>	- <b>Sensación cohesión con otros participantes</b>	<b>-0.667</b>	<b>-0.935</b>	<b>0.085</b>	
<b>EPIC puntaje total</b>	- <b>EPIC puntaje total</b>	<b>-0.778</b>	<b>-0.949</b>	<b>-0.256</b>	
<i>EPIC subescalas</i>					
<b>Funcionalidad sexual</b>	- <b>Funcionalidad sexual</b>	<b>-0.643</b>	<b>-0.920</b>	<b>0.065</b>	
<b>Malestar Sexual</b>	- <b>Malestar Sexual</b>	<b>-0.714</b>	<b>-0.938</b>	<b>-0.068</b>	
<i>Subescalas EORTC-QLQ 30</i>					
<b>Función física</b>	- <b>Función física</b>	<b>-0.667</b>	<b>-0.919</b>	<b>-0.027</b>	
Función roles	- Función roles	0.200	-0.645	0.825	
Función social	- Función social	-0.200	-0.825	0.645	
<b>Función emocional</b>	- <b>Función emocional</b>	<b>-0.214</b>	<b>-0.780</b>	<b>0.545</b>	
<b>Función cognitiva</b>	- <b>Función cognitiva</b>	<b>-0.500</b>	<b>-0.880</b>	<b>0.272</b>	

*Nota.* 0.20, señalan la no existencia de efecto; valores entre 0.21 a 0.49 hacen referencia a un pequeño efecto; así mismo, valores oscilantes entre 0.50 a 0.70 indican un moderado efecto; finalmente, valores mayores a 0.80 señalan un efecto grande.

En la Tabla 15 se encuentran tamaños del efecto en el MOCS A y B, además del resto de sus subescalas a excepción de los Sentimientos de normalidad y Sensación de estar mejor que otros pacientes. Se encuentran resultados positivos en la escala de sexualidad EPIC y finalmente se encuentran tamaños del efecto en las subescalas del EORTC-QLQ 30 en las subescalas de Función física, Función emocional y Función cognitiva.

## **Discusión**

Se realizó una adaptación cultural de los manuales, éstos fueron útiles para brindar la intervención, ya que los pacientes podían seguir mejor las indicaciones realizadas por el terapeuta, además de que se realizó un seguimiento puntual de cada participante sin perder información.

Según los datos obtenidos de la intervención CBSM sugieren que fue útil para mantener o mejorar a nivel clínico (porcentaje mayor a 20%): puntuaciones del MOCS A, MOCS B, capacidad de relajación a voluntad, reconocer situaciones que le provocan estrés, percepción de atención de las personas que le rodean, sensación de cohesión con otros participantes, puntuación total de la escala EPIC, así como mejoras en las puntuaciones de funcionalidad y malestar sexual.

Según las puntuaciones de la prueba D de Cohen, las variables de estrés tienen un efecto entre moderado y grande (0.43-1.0), mientras que la satisfacción sexual indica un efecto moderado (valores entre 0.64-0.77). Además, algunas áreas de calidad de vida en pacientes con CaP, como la función emocional (0.21), la función física (0.66) y la función cognitiva (0.50), oscilan entre efectos pequeños y moderados, se han encontrado efectos similares de esta intervención entre diferentes poblaciones como señalan los resultados de investigaciones previas (Penedo et al., 2004; Yanez et al., 2015).

Además de estos cambios clínicos y estadísticos, los pacientes experimentaron cambios positivos. Por ejemplo, reportaron sentirse más satisfechos con su vida en general, menos tensos, y capaces de reconocer cuando comenzaban a estar tensos. También se sintieron con la capacidad de manejar de

forma adecuada las situaciones de estrés tanto en el hospital como en la vida cotidiana. Además, mencionaron sentirse más cercanos con las personas que les rodeaban. Los pacientes también reportaron sentirse más confiados y tranquilos al hablar sobre sus dudas (en el área sexual o del tratamiento) con el equipo de salud. Mejoraron la relación con su familia, incluyendo hijos, hermanos y pareja, con la cual pudieron retomar actividades sexuales aún sin presentar una erección o penetración vaginal. Finalmente, en algunos casos, reportaron sentirse más cercanos a su área espiritual, que, aunque no fue una variable considerada en este estudio, algunas investigaciones encontraron que los pacientes tienden a tener menos conflictos con su tratamiento además de mejorar su apoyo psicosocial, dentro de estos cambios reportaron sentirse más cerca de Dios, rezar y/o acercarse a alguna iglesia de su comunidad (Mollica et al., 2017; Penedo et al., 2004, 2007).

Los pacientes reportaron beneficios clínicos y efectos positivos en el bienestar emocional y funcional, así como en la calidad de vida, tal como han apuntado investigaciones previas en pacientes blancos y latinos en etapas clínicas de I a IV en los Estados Unidos. Aunque los datos sugieren que es importante considerar la cultura, el contenido de la intervención es esencialmente el mismo, salvo algunos dichos o frases idiosincráticas y manifestaciones propias de la cultura hispana, como el fatalismo, la simpatía o el familismo. Es importante destacar que para que la intervención tenga mejores efectos en los pacientes, es relevante que al inicio de la intervención las personas elegibles no tengan una alta calidad de vida, con el objetivo de evitar un efecto de techo, es decir, que la calidad de vida sea tan buena que aun con la intervención CBSM no pueda mejorar más (Bohlmeijer et al., 2010; Penedo et al., 2020).

La intervención se brindó en línea, debido a que estos pacientes no pudieron recibir intervención presencial semanal, a causa de diversos aspectos, entre ellos, por el lugar de residencia, trabajo, aspectos económicos y falta de disponibilidad, además debido a la pandemia por COVID-19, era necesario flexibilizar la asistencia de los participantes para garantizar la accesibilidad del tratamiento (Mercado, 2020), ya que era importante que recibieran la atención; sin importar si tenían una cita

médica varias semanas o meses después, vivieran en otro Estado de la República Mexicana, además los costos derivados como transporte y alimentación; aunado a ello, la fortaleza de esta intervención es que está basada en evidencia y se aplicó a una población subrepresentada en investigaciones a nivel mundial, ya que no es común encontrar intervenciones psicooncológicas basadas en evidencia aplicadas a pacientes latinos/hispanos (Costas-Muñiz et al., 2021; Yu et al., 2022).

Como ejemplo, se ha documentado una subrepresentación de intervenciones en psicooncología para pacientes latinos/hispanos, en donde un grupo de 59 terapeutas reportó que los temas más importantes cuando intervienen este tipo de pacientes han sido: respuestas emocionales, estrategias de afrontamiento, autonomía del paciente y toma de decisiones, experiencias del cáncer después del diagnóstico, tratamiento y supervivencia, educación del cáncer, entre otros (Costas-Muñiz et al., 2021), aspectos que han sido abordados a lo largo de esta intervención.

Es importante destacar que no todos los pacientes asistieron de manera continua al tratamiento y que la otra mitad de los pacientes reportó no tener el equipo necesario para continuar el tratamiento, problemas o fallas con su servicio de internet, no tener una conexión a internet propia, problemas con el horario debido a sus actividades laborales y finalmente, no tener a nadie que les ayude y no comprender el procedimiento para conectarse a la sesión en línea. Estos factores pueden generar sesgos de información o ejecución en la investigación (Zurita-Cruz et al., 2021). Para reducir estos sesgos, se pueden brindar cursos sobre el programa para realizar la sesión, cómo conectarse, acceso a datos para internet y préstamo de equipo. Dichas recomendaciones pueden ser de ayuda. Para mayores detalles de esta propuesta, por favor, revise las limitaciones y perspectivas futuras de este capítulo

Dentro de los aspectos relevantes a considerar: en la atención médica que reciben los pacientes, está la sensación de urgencia del médico en la consulta y no dar tanto tiempo a dudas o preguntas que ya han sido detectadas personal de oncología (Galindo et al., 2021), entre otros aspectos los pacientes tuvieron dudas

respecto a cómo ejercer la sexualidad, entre ellas buscan recomendaciones alternativas a la penetración o coito, qué se puede hacer o no en este rubro después de haber recibido cirugía o radioterapia ¿le hará daño la radioterapia a mi esposa si me acerco o trato de tener intimidad con ella?, qué hacer cuando se tiene sonda por ejemplo catéter doble j ¿aún puedo tener relaciones? (American Cancer Society, 2020a).

Una propuesta en estos casos es que se podría generar material escrito, por ejemplo folletos o guías para los pacientes y un manual breve para orientar a los especialistas sobre cómo dirigir y aclarar estas dudas al paciente en el cual se incluyan páginas de internet y/o aplicaciones para teléfono que coadyuven a responder a las dudas de los pacientes en este terreno; además sería importante que una vez presentado el material y sea estudiado por el paciente se obtenga información mediante un breve cuestionario que retroalimente a los profesionales de la salud sobre el conocimiento aplicado en su vida y que tanto conoce ahora que antes ignoraba.

Los pacientes experimentan el cáncer de diversas formas, entre las mayormente comentadas se pueden encontrar: aspectos familiares, aspectos de la pareja, sexualidad, trabajo, intervención médica, como se sienten físicamente y visión hacia el futuro, la información que compartieron los pacientes considerando estos puntos, se desarrolla a continuación en los siguientes párrafos.

Los participantes comentaron que no es común compartir con la familia cómo se sienten, a menos que existan molestias físicas de importancia que impliquen la toma de medicamentos, movilización al hospital o aspectos económicos. En el área de pareja, se pueden observar dos vertientes: una en la que los pacientes mantienen una comunicación cercana con su pareja y otra en la que no se comunican. Es claro que estas diferencias van a generar desacuerdos entre los pacientes, como en su plática franca en el área sexual, la educación con los hijos, la asistencia o compañía en el hospital o incluso la separación. Estos datos parecen coincidir con investigaciones previas sobre la familia (Otero & Flores, 2016). Muchos de los pacientes intervenidos reconocieron que podían mejorar la

comunicación con sus parejas. En cuanto al trabajo, la mayoría podía hacerlo, a excepción de algunos que estaban en proceso de quimioterapia y por los síntomas no era posible generar una actividad económica

La intervención médica puede generar diversas dudas. Por ejemplo, ¿cómo van a recuperar su erección después del tratamiento? Aunque estén en una etapa avanzada, se tiene la idea errónea que el paciente no tiene inquietudes en esa área, lo cual quedó claro que no era así. Los pacientes aún en estas circunstancias desean poder tener relaciones satisfactorias con sus parejas, lo cual no queda claro en las citas médicas que tienen. Por tanto, esto representa un área clara de oportunidad. La información relacionada con investigación previa respecto a que no hay un soporte suficiente para la disfunción sexual está relacionada con cómo se sienten físicamente (Downing et al., 2019). Se puede afirmar que un paciente bien controlado y sin síntomas emocionales no tendrá afectaciones, debido a que esto le permitirá trabajar, atender cuestiones familiares y llevar su vida con relativa normalidad. De lo contrario, las limitaciones, como no manejar bicicleta, motocicleta, montar, cargar cosas pesadas en el caso de pacientes que hacen trabajo físico, el sentirse mal y no poder compartirlo con familia o amigos, hace que vean mermada su calidad de vida.

Para asegurar que los pacientes tengan una visión más clara del futuro, es importante mejorar la comunicación con el equipo de salud, especialmente con aquellos que están transitando por la quimioterapia. Además, es fundamental proporcionar información sobre el uso de los súper antiandrógenos y los procedimientos como los cateterismos, ya que los pacientes no saben qué esperar de estos tratamientos. Por último, es crucial que los pacientes comprendan el significado de un incremento en la puntuación del antígeno, ya que la falta de claridad en este tema puede causar confusión o problemas emocionales.

## **Conclusiones**

Las diez sesiones propuestas por Penedo et al. (2004) son útiles para que los componentes terapéuticos produzcan un cambio y que tengan un efecto

estadístico y clínico, además de que se satisfagan las necesidades de cada paciente, una revisión sistemática identificó que el número de sesiones variaba dependiendo de las necesidades de cada país incluyendo si la financiación era por el propio paciente o un seguro privado, esto puede ser una limitante, por otro lado, en la mayoría de muestras no se excedió el número de dieciséis sesiones en tratamientos manualizados (Flückiger et al., 2020) lo cual concuerda con esta investigación.

Se espera que esta intervención pueda replicarse de manera habitual con los pacientes del Instituto o en pacientes de otras poblaciones, finalmente los cambios producidos sugieren que fueron eficaces para mejorar indicadores de calidad de vida, y disminuir estrés e incrementar la satisfacción sexual, con esta información puede afirmarse que se cumplieron los objetivos dos y tres de esta segunda fase de la investigación.

Por otro lado, las intervenciones grupales tienen ventajas como el aumento del apoyo social, la mejora del afrontamiento de situaciones sociales, la normalización de la enfermedad con el grupo y la reducción del aislamiento (Antón-Menárguez et al., 2019; Segarra et al., 2011). Estas ventajas se observaron en los resultados de los participantes de este estudio. Además, las intervenciones grupales tienen la ventaja de requerir menos horas que una terapia individual para cada participante. Existe investigación que apoya la rentabilidad de estas intervenciones psicológicas con el formato grupal y que además proporciona acceso a una mayor cantidad de pacientes (Antón-Menárguez et al., 2019; Radhakrishnan et al., 2013).

Otra de las ventajas de este tipo de intervención grupal es que, según la revisión de la literatura, sí a los pacientes se les da la oportunidad de discutir el material entre ellos, realizar preguntas o compartir experiencias, ayuda a disminuir las molestias en casos como los problemas sexuales (Kelder et al., 2022; Lepore et al., 2003)

Se observa que es de suma importancia el trabajo con el equipo médico en cuanto a resolver sus dudas como qué se espera de los tratamientos cuando están

en una etapa avanzada, que pueden hacer cuando desean tener relaciones sexuales con su pareja, aunque no puedan mantener una erección y cómo se verá afectado su funcionamiento físico, pero también el tratamiento psico oncológico en cuanto a la detección de sintomatología emocional, detectar los casos con problemas de adherencia al tratamiento y brindar asesoría necesaria a la brevedad posible, muchos de estos aspectos son retomados para crear “centros Europeos de Excelencia en Cáncer de Próstata” dónde se prevé atención, investigación y educación oncológica de calidad (Wirth et al., 2019).

Según los datos de la revisión de la literatura, un cambio en el estilo de vida de los pacientes está relacionado con una mejoría en su calidad de vida, su sexualidad y la reducción del estrés (Daubenmier et al., 2006).

### **Limitaciones y perspectivas futuras**

La intervención en línea no ha estado exenta de complicaciones, por ejemplo, problemas de conexión, no poder llegar en el horario establecido, falta de formación en el manejo del programa o incluso del uso de los dispositivos digitales (Mazziotti & Rutigliano, 2021), compromisos previos en el horario establecido o no tener presente la sesión en el día que corresponde son los problemas más mencionados entre los pacientes. Aunque no hubo diferencias en la prueba Wilcoxon, se pueden observar tamaños del efecto y cambio clínico en las medidas de estrés, sexualidad y en calidad de vida.

No es un estudio experimental y por lo tanto las conclusiones que se puedan extraer de los pacientes pueden ser limitadas, el número de pacientes no es suficiente amplio para obtener conclusiones que sugieran validez externa (Andrade, 2018), el no contar con tabletas o celulares que se pudieran dar a préstamo a los pacientes junto con un plan de datos para que no hubiera interferencia, esto dependía de los recursos disponibles de los pacientes o si tenían acceso a la tecnología necesaria esta falta de acceso a esta tecnología puede ser un sesgo en quien recibe tratamiento y quien no (SAMHSA, 2021).

Propuestas para investigaciones futuras: brindar tabletas o celulares con conexión a internet a los participantes del estudio ya se ha encontrado que el uso de estas tecnologías puede ofrecer soluciones adaptables y efectivas para el cuidado de la salud mental y que pueden ser comparables con los servicios presenciales además de que puede generar ventajas en cuanto a su adaptabilidad y la reducción de sus costos con el paso del tiempo (Langarizadeh et al., 2017; SAMHSA, 2021).

