



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

Efectos de una intervención cognitivo conductual para tratar síntomas de ansiedad, depresión y calidad de vida, mediante la modificación de los estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer testicular

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
DOCTOR EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

OSCAR GALINDO VÁZQUEZ

Comité tutor:

Tutor principal: DRA. CORINA BENJET PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA

Tutor adjunto: DR. FRANCISCO JUÁREZ GARCÍA PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA

Tutor externo: DRA. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS FACULTAD DE CONTADURIA Y ADMINISTRACION

MÉXICO, D.F.

NOVIEMBRE 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

A mi papá te quiero mucho, lo mejor de ti está en mi vida.

Agradezco a mi mamá por todo su apoyo y cariño, gracias por apoyarme incansablemente durante toda mi vida. Mis logros y perseverancia siempre reflejan tu trabajo y cariño. Te quiero mucho mamá.

A Karla gracias por estar siempre a mi lado, por tu cariño, tu apoyo incondicional y por estar en mi vida de forma incondicional. Gracias por fortalecerme y por crecer juntos TQM.

A mis hermanas Maricela y Mireya gracias por el cariño, ejemplo y apoyo que ustedes significan para mi.

A mis sobrinas Brenda y Berenice, las quiero mucho mis niñas.

A mi familia por el ejemplo de trabajo y perseverancia que han representado para mí todos los días. Felicidad, alegría y malos momentos, siempre estaremos juntos.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi directora de tesis Dra. Corina Benjet, gracias por su apoyo incondicional, su gran profesionalismo y calidad como persona. Por su dedicación incansable a la generación de investigación. Usted es un ejemplo profesional inolvidable que me hace seguir adelante.

Al Dr. Francisco Juárez García gracias por su tiempo y dedicación, sin duda el trabajo de calidad y calidez que usted realiza está siempre presente en todos sus alumnos. Gracias por apoyar la ciencia en México.

A la Dra. Angélica Riveros, gracias por su apoyo, profesionalismo y dedicación incansable a la generación de investigación en Psicología. Siempre le estaré agradecido.

Al Dr. Abelardo Meneses, gracias por creer y apoyar este proyecto, por su pasión institucional y calidad como persona. Por dirigir el Instituto Nacional de Cancerología INCan con una perspectiva de conocimiento de frontera y por consolidar el enfoque biopsicosocial.

Al Dr. José Luis Aguilar Ponce, gracias por apoyar este proyecto, por su visión incluyente y multidisciplinaria. Por hacer de su interés y darle relevancia a la psicooncología en México.

Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México, es un honor estudiar en sus aulas. Nuestra máxima casa de estudios que tanto quiero. Mi alma profesional.

Gracias al Instituto Nacional de Cancerología INCan, es un honor colaborar en la investigación, atención clínica y formación de recursos humanos de frontera en la Oncología. El INCan, base de mi pasión institucional.

Gracias al Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", formador de expertos en salud mental, ejemplo de investigación y formación profesional en México.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Graciela Rodríguez Ortega, por sus enseñanzas personales y profesionales. Su ejemplo y enseñanzas siempre me acompañan.

Al Dr. Salvador Alvarado por apoyar este proyecto, por apoyar ideas que fortalezcan la psicooncología en el INCan. Mil gracias por su apoyo.

Gracias a la Mtra. Edith Rojas, al Tan. Felipe Diez y al Servicio de Psicooncología INCan, gracias por representar el desarrollo de investigación y práctica clínica de alta calidad y calidez.

A mis amigos Liliana y Eva por su asesoría maestra; Abel, Alberto y Fany gracias por su apoyo, compañía y calidez humana. Amigos y críticos constructivos de mi formación profesional. Gracias chicos(as) por su buena vibra, lo mejor para ustedes.

Al Dr. Miguel Angel Álvarez Avitia, Enf. Veronica Abarca, Dr. Juan Jiménez Flores, Mtro. Alberto Hidalgo y Mtra. Nelly Martínez Saavedra por su apoyo profesional en todo momento. Muchas gracias.

A mis alumnos(as) gracias por aprender tanto con ustedes.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONACyT por haberme becado durante mi posgrado, el resultado de este proyecto de investigación refleja el apoyo y valor que el CONACyT representa para México.

ÍNDICE

RESUMEN	9
ABSTRACT	10
INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO 1 CÁNCER TESTICULAR	14
ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL CÁNCER TESTICULAR	14
SINTOMATOLOGÍA	15
FACTORES DE RIESGO	16
TIPOS DE CÁNCER TESTICULAR	16
TRATAMIENTO	17
CAPÍTULO 2 AFRONTAMIENTO EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO	19
DEFINICIÓN Y TIPOS DE AFRONTAMIENTO	19
AFRONTAMIENTO DEL CÁNCER	22
AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER TESTICULAR	26
CAPÍTULO 3 ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER TESTICULAR	32
CAPÍTULO 4 CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE CON CÁNCER TESTICULAR	36
CALIDAD DE VIDA	36
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD	37
CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE CON CÁNCER TESTICULAR	39
CAPÍTULO 5 TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL PACIENTE ONCOLOGICO	42
TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL	42
EVIDENCIA DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS	44
REVISIONES SISTEMÁTICAS Y METAANÁLISIS	47
CAPÍTULO 6 MODELO: AFRONTAMIENTO EN EL PACIENTE CON CANCER TESTICULAR	53
FASE I VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS	58
ESTUDIO 1. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (HADS-M) EN PACIENTES CON CÁNCER EN POBLACIÓN MEXICANA	59
<i>Objetivo general</i>	61
<i>Objetivos Específicos</i>	61
<i>Método</i>	61
Participantes	61
Procedimiento	61
Proceso de obtención del consentimiento informado	63
Instrumentos	63
Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión - HADS -	63
Inventario de Depresión de Beck – BDI -	64
Inventario de Ansiedad de Beck – BAI -	65
Termómetro de Distrés	65
<i>Análisis estadísticos</i>	66