Para hacer más sencillos los ejemplos y ejercicios, se puede considerar el nivel de escolaridad de los participantes. Además, se sugiere incorporar a un familiar del paciente en la sesión para que haga el ejercicio o la actividad en casa, ya que, en ocasiones, el paciente no alcanza a comprender las instrucciones a cabalidad aún con el manual en mano. También es recomendable usar ejemplos más cercanos a la realidad del paciente, ya sea que provenga del campo o viva en una ciudad, y que sean comprensibles en ambos casos. Por último, se puede apoyar en los propios ejemplos proporcionados por los pacientes previamente.

En el contexto de la incorporación de un familiar, sería beneficioso para futuras investigaciones incluir a la cónyuge del paciente en las sesiones que aborden temas de sexualidad. De esta manera, se puede mejorar la comunicación en este ámbito, compartir y clarificar dudas, y retroalimentar al terapeuta sobre la dinámica de la pareja. Esto permitiría mejorar las recomendaciones para una práctica más plena y agradable, donde se retome la complicidad, la confianza y la comunicación sin reservas para la pareja en cuestión (Canada et al., 2005).

Finalmente, para mejorar la intervención en línea, se sugiere dar un curso introductorio sobre el uso de las tecnologías de información a los candidatos a participar. Además, se puede incrementar el número de participantes y emplear pruebas experimentales y ensayos clínicos con este grupo de pacientes. Para determinar la factibilidad de más investigaciones con esta intervención, se recomienda realizar una evaluación previa de tamizaje y considerar el nivel de alfabetización de los participantes, dadas las condiciones del país y las necesidades de la población.



## Referencias

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S. B., Haes, J. C. J. M. D., Kaasa, S., Klee, M., Osoba, D., Razavi, D., Rofe, P. B., Schraub, S., Sneeuw, K., Sullivan, M., & Takeda, F. (1993). The European organization for research and treatment of cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, *85*(5), 365–376. <https://doi.org/10.1093/jnci/85.5.365>
- Abuín, M. R. (2010). Psicometría del estrés. In L. de Rivera (Ed.), *Los síndromes del estrés* (Issue March, pp. 191–215). Síntesis.
- Agaba, P., Ocheke, A., Akanbi, M., Gimba, Z., Ukeagbu, J., Mallum, B., & Agaba, E. (2017). Sexual functioning and health-related quality of life in men. *Nigerian Medical Journal*, *58*(3), 96. [https://doi.org/10.4103/nmj.nmj\\_225\\_16](https://doi.org/10.4103/nmj.nmj_225_16)
- Aguilar, L. A., & Castellanos, M. Y. (2016). Adaptación Lingüístico-Cultural de una Escala Argentina de Perfeccionismo Infantil al Contexto Venezolano/ Linguistic-Cultural Adaptation to the Venezuelan Context of an Argentine Scale of Childhood Perfectionism. *R.E.M.A. Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, *21*(2), 1. <https://doi.org/10.17811/rema.21.2.2016.1-32>
- Alemozaffar, M., Duclos, A., Hevelone, N. D., Lipsitz, S. R., Borza, T., Yu, H. Y., Kowalczyk, K. J., & Hu, J. C. (2012). Technical refinement and learning curve for attenuating neurapraxia during robotic-assisted radical prostatectomy to improve sexual function. *European Urology*, *61*(6), 1222–1228. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2012.02.053>
- Almanza, J. de J., Juárez, I. R., & Pérez, S. (2008). Traducción, adaptación y validación del termómetro de distrés en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer. *Revista de Sanidad Militar*, *62*(5), 209–217.
- Alzweri, L., & Burnett, A. L. (2018). Components of Erection and Ejaculation as the Potential Target Systems for Environmental Toxicants. *Bioenvironmental Issues Affecting Men's Reproductive and Sexual Health*, 391–400. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801299-4.00024-4>
- American Cancer Society. (2020a). *Cómo el cáncer puede afectar las erecciones. El Sexo y El Hombre Adulto Con Cáncer*. <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/efectos-secundarios-sobre-la->

fertilidad-y-la-sexualidad/sexualidad-para-el-hombre-con-cancer/erecciones-y-tratamiento.html

American Cancer Society. (2020b). *Factores de riesgo para el cáncer de próstata. Causas, Factores de Riesgo y Prevención.*

<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-prostata/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html>

American Cancer Society. (2020c). *Radioterapia para el cáncer de próstata. Tratamiento Del Cáncer de Próstata.*

<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-prostata/tratamiento/radioterapia.html#referencias>

American Cancer Society. (2021). *Datos y estadísticas sobre el cáncer entre los Hispanos/Latinos 2021-2023.* <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/cancer-facts-and-figures-for-hispanics-and-latinos/cancer-facts-and-figures-for-hispanics-and-latinos-2021-2023-spanish.pdf>

American Psychological Association. (2018). *Cognitive Behavior Therapy.* APA Dictionary of Psychology. <https://dictionary.apa.org/cognitive-behavior-therapy>

American Psychological Association. (2020a). *Alienation.* APA Dictionary of Psychology. <https://dictionary.apa.org/alienation>

American Psychological Association. (2020b). *Assertiveness.* APA Dictionary of Psychology. <https://dictionary.apa.org/assertiveness>

American Psychological Association. (2020c). *group cohesion.* Dictionary of Psychology. <https://dictionary.apa.org/group-cohesion>

American Psychological Association. (2020d). *Normality.* APA Dictionary of Psychology. <https://dictionary.apa.org/normality>

American Psychological Association. (2020e). *Sexual attitudes.* Dictionary of Psychology. <https://dictionary.apa.org/sexual-attitudes>

American Psychological Association. (2020f). *Stress.* Dictionary of Psychology. <https://dictionary.apa.org/stress>

American Psychological Association. (2023). *APA Dictionary of Psychology.* Risk Factor. <https://dictionary.apa.org/risk-factor>

- Andrade, C. (2018). Internal, external, and ecological validity in research design, conduct, and evaluation. *Indian Journal of Psychological Medicine, 40*(5), 498–499. [https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM\\_334\\_18](https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_334_18)
- Antoni, M. H., Baggett, L., Ironson, G., LaPerriere, A., August, S., Klimas, N., Schneiderman, N., & Fletcher, M. A. (1991). Cognitive-behavioral stress management intervention buffers distress responses and immunologic changes following notification of HIV-1 seropositivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(6), 906–915. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.6.906>
- Antoni, M. H., & Dhabhar, F. S. (2019). The impact of psychosocial stress and stress management on immune responses in patients with cancer. *Cancer, 125*(9), 1417–1431. <https://doi.org/10.1002/CNCR.31943>
- Antoni, M. H., Lechner, S. C., Kazi, A., Wimberly, S. R., Sifre, T., Urcuyo, K. R., Phillips, K., Glück, S., & Carver, C. S. (2006). How Stress Management Improves Quality of Life After Treatment for Breast Cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(6), 1143–1152. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.74.6.1152>
- Antón-Menárguez, V., Jareño, B., Lara-Espejo, I., Redondo-Jiménez, M., & García-Marín, P. (2019). Eficacia de la intervención psicológica grupal en atención primaria. *Medicina de Familia. Semergen, 45*(2), 86–92. <https://doi.org/10.1016/J.SEMERG.2018.05.005>
- Asociación Española Contra el Cáncer. (2020). *Fases del tumor de próstata*. Cáncer de Próstata. <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-prostata>
- Beck, J. S. (2000). *Terapia cognitiva: {Conceptos} básicos y profundización*. Editorial Gedisa.
- Bellinger, D. L., Dulcich, M. S., Molinaro, C., Gifford, P., Lorton, D., Gridley, D. S., & Hartman, R. E. (2021). Psychosocial Stress and Age Influence Depression and Anxiety-Related Behavior, Drive Tumor Inflammatory Cytokines and Accelerate Prostate Cancer Growth in Mice. *Frontiers in Oncology, 11*, 2929. <https://doi.org/10.3389/FONC.2021.703848/BIBTEX>
- Berry, D. L., Halpenny, B., Bosco, J. L. F., Bruyere, J., & Sanda, M. G. (2015). Usability evaluation and adaptation of the e-health Personal Patient Profile-Prostate decision aid for Spanish-speaking Latino men

- eHealth/telehealth/mobile health systems. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12911-015-0180-4>
- Bleiker, E. M. A., Pouwer, F., Van Der Ploeg, H. M., Leer, J. W. H., & Adèr, H. J. (2000). Psychological distress two years after diagnosis of breast cancer: Frequency and prediction. *Patient Education and Counseling*, 40(3), 209–217. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(99\)00085-3](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(99)00085-3)
- Blum, D., Auné, S., Galibert, M. S., & Attorresi, H. (2013). Criterios para la eliminación de ítems de un Test de Analogías Figurales. *Summa Psicológica*, 10(2), 49–56. <https://doi.org/10.18774/448X.2013.10.140>
- Boeri, L., Capogrosso, P., Ventimiglia, E., Schifano, N., Montanari, E., Montorsi, F., & Salonia, A. (2020). Sexual Dysfunction in Men with Prediabetes. *Sexual Medicine Reviews*, 8(4), 622–634. <https://doi.org/10.1016/J.SXMR.2018.11.008>
- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(6), 539–544. <https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHORES.2009.10.005>
- Bostwick, D. G., Burke, H. B., Djakiew, D., Euling, S., Ho, S. M., Landolph, J., Morrison, H., Sonawane, B., Shifflett, T., Waters, D. J., & Timms, B. (2004). Human prostate cancer risk factors. In *Cancer* (Vol. 101, Issue 10 SUPPL., pp. 2371–2490). Cancer. <https://doi.org/10.1002/cncr.20408>
- Bourke, L., Boorjian, S. A., Briganti, A., Klotz, L., Mucci, L., Resnick, M. J., Rosario, D. J., Skolarus, T. A., & Penson, D. F. (2015). Survivorship and improving quality of life in men with prostate cancer. *European Urology*, 68(3), 374–383. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2015.04.023>
- Briken, P., Matthiesen, S., Pietras, L., Wiessner, C., Klein, V., Reed, G. M., & Dekker, A. (2020). Estimating the Prevalence of Sexual Dysfunction Using the New ICD-11 Guidelines: Results of the First Representative, Population-Based German Health and Sexuality Survey (GeSiD). *Deutsches Ärzteblatt International*, 117(39), 653. <https://doi.org/10.3238/ARZTEBL.2020.0653>
- Byrne, B. M. (2010). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Caballo, V. E. (2015). *Manual de técnicas de terapia y modificación de la conducta*. Siglo XXI de España Editores.

- Campbell, D. T., & Stanley, J. C. (2011). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Amorrortu.
- Canada, A. L., Neese, L. E., Sui, D., & Schover, L. R. (2005). Pilot intervention to enhance sexual rehabilitation for couples after treatment for localized prostate carcinoma. *Cancer*, *104*(12), 2689–2700.  
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med5&NEWS=N&AN=16294343>
- Cardiel, R. (1994). La medición de la Calidad de Vida. In *Epidemiología Clínica* (pp. 189–199). Interamericana McGraw Hill.
- Carretero-Dios, H., & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. © *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *5*(3), 521–551.
- Carver, CS. (2006). *MOCS (Measure of Current Status)*. College of Arts and Sciences Psychology.  
<https://local.psy.miami.edu/faculty/ccarver/sciMOCS.phtml>
- Caycho, T. (2017). Importancia del análisis de invarianza factorial en estudios comparativos en Ciencias de la Salud. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, *31*(2), 1–3.
- Cella, D. (1995). Measuring quality of life in palliative care. *Seminars in Oncology*, *22*(2 Suppl 3), 73–81.
- Cella, D., Hernandez, L., Bonomi, A. E., Corona, M., Vaquero, M., Shiimoto, G., & Baez, L. (1998). Spanish Language Translation and Initial Validation of the Functional Assessment of Cancer Therapy Quality-of-Life Instrument. *Medical Care*, *36*(9), 1407–1418. <https://doi.org/10.1097/00005650-199809000-00012>
- Cella, D., Tulsky, D., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., Silberman, M., Yellen, S. B., Winicour, P., Brannon, J., Eckberg, K., Lloyd, S., Purl, S., Blendowski, C., Goodman, M., Barnicle, M., Stewart, I., McHale, M., Bonomi, P., ... Harris, J. (1993). The functional assessment of cancer therapy scale: Development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*, *11*(3), 570–579. <https://doi.org/10.1200/JCO.1993.11.3.570>
- Chambers, S. K., Occhipinti, S., Foley, E., Clutton, S., Legg, M., Berry, M., Stockler, M. R., Frydenberg, M., Gardiner, R. A., Lepore, S. J., Davis, I. D., & Smith, D. P. (2017). Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Advanced Prostate Cancer: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical*

*Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 35(3), 291–297. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1200/JCO.2016.68.8788>

Chang, P., Szymanski, K. M., Dunn, R. L., Chipman, J. J., Litwin, M. S., Nguyen, P. L., Sweeney, C. J., Cook, R., Wagner, A. A., Dewolf, W. C., Bubley, G. J., Funches, R., Aronovitz, J. A., Wei, J. T., & Sanda, M. G. (2011). Expanded prostate cancer index composite for clinical practice: Development and validation of a practical health related quality of life instrument for use in the routine clinical care of patients with prostate cancer. *Journal of Urology*, 186(3), 865–872. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2011.04.085>

Chen, R. C., Chang, P., Vetter, R. J., Lukka, H., Stokes, W. A., Sanda, M. G., Watkins-Bruner, D., Reeve, B. B., & Sandler, H. M. (2014). Recommended Patient-Reported Core Set of Symptoms to Measure in Prostate Cancer Treatment Trials. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 106(7), 1–7. <https://doi.org/10.1093/jnci/dju132>

Chhikara, B. S., & Parang, K. (2023). Global Cancer Statistics 2022: the trends projection analysis. *Chemical Biology Letters*, 10(1). [https://digitalcommons.chapman.edu/pharmacy\\_articles/938](https://digitalcommons.chapman.edu/pharmacy_articles/938)

Chrousos, G. P. (2009). Stress and disorders of the stress system. In *Nature Reviews Endocrinology* (Vol. 5, Issue 7, pp. 374–381). Nat Rev Endocrinol. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2009.106>

Cobos-Carbó, 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. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.09.034>

Costas-Muñiz, R., Castro-Figueroa, E., Torres, N., Claros, M., Galindo-Vazquez, O., Narang, B., & Gany, F. M. (2021). Practice of psycho-oncology with Latino patients: An international study. *Psycho-Oncology*, 30(1), 127–133. <https://doi.org/10.1002/PON.5552>

Couper, J., Collins, A., Bloch, S., Street, A., Duchesne, G., Jones, T., Olver, J., & Love, A. (2015). Cognitive existential couple therapy (CECT) in men and partners facing localised prostate cancer: a randomised controlled trial. *BJU International*, 115(5, SI), 35–45. <https://doi.org/10.1111/bju.12991>

Dai, S., Mo, Y., Wang, Y., Xiang, B., Liao, Q., Zhou, M., Li, X., Li, Y., Xiong, W., Li, G., Guo, C., & Zeng, Z. (2020). Chronic Stress Promotes Cancer

- Development. In *Frontiers in Oncology* (Vol. 10, p. 1492). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fonc.2020.01492>
- Daubenmier, J. J., Weidner, G., Marlin, R., Crutchfield, L., Dunn-Emke, S., Chi, C., Gao, B., Carroll, P., & Ornish, D. (2006). Lifestyle and health-related quality of life of men with prostate cancer managed with active surveillance. *Urology*, *67*(1), 125–130. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2005.07.056>
- de la Lanza, C., O'Shea C., G. J., Narváez Tamayo, M. A., Lozano Herrera, J., Castañeda Peña, G., & de la Lanza, J. J. (2015). Calidad de vida y control de síntomas en el paciente oncológico. *Gaceta Mexicana de Oncología*, *14*(3), 150–156. <https://doi.org/10.1016/j.gamo.2015.07.007>
- Dobson, K. S., & Dozois, D. J. A. (2010). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. . In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (3rd ed., pp. 3–38). Guilford Press.
- Downing, A., Wright, P., Hounsome, L., Selby, P., Wilding, S., Watson, E., Wagland, R., Kind, P., Donnelly, D. W., Butcher, H., Catto, J. W. F., Cross, W., Mason, M., Sharp, L., Weller, D., Velikova, G., McCaughan, E., Mottram, R., Allen, M., ... Glaser, A. W. (2019). Quality of life in men living with advanced and localised prostate cancer in the UK: a population-based study. *The Lancet Oncology*, *20*(3), 436–447. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(18\)30780-0](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(18)30780-0)
- Erim, D. O., Bensen, J. T., Mohler, J. L., Fontham, E. T. H., Song, L., Farnan, L., Delacroix, S. E., Peters, E. S., Erim, T. N., Chen, R. C., & Gaynes, B. N. (2019). Prevalence and predictors of probable depression in prostate cancer survivors. *Cancer*, *125*(19), 3418–3427. <https://doi.org/10.1002/cncr.32338>
- Espinoza Bello, M., Galindo Vázquez, O., Jiménez Ríos, M. Á., Lerma Talamantes, A., Acosta Santos, N. A., Álvarez Avitia, M. Á., & Herrera Gómez, Á. (2020). Factores predictores de sintomatología de ansiedad, depresión y calidad de vida global en pacientes mexicanos con cáncer de próstata. *Psicología y Salud*, *30*(2), 141–152. <https://doi.org/10.25009/pys.v30i2.2649>
- Espinoza Bello, M., Galindo Vázquez, O., Penedo, F. J., Jiménez Ríos, M. Á., Ortega Andeane, P., Scavuzzo, A., García Méndez, M., & Meneses-García, A. (2023). Propiedades psicométricas de la Escala de Medida del Estado Actual (MOCS) en pacientes mexicanos con cáncer. *Ciencias Psicológicas*, *17*(2), 3009. <https://doi.org/10.22235/cp.v17i2.3009>
- Espinoza, M. (2018). *Propiedades psicométricas del inventario de evaluación de la funcionalidad en el tratamiento del cáncer versión prostata (FACT-P) en una*

*población de pacientes con cáncer de próstata en la Ciudad de México*

[Universidad Nacional Autónoma de México].