Estructura factorial.....	66
Consistencia interna.....	67
Validez externa por medio de correlaciones con medidas concurrentes.....	68
<i>Discusión</i>	68
ESTUDIO 2. VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE AJUSTE MENTAL AL CÁNCER (MAC-M) PARA PACIENTES CON CÁNCER EN POBLACIÓN MEXICANA.....	71
<i>Objetivo general</i>	73
<i>Objetivos específicos</i>	73
<i>Adaptación al español (población mexicana)</i>	73
<i>Método</i>	74
Participantes.....	74
Procedimiento.....	74
Proceso de obtención de la muestra.....	76
Instrumentos.....	76
Escala de Ajuste Mental al Cáncer - MAC -.....	76
Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión - HADS – M.....	77
Termómetro de Distrés.....	78
<i>Análisis estadísticos</i>	78
<i>Resultados</i>	79
Estructura factorial.....	79
Validez externa por medio de correlaciones con medidas concurrentes.....	79
<i>Discusión</i>	81
ESTUDIO 3. VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO BÁSICO DE SÍNTOMAS M. D. ANDERSON (MDASI-M) PARA PACIENTES CON CÁNCER EN POBLACIÓN MEXICANA.....	85
<i>Objetivo general</i>	87
<i>Objetivos específicos</i>	87
<i>Método</i>	87
Participantes.....	87
Procedimiento.....	88
Hipótesis.....	89
Procedimiento.....	89
Adaptación al español (población mexicana).....	89
Instrumentos.....	90
Cuestionario básico de síntomas M. D. Anderson – MDASI -.....	90
Inventario de Calidad de Vida de la Organización uropea para el tratamiento e Investigación del cáncer – EORTC –.....	91
Termómetro de Distrés.....	91
<i>Análisis estadísticos</i>	92
<i>Resultados</i>	92
Análisis factorial.....	92
Consistencia interna.....	93
Validez externa por medio de correlaciones con medidas concurrentes.....	94
<i>Discusión</i>	94
FASE II EFECTOS DE UNA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN PACIENTES CON CÁNCER TESTICULAR.....	98
MÉTODO.....	98
<i>Planteamiento y justificación del problema</i>	98
<i>Objetivo general</i>	99
<i>Objetivos específicos</i>	99

<i>Preguntas de investigación</i>	100
<i>Hipótesis</i>	101
<i>Variables</i>	101
Variable independiente.....	101
Variable mediadora	102
Variables dependientes.....	102
<i>Participantes</i>	102
Criterios de inclusión.....	103
Criterios de exclusión.....	103
Criterios de eliminación.....	103
<i>Tamaño muestral</i>	104
TIPO DE ESTUDIO.....	104
INTERVENCIÓN.....	104
ESCENARIO	107
ALEATORIZACIÓN	107
<i>Asignación oculta</i>	107
<i>Cegamiento</i>	108
<i>Implementación</i>	108
RECLUTAMIENTO.....	108
DATOS BASALES	109
RESULTADOS Y ESTIMACIÓN.....	109
FLUJO DE PARTICIPANTES	109
EVENTOS ADVERSOS.....	110
INTERPRETACIÓN.....	110
GENERALIZACIÓN	112
EVIDENCIA GLOBAL	112
INSTRUMENTOS	112
<i>Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión - HADS -M</i>	112
<i>Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa)</i>	113
<i>Inventario de Calidad de Vida de la Organización europea para el tratamiento e investigación del cáncer (EORTC)</i>	113
<i>Escala de Ajuste mental al cáncer - MAC - M</i>	114
<i>Cuestionario básico de síntomas M. D. Anderson - MDASI - M</i>	115
RESULTADOS	115
DISCUSIÓN.....	124
<i>Efectos positivos de la intervención cognitivo conductual</i>	125
<i>Áreas sin efectos de la intervención</i>	134
<i>Integración de la intervención psicológica al tratamiento médico y características del grupo que no ingreso al estudio</i>	135
<i>Estudios de validación de instrumentos</i>	136
LIMITACIONES DEL ESTUDIO	137
DIRECCIÓN PARA INVESTIGACIÓN FUTURA	138
CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN GENERAL.....	140
REFERENCIAS	142
APÉNDICES	176

APÉNDICE 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO DE EFECTOS DE UNA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN PACIENTES CON CÁNCER TESTICULAR.....	177
APÉNDICE 2 INVENTARIO DE ANSIEDAD Y DEPRESION HOSPITALARIA – HADS – M	181
APÉNDICE 3 INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD.....	183
APÉNDICE 4 EORTC QLQ –C30.....	193
APÉNDICE 5 MAC-M.....	195
APÉNDICE 6 CUESTIONARIO BÁSICO DE SÍNTOMAS M. D. ANDERSON.....	197

Índice de tablas

Tabla 1. Descripción de la muestra.....	62
Tabla 2. Analisis factorial de elementos HADS-M	67
Tabla 3. Correlaciones entre el HADS-M, BDI, BAI y Distrés.....	68
Tabla 4. Descripción de la muestra para validación del MAC	75
Tabla 5. Análisis factorial MAC-M	80
Tabla 6. Correlaciones entre el MAC-M, HADS-M y Termómetro de Distrés.....	81
Tabla 7. Descipción de la muestra de validación del MDASI	88
Tabla 8. Análisis factorial MDASI-M	93
Tabla 9. Correlaciones entre el MDASI-M, EORTC y Termómetro de Distrés.....	95
Tabla 10. Características basales de los grupos de estudio	116
Tabla 11. Comparación estilos de afrontamiento intra, entre grupos, efectos de interacción y tamaño del efecto.	118
Tabla 12. Comparación de sintomatología ansiosa, depresiva entre, intra grupos, efectos de interacción y tamaño del efecto	118
Tabla 13. Comparación de calidad de vida InCaViSa entre, intra grupos, efectos de interacción y tamaño del efecto	120
Tabla 14. Comparación de calidad de vida EORTC QLQ 30 entre, intra gurpos, efectos de interacción y tamaño del efecto.....	121
Tabla 15. Comparación de intensidad de sintomatología e interferencia en la vida cotidiana, intra grupos, efecto de interacción y tamaño del efecto	122

Índice de figuras

Figura 1. Modelo teórico de afrontamiento en el paciente con cáncer testicular.	57
Figura 2. Diagrama de flujo de participantes.....	111

Resumen

El cáncer testicular implica importantes repercusiones biopsicosociales para el paciente como niveles clínicamente significativos de ansiedad, depresión y afectaciones en la calidad de vida. En este contexto el tipo de afrontamiento ante la enfermedad representa un mecanismo mediador del bienestar psicológico. Las terapias cognitivo conductuales han mostrado consistencia en cuanto a sus efectos positivos en diferentes aspectos psicológicos y de calidad de vida en población oncológica. Sin embargo la literatura señala que el beneficio terapéutico en pacientes con cáncer testicular ha sido poco estudiado, menos aún en México. **Objetivo:** Evaluar los efectos de una intervención cognitivo conductual en los estilos de afrontamiento, sintomatología ansiosa y depresiva, intensidad de sintomatología e interferencia en la vida cotidiana y calidad de vida en pacientes con cáncer testicular en quimioterapia. **Método:** El presente estudio se llevó a cabo en dos fases: Fase I. Validación de instrumentos y Fase II: Ensayo clínico aleatorizado de grupo con terapia cognitivo conductual comparado con un grupo control (con placebo activo). **Resultados:** El grupo de intervención obtuvo mejorías en los niveles de ansiedad, depresión y en algunos indicadores de calidad de vida estadísticamente significativas así como tamaños del efecto moderados y altos en comparación con el grupo control. No se observaron efectos positivos en intensidad de síntomas, dependencia médica y función social. **Conclusiones:** La intervención cognitivo conductual tiene efectos psicológicos y de calidad de vida positivos durante la quimioterapia para pacientes con cáncer testicular, apoyando la evidencia de la literatura reportada en psico-oncología en general. Los efectos post-intervención muestran mejorías relevantes en un grupo de pacientes con altas perspectivas de sobrevida.