[http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/SHV9F258NBQT1MT4RC8LJNS6SMJL1TD65BRAYBQQLXIN4PKSUC-53435?func=full-set-set&set\\_number=013896&set\\_entry=000001&format=999](http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/SHV9F258NBQT1MT4RC8LJNS6SMJL1TD65BRAYBQQLXIN4PKSUC-53435?func=full-set-set&set_number=013896&set_entry=000001&format=999)

Espinoza-Bello, M., Galindo-Vázquez, Ó., Jiménez-Ríos, M. A., Lerma, A., Acosta-Santos, N. A., Meneses-García, A. A., & Sánchez-Sosa, J. J. (2020).

Psychometric properties of the functional assessment of cancer therapy, prostate version (FACT-P), in Mexican patients. *Cirugía y Cirujanos (English Edition)*, *88*(6), 745–752. <https://doi.org/10.24875/CIRU.19001755>

Espinoza-Bello, M., Galindo-Vázquez, Ó., Penedo, F. J., Jiménez-Ríos, M. Á., Ortega-Andeane, P., Scavuzzo, A., García-Méndez, M., & Meneses-García, A. (2024). Propiedades psicométricas del EPIC-Función Sexual en hombres mexicanos. *Psicología y Salud*, *34*(1), 145–154.

<https://doi.org/10.25009/PYS.V34I1.2852>

Faithfull, S., Cockle-Hearne, J., & Khoo, V. (2011). Self-management after prostate

cancer treatment: Evaluating the feasibility of providing a cognitive and behavioural programme for lower urinary tract symptoms. *BJU International*, *107*(5), 783–790. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2010.09588.x>

Fernández Seara, J. L., & Nielgo Robles, M. (1996). *Escala de apreciación del estrés*. TEA Ediciones S.A.

<https://www.ulima.edu.pe/pregrado/psicologia/gabinete-psicometrico/eae-escala-de-apreciacion-del-estres>

Fielder, R. (2013). Sexual Functioning. *Encyclopedia of Behavioral Medicine*,

1774–1777. [https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9\\_668](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_668)

Flores, I. E., Sierra-Fonseca, J. A., Davalos, O., Saenz, L. A., Castellanos, M. M.,

Zavala, J. K., & Gosselink, K. L. (2017). Stress alters the expression of cancer-related genes in the prostate. *BMC Cancer*, *17*(1).

<https://doi.org/10.1186/s12885-017-3635-4>

Flückiger, C., Wampold, B. E., Delgadillo, J., Rubel, J., Vīslā, A., & Lutz, W. (2020).

Is There an Evidence-Based Number of Sessions in Outpatient Psychotherapy? - A Comparison of Naturalistic Conditions across Countries. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *89*(5), 333–335.

<https://doi.org/10.1159/000507793>

- Fulla, J., Rosenfeld<sup>1</sup>, R., Fleck, D., Campos, D., Oyanedel, F., Ramos, C., Campero, J. M., Valdevenito, R., Sanchez, C., Alvarez, E., Zambrano, N., Hinrichs, A., Susaeta, R., Salgado, G., & Nicolai, H. (2014). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata tratados mediante prostatectomía radical. Estudio prospectivo y resultados a dieciocho meses de seguimiento. *Revista Chilena De Urología*, 79(1), 36–40.
- Galindo Vázquez, O., Mendoza-Contreras, L. A., Flores-Juárez, J., Núñez-Hernández, J., Calderillo-Ruiz, G., Meneses-García, A., & Lerma, A. (2022). Propiedades psicométricas del Instrumento de Evaluación de Funcionalidad en el Tratamiento para Enfermedades Crónicas (FACT-GP) en población general mexicana. *Ciencias Psicológicas*, 16(2).  
<https://doi.org/10.22235/cp.v16i2.2732>
- Galindo Vázquez, O., Rivera, S., Lerma, A., Calderillo Ruiz, G., Espinoza Bello, M., Meneses, A., & Lerma, C. (2021). Detection of psychosocial distress in cancer patients: A survey of Mexican oncologists. *Journal of Psychosocial Oncology*, 1–16. <https://doi.org/10.1080/07347332.2021.1986765>
- Galindo-Vázquez, O., Pérez-Barrientos, H., Alvarado-Aguilar, S., Rojas-Castillo, E., Álvares-Avitia, M. A., & Aguilar-Ponce, J. L. (2013). Efectos de la terapia cognitivo conductual en el paciente oncológico: una revisión. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 12(2), 108–115. <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-pdf-X1665920113025797>
- Golden-Kreutz, D. M., & Andersen, B. L. (2004). Depressive symptoms after breast cancer surgery: Relationships with global, cancer-related, and life event stress. *Psycho-Oncology*, 13(3), 211–220. <https://doi.org/10.1002/pon.736>
- González, E. G., Lorenzo García, O., & de la Paz Pérez, Y. (2012). Cáncer de próstata y sexualidad. In *Hospital Provincial Universitario “Arnaldo Milián Castro.”*
- González-Cuenca, E., Villeda-Sandoval, C. I., Sotomayor-de Zavaleta, M., Ibarra-Saavedra, R., Calao-Pérez, M. B., Quijada-Carlton, H., Feria-Bernal, G., & Castillejos-Molina, R. A. (2012). Prevalencia de disfunción eréctil en una muestra de población joven en México. *Revista Mexicana de Urología*, 72(5), 245–249.
- Guedea, F. (2016). *Calidad de vida de los pacientes afectados de cáncer de próstata según el tratamiento realizado* (Primera). Ediciones Gráficas Rey, S.L.

- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1999). *Análisis Multivariante* (5th ed.). Prentice-Hall.
- Harvard Medical School. (2020). *Prostate cancer and your sex life* . Harvard Health Publishing. <https://www.health.harvard.edu/mens-health/prostate-cancer-and-your-sex-life>
- Haugland, T., Wahl, A. K., Hofoss, D., & DeVon, H. A. (2016). Association between general self-efficacy, social support, cancer-related stress and physical health-related quality of life: A path model study in patients with neuroendocrine tumors. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0413-y>
- Hinton, D. E., & Patel, A. (2017). Cultural Adaptations of Cognitive Behavioral Therapy. In *Psychiatric Clinics of North America* (Vol. 40, Issue 4, pp. 701–714). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.006>
- Holland, J. C., Andersen, B., Breitbart, W., & Buchmann, L. O. (2013). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology Distress Management*. National Comprehensive Cancer Network.
- Huang, G. J., Sadetsky, N., & Penson, D. F. (2010). Health Related Quality of Life for Men Treated for Localized Prostate Cancer With Long-Term Follow up. *Journal of Urology*, 183(6), 2206–2212. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2010.02.013>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2023). *Comunicado de prensa núm. 77/23*.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2020). *Mortalidad por cáncer de próstata en México a lo largo de tres décadas*. <https://www.insp.mx/avisos/4189-cancer-prostata-mx.html>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2012). *Estrés psicológico y el cáncer* . Instituto Nacional de Cáncer. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/hoja-informativa-estres>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2019). *Definición de tratamiento estándar* . Diccionario de Cáncer. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/tratamiento-estandar>

Instituto Nacional del Cáncer. (2022, July 27). *Cáncer de próstata*. Prevención Del Cáncer de Próstata (PDQ®)–Versión Para Pacientes. <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/prostata/paciente/prevencion-prostata-pdq>

Instituto Nacional del Cáncer. (2023a). *Tratamiento del cáncer de próstata (PDQ®)–Versión para pacientes* -. Tipos de Cáncer–Cáncer de Próstata. <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/prostata/paciente/tratamiento-prostata-pdq>

Instituto Nacional del Cáncer. (2023b, February 24). *Cáncer de próstata*. Tratamiento Del Cáncer de Próstata (PDQ®)–Versión Para Pacientes. <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/prostata/paciente/tratamiento-prostata-pdq>

Isa, M. R., Moy, F. M., Razack, A. H. A., Zainuddin, Z. M., & Zainal, N. Z. (2013). Impact of Applied Progressive Deep Muscle Relaxation Training on the Level of Depression, Anxiety and Stress among Prostate Cancer Patients: A Quasi-Experimental Study. *Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention*, 14(4), 2237–2242. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2013.14.4.2237>

Isa, M.-R., Moy, F. M., Razack, A.-H. A., Zainuddin, Z. M., & Zainal, N.-Z. (2013). Impact of applied progressive deep muscle relaxation training on the health related quality of life among prostate cancer patients--a quasi experimental trial. *Preventive Medicine*, 57 Suppl, S37-40. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.02.011>

Johns Hopkins Medicine. (2020). *Erectile Dysfunction After Prostate Cancer*. Health. <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/prostate-cancer/erectile-dysfunction-after-prostate-cancer>

Kelder, I., Sneijder, P., Klarenbeek, A., & Laan, E. (2022). Communication practices in conversations about sexual health in medical healthcare settings: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 105(4), 858–868. <https://doi.org/10.1016/J.PEC.2021.07.049>

Kim, M. K., Cheon, J., Lee, K. S., Chung, M. K., Lee, J. Y., Lee, S. W., Kim, S. W., Chung, B. H., Park, K., & Park, J. K. (2010). An open, non-comparative, multicentre study on the impact of alfuzosin on sexual function using the Male Sexual Health Questionnaire in patients with benign prostate hyperplasia. *International Journal of Clinical Practice*, 64(3), 345–350. <https://doi.org/10.1111/J.1742-1241.2009.02247.X>

- Kishan, A. U., & Collins, S. P. (2021). Quality of Life After Prostate Cancer Treatment. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 110(3), 727–730. <https://doi.org/10.1016/J.IJROBP.2021.03.017>
- Kline, R. B. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling: Fourth Edition*. The Guilford Press.
- Landa, E., & Arredondo, A. de J. (2014). Herramienta pico para la formulación y búsqueda de preguntas clínicamente relevantes en la psicooncología basada en la evidencia. *Psicooncología*, 11(2–3). [https://doi.org/10.5209/rev\\_PSIC.2014.v11.n2-3.47387](https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n2-3.47387)
- Langarizadeh, M., Tabatabaei, M. S., Tavakol, K., Naghipour, M., Rostami, A., & Moghbeli, F. (2017). Telemental health care, an effective alternative to conventional mental care: A systematic review. *Acta Informatica Medica*, 25(4), 240–246. <https://doi.org/10.5455/aim.2017.25.240-246>
- Laumann, E. O., Gagnon, J. H., Michael, R. T., & Michaels, S. (2000). *The Social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States*. University of Chicago Press.
- Lawrance, K.-A., & Byers, E. S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships*, 2(4), 267–285. <https://doi.org/10.1111/J.1475-6811.1995.TB00092.X>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, coping and adaptation*. Springer.
- Ledesma, R., Macbeth, G., & Kohan, N. (2008). *Tamaño del efecto: una revisión teórica y aplicaciones con el sistema estadístico*. *ViSta*. 40(3), 425–436.
- Lepore, S. J., Eton, D. T., Helgeson, V. S., & Schulz, R. (2003). Improving quality of life in men with prostate cancer: A randomized controlled trial of group education interventions. *Health Psychology*, 22(5), 443–452. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.22.5.443>
- Litwin, M. S., Hays, R. D., Fink, A., Ganz, P. A., Leake, B., & Brook, R. H. (1998). The UCLA Prostate Cancer Index: Development, Reliability, and Validity of a Health-Related Quality of Life Measure. *Medical Care*, 36, 1002–1012. <https://doi.org/10.2307/3767360>
- Manzano Patiño, A. P. (2017). Introducción a los modelos de ecuaciones estructurales | Revista Investigación en Educación Médica. *Investigación En Educación Médica*, 7(25), 67–72.

- Martínez-Salamanca, J. I., Jara, J., Moncada, I., García, J., & Hernández, C. (2004). Orgasmo y su impacto en la calidad de vida después de prostatectomía radical. *Actas Urológicas Españolas*, 28(10).
- Mayo Clinic. (2018). *Disfunción eréctil*. Síntomas y Causas. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/erectile-dysfunction/symptoms-causes/syc-20355776>
- Mayo Clinic. (2019a). *Cáncer de próstata*. Diagnóstico y Tratamiento. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/prostate-cancer/diagnosis-treatment/drc-20353093>
- Mayo Clinic. (2019b). *Tratamiento del cáncer para hombres: posibles efectos secundarios sexuales*. Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/cancer/in-depth/cancer-treatment/art-20045422>
- Mayo Clinic. (2022, December 15). *Cáncer de próstata*. Síntomas y Causas. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/prostate-cancer/symptoms-causes/syc-20353087>
- Mazzarello, 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. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1002/cam4.446>
- Mazziotti, R., & Rutigliano, G. (2021). Tele-mental health for reaching out to patients in a time of pandemic: Provider survey and meta-analysis of patient satisfaction. In *JMIR Mental Health* (Vol. 8, Issue 7). JMIR Publications Inc. <https://doi.org/10.2196/26187>
- McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: Central role of the brain. In *Physiological Reviews* (Vol. 87, Issue 3, pp. 873–904). *Physiol Rev*. <https://doi.org/10.1152/physrev.00041.2006>
- MedlinePlus. (2020, May 15). *Sistema de puntuación de Gleason*. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000920.htm>
- Mercado, R. G. (2020). Propuesta de atención para los servicios de psicoterapia en línea (telepsicoterapia) derivados del Covid-19 en México. *Psicología y Salud*, 30(1), 133–136. <https://doi.org/10.25009/PYS.V30I1.2640>
- Molina, D. M., & Tapia, J. P. (2020). Prevalencia y caracterización de disfunciones sexuales masculinas en el personal de la Unidad académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca, año 2019. *Revista de La*

*Facultad de Ciencias Médicas de La Universidad de Cuenca*, 38(1), 53–63.  
<https://doi.org/10.18537/RFCM.38.01.08>

- Mollica, M. A., Underwood, W., Homish, G. G., Homish, D. L., & Orom, H. (2017). Spirituality is associated with less treatment regret in men with localized prostate cancer. *Psycho-Oncology*, 26(11), 1839.  
<https://doi.org/10.1002/PON.4248>
- Molton, I. R., Siegel, S. D., Penedo, F. J., Dahn, J. R., Kinsinger, D., Traeger, L. N., Carver, C. S., Shen, B.-J., Kumar, M., Schneiderman, N., & Antoni, M. H. (2008). Promoting recovery of sexual functioning after radical prostatectomy with group-based stress management: The role of interpersonal sensitivity. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(5), 527–536.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.01.004>
- Monga, U., Kerrigan, A. J., Thornby, J., Monga, T. N., & Zimmermann, K. P. (2005). Longitudinal study of quality of life in patients with localized prostate cancer undergoing radiotherapy. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 42(3), 391–399. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16187251>
- Monroe, S. M., & Cummins, L. F. (2015). Stress: Psychological Perspectives. In *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences: Second Edition* (pp. 583–587). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.25038-1>
- Mora, J., Bautista, N., Natera, G., & Pedersen, D. (2013). Adaptación cultural de instrumentos de medida sobre estigma y enfermedad mental en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 36(1), 9–18.
- Moreno-Smith, M., Lutgendorf, S. K., & Sood, A. K. (2010). Impact of stress on cancer metastasis. In *Future Oncology* (Vol. 6, Issue 12, pp. 1863–1881). NIH Public Access. <https://doi.org/10.2217/fon.10.142>
- Morgans, A. K., Van Bommel, A. C. M., Stowell, C., Abrahm, J. L., Basch, E., Bekelman, J. E., Berry, D. L., Bossi, A., Davis, I. D., De Reijke, T. M., Denis, L. J., Evans, S. M., Fleshner, N. E., George, D. J., Kiefert, J., Lin, D. W., Matthew, A. G., McDermott, R., Payne, H., ... Penson, D. F. (2015). Development of a standardized set of patient-centered outcomes for advanced prostate cancer: An international effort for a unified approach. *European Urology*, 68(5), 891–898. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2015.06.007>
- Mottet, N., Cornford, P., van den Bergh, R. C. N., Briers, E., De Santis, M., Gillissen, S., Grummet, J., Henry, A. M., Fossati, N., Gadaglia, G., Grivas, N.,

- Lardas, M., Liew, M., Linares Espinós, E., Moris, L., & Willmse, P.-P. M. (2022). *Guidelines on Prostate cancer*.
- Mykletun, A., Dahl, A. A., O'leary, M. P., & Fosså, S. D. (2006). Assessment of male sexual function by the Brief Sexual Function Inventory. *BJU International*, *97*(2), 316–323. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2005.05904.x>
- Neijenhuijs, K. I., Holtmaat, K., Aaronson, N. K., Holzner, B., Terwee, C. B., Cuijpers, P., & Leeuw, I. M. V. (2019). The International Index of Erectile Function (IIEF)—A Systematic Review of Measurement Properties. *The Journal of Sexual Medicine*, *16*(7), 1078–1091. <https://doi.org/10.1016/J.JSXM.2019.04.010>
- Nelson, C. J., Deveci, S., Stasi, J., Scardino, P. T., & Mulhall, J. P. (2010). Sexual bother following radical prostatectomy. *Journal of Sexual Medicine*, *7*(1 PART 1), 129–135. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01546.x>
- Nezu, A., Nezu, C., & Lombardo, E. (2007). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales, un enfoque basado en problemas*. Manual Moderno.
- Nunnally, J. C., & Velazquez, J. A. (1995). *Teoría psicométrica*. México : McGraw-Hill, c1995.
- Oakland, T., & Merino Soto, C. (2006). Aspectos individuales que influyen en el desempeño durante el examen psicológico. *Revista Psicopedagogía*, *23*(71), 152–157.
- O'Leary, M. P., Fowler, F. J., Lenderking, W. R., Barber, B., Sagnier, P. P., Guess, H. A., & Barry, M. J. (1995). A brief male sexual function inventory for urology. *Urology*, *46*(5), 697–706. [https://doi.org/10.1016/S0090-4295\(99\)80304-5](https://doi.org/10.1016/S0090-4295(99)80304-5)
- Oñate-Ocaña, L. F., Alcántara-Pilar, A., Vilar-Compte, D., García-Hubard, G., Rojas-Castillo, E., Alvarado-Aguilar, S., Carrillo, J. F., Blazeby, J. M., & Aiello-Crocifoglio, V. (2009). Validation of the Mexican Spanish Version of the EORTC C30 and STO22 Questionnaires for the Evaluation of Health-Related Quality of Life in Patients with Gastric Cancer. *Annals of Surgical Oncology*, *16*(1), 88–95. <https://doi.org/10.1245/s10434-008-0175-9>
- Otero, M. del P., & Flores, M. M. (2016). *Funcionamiento Familiar Como Predictor De La Satisfacción Marital En Hombres Y Mujeres*. *21*, 141–152.
- Pallás, J. M. a A., & Jiménez Villa, J. (2013). *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. <http://site.ebrary.com/id/11043274>

- Papastavrou, E., Efstathiou, G., & Charalambous, A. (2011). Nurses' and patients' perceptions of caring behaviours: Quantitative systematic review of comparative studies. In *Journal of Advanced Nursing* (Vol. 67, Issue 6, pp. 1191–1205). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05580.x>
- Parker, P. A., Pettaway, C. A., Babaian, R. J., Pisters, L. L., Miles, B., Fortier, A., Wei, Q., Carr, D. D., & Cohen, L. (2009). The effects of a presurgical stress management intervention for men with prostate cancer undergoing radical prostatectomy. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 27(19), 3169–3176. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1200/JCO.2007.16.0036>
- Penedo, F. J., Antoni, M. H., Moreno I, P., Traeger, L., Perdomo, D., Dahn, J., Miller, G. E., Cole, S., Orjuela, J., Pizarro, E., & Yanez, B. (2018). Study design and protocol for a culturally adapted cognitive behavioral stress and self-management intervention for localized prostate cancer: The Encuentros de Salud study. *CONTEMPORARY CLINICAL TRIALS*, 71, 173–180. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2018.06.010>
- Penedo, F. J., Dahn, J. R., Molton, I., Gonzalez, J. S., Kinsinger, D., Roos, B. A., Carver, C. S., Schneiderman, N., & Antoni, M. H. (2004). Cognitive-behavioral stress management improves stress-management skills and quality of life in men recovering from treatment of prostate carcinoma. *Cancer*, 100(1), 192–200. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med5&NEWS=N&AN=14692040>
- Penedo, F. J., Fox, R. S., Oswald, L. B., Moreno, P. I., Boland, C. L., Estabrook, R., McGinty, H. L., Mohr, D. C., Begale, M. J., Dahn, J. R., Flury, S. C., Perry, K. T., Kundu, S. D., & Yanez, B. (2020). Technology-Based Psychosocial Intervention to Improve Quality of Life and Reduce Symptom Burden in Men with Advanced Prostate Cancer: Results from a Randomized Controlled Trial. *International Journal of Behavioral Medicine*, 27(5), 490–505. <https://doi.org/10.1007/S12529-019-09839-7>
- Penedo, F. J., Fox, R. S., Walsh, E. A., Yanez, B., Miller, G. E., Oswald, L. B., Estabrook, R., Chatterton, R. T., Mohr, D. C., Begale, M. J., Flury, S. C., Perry, K., Kundu, S. D., & Moreno, P. I. (2021). Effects of web-based cognitive behavioral stress management and health promotion interventions on neuroendocrine and inflammatory markers in men with advanced prostate

cancer: A randomized controlled trial. *Brain, Behavior, and Immunity*, 95, 168–177. <https://doi.org/10.1016/J.BBI.2021.03.014>

Penedo, F. J., Molton, I., Dahn, J. R., Shen, B. J., Kinsinger, D., Traeger, L., Siegel, S., Schneiderman, N., & Antoni, M. (2006a). A randomized clinical trial of group-based cognitive-behavioral stress management in localized prostate cancer: Development of stress management skills improves quality of life and benefit finding. *Annals of Behavioral Medicine*, 31(3), 261–270. [https://doi.org/10.1207/s15324796abm3103\\_8](https://doi.org/10.1207/s15324796abm3103_8)

Penedo, F. J., Molton, I., Dahn, J. R., Shen, B.-J., Kinsinger, D., Traeger, L., Siegel, S., Schneiderman, N., & Antoni, M. (2006b). A randomized clinical trial of group-based cognitive-behavioral stress management in localized prostate cancer: development of stress management skills improves quality of life and benefit finding. *Annals of Behavioral Medicine : A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 31(3), 261–270. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med5&NEWS=N&AN=16700640>

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. <https://doi.org/10.1007/BF03000188>

Perchon, F. G., Palma, C. R., Magna, L. A., & Dambros, M. (2008). Behavioral group-based therapy improves quality of life in men recovering from radical prostatectomy. *ACTAS UROLOGICAS ESPANOLAS*, 32(7), 686–690.

Phillips, K. M., Jim, H. S. L., Small, B. J., Tanvetyanon, T., Roberts, W. S., & Jacobsen, P. B. (2012). Effects of Self-directed Stress Management Training and Home-based Exercise on Stress Management Skills in Cancer Patients Receiving Chemotherapy. *Stress and Health*, 28(5), 368–375. <https://doi.org/10.1002/smi.2450>

Piqueras Rodríguez, J. A., Ramos Linares, V., Martínez González, A. E., & Oblitas Guadalupe, L. A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica, ISSN-e 0121-4381, Vol. 16, Nº. 2, 2009, Págs. 85-112*, 16(2), 85–112.

- Pomery, E. A., Gibbons, F. X., & Stock, M. L. (2012). Social Comparison. In *Encyclopedia of Human Behavior: Second Edition* (pp. 463–469). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375000-6.00332-3>
- Power, M., & Kuyken, W. (1998). World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine*, *46*(12), 1569–1585. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00009-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00009-4)
- Radhakrishnan, M., Hammond, G., Jones, P. B., Watson, A., McMillan-Shields, F., & Lafortune, L. (2013). Cost of improving Access to Psychological Therapies (IAPT) programme: an analysis of cost of session, treatment and recovery in selected Primary Care Trusts in the East of England region. *Behaviour Research and Therapy*, *51*(1), 37–45. <https://doi.org/10.1016/J.BRAT.2012.10.001>
- Rambhatla, A., & Rajfer, J. (2018). Male Sexual Dysfunction. *Encyclopedia of Endocrine Diseases*, 767–774. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801238-3.65376-X>
- Redd, W. H., Montgomery, G. H., & DuHamenl, K. N. (2001). Behavioral intervention for cancer treatment side effects. *Journal of National Cancer Institute*, *93*(11), 810–823. <https://doi.org/10.3109/02841869409098393>
- Reyes, I., & García, L. (2008). Procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante: un ejemplo. In S. Rivera, R. Díaz, R. Sánchez, & I. Reyes (Eds.), *La psicología social en {México}: Vol. XII* (pp. 625–636). Asociación Mexicana de Psicología social.
- Robertson, J., McNamee, P., Molloy, G., Hubbard, G., McNeill, A., Bollina, P., Kelly, D., & Forbat, L. (2016a). Couple-Based Psychosexual Support Following Prostate Cancer Surgery: Results of a Feasibility Pilot Randomized Control Trial. *Journal of Sexual Medicine*, *13*(8), 1233–1242. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.05.013>
- Robertson, J., McNamee, P., Molloy, G., Hubbard, G., McNeill, A., Bollina, P., Kelly, D., & Forbat, L. (2016b). Couple-Based Psychosexual Support Following Prostate Cancer Surgery: Results of a Feasibility Pilot Randomized Control Trial. *Journal of Sexual Medicine*, *13*(8), 1233–1242. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.05.013>

- Rokach, A., & Patel, K. (2021). Sexuality and relationships. In *Human Sexuality* (pp. 379–406). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-819174-3.00014-0>
- Rosen, R. C., Catania, J., Pollack, L., Althof, S., O’Leary, M., & Seftel, A. D. (2004). Male Sexual Health Questionnaire (MSHQ): Scale development and psychometric validation. *Urology*, *64*(4), 777–782. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2004.04.056>
- Rosen, R. C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I. H., Kirkpatrick, J., & Mishra, A. (1997). The international index of erectile function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, *49*(6), 822–830. [https://doi.org/10.1016/S0090-4295\(97\)00238-0](https://doi.org/10.1016/S0090-4295(97)00238-0)
- Rosen, R. C., Seidman, S. N., Menza, M. A., Shabsigh, R., Roose, S. P., Tseng, L. J., Orazem, J., & Siegel, R. L. (2004). Quality of life, mood, and sexual function: A path analytic model of treatment effects in men with erectile dysfunction and depressive symptoms. *International Journal of Impotence Research*, *16*(4), 334–340. <https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901197>
- Roth, A. J., Kornblith, A. B., Batel-Copel, L., Peabody, E., Scher, H. I., & Holland, J. C. (1998). Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: a pilot study. *Cancer*, *82*(10), 1904–1908.
- Ruiz Fernández, M. Á., Díaz García, M. I., & Villalobos Crespo, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclee De Brouwer.
- SAMHSA. (2021). Telehealth for the Treatment of Serious Mental Illness and Substance Use Disorders. *Evidence-Based Resource Guide Series*, 776.
- Sánchez Sánchez, E., González Baena, A. C., González Cáliz, C., Caballero Paredes, F., Moyano Calvo, J. L., & Castiñeiras Fernández, J. (2020). Prevalence of Anxiety and Depression in Prostate Cancer Patients and Their Spouses: An Unaddressed Reality. *Prostate Cancer*, 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/4393175>
- Santos-Iglesias, P., Rana, M., & Walker, L. M. (2019). A Systematic Review of Sexual Satisfaction in Prostate Cancer Patients. In *Sexual Medicine Reviews* (Vol. 8, Issue 3, pp. 450–465). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.09.001>
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). *Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness-of-Fit Measures*.