Palabras claves: ansiedad, cáncer testicular, calidad de vida, depresión, terapia cognitivo conductual.

Abstract

Testicular cancer involves significant biopsychosocial implications for the patient such as clinically significant levels of anxiety, depression and effects on quality of life. In this context coping styles with the disease represent a mediating mechanism of psychological wellbeing. Cognitive behavioral therapies have shown consistency in their positive effects upon psychological symptoms and quality of life in oncology patients. However, the literature indicates that the therapeutic benefit in patients with testicular cancer has been little studied and even less in Mexico. Objective: To evaluate the effects of a cognitive behavioral intervention on coping styles, anxiety, depression, symptom intensity and interference in daily living and quality of life in patients with testicular cancer undergoing chemotherapy. Method: This study was conducted in two phases: Phase I. Validation of instruments and Phase II. A randomized trial of cognitive behavioral therapy compared with a control group (active placebo). Results: The intervention group showed statistically significant improvements in levels of anxiety, depression and some indicators of quality of life as well as moderate to high effect sizes compared to the control group. No positive effects were observed in intensity of symptoms, medical dependence, or social functioning. Conclusions: Cognitive behavioral intervention has positive effects upon psychological symptoms and quality of life for patients with testicular cancer during chemotherapy, supporting the evidence reported in the general psycho-oncology literature. The post-intervention effects show significant improvement in a group of patients with high prospects for survival.

Keywords: anxiety, testicular cancer, quality of life, depression, cognitive behavioral therapy.

Introducción

De acuerdo a Nezu (2001) la experiencia de tener cáncer puede caracterizarse como un poderoso evento vital estresante negativo que puede generar sufrimiento psicológico, así como impactar en la habilidad del paciente para tomar decisiones efectivas. El departamento de Servicios de Salud de Estados Unidos (2007) señala que la experiencia emocional del cáncer es poco estudiada en el género masculino, a pesar de que es la segunda causa de muerte entre los hombres adultos, con casi el 24%. En este contexto, los tumores de testículo han aumentado en incidencia durante las últimas décadas, siendo un tumor maligno importante en el hombre joven y que actualmente es el cáncer más común entre los 15 a 35 años (Aguilar, Martínez, Solares, Martínez, & Jiménez, 2010; Groll, Warde, & Jewet, 2007; Kuczyk, Boyemeyer, & Hartmann, 2004).

Debido a que la mayoría de los hombres diagnosticados con esta enfermedad son curados, la literatura se ha centrado en los efectos a largo plazo, como el haber recibido un diagnóstico y tratamiento oncológico en una etapa de la vida cuando las relaciones interpersonales, los objetivos de trabajo y formar una familia, pueden ser las principales preocupaciones (Arai et al., 1996; Brodsky, 1995). Diversas investigaciones sugieren que el grupo de pacientes solteros, edad joven, en estadios avanzados, con poco apoyo social, con estilos de afrontamiento desadaptativos y afectaciones en su vida sexual presentan mayores repercusiones psicológicas (Arai et al. 1996; Cecil, McCaughan, & Parahoo, 2010; Dahl, Haaland, & Mykletun, 2005; Fernández-Noyola et al., 2012; Tuinman et al., 2010; Vidrine et al., 2010) lo que indica la necesidad de una mayor investigación durante el tratamiento de este grupo de pacientes.

Fergus, Gray y Fitch (2002) mencionan que la evidencia sugiere que este tipo de afectaciones psicológicas en el paciente suelen ser de gran importancia. Sin embargo, el cómo afronta el paciente el tratamiento no han sido suficientemente estudiado (Hoyt, 2009). Taylor y Stanton (2007) mencionan que el afrontamiento como mediador entre el estrés y la salud tanto física como mental, merece ser considerado como un proceso susceptible de intervención para reducir los efectos adversos, mejorar la adaptación y evitar afectaciones adicionales.

De acuerdo a la literatura dos grupos de afrontamiento han sido identificados consistentemente: (a) los centrados en el problema, caracterizados por la búsqueda de información, planificación y resolución de problemas; y (b) los afrontamientos dirigidos a la emoción caracterizados por el escape, distanciamiento o desesperanza (Moos & Schaefer, 1993; Roesch & Weiner, 2001; Skinner, Kathleen, Edge, Altman, & Sherwood, 2003). El afrontamiento dirigido al problema se ha asociado con un mejor ajuste ante la enfermedad, mayor adherencia terapéutica y mejor calidad de vida (Classen, 1996; Taylor et al., 2007). En este sentido, las terapias cognitivo conductuales han mostrado eficacia en implementar afrontamientos centrados en el problema en población oncológica, impactando en un mejor bienestar psicológico y calidad de vida (Cwikel, Behar, & Rabson-Hare, 2000; Redd, Montgomery, & DuHamel, 1991; Seitz, Besier, & Goldbeck, 2009; Semple, Dunwoody, Sullivan, & Kernohan, 2006).

Sin embargo la evidencia de los efectos de este tipo de terapias en pacientes con cáncer testicular es todavía escasa en comparación con otros procesos oncológicos, por lo que se requiere mayor investigación respecto a los beneficios derivados de este tipo de intervenciones psicológicas en este grupo de pacientes. Por lo que el objetivo de la presente investigación es evaluar los efectos de una terapia cognitivo conductual sobre los estilos de afrontamiento,

sintomatología ansiosa, depresiva y calidad de vida, en pacientes con cáncer testicular en tratamiento de quimioterapia.

El presente estudio se llevó a cabo en dos fases: Fase I. Validación de instrumentos. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS-M), Escala de ajuste mental al cáncer (MAC-M) y Escala de Síntomas (MDASI-M) para pacientes con cáncer en población mexicana. Fase II: Terapia cognitivo conductual sobre la sintomatología ansiosa, depresiva, intensidad de síntomas y calidad de vida, basada en la implementación de un afrontamiento centrado en el problema entre un grupo que recibió seis sesiones de terapia cognitivo conductual comparado con un grupo control (con placebo activo). Los hallazgos de esta investigación permitieron desarrollar una terapia manualizada susceptible de ser replicada, dirigida a implementar afrontamientos dirigidos al problema en el paciente con cáncer testicular durante la quimioterapia.

Capítulo 1

Cáncer testicular

Desde hace dos décadas México atraviesa por una transición epidemiológica relacionada con la disminución de las enfermedades infecciosas y el aumento en la frecuencia de enfermedades crónico-degenerativas (Meneses-García et al., 2012). Herrera, De la Garza y Granados (2010) señalan que el cáncer se ubica como uno de los principales problemas de salud pública en México, que en conjunto son más de un centenar de procesos oncológicos, con diferente epidemiología, origen, factores de riesgo, patrones de diseminación, respuesta al tratamiento y pronóstico, sin embargo todos son caracterizados por la alteración del equilibrio entre la proliferación y los mecanismos normales de muerte celular; su consecuencia es el desarrollo de una clona que puede invadir y destruir tejidos adyacentes, en los que se forman nuevas colonias u ocurre propagación metastásica. Por lo que los diferentes tipos de cáncer son padecimientos muy complejos, de origen multifactorial; algunos con un fuerte componente genético y otros determinados por factores ambientales, la mayoría por la combinación de ambos (Andonegui, 2006). En este grupo de procesos oncológicos Berney (2005) menciona que el cáncer testicular representa el proceso oncológico más prevalente a nivel mundial en varones jóvenes así como uno de los tipos de cáncer más curables.

Aspectos epidemiológicos del cáncer testicular

La incidencia del cáncer testicular se ha duplicado en el último medio siglo, por lo que se considera una entidad importante ya que su mayor impacto se da dentro de periodos productivos en la vida laboral, académica y reproductiva del varón (Bosl & Motzer, 1997; Groll et al., 2007;

Herrera et al., 2010). El cáncer de testículo constituye el 2% de la totalidad de las neoplasias en el sexo masculino, siendo la neoplasia más común entre los 15 y 40 años (Costilla-Montero et al. 2011; Groll et al., 2007; Herrera et al. 2010). Reportándose la prevalencia más alta en el grupo caucásico del norte de Europa (Dearnaley, Huddart, & Horwich, 2001).

De acuerdo a Nigam, Aschebrook-Kilfoy, Shikanov y Eggener (2014) entre 1992 y 2009, la incidencia de cáncer testicular en los Estados Unidos y Europa aumentó, sobre todo en población hispana y europea principalmente del tipo no seminoma.

En México no existen registros fidedignos de la verdadera incidencia del cáncer testicular. El registro histopatológico de las neoplasias malignas del 2001, documentó 1186 casos de cáncer testicular, representando el 2.4% de las neoplasias en hombres y a pesar de la alta probabilidad de curación, en nuestro país se registraron 299 muertes en el 2001 (Secretaría de Salud, 2001). Por su parte datos del Instituto Nacional de Cancerología (INCan) (2007) señalan que la neoplasia de testículo en esta institución ocupó el segundo lugar en el grupo del sexo masculino, señalando que su importancia radica en que esta neoplasia se diagnosticó en hombres en edades tempranas (menores de 19 años) y ocupó el primer lugar en los grupos de edad de 19 a 39 años.

Sintomatología

De acuerdo con Groll et al. (2007) los síntomas más frecuentes del cáncer testicular son aumento de volumen, endurecimiento del escroto y dolor de espalda baja. En estadios avanzados una masa abdominal, lumbalgia, disnea, tos, hemoptisis, (expectoración de sangre procedente del aparato respiratorio) dolor abdominal, náusea, vómito y constipación son los síntomas más usuales (Herrera et al., 2008). Gascoigne, Mason y Roberts (1999) mencionan que como

resultado del descubrimiento de estos síntomas se pueden producir respuestas emocionales que incluyen vergüenza, miedo al cáncer y la castración; dado que es curable en periodos iniciales, los hombres deben ser alentados desde la pubertad a autoexaminar sus genitales para identificar posibles cambios en sus genitales.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo para desarrollar cáncer testicular son la edad joven entre 15 y 35 años, el grupo étnico con una relación de 4:1 entre caucásicos vs. afroamericanos, atrofia testicular, infertilidad y criptorquidia (testículos no descendidos del área abdominal), éste último es el factor más relacionado (Cortes, Thorup, & Visfeldt, 2001; Herrera et al., 2008; Horwich, Shipley, & Huddart, 2006). Otros factores asociados son la orquitis viral por sarampión y la exposición de la madre durante la gestación a dietilestilbestrol (estrógeno sintético utilizado para disminuir el riesgo de aborto en mujeres embarazadas) (Dearnaley et al., 2001).

Tipos de cáncer testicular

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1998) los tumores germinales se dividen en seminomas y no seminomas. Gashaw et al. (2007) describe que un seminoma es un tipo de cáncer de testículo, que se origina del epitelio germinal de los túbulos seminíferos (tubos que se hallan dentro de los testículos masculinos, los cuales se encargan de producir espermatozoides) con un porcentaje de supervivencia del 80% a 5 años. En tanto los no seminomas se originan en las células que forman los espermatozoides, estos tumores están compuestos por más de un tipo de célula cancerosa (Looijenga et al., 2000). Como resultado de estas

diferenciación histológica Mostofi y Sesterhenn (1998) señalan que el reporte histológico de estos tumores deberán ser lo más completos posible, incluyendo el tamaño y la extensión.

Tratamiento

El principal objetivo del tratamiento oncológico en este grupo de pacientes es la curación o erradicación de la enfermedad a través de cisplatino, a partir del conocimiento de la evolución de la enfermedad, de los factores pronósticos y de la eficacia del tratamiento, considerando factores inherentes al paciente como edad, ocupación, condiciones comórbidas y estado funcional (Herrera et al. 2008; Groll et al., 2007; Mostofi et al., 1998).

Jiménez et al. (2011) mencionan que la orquiectomía radical es el tratamiento inicial, en casos en que esté comprometida la vida del paciente, se puede iniciar con tratamiento sistémico con quimioterapia o radioterapia. Por su parte las guías internacionales recomiendan tratamiento con quimioterapia tanto profiláctico en los pacientes con alto riesgo de enfermedad metastásica, por lo cual, los ciclos de quimioterapia pueden variar de uno a cuatro o más, en relación al estadio clínico y a la respuesta al tratamiento (Fernández-Noyola et al., 2012). Incluso en pacientes sin factores de mal pronóstico, la vigilancia estrecha es la alternativa ya que el porcentaje de recurrencia es de 2 a 3% (Cullen, Stenning, & Parkinson, 1996).

En las últimas décadas la investigación de las varias combinaciones de agentes quimioterapéuticos ha aumentado la capacidad de éxito para tratar el cáncer testicular; además las mejoras en la administración de estos agentes han reducido los efectos secundarios a corto y largo plazo (por ejemplo, náuseas y vómitos) (Trask, Paterson, Fardig, & Smith, 2003). No obstante de acuerdo a Holland, Breitbart, Jacobsen y Lederberg (2010) diversos aspectos psicológicos son persistentes en relación con los efectos secundarios de la quimioterapia, como

náuseas y vómito en cuanto el paciente llega a la institución de salud o cuando la enfermera empieza la preparación de la quimioterapia. En un contexto en que los resultados del tratamiento son promisorios, en que el porcentaje de recuperación alcanza el 90% o más, se asume que una de las cuestiones fundamentales es cómo reducir los efectos médicos y psicosociales en este grupo de pacientes (Nakamura & Miki, 2010).