- Schmiedeberg, C., & Schröder, J. (2016). Does Sexual Satisfaction Change With Relationship Duration? *Archives Of Sexual Behavior*, *45*, 99–107.  
<https://doi.org/10.1007/s10508-015-0587-0>
- Secretaría de Salud. (2017). 119. La disfunción eréctil afecta al menos a la mitad de mayores de 40 años | Secretaría de Salud | Gobierno | gob.mx. Comunicado. <https://www.gob.mx/salud/prensa/119-la-disfuncion-erectil-afecta-al-menos-a-la-mitad-de-mayores-de-40-anos>
- Segarra, G., Segarra Gutiérrez, G., & Farriols Hernando Carolina Palma Sevillano, N. (2011). Prevalencia, impacto y tratamiento psicológico grupal de los trastornos de Ansiedad en Atención Primaria: una revisión. *Aloma: Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, *28*.  
<http://www.revistaaloma.net/index.php/aloma/article/view/40>
- Siddons, H. M., Wootten, A. C., & Costello, A. J. (2013). A randomised, wait-list controlled trial: evaluation of a cognitive-behavioural group intervention on psycho-sexual adjustment for men with localised prostate cancer. *Psycho-Oncology*, *22*(10), 2186–2192.  
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1002/pon.3273>
- Siegel, R. L., Miller, K. D., Fuchs, H. E., & Jemal, A. (2022). Cancer statistics, 2022. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *72*(1), 7–33.  
<https://doi.org/10.3322/CAAC.21708>
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. (2016). Coping. In *Encyclopedia of Mental Health: Second Edition* (pp. 350–357). Elsevier Inc.  
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397045-9.00036-7>
- Solano, L., & Velázquez, E. (2012). Efecto inmunomodulador del estrés psicológico. *Salus*, *16*(1), 51–57.
- Sprecher, S., & Cate, R. M. (2004). Sexual Satisfaction and Sexual Expression as Predictors of Relationship Satisfaction and Stability. In J. H. Harvey, A. Wenzel, & S. Sprecher (Eds.), *The handbook of sexuality in close relationships* (pp. 235–256). Lawrence Erlbaum Associates Publishers. .
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>

- Teixeira, T., Nazima, M., & Hallak, J. (2018). Male Sexual Quality Of Life Is Maintained Satisfactorily Throughout Life In The Amazon Rainforest. *Sexual Medicine*, 6(2), 90–96. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2017.11.002>
- TenHouten, W. D. (2017). Self-estrangement and despair: theorizing the affective basis of a variety of alienation. In *Routledge advances in sociology. Alienation and affect*. (pp. 91–104). Routledge/Taylor & Francis Group.
- The Centre for Evidence-Based Medicine. (2016). *OCEBM Levels of Evidence*. The Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM). <https://www.cebm.net/2016/05/ocebmllevels-of-evidence/>
- Torres-Sánchez, L., Hernández-Pérez, J. G., Escamilla-Nuñez, C., Rodríguez-Covarrubias, F., Manzanilla-García, H., Mohar, A., Morales-Carmona, E., Espin-Arellano, L. I., Hernández-Ávila, J. E., & Lajous, M. (2023). Disparities on prostate cancer survival in Mexico: a retrospective cohort study. *Salud Pública de México*, 65(3, may-jun), 236–244. <https://doi.org/10.21149/14266>
- Traeger, L., Penedo, F. J., Benedict, C., Dahn, J. R., Lechner, S. C., Schneiderman, N., & Antoni, M. H. (2011). Identifying how and for whom cognitive-behavioral stress management improves emotional well-being among recent prostate cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 22(2), 250–259. <https://doi.org/10.1002/pon.2074>
- Traeger, L., Penedo, F. J., Benedict, C., Dahn, J. R., Lechner, S. C., Schneiderman, N., & Antoni, M. H. (2013). Identifying how and for whom cognitive-behavioral stress management improves emotional well-being among recent prostate cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 22(2), 250–259. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1002/pon.2074>
- Urzúa, A. (2010). *Calidad de vida relacionada con la salud: {Elementos} conceptuales*. 138, 358–365.
- Vertosick, E. A., Vickers, A. J., Cowan, J. E., Broering, J. M., Carroll, P. R., & Cooperberg, M. R. (2017). Interpreting Patient Reported Urinary and Sexual Function Outcomes across Multiple Validated Instruments. *Journal of Urology*, 198(3), 671–677. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2017.03.121>
- Wang, L., Lu, B., He, M., Wang, Y., Wang, Z., & Du, L. (2022). Prostate Cancer Incidence and Mortality: Global Status and Temporal Trends in 89 Countries From 2000 to 2019. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.811044>

- Watts, S., Leydon, G., Birch, B., Prescott, P., Lai, L., Eardley, S., & Lewith, G. (2014). Depression and anxiety in prostate cancer: a systematic review and meta-analysis of prevalence rates. *BMJ Open*, *4*(3), e003901. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003901>
- Wei, J. T., Dunn, R. L., Litwin, M. S., Sandler, H. M., & Sanda, M. G. (2000). Development and validation of the expanded prostate cancer index composite (EPIC) for comprehensive assessment of health-related quality of life in men with prostate cancer. *Urology*, *56*(6), 899–905. [https://doi.org/10.1016/S0090-4295\(00\)00858-X](https://doi.org/10.1016/S0090-4295(00)00858-X)
- Wespes, E., Amar, E., Eardley, I., Giuliano, F., Hatzichristou, D., Hatzimouratidis, K., Montorsi, F., & Vardi, Y. (2010). *Guía clínica sobre la disfunción sexual masculina: disfunción eréctil y eyaculación precoz*. European Association of Urology.
- Wirth, M., Fossati, N., Albers, P., Bangma, C., Brausi, M., Comperat, E., Faithfull, S., Gillissen, S., Jereczek-Fossa, B. A., Mastris, K., Mottet, N., Müller, S. C., Pieters, B., Ribal, M. J., Sangar, V., Schoots, I. G., Smelov, V., Travado, L., Valdagni, R., ... van Poppel, H. (2019). The European Prostate Cancer Centres of Excellence: A Novel Proposal from the European Association of Urology Prostate Cancer Centre Consensus Meeting. *European Urology*, *76*(2), 179–186. <https://doi.org/10.1016/J.EURURO.2019.01.033>
- Wooten, A. C., Meyer, D., Abbott, J.-A. M., Chisholm, K., Austin, D. W., Klein, B., McCabe, M., Murphy, D. G., & Costello, A. J. (2017). An online psychological intervention can improve the sexual satisfaction of men following treatment for localized prostate cancer: outcomes of a Randomised Controlled Trial evaluating My Road Ahead. *Psycho-Oncology*, *26*(7), 975–981. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1002/pon.4244>
- Wooten AC, Meyer D, Abbott J M, Chisholm K, Austin D W, Klein B, McCabe M, M. D. G., & Costello, A. J. (2017). An online psychological intervention can improve the sexual satisfaction of men following treatment for localized prostate cancer: outcomes of a Randomised Controlled Trial evaluating My Road Ahead. *Psycho-Oncology*, *26*(7), 975-981.
- Yanez, B., McGinty, H. L., Mohr, D. C., Begale, M. J., Dahn, J. R., Flury, S. C., Perry, K. T., & Penedo, F. J. (2015). Feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of a technology-assisted psychosocial intervention for racially diverse men with advanced prostate cancer. *Cancer*, *121*(24), 4407–4415. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1002/cncr.29658>

- Yu, J., Sullivan, B. G., Senthil, G. N., Gonda, A., Dehkordi-Vakil, F., Campos, B., Dayyani, F., & Senthil, M. (2022). Prevalence of Primary Liver Cancer is Affected by Place of Birth in Hispanic People Residing in the United States: All of Us Research Program Report. *American Surgeon*, 88(10), 2565–2571. [https://doi.org/10.1177/00031348221109465/SUPPL\\_FILE/SJ-PDF-1-ASU-10.1177\\_00031348221109465.PDF](https://doi.org/10.1177/00031348221109465/SUPPL_FILE/SJ-PDF-1-ASU-10.1177_00031348221109465.PDF)
- Zaki-Nejad, M., Nikbakht-Nasrabadi, A., Manookian, A., & Shamshiri, A. (2020). The Effect of Dignity Therapy on the Quality of Life of Patients with Cancer Receiving Palliative Care. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 25(4), 286. [https://doi.org/10.4103/IJNMR.IJNMR\\_51\\_19](https://doi.org/10.4103/IJNMR.IJNMR_51_19)
- Zhou, X., Cipriani, A., Zhang, Y., Cuijpers, P., Hetrick, S. E., Weisz, J. R., Pu, J., Giovane, C. Del, Furukawa, T. A., Barth, J., Coghill, D., Leucht, S., Yang, L., Ravindran, A. V., & Xie, P. (2017). Comparative efficacy and acceptability of antidepressants, psychological interventions, and their combination for depressive disorder in children and adolescents: protocol for a network meta-analysis. *BMJ Open*, 7(8), e016608. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016608>
- Zurita-Cruz, J. N., Villasís-Keever, M. Á., Zurita-Cruz, J. N., & Villasís-Keever, M. Á. (2021). Principales sesgos en la investigación clínica. *Revista Alergia México*, 68(4), 291–299. <https://doi.org/10.29262/RAM.V68I4.1003>

# APÉNDICES

## APÉNDICE I

Este apéndice contiene los cruces realizados en la revisión de la literatura y los artículos hallados para su revisión narrativa

### Cruces en base de datos

#### MEDLINE vía Ovid:

#### Calidad de vida

1. exp Prostatic Neoplasms/
2. prostate neoplasm.mp.
3. prostate neoplasms.mp.
4. prostatic cancer.mp.
5. prostate cancer.mp.
6. 1 or 2 or 3 or 4 or 5
7. exp PSYCHOTHERAPY/
8. behavi\* therapy.mp.
9. cognitive therapy.mp.
10. cognitive behavi\* therapy.mp.
11. CBT.mp.
12. 7 or 8 or 9 or 10 or 11
13. exp "Quality of Life"/
14. health related quality of life.mp.
15. HRQOL.mp.
16. QOL.mp.
17. life quality.mp.
18. 13 or 14 or 15 or 16 or 17
19. 6 and 12 and 18

#### Satisfacción sexual

1. exp Prostatic Neoplasms/
2. prostate cancer.mp.
3. prostatic cancer.mp.
4. cancer of prostate.mp.
5. prostate neoplasm.mp.
6. 1 or 2 or 3 or 4 or 5
7. exp Orgasm/

8. sexual satisfaction.mp.
9. sexual gratification.mp.
10. sexual intercourse.mp.
11. sexual enjoyment.mp.
12. sexual well-being.mp.
13. sexual excitement.mp.
14. 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13
15. exp PSYCHOTHERAPY/
16. cognitive behavi\* therapy.mp.
17. cognitive therapy.mp.
18. behavioral activation.mp.
19. CBT.mp.
20. cognitive therapies.mp.
21. 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20
22. 6 and 14 and 21

### **PsycInfo vía Ovid:**

#### **Calidad de vida**

1. exp Prostate/
2. prostate cancer.mp.
3. prostate neoplasms.mp.
4. prostate neoplasm.mp.
5. prostatic cancer.mp.
6. 1 or 2 or 3 or 4 or 5
7. exp psychotherapy/ or exp psychotherapy training/
8. cognitive behavi\* therapy.mp.
9. cognitive therapy.mp.
10. CBT.mp.
11. behavi\* therapy.mp.
12. behavioral activation.mp.
13. 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12
14. exp "Quality of Life"/
15. health related quality of life.mp.
16. QOL.mp.
17. HRQOL.mp.

18. 14 or 15 or 16 or 17

19. 6 and 13 and 18

### **Satisfacción sexual vía**

1. exp Prostate/

2. prostate cancer.mp.

3. prostate neoplasms.mp.

4. prostate neoplasm.mp.

5. prostatic cancer.mp.

6. 1 or 2 or 3 or 4 or 5

7. exp psychotherapy/ or exp psychotherapy training/

8. cognitive behavi\* therapy.mp.

9. cognitive therapy.mp.

10. CBT.mp.

11. behavi\* therapy.mp.

12. behavioral activation.mp.

13. 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12

14. exp Sexual Satisfaction/

15. sexual gratification.mp.

16. sexual intercourse.mp.

17. sexual enjoyment.mp.

18. sexual well-being.mp.

19. sexual excitement.mp.

20. 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19

21. exp spouses/

22. wife.mp.

23. couple.mp.

24. partner.mp.

25. bride.mp.

26. 21 or 22 or 23 or 24 or 25

27. 20 or 26

28. 6 and 13 and 27

### **Web of Science vía Clarivate:**

#### **Calidad de vida**

9. #8 AND #7 AND #6

8. ts=quality of life OR ts=health related quality of life OR ts=QOL OR ts=HRQOL
7. ts=prostate cancer OR ts=prostate neoplasms OR ts=cancer of prostate OR ts=prostate neoplasms
6. #5 OR #4 OR #3 OR #2 OR #1
5. ts= (cognitive restructuring OR relaxation therapy OR behav\* therapy)
4. ts=psychotherapy
3. ts=cognitive therapy
2. ts=CBT
1. ts= cognitive behav\* therapy

### **Satisfacción sexual:**

9. #8 AND #7 AND #6
8. ts=sexual satisfaction OR ts=sexual gratification OR ts=sexual intercourse OR ts=sexual enjoyment OR ts=sexual well-being OR ts=sexual excitement OR ts=spouses OR ts=wife OR ts=couple OR ts=partner OR ts=bride
7. ts=prostate cancer OR ts=prostate neoplasms OR ts=cancer of prostate OR ts=prostate neoplasms
6. #5 OR #4 OR #3 OR #2 OR #1
5. ts= (cognitive restructuring OR relaxation therapy OR behav\* therapy)
4. ts=psychotherapy
3. ts=cognitive therapy
2. ts=CBT
1. ts= cognitive behav\* therapy

### **The Cochrane Library**

#### **Calidad de vida y satisfacción sexual**

#1	MeSH descriptor: [Prostatic Neoplasms] explode all trees	4916
#2	prostate cancer	13834
#3	prostatic cancer	5545
#4	cancer of prostate	13834
#5	prostate neoplasm	2357
#6	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5	14343
#7	MeSH descriptor: [Cognitive Behavioral Therapy] 1 tree(s) exploded	16
#8	cognitive behav* therapy	21642

#9 CBT 7053  
 #10 Behav\* therapy 57421  
 #11 behav\* activation 3363  
 #12 Acceptance and commitment therapy 845  
 #13 #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 60263  
 #14 MeSH descriptor: [Spouses] explode all trees 311  
 #15 MeSH descriptor: [Orgasm] explode all trees 111  
 #16 sexual satisfaction 2273  
 #17 sexual gratification 15  
 #18 sexual intercourse 2368  
 #19 sexual enjoyment 122  
 #20 sexual well-being 668  
 #21 sexual excitement 38  
 #22 wife 420  
 #23 couple1579  
 #24 partner 5757  
 #25 bride 564  
 #26 #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR  
 #24 OR #25 11612  
 #27 #6 AND #13 AND #26 84  
 #28 MeSH descriptor: [Quality of Life] explode all trees 21390  
 #29 QoL 17578  
 #30 Health relative quality of life 7920  
 #31 HRQOL 4707  
 #32 life quality 103136  
 #33 #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 106013  
 #34 #6 AND #13 AND #33 239

En el siguiente apartado se muestra la fecha de búsqueda, la pregunta PIO, la biografía analizada en el marco teórico, separada por variable (calidad de vida y sexualidad), en la tabla 3 y tabla 4 se hace un análisis por artículo en que se menciona el tipo de estudio, riesgo de sesgo, se existieron inconsistencias en el artículo, si el estudio contiene evidencia indirecta (que son inferidas), imprecisiones, los pacientes en la intervención y en el grupo de comparación, si se tienen un tamaño del efecto de la intervención, finalmente que certeza se tiene de los resultados y que tan importante se considera el artículo para ser incluido en la revisión, una vez expuesta la información, se realizó una descripción narrativa de la literatura por cada variable y se desglosan los artículos incluidos para considerar que tipo de intervención tiene mayor nivel de evidencia apra ser implementada en los pacientes con cáncer de próstata.

**Fecha:** 1 de diciembre de 2021

**Pregunta:** ¿La Intervención cognitivo conductual será efectiva para mejorar la calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata?

**Bibliografía:**

- 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.
- Penedo, F. J., Molton, I., Dahn, J. R., Shen, B. J., Kinsinger, D., Traeger, L., ... & Antoni, M. (2006). A randomized clinical trial of group-based cognitive-behavioral stress management in localized prostate cancer: development of stress management skills improves quality of life and benefit finding. *Annals of Behavioral Medicine*, 31(3), 261-270.
- Lepore, S. J., Eton, D. T., Helgeson, V. S., & Schulz, R. (2003). Improving quality of life in men with prostate cancer: A randomized controlled trial of group education interventions. *Health Psychology*, 22(5), 443–452.  
<https://doi.org/10.1037/0278-6133.22.5.443>.
- Daubenmier, J. J., Weidner, G., Marlin, R., Crutchfield, L., Dunn-Emke, S., Chi, C., ... Ornish, D. (2006). Lifestyle and health-related quality of life of men with prostate cancer managed with active surveillance. *Urology*, 67(1), 125–130.  
<https://doi.org/10.1016/j.urology.2005.07.056>.
- Penedo, F. J., Dahn, J. R., Molton, I., Gonzalez, J. S., Kinsinger, D., Roos, B. A., ... Antoni, M. H. (2004). Cognitive-behavioral stress management improves stress-management skills and quality of life in men recovering from treatment of prostate carcinoma. *Cancer*, 100(1), 192–200. Recuperado de <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med5&NEWS=N&AN=14692040>.
- Traeger, L., Penedo, F. J., Benedict, C., Dahn, J. R., Lechner, S. C., Schneiderman, N., & Antoni, M. H. (2011). Identifying how and for whom cognitive-behavioral stress management improves emotional well-being among recent prostate cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 22(2), 250–259. <https://doi.org/10.1002/pon.2074>.