En este continuo de atención a la salud del paciente oncológico, el periodo de tratamiento no sólo representa un rango de tiempo estresante, también en el periodo de seguimiento se han observado repercusiones psicológicas asociado a la posibilidad de recurrencia de la enfermedad y a las secuelas del tratamiento. De acuerdo a Herrera et al. (2008) se emplea el término *seguimiento* cuando se consigue el control de la enfermedad y se diseña un plan de seguimiento de acuerdo con la evolución natural de la enfermedad, los factores pronósticos y la capacidad para incidir de manera favorable en el pronóstico en caso de recaída, por lo que idear un plan de seguimiento implica definir la frecuencia de las citas, los estudios a solicitar y la periodicidad de ambos.

Capítulo 2

Afrontamiento en el paciente oncológico

En las últimas décadas ha habido un interés creciente por investigar las distintas demandas a las que se enfrenta el paciente con cáncer y sobre todo, por fomentar estrategias de afrontamiento que le permitan hacer frente a dichas demandas (Marrero & Carballeira, 2002). El diagnóstico y tratamiento del cáncer implican un proceso de adaptación a múltiples amenazas y nuevas experiencias. El cómo las características individuales evalúan y responden a estas amenazas y experiencias se le conoce como estilo de afrontamiento (Brennan, 2001).

Definición y tipos de afrontamiento

Lazarus y Folkman (1991) definen a los estilos de afrontamiento como aquéllos esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas y que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, De Longis y Gruen (1986) describen los siguientes tres aspectos del afrontamiento:

1. Es un proceso orientado, lo cual quiere decir que se encuentra en lo que la persona piensa y hace, en un entorno estresante específico y cómo éste cambia conforme se desarrolla.
2. Es contextual, está influenciado por la evaluación de la persona respecto a las demandas actuales en su entorno y los recursos para manejarlos. Esto significa que

una persona y situación particular varían juntas dando forma a los esfuerzos de afrontamiento.

3. No se hacen suposiciones a priori acerca de lo que constituye un afrontamiento bueno o malo, el afrontamiento se define simplemente como los esfuerzos de una persona para manejar las demandas, sean o no exitosos.

Se han descrito dos grupos afrontamiento centrados en el problema: (a) los activos positivos, caracterizados por la búsqueda de información, planificación y resolución de problemas; y (b) los tipos de afrontamiento dirigidos a la emoción o evitativos caracterizados por el escape, distanciamiento o desesperanza han sido descritos consistentemente en la literatura (Roesch et al., 2005). Esto va de acuerdo con lo reportado por Skinner et al. (2003) en un metaanálisis de los sistemas actuales de clasificación de afrontamiento en el que identifica que las distinciones más comunes son afrontamiento centrado en el problema vs centrado en la emoción. Hoyt, Thomas, Epstein y Dirksen (2009) mencionan que el paciente con una enfermedad física, puede emplear estos dos tipos de afrontamiento, ya sea para reducir los efectos secundarios, la búsqueda de información, expresión de emociones y búsqueda de apoyo social; o estrategias que implican el distanciamiento de personas significativas, la negación de la enfermedad o la distracción lo cual puede ser visto como un afrontamiento orientado a la evitación.

De acuerdo a Sarason y Sarason (1996) los estilos de afrontamiento dirigidos al problema se relacionan con recursos personales que incluyen la capacidad para: (a) buscar información pertinente; (b) compartir preocupaciones y encontrar consuelo cuando se necesita; (c) volver a definir una situación de manera que se pueda facilitar su solución; (d) considerar las alternativas y analizar las consecuencias; (e) emplear el sentido del humor para hacer menos tensa una situación.

En población oncológica Greer, Moorey y Barauch (1991) mencionan que los estilos de afrontamiento centrados en el problema están dirigidos a manejar las demandas internas y externas que implican el diagnóstico, tratamiento, pronóstico y seguimiento de la enfermedad, caracterizada por una mejor adaptación al proceso oncológico. Esto concuerda con la literatura que identifica dichos estilos de afrontamiento están asociados con un mayor adherencia terapéutica, mejor adaptación ante la enfermedad y tratamiento, mejor calidad de vida, satisfacción con la vida y el futuro; así como mayor percepción de autoeficacia principalmente en los estadios iniciales de la enfermedad (Ayres et al. 1994; Classen, 1996; Jim, Richardson, Golden-Kreutz, & Andersen, 2006; Park & Folkman, 1997; Roesch & Weiner, 2001; Taylor & Stanton, 2007).

No obstante Pulgar, Garrido, Muela y Reyes (2009) señalan que en situaciones breves el afrontamiento evitativo o centrado en la emoción suele considerarse un mecanismo adecuado, pero ineficaz, para manejar circunstancias vitales más duraderas o crónicas. Sin embargo pueden ser eficaces para hacer frente a eventos de estrés a corto plazo, por lo general gradualmente se ven asociados con mayor disfuncionalidad (Taylor & Stanton, 2007). Varela (2007) menciona que la desesperanza en la enfermedad, hace referencia a la capitulación de los esfuerzos, ya que la persona siente que nada puede cambiar o hacer. Estos estilos pueden afectar al desarrollo del cáncer de manera indirecta, por ejemplo, haciendo que los sujetos tarden más en buscar atención médica y menor adherencia a la medicación (Schou, Ekeberg, Ruland, Sandvik, & Karesen, 2004). Finalmente estos estilos de afrontamientos se asocian con menor calidad de vida y mayores niveles de ansiedad, depresión y dolor (Anarte, Ramírez, López, & Esteve, 2001; Deimling et al., 2006; Nezu et al., 2001; Pulgar et al., 2009).

Afrontamiento del cáncer

De acuerdo a Moss (1977) vivir con una enfermedad crónica como el cáncer exige control en muchas áreas; a los regímenes terapéuticos que requieren cambios de estilos de vida, reorganización de tiempo, de los sentimientos y emociones, mantenimiento de relaciones adecuadas con otras personas significativas y mantenimiento de un equilibrio entre la necesidad de pedir ayuda a la familia y amigos y la de tener un control personal y autosuficiencia. En relación al cáncer Lara y Alvear (1991) mencionan que existen dos aspectos importantes: (a) la pérdida del control que el paciente tiene sobre las diferentes modalidades terapéuticas como el tratamiento quirúrgico, la quimioterapia o la radioterapia; lo que implica una dependencia hacia el especialista, y (b) la incertidumbre sobre el pronóstico ya que siempre existe la posibilidad de una metástasis o recurrencia.