- Chambers, S. K., Occhipinti, S., Foley, E., Clutton, S., Legg, M., Berry, M., ... & Davis, I. D. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy in advanced prostate cancer: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 35(3), 291-297.
- Parker, P. A., Pettaway, C. A., Babaian, R. J., Pisters, L. L., Miles, B., Fortier, A., ... Cohen, L. (2009). The effects of a presurgical stress management intervention for men with prostate cancer undergoing radical prostatectomy. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 27(19), 3169–3176. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1200/JCO.2007.16.0036>.
- Traeger, L., Penedo, F. J., Benedict, C., Dahn, J. R., Lechner, S. C., Schneiderman, N., & Antoni, M. H. (2013). Identifying how and for whom cognitive-behavioral stress management improves emotional well-being among recent prostate cancer survivors. *Psycho-oncology*, 22(2), 250–259. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1002/pon.2074>.
- Stefanopoulou, E., Yousaf, O., Grunfeld, E. A., & Hunter, M. S. (2015). A randomised controlled trial of a brief cognitive behavioural intervention for men who have hot flushes following prostate cancer treatment (MANCAN). *Psycho-oncology*, 24(9), 1159–1166. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1002/pon.3794>.
- Yanez, B., McGinty, H. L., Mohr, D. C., Begale, M. J., Dahn, J. R., Flury, S. C., ... Penedo, F. J. (2015). Feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of a technology-assisted psychosocial intervention for racially diverse men with advanced prostate cancer. *Cancer*, 121(24), 4407–4415. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1002/cncr.29658>.
- Isa, M.-R., Moy, F. M., Razack, A.-H. A., Zainuddin, Z. M., & Zainal, N.-Z. (2013). Impact of applied progressive deep muscle relaxation training on the health-related quality of life among prostate cancer patients--a quasi experimental trial. *Preventive medicine*, 57 Suppl, S37-40. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.02.011>
- Perchon, F. G., Palma, C. R., Magna, L. A., & Dambros, M. (2008). Behavioral group-based therapy improves quality of life in men recovering from radical prostatectomy. *ACTAS UROLOGICAS ESPANOLAS*, 32(7), 686–690.<sup>1</sup>
- Penedo, F. J., Fox, R. S., Oswald, L. B., Moreno, P. I., Boland, C. L., Estabrook, R., ... & Yanez, B. (2020). Technology-based psychosocial intervention to improve quality of life and reduce symptom burden in men with advanced prostate cancer: results from a randomized controlled trial. *International journal of behavioral medicine*, 27(5), 490-505.
- Penedo, F. J., Fox, R. S., Walsh, E. A., Yanez, B., Miller, G. E., Oswald, L. B., ... & Moreno, P. I. (2021). Effects of web-based cognitive behavioral stress management and health promotion interventions on neuroendocrine and

inflammatory markers in men with advanced prostate cancer: A randomized controlled trial. *Brain, Behavior, and Immunity*, 95, 168-177.

**Tabla 8.** Datos detallados de los artículos analizados para calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata

Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Evaluación de certeza				Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
			Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	intervención TCC	Comparación	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
<b>Calidad de vida en pacientes hispanos que hablan español con cáncer de próstata (seguimiento: media 12 semanas; evaluado con: Intervención cognitivo conductual)</b>												
1	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	53/93 (57.0%)	40/93 (43.0%)	-- (82.35 a 87.22)	-- por 1000 (de -- a --)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	IMPORTANTE
<b>Calidad de vida en pacientes blancos y afroamericanos con cáncer de próstata (seguimiento: rango 2 semanas a 3 semanas; evaluado con: Intervención cognitivo conductual)</b>												
2	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	133/235 (56.6%)	100/235 5 (42.6%)	-- (86.22 a 88.66)	-- por 1000 (de -- a --)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	IMPORTANTE
<b>Mejorando la calidad de vida en hombres con cáncer de próstata: un ensayo controlado aleatorizado de intervenciones educativas grupales* (evaluado con: Intervención psicoeducativa)</b>												
3	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	170/279 (60.9%)	80/279 (28.7%)	-- (1.26 a 1.39)	-- por 1000 (de -- a --)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	IMPORTANTE
<b>Estilo de vida y Calidad de Vida en hombres con cáncer de próstata en vigilancia activa (evaluado con: Técnicas de respiración, relajación progresiva, meditación)</b>												
4	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio <sup>a</sup>	no es serio	ninguno	42/93 (45.2%)	44/93 (47.3%)	no estimable	-- por 1000 (de -- a --)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	IMPORTANTE
<b>El manejo del estrés cognitivo-conductual mejora las habilidades de manejo de estrés y calidad de vida en hombres en recuperación del tratamiento de cáncer de próstata. (evaluado con: Intervención cognitivo conductual)</b>												
5	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	52/92 (56.5%)	40/92 (43.5%)	no estimable		⊕⊕⊕⊕ ALTA	IMPORTANTE
<b>Identificación de cómo y por quien el manejo del estrés cognitivo conductual mejora el bienestar emocional en sobrevivientes recientes de cáncer de próstata (evaluado con: Intervención cognitivo conductual)</b>												

Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Evaluación de certeza				Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
			Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	intervención TCC	Comparación	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
6	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	serio <sup>b</sup>	no es serio	ninguno	123/257 (47.9%)	92/257 (35.8%)	no estimable		⊕⊕⊕○ MODERADO	NO ES IMPORTANTE
<b>Terapia cognitiva basada en la atención plena en el cáncer de próstata avanzado: un ensayo controlado aleatorizado (evaluado con: Terapia conductivo conductual)</b>												
7	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	94/189 (49.7%)	95/189 (50.3%)	-- (-0.79 a 0.21)	-- por 1000 (de -- a --)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	IMPORTANTE
<b>Autogestión después del tratamiento de cáncer de próstata: evaluación de la factibilidad de proporcionar un programa cognitivo conductual para síntomas del tracto urinario inferior (evaluado con: Intervención cognitivo conductual)</b>												
8	estudios observacionales	serio <sup>c</sup>	no es serio	no es serio	serio <sup>c</sup>	ninguno	15/22 (68.2%)	0.0%	no estimable		-	IMPORTANTE
<b>Los efectos de una intervención prequirúrgica para el manejo del estrés en hombres con cáncer de próstata sometidos a prostatectomía radical (evaluado con: Intervención cognitivo conductual (manejo de estrés))</b>												
9	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	107/159 (67.3%)	52/159 (32.7%)	no estimable		⊕⊕⊕⊕ ALTA	IMPORTANTE
<b>Identificar cómo y por quién la terapia cognitivo-conductual de manejo del estrés mejora el bienestar emocional en sobrevivientes recientes de cáncer de próstata (evaluado con: Intervención conductivo conductual (manejo del estrés))</b>												
10	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	serio <sup>d</sup>	no es serio	ninguno	148/257 (57.6%)	109/257 (42.4%)	no estimable		⊕⊕⊕○ MODERADO	IMPORTANTE
<b>Un ensayo controlado aleatorizado de una breve intervención para hombres que tienen sofocos posteriores al tratamiento contra el cáncer de próstata (MANCAN) (evaluado con: Intervención cognitivo conductual)</b>												
11	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	33/68 (48.5%)	35/68 (51.5%)	-- (-22.39 a -1.84)	-- por 1000 (de -- a --)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	NO ES IMPORTANTE
<b>Viabilidad, aceptabilidad y eficacia preliminar de una intervención psicosocial asistida por tecnología para hombres racialmente diversos con cáncer de próstata avanzado. (evaluado con: Intervención psicosocial)</b>												

Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Evaluación de certeza				Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
			Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Intervención TCC	Comparación	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
12	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	37/74 (50.0%)	37/54 (68.5%)	no estimable		⊕⊕⊕⊕ ALTA	NO ES IMPORTANTE
<b>Terapia grupal de comportamiento mejora la calidad de vida en hombres post prostatectomía radical (evaluado con: Intervención cognitivo conductual)</b>												
13	estudios observacionales	serio <sup>e</sup>	no es serio	serio <sup>f</sup>	serio <sup>e</sup>		30/30 (100.0%)		no estimable		-	NO ES IMPORTANTE
<b>Intervención psicosocial basada en tecnología para mejorar la calidad de vida y reducir la carga de síntomas en hombres con cáncer de próstata avanzado: resultados de un ensayo controlado aleatorio (evaluado con: Terapia Cognitivo Conductual)</b>												
14	Ensayo aleatorizado	No es serio	No es serio	No es serio	No es serio	Fue vía internet	95/192 (49.47%)	97/192 (50.53%)	(23.26-23.29)		⊕⊕⊕⊕ ALTA	IMPORTANTE
<b>Efectos del manejo del estrés cognitivo conductual e intervenciones basadas en la promoción de la salud en la web en marcadores neuroendocrinos e inflamatorios en hombres con cáncer de próstata avanzado: un ensayo controlado aleatorio (evaluado con: Terapia Cognitivo Conductual)</b>												
15	Ensayo aleatorizado	No es serio	No es serio	No es serio	No es serio	Fue vía internet	95/192 (49.47%)	97/192 (50.53%)	(23.26-23.29)		⊕⊕⊕⊕ ALTA	IMPORTANTE

**CI:** Intervalo de confianza

### **Explicaciones**

- El tipo de intervención no fue Cognitivo conductual, sino solo se emplearon algunas técnicas como la respiración y la relajación progresiva
- La calidad de vida no fue medida directamente, solo se realizaron evaluaciones para bienestar emocional, percepción de la enfermedad, disfunción sexual y urinaria y estrés percibido.
- La cantidad de participantes fue en total de 22 participantes, de los cuales solo 15 completaron la intervención.
- Se evaluó bienestar emocional y a través de ello calidad de vida; por lo que es un estudio indirecto de calidad de vida.
- Se incluyeron los participantes en un único grupo de 30 pacientes.
- Se realizó evaluación de calidad de vida de manera indirecta: únicamente fueron medidos incontinencia urinaria y disfunción eréctil.

**Fecha:** 12 noviembre 2019

**Pregunta:** ¿La Intervención cognitivo conductual será efectiva para incrementar la satisfacción sexual en el paciente con cáncer de próstata?

**Bibliografía:**

Canada, A. L., Neese, L. E., Sui, D., & Schover, L. R. (2005). Pilot intervention to enhance sexual rehabilitation for couples after treatment for localized prostate carcinoma. *Cancer*, 104(12), 2689–2700. Recuperado de <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med5&NEWS=N&AN=16294343>.

Couper, J., Collins, A., Bloch, S., Street, A., Duchesne, G., Jones, T., Olver, J., & Love, A. (2015). Cognitive existential couple therapy (CECT) in men and partners facing localised prostate cancer: a randomised controlled trial. *BJU INTERNATIONAL*, 115(5, SI), 35–45. <https://doi.org/10.1111/bju.12991>

Robertson, J., McNamee, P., Molloy, G., Hubbard, G., McNeill, A., Bollina, P., Kelly, D., & Forbat, L. (2016). Couple-Based Psychosexual Support Following Prostate Cancer Surgery: Results of a Feasibility Pilot Randomized Control Trial. *Journal of Sexual Medicine*, 13(8), 1233–1242. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.05.013>.

Siddons, H. M., Wootten, A. C., & Costello, A. J. (2013). A randomised, wait-list controlled trial: evaluation of a cognitive-behavioural group intervention on psycho-sexual adjustment for men with localised prostate cancer. *Psycho-oncology*, 22(10), 2186–2192. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1002/pon.3273>.

Wootten, A. C., Meyer, D., Abbott, J.-A. M., Chisholm, K., Austin, D. W., Klein, B., ... Costello, A. J. (2017). An online psychological intervention can improve the sexual satisfaction of men following treatment for localized prostate cancer: outcomes of a Randomised Controlled Trial evaluating My Road Ahead. *Psycho-oncology*, 26(7), 975–981. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1002/pon.4244>.

Molton, I. R., Siegel, S. D., Penedo, F. J., Dahn, J. R., Kinsinger, D., Traeger, L. N., ... & Antoni, M. H. (2008). Promoting recovery of sexual functioning after radical prostatectomy with group-based stress management: the role of interpersonal sensitivity. *Journal of psychosomatic research*, 64(5), 527-536.

**Tabla 9. Análisis detallado de los artículos revisados para satisfacción sexual en pacientes con cáncer de próstata**

Nº de estudios	Diseño de estudio	Evaluación de Certeza					Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
		Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Intervención cognitivo conductual	[Comparación]	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
<b>Intervención piloto para mejorar la rehabilitación sexual para parejas después del tratamiento para Carcinoma de próstata localizado (evaluado con: Terapia educacional/ cognitivo conductual)</b>												
1	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	25/51 (49.0%)	26/51 (51.0%)	no estimable		⊕⊕⊕⊕ ALTA	IMPORTANTE
<b>Terapia cognitiva existencial de pareja (CECT) en hombres y parejas que enfrentan cáncer de próstata localizado: un ensayo controlado aleatorizado (evaluado con: Terapia conductiva conductual)</b>												
2	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	serio <sup>a</sup>	no es serio	ninguno	30/62 (48.4%)	32/62 (51.6%)	no estimable		⊕⊕⊕○ MODERADO	NO ES IMPORTANTE
<b>Apoyo psicosexual basado en la pareja después de una cirugía de cáncer de próstata: resultados de un ensayo piloto de control aleatorio de viabilidad (evaluado con: Intervención psicosexual)</b>												
3	ensayos aleatorios	serio <sup>b</sup>	no es serio	no es serio	serio <sup>b</sup>	ninguno	16/43 (37.2%)	16/43 (37.2%)	-- (-24.09 a -0.46)	-- por 1000 (de -- a --)	⊕⊕○○ BAJA	NO ES IMPORTANTE
<b>Un ensayo aleatorizado, controlado en lista de espera: evaluación de una intervención grupal cognitivo-conductual sobre ajuste psico-sexual para hombres con cáncer de próstata localizado (evaluado con: Intervención cognitivo conductual)</b>												
4	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	34/60 (56.7%)	26/60 (43.3%)	no estimable		⊕⊕⊕⊕ ALTA	NO ES IMPORTANTE
<b>Una intervención psicológica en línea puede mejorar la satisfacción sexual de los hombres después del tratamiento para el cáncer de próstata localizado: resultados de un ensayo controlado aleatorio que evalúa My Road Ahead (evaluado con: Intervención psicológica autoguiada)</b>												
5	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	95/142 (66.9%)	47/142 (33.1%)	no estimable		⊕⊕⊕⊕ ALTA	IMPORTANTE
<b>Promover la recuperación del funcionamiento sexual después de la prostatectomía radical con el manejo del estrés grupal: el papel de la sensibilidad interpersonal (evaluado con: Intervención cognitivo conductual)</b>												

Nº de estudios	Diseño de estudio	Evaluación de Certeza					Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
		Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Intervención cognitivo conductual	[Comparación]	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
6	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	60/101 (59.4%)	41/101 (40.6%)	no estimable		⊕⊕⊕⊕ ALTA	IMPORTANTE

**CI:** Intervalo de confianza

***Explicaciones***

- a. No se mide satisfacción sexual. Solo se mide función relacional de las parejas, la angustia por cáncer específica y la salud mental.
- b. Baja cantidad de participantes
- c. Miden únicamente la calidad de la erección y las características psicológicas que afectan la función eréctil

## APÉNDICE II

### **Comunicación médico - paciente y manejo del estrés en pacientes con cáncer mexicanos.**

Propósito. Usted está invitada/o a participar voluntariamente en el proyecto de investigación titulado: “Comunicación médico - paciente y manejo del estrés en pacientes con cáncer mexicanos”. Su participación en este proyecto es voluntaria. Es importante que antes de contestar la siguiente encuesta, lea la siguiente explicación sobre esta investigación.