Por su parte Massie y Greenberg (2006) mencionan que la capacidad de una persona para afrontar el cáncer suele variar a lo largo de la evolución de la enfermedad y depende de múltiples factores psicosociales como el tipo y estadio del cáncer, el nivel previo de adaptación, la posibilidad de cumplir tareas y objetivos, el apoyo emocional, la personalidad, el estilo de afrontamiento, la experiencia de pérdidas anteriores, la posibilidad de rehabilitación física y psicológica, y las actitudes culturales, espirituales y religiosas. Frumin y Greenberg (2005) mencionan que los pacientes pueden llegar a rechazar inicialmente el diagnóstico o minimizar su gravedad, impidiendo que considere opciones terapéuticas razonables e incluso entorpeciendo la toma de decisiones racionales.

En un meta-análisis de 15 estudios sobre evaluaciones cognitivas y de afrontamiento en pacientes oncológicos, Franks y Roesch (2006) concluyen que los individuos que evalúan su enfermedad como altamente amenazante utilizan estrategias de afrontamientos enfocados en el

problema, en contraste los que consideran que su enfermedad ha causado daños o pérdidas tienden a participar más en la evitación. Otro meta-análisis realizado por Roesch et al. (2005) con 33 estudios con pacientes con cáncer de próstata, identificaron que el afrontamiento enfocado en el problema se asoció con mejores niveles de autoestima, afecto positivo, reincorporación a actividades realizadas previas al diagnóstico, funcionamiento social y calidad de vida. Sin embargo Mullens, McCaul, Erickson y Sandgren (2004) examinaron la relación entre afrontamiento, estrés psicológico, percepción de riesgo de recurrencia y ansiedad, encontrando que los individuos que mostraron mayores niveles de angustia eran más propensos a afrontar de manera activa-positiva, este es de los pocos estudios que señala a la angustia asociada con estilos de afrontamiento centrados en el problema.

Pulgar et al. (2009) realizó una revisión en pacientes con diferentes tipos de diagnósticos, a partir del cual señala que la distracción cognitiva es la estrategia más utilizada, seguida de la evitación y el estoicismo, siendo las menos utilizadas la negación y el deseo irracional. Es posible distinguir que la distracción cognitiva, la evitación y la relajación son más comunes cuando el paciente se encuentra anímicamente mal, cuando muestra tristeza o irritabilidad. La evitación y el estoicismo en situaciones relacionadas con el apoyo social, por ejemplo cuando el paciente ve preocupado a un familiar o cuando se siente solo o sin oportunidad de hablar sobre lo que está experimentando (Valdimarsdottir & Bovnjerg, 2003).

Cuando el paciente está preocupado por los efectos negativos del tratamiento, suele utilizar el deseo irracional en términos de *“ojalá yo no estuviera pasando por esto”* o *“me gustaría estar sano de nuevo”* y la aceptación estoica de la situación. En cuanto al temor por el pronóstico, es frecuente que el paciente evite o redefina la situación. Por último, cuando el paciente está preocupado por la interferencia que la enfermedad provoca en su vida suele mostrarse pasivo y en ocasiones aceptar estoicamente la situación.

Otros autores como Glanz y Lerman (1992) en una revisión de la literatura señalan que las estrategias de evitación y negación pueden ser especialmente beneficiosas durante el tratamiento activo. Resaltando que durante este, los pacientes tienen menos control sobre su cuidado, por consiguiente, sería una estrategia razonable para hacer frente con los efectos secundarios del tratamiento. En este sentido, Greer Moorey y Barauch (1991) sugieren que el pensamiento de evitación después del tratamiento activo a corto plazo puede facilitar la adaptación solo durante un periodo corto de tiempo.

Por su parte McCaul et al. (1999) examinaron el afrontamiento y adaptación en pacientes con cáncer de mama después del diagnóstico, identificando tres patrones de afrontamiento: afrontamiento activo cognitivo, activo conductual y evitativo. En otro grupo de pacientes con cáncer de mama Harlow, Brandt y Stolbach (1998) encontraron que las pacientes en estadio II reportaron mayores niveles de espíritu de lucha y de actitud positiva, así como menores de desesperanza/desamparo, preocupación ansiosa y fatalismo, en comparación con aquellos pacientes en etapa IV; además de que el estadio de la enfermedad representa un factor moderador de la relación entre el estilo de afrontamiento y la angustia.

Por su parte Moorey y Greer (1989) señalan que el modo en que los sujetos afrontan el diagnóstico de cáncer puede concebirse en cinco dimensiones a las que subyace un esquema cognitivo relativo al significado del diagnóstico, la posibilidad de control sobre la enfermedad y la visión del pronóstico; que se describen a continuación:

- Espíritu de lucha: Visión del diagnóstico como un reto, visión optimista del pronóstico, creencias de control sobre el curso de la enfermedad y respuesta de afrontamiento dirigidas a combatir la enfermedad.
- Desamparo desesperanza: Visión negativa del pronóstico, como una pérdida irreparable, percepción baja de control y ausencia de respuestas de afrontamiento.

- Preocupación ansiosa. Visión de la enfermedad como una amenaza, incertidumbre respecto al pronóstico y respecto a la posibilidad de ejercer control y respuestas de afrontamiento conductuales.
- Fatalismo: Visión del diagnóstico como una amenaza menor, aceptación de cualquier pronóstico y baja percepción de control.
- Negación: Visión del diagnóstico como una amenaza mínima, visión positiva del pronóstico y ausencia de evaluaciones relativas al control.

Tales dimensiones se han vinculado empíricamente tanto al bienestar de los sujetos (Watson, Greer, & Rowden, 1991) como a mejores tasas de supervivencia (Greer, 1991). Por su parte Dunkerl-Schetter, Feinstein, Taylor y Falke (1992) identifica los siguientes estilos de afrontamiento: apoyo social, enfoque positivo, distanciamiento, escape/evitación cognitiva y escape/evitación conductual. La edad joven se relacionó con búsqueda de apoyo, afrontamiento positivo, afrontamiento de escape y evitación conductual; menor educación se asocia con distanciamiento, escape y evitación cognitiva así como con enfoque positivo; en tanto que religiosidad se asoció con escape y evitación cognitiva y enfoque positivo. En relación al estrés, niveles menores fueron asociados con más apoyo social, enfoque positivo y distanciamiento, siendo el afrontamiento de evitación el más común de este estudio.

Dunkerl-Schetter et al. (1992) concluyen que los pacientes que tienen cáncer parecen utilizar un largo grupo de conductas para hacer frente a la amenaza de la enfermedad, en lugar de adherirse rígidamente a un estilo de afrontamiento en particular, aunque se identificó generalmente una relación consistente entre aquellos estilos de afrontamiento activos-positivos y menor afectación psicológica.

Un elemento adicional que ayuda al paciente oncológico a afrontar adecuadamente es el apoyo social en específico el proveniente de la familia (Edgar, Remmer, Rosberger, & Fournier, 2000; Parker, Baile, de Moor, & Cohen, 2003). Esto puede interpretarse como un vínculo afectivo e íntimo establecido entre el círculo social cercano y el paciente, que puede favorecer el hacer frente al proceso oncológico (Friedman et al., 2006; Jones & Payne., 2000; Pulgar et al., 2009). Finalmente, aunque la mayoría de las investigaciones se centra en el afrontamiento de la *fase aguda* (es decir, el diagnóstico y tratamiento), estos hallazgos pueden indicar cómo lidiar con el cáncer en la *fase crónica* o supervivencia, en la cual se presentan usualmente diversos efectos secundarios (Deimling et al., 2006).

Afrontamiento en pacientes con cáncer testicular

Dada la importancia que los factores psicológicos tienen sobre el curso de las enfermedades oncológicas, se ha incrementado el interés que tienen aspectos como los estilos de afrontamiento empleados ante dichos padecimientos. Debido a que la mayoría de los pacientes diagnosticados con esta enfermedad son curados, la literatura se ha centrado en los efectos a largo plazo, el impacto psicológico de haber recibido un diagnóstico de cáncer en una etapa de vida joven en donde los objetivos de trabajo y familiares pueden ser las principales preocupaciones (Arai et al., 1996; Brodsky, 1995).

Gascoigne et al. (1999) mencionan que el descubrimiento de síntomas de cáncer testicular produce respuestas emocionales que incluyen vergüenza y miedo ante el cáncer y la castración, ya que esto puede afectar el sentimiento de masculinidad y la apariencia normal de los genitales.

En su estudio, Ruts kij et al. (2010) dirigido a explorar los estilos de afrontamiento en 1136 sobrevivientes de cáncer testicular señala que el afrontamiento evitativo se presentó en

mayor proporción en pacientes con relaciones de pareja, menor nivel educativo, dificultades laborales, efectos neurotóxicos (neuropatía periférica fenómeno de Reynaud) peor percepción de su salud, fatiga, mayor número de consultas a servicios de salud mental posterior al cáncer, consumo de alcohol y tabaquismo, así como menor actividad física; en comparación con el grupo que utilizó afrontamientos enfocados en el problema. Los autores concluyen que una proporción elevada de sobrevivientes de cáncer testicular presenta afrontamiento evitativo asociado con morbilidad somática y psicológica, así como afectación en su calidad de vida.

Por su parte Sheppard y Wylie (2001) realizaron un estudio en 27 pacientes con cáncer testicular y lograron identificar los pueden experimentar distanciamiento de sus diferentes relaciones sociales y laborales, la cual puede estar mediada por la presencia de una pareja sentimental actual y no tener un efectos severos derivados de la enfermedad, como menores secuelas del tratamiento y una adecuada reincorporación a la vida laboral. En este sentido Ofman (1995) señala que el varón normalmente presenta negación al no querer hablar de sus sentimientos acerca de su diagnóstico y tratamiento. Para Brodsky (1995) la mayor parte de los hombres después del tratamiento oncológico, empiezan a sentir el impacto de su experiencia, especialmente aquellos cuyo uso del distanciamiento, evitación y negación les ayudó a soportar la experiencia del diagnóstico y tratamiento.

Por otro lado, Joynes y Paine (2000) entrevistaron a 48 pacientes en vigilancia con el objetivo de comprender las razones por las que un mayor porcentaje de pacientes reportaron niveles elevados de ansiedad en las primeras etapas del seguimiento. La hipótesis de que los seres humanos son buscadores de señales de seguridad proporciona un modelo explicativo para dar cuenta del porque los participantes en periodo de seguimiento son altamente propensos a reportar mayor asistencia al médico y a auto-examinarse. En este contexto Fleer, Hoekstra, Sleijfer, Tuinman y Hoekstra-Weebers (2006) identificaron en un grupo de 280 sobrevivientes

que el cáncer pone en peligro la creencia de que la vida tiene sentido y esto puede tener un efecto negativo sobre el bienestar, por lo que hasta un 60% reportan una perspectiva más positiva de la vida desde la enfermedad. Del porcentaje que reportó experiencias negativas, las más frecuentes fueron ansiedad, menos satisfacción y control sobre sus vidas, y vulnerabilidad. No obstante el tener pareja, trabajo, hijos, no presentar un segundo tipo de cáncer o recurrencia de la enfermedad y/o una enfermedad crónica asociada se relacionaron con una mejor salud mental.

Adicionalmente Skaali et al. (2011) identificó en 135 pacientes tratados con orquiectomía, que los problemas de salud mental, trastornos del sueño, neuroticismo, alcoholismo y tabaquismo están relacionados con niveles elevados de estrés. En México solo se identificó el estudio de Galindo-Vázquez et al. (2011) que tuvo por objetivo identificar los estilos de afrontamiento activos y positivos en pacientes en tratamiento y periodo de seguimiento. Los resultados indican que en ambos grupos de pacientes no existen diferencias en los estilos de afrontamiento pasivos empleados; sin embargo, en el grupo en seguimiento se identificó mayor uso de afrontamiento dirigidos al problema y revaloración positiva, indicando que los pacientes en seguimiento muestran conductas de evitación, alternadas con conductas de solución de problemas.

Por su parte, diversos estudios con un enfoque cualitativo se han desarrollado en población en este grupo de pacientes, Brodsky (1999) realizó un estudio cualitativo con 15 jóvenes en el que uso el método etnográfico, analizando los siguientes temas: (a) sentimientos de shock, incredulidad y desesperación, (b) trauma físico y emocional y (c) apreciación de la vida. Los participantes identifican que las actividades cotidianas de la vida se interrumpen. En un primer momento, la mayoría no sintió ninguna urgencia por buscar atención médica. Los temores iniciales reportados fueron la posibilidad de muerte, sensación de shock o negación que

finalmente dieron paso a sentimientos de desesperación. Se concluye que durante la quimioterapia, los pacientes tenían que hacer frente a períodos de fuertes náuseas, debilidad, pérdida de peso y cabello, así como cicatrices derivadas de la cirugía y temores relacionados con la no supervivencia. De acuerdo a los autores los datos presentados en la presente investigación sugiere la necesidad de una mayor comprensión del afrontamiento ante el cáncer en el paciente masculino.