¿Cuál es el objetivo de esta investigación?

El objetivo es identificar cómo es la comunicación médico paciente y el nivel de estrés en pacientes con cáncer mexicanos.

¿Cuál es el procedimiento?

Su participación consistirá en llenar una cédula de identificación y dos cuestionarios.

¿Cuánto durará mi participación?

El llenado de los instrumentos tendrá una duración aproximada de 10 minutos y tendrán que ser contestados en una sola ocasión

¿Cuáles son los posibles riesgos de participar?

Durante el llenado de los instrumentos se pueden tocar temas que le causen sentimientos desagradables como preocupación.

¿Cuáles son los posibles beneficios que obtendré al participar?

Con los resultados de este estudio se podrán conocer cómo es la relación médico - paciente y el nivel estrés en pacientes con cáncer mexicanos y hacer recomendaciones a programas de salud.

Si acepta participar, deberá dar aceptar en la casilla "acepto participar" en la investigación cuyo objetivo, procedimiento, beneficios, riesgos y duración me fueron especificados.

**Acepto participar**

\_\_\_\_\_

**No acepto participar**

\_\_\_\_\_

## CEDULA DE IDENTIFICACIÓN

**DG1. Fecha de aplicación** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**DG2. Edad:** \_\_\_\_\_

**DG3. Sexo:** M (  ) H (  )

**DG4. Tiene Hijos:** Si (  ) No (  )

**DG5. Lugar de residencia:** CDMX (  ) Edo. Mex. (  ) Interior de la república (  )

**DG6. Escolaridad:** Ninguna(  ) Primaria(  ) Secundaria(  ) Bachillerato(  ) Licenciatura(  ) Posgrado(  ) Otra:

**DG7. Ocupación:** Hogar (  ) Estudiante (  ) Empleado/a (  ) Desempleado/a (  ) Autoempleo (  )  
Profesionista (  )

Jubilado/a (  ) Otra: \_\_\_\_\_

**DG8. Estado civil:** Soltero/a(  ) Casado/a(  ) Viudo/a(  ) Divorciado(a)/Separado(a)(  ) Unión libre(  )  
Otra: \_\_\_\_\_

**DG9. ¿Cuenta con algún seguro médico?** Si (  ) No (  )

**DG10. Si contestó SÍ, indique:** Publico (  ) Privado (  ) Otro: \_\_\_\_\_

**DG11. ¿Cuál es su condición actual de tratamiento?**

-Recibo actualmente tratamiento contra el cáncer (quimioterapia y/o radioterapia) (  )

-No recibo ningún tratamiento contra el cáncer (soy sobreviviente de cáncer) (  )

**DG12. Si usted NO recibe algún tratamiento contra el cáncer (es sobreviviente de cáncer)**

¿Hace cuantos meses terminó su tratamiento? \_\_\_\_\_

**DG13. Indique en que estadio (etapa) de la enfermedad fue diagnosticado(a) de cáncer.**

I (  ) II (  ) III (  ) IV (  )

**DG14. Indique por favor el tipo de cáncer por el cual fue tratado(a)** \_\_\_\_\_

**DG15. ¿Tiene alguna de las siguientes enfermedades crónicas degenerativas? Puede marcar más de una opción:**

Ninguna (  ) Hipertensión (  ) Diabetes (  ) Obesidad (  ) Artritis (  ) Hipo/hipertiroidismo (  ) VIH (  )

Otra Especifique: \_\_\_\_\_

**DG16. ¿Cómo calificaría su estado de salud actual?**

Muy bueno (  ) Bueno (  ) Regular (  ) Malo (  ) Muy Malo (  )

**DG17. ¿A lo largo de su vida, ¿ha recibido atención de algún servicio de salud mental?** Si (  ) No (  )

**DG18. Si contestó SÍ indique ¿Cuál? (puede marcar más de una opción):**

Psicología (  ) Psiquiatría (  ) Otro tipo \_\_\_\_\_

**DG19. ¿Actualmente usted está recibiendo atención psicológica?** Si (  ) No (  )

**DG20. ¿Tiene familiares (padres, hermano(a)s o hijo(a)s) o amigos portadores de COVID 19?** Si (  ) No (  )

## Escala de Medida del Estado Actual (MOCS)

### Instrucciones:

Las personas tienen diferentes habilidades para responder a los retos y situaciones de la vida cotidiana. Los siguientes enunciados enumeran varias cosas que las personas pueden hacer para lidiar con el estrés diario. Para cada enunciado, indique con una  la opción de respuesta que indique qué tan bien puede hacer lo que está descrito. Sea lo más preciso posible sobre su capacidad para hacer cada una de estas cosas.

### Parte A

	Nunca puedo hacer esto	Puedo hacer esto un poco	Puedo hacer esto más o menos	Puedo hacer esto bastante bien	Puedo hacer esto extremadamente bien
1. Puedo usar técnicas de relajación muscular para reducir cualquier tensión que tenga	0	1	2	3	4
2. Me doy cuenta de cualquier tensión en mi cuerpo tan pronto como aparece	0	1	2	3	4
3. Puedo expresar claramente mis necesidades a otras personas que son importantes para mí	0	1	2	3	4
4. Puedo detenerme fácilmente y reexaminar mis pensamientos para tener una nueva perspectiva	0	1	2	3	4
5. Me es fácil decidir cómo afrontar cualquier problema que surja	0	1	2	3	4
6. Puedo reconocer fácilmente las situaciones que me hacen sentir estresado o molesto	0	1	2	3	4
7. Cuando surgen problemas, sé cómo enfrentarlos	0	1	2	3	4
8. Me doy cuenta de inmediato cuando mi cuerpo se pone tenso	0	1	2	3	4
9. Es fácil para mí recurrir a las personas cercanas en mi vida en busca de ayuda o apoyo cuando lo necesito	0	1	2	3	4
10. Puedo usar imágenes en mi mente para reducir cualquier tensión que tenga	0	1	2	3	4

	Nunca puedo hacer esto	Puedo hacer esto un poco	Puedo hacer esto más o menos	Puedo hacer esto bien	Puedo hacer esto extremadamente bien
11. Tengo confianza en poder elegir las mejores formas de afrontar situaciones difíciles	0	1	2	3	4
12. Soy capaz de tener pensamientos emocionalmente equilibrados incluso en momentos difíciles	0	1	2	3	4
13. Puedo pedirle ayuda o apoyo a las personas cercanas en mi vida cuando lo necesite	0	1	2	3	4

### Instrucciones:

Las personas que se enfrentan al tratamiento del cáncer pueden percibir y reaccionar ante una situación de maneras distintas. Los siguientes enunciados enumeran algunas reacciones que las personas pueden tener. Indique con una  qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con cada enunciado. Sea lo más preciso posible al seleccionar su grado de acuerdo o desacuerdo con cada enunciado.

### Parte B

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Saber que me han diagnosticado cáncer me hace sentir raro o un extraño en mi vida	0	1	2	3	4
2. Estoy recibiendo mucha atención positiva de las personas a mi alrededor	0	1	2	3	4
3. Me siento raro sabiendo que he recibido tratamiento para el cáncer	0	1	2	3	4
4. Estoy mejor que la mayoría de las personas que tienen cáncer	0	1	2	3	4
5. Las personas me hacen saber que se preocupan por mi situación y me apoyan	0	1	2	3	4
6. Siento un vínculo con otros pacientes con cáncer	0	1	2	3	4

7. El hecho de haber recibido tratamiento para el cáncer me hace sentir diferente a otras personas	0	1	2	3	4
8. Definitivamente siento que a las personas les importa mi bienestar	0	1	2	3	4
9. Siento una conexión con otras personas que tienen cáncer	0	1	2	3	4
10. La mayoría de las personas que tienen cáncer tienen una vida mucho más difícil que la mía	0	1	2	3	4

## TERMÓMETRO DE MALESTAR EMOCIONAL

**MALESTAR EMOCIONAL:** Experiencia emocional desagradable de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual, emocional), social y/o espiritual, que interfiere con la capacidad para enfrentar el cáncer, sus síntomas físicos y/o su tratamiento.

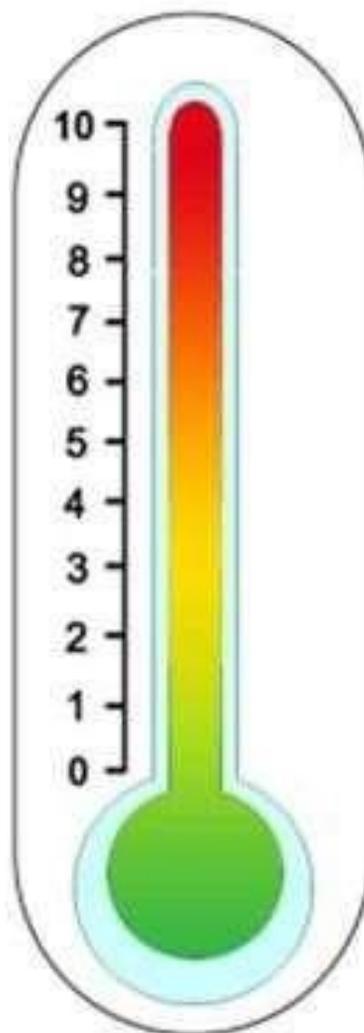
Por favor indíquenos el número del (0 al 10) que mejor describa qué tanto malestar emocional ha experimentado en la última semana, incluyendo el día de hoy.

MALESTAR EMOCIONAL

EXTREMO

NINGÚN

MALESTAR EMOCIONAL



### APÉNDICE III

#### Evaluación de la actividad sexual y calidad de vida en hombres mexicanos.

Somos un grupo de investigadores de Posgrado de la Facultad de Psicología de la UNAM que estamos desarrollando una investigación sobre actividad sexual y calidad de vida en hombres mexicanos.

**Propósito.** Usted está invitado a participar voluntariamente en el proyecto de investigación titulado: “Evaluación de la actividad sexual y calidad de vida en hombres mexicanos”. Su participación en este proyecto es voluntaria. Es importante que antes de contestar la siguiente encuesta, lea la siguiente explicación sobre esta investigación.

¿Cuál es el objetivo de esta investigación?

El objetivo es identificar cómo es la actividad sexual y calidad de vida en hombres mexicanos

¿Cuál es el procedimiento?

Su participación consistirá en llenar una cédula de identificación y dos cuestionarios.

¿Cuánto durará mi participación?

El llenado de los instrumentos tendrá una duración aproximada de 10 minutos y tendrán que ser contestados en una sola ocasión

¿Cuáles son los posibles riesgos de participar?

Durante el llenado de los instrumentos se pueden tocar temas que le causen sentimientos desagradables como preocupación.

¿Cuáles son los posibles beneficios que obtendré al participar?

Con los resultados de este estudio se podrá conocer cómo es la actividad sexual y la calidad de vida en hombres mexicanos y hacer recomendaciones a programas de salud. Si acepta participar, deberá dar aceptar en la casilla "acepto participar" en la investigación cuyo objetivo, procedimiento, beneficios, riesgos y duración me fueron especificados.

ACEPTO PARTICIPAR

NO ACEPTO PARTICIPAR

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## CEDULA DE IDENTIFICACIÓN

**DG1. Fecha de aplicación** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**DG2. Edad:** \_\_\_\_\_

**DG3. ¿Usted tiene Hijos?** Si ( ) No ( ) **DG4. Si contestó SI ¿Cuántos?** \_\_\_\_\_

**DG5. Lugar de residencia:** CDMX ( ) Edo. Mex. ( ) Interior de la república ( )

**DG6. Escolaridad:** Ninguno ( ) Primaria( ) Secundaria( ) Bachillerato( ) Licenciatura( ) Posgrado( ) Otra:

\_\_\_\_\_

**DG7. Ocupación:** Hogar ( ) Estudiante ( ) Empleado ( ) Desempleado ( ) Autoempleo ( )

Profesionista ( ) Jubilado ( ) Otra: \_\_\_\_\_

**DG8. Estado civil:** Soltero ( ) Casado ( ) Viudo ( ) Divorciado/Separado ( ) Unión libre( )

**DG9. ¿Actualmente tiene pareja?** Si ( ) No ( )

**DG10. ¿Cuenta con algún seguro médico?** Si ( ) No ( ) (Si contestó NO, pase a la pregunta DG12).

**DG11. Si contestó SÍ, indique:** Público ( ) Privado ( ) Otro especifique: \_\_\_\_\_

**DG12. ¿Tiene alguna de las siguientes enfermedades crónicas degenerativas? Puede marcar más de una opción:**

Ninguna ( ) Hipertensión ( ) Diabetes ( ) Obesidad ( ) Artritis ( ) Hipo/hipertiroidismo ( ) VIH ( )

Otra especifique: \_\_\_\_\_

**DG13. ¿Cómo calificaría su estado de salud actual?**

Muy bueno ( ) Bueno ( ) Regular ( ) Malo ( ) Muy malo ( )

**DG14. A lo largo de su vida, ¿ha recibido atención de algún servicio de salud mental?** Si ( ) No ( )

(Si contestó NO, pase a la pregunta DG16).

**DG15. Si contestó SÍ indique ¿Cuál? (puede marcar más de una opción):**

Psicología ( ) Psiquiatría ( ) Otro tipo \_\_\_\_\_

**DG16. ¿Actualmente usted está recibiendo atención psicológica?** Si ( ) No ( )

**EPIC**  
**The Expanded Prostate Cancer Index Composite**  
**Sexual Assessment**

Este cuestionario está diseñado para medir problemas de calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata. Para ayudarnos a obtener la medición más precisa, es importante que responda todas las preguntas de manera honesta y completa.

Recuerde que, como con todos sus datos médicos, la información contenida en este cuestionario será estrictamente confidencial

Fecha (ingrese la fecha cuando se completó la encuesta):

Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Nombre (opcional): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (opcional): Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES**

La siguiente sección se refiere a su actividad sexual y a su satisfacción sexual **actual**. Muchas de estas preguntas son muy íntimas, pero nos ayudarán a comprender aspectos importantes a los que se enfrenta todos los días. Recuerde, LA INFORMACIÓN DE ESTE CUESTIONARIO ES COMPLETAMENTE **CONFIDENCIAL**. Por favor, responda honestamente sobre lo que ha experimentado **EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS**

1. ¿Cómo calificaría cada uno de los siguientes aspectos **durante las últimas 4 semanas?** (Marque un número en cada línea)

	Muy malo o Ninguno	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno
a. ¿Su nivel de deseo sexual?.....	1	2	3	4	5
b. ¿Su capacidad para tener una erección?.....	1	2	3	4	5
c. ¿Su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax)?..	1	2	3	4	5

2. ¿Cómo describiría la CALIDAD habitual (rigidez, dureza) de sus erecciones **durante las últimas 4 semanas?** (Marque un número)

Ninguna calidad .....	1
Sin rigidez o dureza suficiente para tener cualquier actividad sexual.....	2
Con suficiente rigidez o dureza para la masturbación y el juegos previos...3	
Con suficiente rigidez o dureza para la penetración (relaciones sexuales)..4	

3. ¿Cómo describiría la FRECUENCIA de sus erecciones **durante las últimas 4 semanas?** (Marque un número)

Nunca tuve una erección cuando lo deseaba.....	1
Tuve una erección menos de la mitad de las veces que lo deseaba.....	2
Tuve una erección aproximadamente la mitad de las veces que lo deseaba.....	3
Tuve una erección más de la mitad de las veces que lo deseaba.....	4
Tuve una erección siempre que lo deseaba.....	5

4. ¿Con qué frecuencia se ha despertado por la mañana o por la noche con una erección en **las últimas 4 semanas?** (Marque un número)

Nunca.....	1
Uno a dos días a la semana .....	2
Cuatro días a la semana.....	3
Seis días a la semana.....	4
Todos los días de la semana .....	5

5. Durante las últimas 4 semanas ¿Con qué frecuencia ha tenido algún tipo de actividad sexual (caricias, masturbación)? (Marque un número)

Nunca.....1  
 Uno a dos días a la semana ..... 2  
 Cuatro días a la semana..... 3  
 Seis días a la semana..... 4  
 Todos los días de la semana ..... 5

6. Durante las últimas 4 semanas ¿Con qué frecuencia ha tenido relaciones sexuales (penetración, coito)? (Marque un número)

Nunca.....1  
 Uno a dos días a la semana ..... 2  
 Cuatro días a la semana..... 3  
 Seis días a la semana..... 4  
 Todos los días de la semana ..... 5

7. En general ¿Cómo calificaría su actividad sexual durante las últimas 4 semanas? (Marque un número)

Muy mala ..... 1  
 Mala ..... 2  
 Regular..... 3  
 Buena..... 4  
 Muy buena ..... 5

8. ¿Hasta que punto ha sido un problema cada uno de los siguientes aspectos durante las últimas 4 semanas? (Marque un número en cada línea)

	<u>Ningún problema</u>	<u>Un problema pequeño</u>	<u>Un problema mediano</u>	<u>Un problema grande</u>	<u>Un problema muy grande</u>
a. Su nivel de deseo sexual.....	0	1	2	3	4
b. Su capacidad de tener una erección.....	0	1	2	3	4
c. Su capacidad de alcanzar el orgasmo (clímax).....	0	1	2	3	4

9. En general ¿Hasta qué punto la falta de actividad sexual ha sido un problema en las últimas 4 semanas? (Marque un número)

Ningún problema.....1  
 Un problema pequeño .....2  
 Un problema mediano.....3  
 Un problema grande .....4  
 Un problema muy grande .....5

### Evaluación funcional de la Terapia para Pacientes con Cáncer-General (FACIT-G)

A continuación, encontrará una lista de afirmaciones que otras personas consideran importantes.

Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.

#### ESTADO FÍSICO GENERAL DE SALUD

	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GP1	0	1	2	3	4
GP2	0	1	2	3	4
GP3	0	1	2	3	4
GP4	0	1	2	3	4
GP6	0	1	2	3	4
GP7	0	1	2	3	4

#### AMBIENTE FAMILIAR Y SOCIAL

	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GS1	0	1	2	3	4
GS2	0	1	2	3	4
GS3	0	1	2	3	4
GS6	0	1	2	3	4
Q1	<i>Sin importar su nivel actual de actividad sexual, conteste a la siguiente pregunta. Si prefiere no contestarla, marque esta casilla <input type="checkbox"/> y continúe con la siguiente sección.</i>				
GS7	0	1	2	3	4

Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.

### **ESTADO EMOCIONAL**

		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GE1	Me siento triste .....	0	1	2	3	4
GE4	Me siento nervioso(a) .....	0	1	2	3	4
GE5	Me preocupa morir .....	0	1	2	3	4
GE6	Me preocupa que mi enfermedad empeore.....	0	1	2	3	4

### **CAPACIDAD DE FUNCIONAMIENTO PERSONAL**

		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GF1	Puedo trabajar(incluya eltrabajoenelhogar).....	0	1	2	3	4
GF2	Mi trabajo me satisface (incluya el trabajo enel hogar).....	0	1	2	3	4
GF3	Puedo disfrutar de la vida.....	0	1	2	3	4
GF5	Duermo bien.....	0	1	2	3	4
G	Disfruto con mis pasatiempos de siempre.....	0	1	2	3	4
	Estoy satisfecho(a) conmicalidad de vidaactual.....	0	1	2	3	4

## APÉNDICE IV

### Apartado: Sesión 1 Introducción: Mi salud y cuerpo, y conocimiento del estrés

En este apartado se describe la primera sesión que se aplicará con los pacientes en este se describen ejercicios y técnicas basados en terapia cognitivo conductual: Introducción, metas y expectativas del programa, que es un grupo de apoyo, introducción a los participantes, didáctica: mi salud y mi cuerpo, aspectos culturales en hispanos, que es el estrés, respuestas fisiológicas, tareas.

En los siguientes recuadros usted encontrará preguntas referentes a cada uno de los apartados de esta sesión, **le solicitamos que marque con una X, la respuesta que usted considere correcta.**

Recuerde que al final encontrará un espacio donde pueda usted dar su opinión respecto a estos apartados, siéntase en la libertad de realizar todos los comentarios que usted considere oportunos en beneficio de la adaptación de la intervención CBSM

#### INTRODUCCIÓN

Pregunta	SI	NO
<b>P</b> ¿El texto resulta adecuado para que un psicoterapeuta cognitivo-conductual lo replique con un paciente?		
<b>R</b> ¿La combinación de palabras y orden de estas, son entendibles para un psicoterapeuta cognitivo-conductual?		
<b>L</b> ¿Las palabras utilizadas en la introducción son entendibles para un psicoterapeuta cognitivo-conductual?		
<b>V</b> ¿La introducción resulta oportuna en un tratamiento cognitivo-conductual?		

#### Metas y expectativas del programa

Pregunta	SI	NO
<b>P</b> ¿El texto resulta adecuado para que un psicoterapeuta cognitivo-conductual lo replique con un paciente?		
<b>R</b> ¿La combinación de palabras y orden de estas, son entendibles para un psicoterapeuta cognitivo-conductual?		
<b>L</b> ¿Las palabras utilizadas en el apartado son entendibles para un psicoterapeuta cognitivo-conductual?		
<b>V</b> ¿El párrafo resulta oportuno en un tratamiento cognitivo-conductual?		

### ¿Qué es un grupo de apoyo?

Pregunta	SI	NO
<b>P</b> ¿El texto resulta adecuado para que un psicoterapeuta cognitivo-conductual lo replique con un paciente?		
<b>R</b> ¿La combinación de palabras y orden de estas, son entendibles para un psicoterapeuta cognitivo-conductual?		
<b>L</b> ¿Las palabras utilizadas en el apartado son entendibles para un psicoterapeuta cognitivo-conductual?		
<b>V</b> ¿El párrafo resulta oportuno en un tratamiento cognitivo-conductual?		

### Introducción a los participantes

Pregunta	SI	NO
<b>P</b> ¿El texto resulta adecuado para que un psicoterapeuta cognitivo-conductual lo replique con un paciente?		
<b>R</b> ¿La combinación de palabras y orden de estas, son entendibles para un psicoterapeuta cognitivo-conductual?		
<b>L</b> ¿Las palabras utilizadas en el apartado son entendibles para un psicoterapeuta cognitivo-conductual?		
<b>V</b> ¿El párrafo resulta oportuno en un tratamiento cognitivo-conductual?		

### Didáctica: mi salud y mi cuerpo

Pregunta	SI	NO
<b>P</b> ¿El texto resulta adecuado para que un psicoterapeuta cognitivo-conductual lo replique con un paciente?		
<b>R</b> ¿La combinación de palabras y orden de estas, son entendibles para un psicoterapeuta cognitivo-conductual?		
<b>L</b> ¿Las palabras utilizadas en el apartado son entendibles para un psicoterapeuta cognitivo-conductual?		
<b>V</b> ¿El párrafo resulta oportuno en un tratamiento cognitivo-conductual?		

### Aspectos culturales en hispanos

Pregunta	SI	NO
<b>P</b> ¿El texto resulta adecuado para que un psicoterapeuta cognitivo-conductual lo replique con un paciente?		
<b>R</b> ¿La combinación de palabras y orden de estas, son entendibles para un psicoterapeuta cognitivo-conductual?		
<b>L</b> ¿Las palabras utilizadas en el apartado son entendibles para un psicoterapeuta cognitivo-conductual?		
<b>V</b> ¿El párrafo resulta oportuno en un tratamiento cognitivo-conductual?		

### ¿Qué es el estrés?

Pregunta	SI	NO
<b>P</b> ¿El texto resulta adecuado para que un psicoterapeuta cognitivo-conductual lo replique con un paciente?		
<b>R</b> ¿La combinación de palabras y orden de estas, son entendibles para un psicoterapeuta cognitivo-conductual?		
<b>L</b> ¿Las palabras utilizadas en el apartado son entendibles para un psicoterapeuta cognitivo-conductual?		
<b>V</b> ¿El párrafo resulta oportuno en un tratamiento cognitivo-conductual?		

### Respuestas fisiológicas

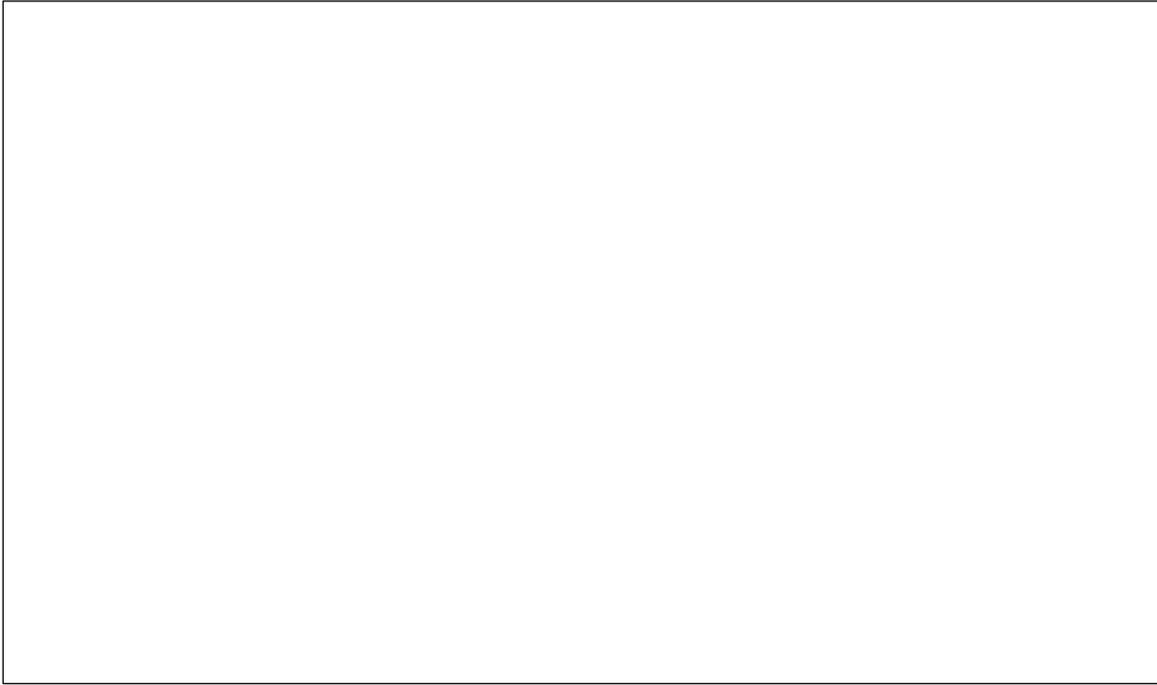
Pregunta	SI	NO
<b>P</b> ¿El texto resulta adecuado para que un psicoterapeuta cognitivo-conductual lo replique con un paciente?		
<b>R</b> ¿La combinación de palabras y orden de estas, son entendibles para un psicoterapeuta cognitivo-conductual?		
<b>L</b> ¿Las palabras utilizadas en el apartado son entendibles para un psicoterapeuta cognitivo-conductual?		
<b>V</b> ¿El párrafo resulta oportuno en un tratamiento cognitivo-conductual?		

### Tarea de la sesión 1

Pregunta	SI	NO
<b>P</b> ¿El texto resulta adecuado para que un psicoterapeuta cognitivo-conductual lo replique con un paciente?		
<b>R</b> ¿La combinación de palabras y orden de estas, son entendibles para un psicoterapeuta cognitivo-conductual?		
<b>L</b> ¿Las palabras utilizadas en el apartado son entendibles para un psicoterapeuta cognitivo-conductual?		
<b>V</b> ¿El párrafo resulta oportuno en un tratamiento cognitivo-conductual?		

<b>Pregunta</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
¿Considera que en alguno de los apartados se describieron ejercicios de alguna técnica cognitivo-conductual, que no se mencionó en los apartados anteriores?		
¿Cuál?		
Descríbala a detalle:		

**Comentarios respecto a esta sección / cambios que usted puede sugerir para esta sección.  
Estos pueden ser respecto a las técnicas, a los colores, a la tipografía, al diseño....**

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to provide comments or suggestions regarding the design, techniques, colors, or typography of the section.

## APÉNDICE V

### **Consentimiento informado: Intervención psicológica para pacientes con cáncer de próstata**

Bienvenido, somos parte del equipo de Psicooncología del Instituto Nacional de Cancerología (INCan), que están empleando las intervenciones más útiles y con mayor evidencia en pacientes mexicanos con cáncer de próstata.

Propósito: Usted está invitado a participar voluntariamente en el proyecto de investigación, titulado "Efectos de una intervención psicológica en calidad de vida, estrés y satisfacción en pacientes con cáncer de próstata". Su participación en este proyecto es voluntaria. Es importante que antes de contestar la siguiente encuesta, lea la siguiente explicación sobre esta investigación.

Se está realizando una intervención psicológica grupal en hombres con cáncer de próstata pacientes del Instituto Nacional de Cancerología

Procedimiento: Si usted decide participar en esta investigación su responsabilidad consistirá en responder una cédula de identificación y tres cuestionarios de forma honesta antes de empezar la intervención, antes de la quinta sesión y al finalizar el tratamiento.

En la evaluación, usted contestará en un tiempo aproximado de 10 minutos aproximadamente, posteriormente se le brindarán las fechas para comenzar con la intervención psicológica.

Beneficios: Si usted decide participar, se espera que usted reciba atención psicológica considerando beneficios en su calidad de vida, reducción de estrés y su satisfacción sexual, tras analizar la información obtenida, se podrán plantear recomendaciones para mejorar los tratamientos psicológicos y la atención que actualmente recibe la población masculina con cáncer de próstata.

Riesgos: Durante el llenado de los instrumentos pueden tocarse temas que le generen emociones como preocupación o estrés.

Anonimato: La información proporcionada es confidencial y privada.

Terminación del estudio: Usted entiende que su participación en el estudio es voluntaria. En cualquier momento del proceso, usted puede tomar la decisión de retirar su consentimiento a participar en el estudio.

Si acepta participar, deberá dar aceptar en la casilla "acepto participar" en la investigación cuyo objetivo, procedimiento, beneficios, riesgos y duración me fueron especificados.

ACEPTO PARTICIPAR

NO ACEPTO PARTICIPAR

---

---



## EORTC QLQ-C30 (versión 3)

Estamos interesados en conocer algunas cosas sobre usted y su salud. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, rodeando con un círculo el número que mejor se aplique a su caso. No hay respuestas “correctas” o “incorrectas”. La información que nos proporcione será estrictamente confidencial.

Por favor, escriba sus iniciales:

Su fecha de nacimiento (día, mes, año):

Fecha de hoy (día, mes, año):

---

	<b>En absoluto</b>	<b>Un poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
1. ¿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
2. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <u>largo</u> ?	1	2	3	4
3. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <u>corto</u> fuera de casa?	1	2	3	4
4. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentado/a en una silla durante el día?	1	2	3	4
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al sanitario?	1	2	3	4

### **Durante la semana pasada:**

	<b>En absoluto</b>	<b>Un poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
6. ¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?	1	2	3	4
7. ¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio?	1	2	3	4
8. ¿Sintió que se le cortó la respiración?	1	2	3	4
9. ¿Ha tenido dolor?	1	2	3	4
10. ¿Necesitó parar para descansar?	1	2	3	4
11. ¿Ha tenido dificultades para dormir?	1	2	3	4
12. ¿Se ha sentido débil?	1	2	3	4
13. ¿Le ha faltado el apetito?	1	2	3	4
14. ¿Ha tenido náuseas?	1	2	3	4
15. ¿Ha vomitado?	1	2	3	4
16. ¿Ha estado estreñado/a?	1	2	3	4

Por favor, continúe en la página siguiente