Gascoigne et al. (1999) en un estudio cualitativo, identificaron que los síntomas iniciales no se atribuyeron generalmente al cáncer, por lo que aquellos pacientes que se había auto-examinado retrasaron la búsqueda de ayuda médica en promedio seis meses. El descubrimiento de los síntomas produjo vergüenza y miedo a la castración. El examen físico fue descrito como vergonzoso, porque dejaban al descubierto una parte de su cuerpo que no suele ser vista excepto por sus parejas por lo que la consideraron una invasión a su privacidad. Los síntomas como el dolor de espalda fueron difíciles de identificar, incluso en presencia de otros síntomas tales como la pérdida severa de peso. Al igual que en dicho estudio, Brodsky (1999) identificó la presencia de un retraso en buscar atención médica por el temor de tener cáncer, a la castración, vergüenza o por la renuencia de examinar los órganos genitales, además en los pacientes más jóvenes, los síntomas fueron atribuidos inicialmente a los cambios en la pubertad. La afectación en el estilo de vida del paciente fue un factor que motivó la consulta de un especialista, así como el conocimiento de los síntomas por los miembros de la familia, finalmente es de destacar el papel de las esposas que con frecuencia persuadían a sus parejas a buscar ayuda médica.

Por su parte Carbone, Walker, Burney y Newton, (2009) en un estudio cualitativo identificaron, en contraste con los hallazgos de Gascoigne et al. (1999) y Brodsky (1999) que la mayoría de los hombres busca ayuda médica a tiempo. Los factores implicados en la búsqueda de ayuda son la falta de conocimiento sobre el cáncer, falsa atribución inicial de los síntomas,

progresión lenta o de baja intensidad, vergüenza de tener una revisión de los genitales, temor de la orquitectomía (cirugía) y la potencial amenaza a la masculinidad. La falta de conocimiento sobre los síntomas de cáncer testicular fue un factor contribuyente a este retraso inicial, por lo que es evidente encaminar mayores esfuerzos para aumentar el conocimiento en población masculina acerca de la edad típica de inicio de esta enfermedad así como alertar de su sintomatología.

El Instituto de Investigación del Cáncer (2001) señalan que la mayoría de los hombres no tienen acceso a una información adecuada sobre su condición de salud, y que el desfase entre la aparición de los primeros síntomas y la atención especializada es un problema relevante en el paciente masculino. En este sentido Moore et al. (2009) mencionan que cuando los pacientes son diagnosticados pueden estar muy preocupados por las repercusiones del tratamiento en su funcionamiento sexual; y además ser demasiado vergonzoso para ellos pedir información. Por su parte Fleer et al. (2006) señalan que los pacientes en periodo de seguimiento, solteros, sin hijos, sin empleo y/o con otra enfermedad crónica asociada, son un grupo especialmente vulnerable en presentar morbilidad psicológica. Por lo que, para una parte de los sobrevivientes, los factores estresantes pueden persistir tiempo después del tratamiento. Las preocupaciones a largo y mediano plazo que reportan son problemas en su vida sexual (infertilidad y disfunción sexual), cambios en la relación con su familia, amigos y colegas, modificaciones en su cuerpo e imagen corporal y dificultades económicas derivadas del tratamiento oncológico (Cecil et al., 2010)

En conjunto, los resultados de los estudios cualitativos indican que los pacientes con cáncer testicular presentan una serie de etapas en la búsqueda de ayuda, que retrasan la atención a su salud (de Nooijer Lechner & de Vries 2001; Mason & Strauss, 2004; Sanden et al., 2000). Al principio los hombres identifican síntomas o anomalías testiculares, tras lo cual

usualmente no buscan atención médica de inmediato, sino más bien toman un tiempo durante el cual la vergüenza y el miedo a la castración son altamente evidentes (Mason et al., 2004).

Como conclusión, los varones pueden retrasar la atención médica debido a múltiples factores como la falta de conocimiento sobre el cáncer, la atribución errónea de síntomas, vergüenza por la examinación de los genitales, temor al cáncer y a perder un testículo, afectación a la masculinidad, los síntomas leves o fluctuantes que no causan angustia especialmente entre los hombres que perciben que están demasiado ocupados para visitar a un médico (Chapple et al., 2004; Gascoigne et al., 1999; Mason & Strauss, 2004; Moul, 2007). Para Oliffe (2005) algunas características de la masculinidad pueden ser útiles para hacer frente al cáncer, es posible que la renuencia general expresada por los hombres para hablar de sus inquietudes sobre el cáncer, su tratamiento y sus efectos secundarios (excepto, quizás, con un compañero o un consejero en situaciones de la vida privada y seguridad), les permite mantener intactas las facetas de su identidad que están en amenaza durante la atención a su salud.

De acuerdo a Carbone et al. (2009) pocos factores parecen facilitar la pronta la búsqueda de ayuda médica en este grupo de pacientes. Siendo de los más importantes la pareja o esposa; así como la presencia o desarrollo de síntomas incapacitantes que interfieren con la vida del día a día (Gascoigne et al., 1999; Mason et al., 2004; Sanden et al., 2000).

Capítulo 3

Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer testicular

Vega et al. (2004) señalan que el diagnóstico de cáncer y su tratamiento a menudo se perciben como una información amenazante para el paciente, por lo que es común que se presenten problemas psicológicos como la ansiedad y la depresión. De acuerdo con Greenberg (2004) los trastornos depresivos en pacientes con cáncer deben subclasificarse de la siguiente manera: (a) pacientes con antecedentes de trastornos depresivos, que no tiene antecedentes de trastornos depresivos; (b) pacientes que toman medicamentos para el cáncer que desestabilizan el estado de ánimo y (c) sobrevivientes del cáncer que no tienen tratamiento, que pueden desarrollar un primer episodio de trastorno depresivo.

Por otro lado, Massie (1989) señala la ansiedad en el paciente oncológico puede ser situacional; también puede ser producto del dolor físico, por condiciones médicas o por medicamentos. La ansiedad se puede manifestar en las situaciones estresantes externas o internas, en la que el paciente se percibe con pocas posibilidades de solución, como el momento del diagnóstico de la enfermedad o de la recidiva, cuando el paciente está esperando el nuevo tratamiento y en los estadios avanzados o terminales (Brown, Kroenke, Theobald, Wu, & Tu. 2010; Maté, Hollenstein, & Gil 2004; Meseguer, 2003). En este contexto, es fundamental el diagnóstico y tratamiento de ambas patologías en los pacientes oncológicos, ya que puede influir negativamente en aspectos como la duración de la estancia hospitalaria, el autocuidado, la adhesión terapéutica y la calidad de vida (Holland et al., 2010). Ya que los pacientes con cáncer pueden ser etiquetados erróneamente como deprimidos debido a las dificultades somáticas que pueden experimentar.

Se han realizado pocos estudios en pacientes con cáncer testicular y su relación a la ansiedad y depresión, entre los estudios hallados se encuentra el realizado por Fosså, Dahl y Loge (2003) en un grupo de sobrevivientes de cáncer testicular, en el que identificaron que los niveles de ansiedad fueron superiores a los de la población general, lo que disminuye conforme se incrementa la edad; en tanto los niveles de depresión aumentan conforme esta aumenta, asociada con fatiga crónica. Por su parte Dahl et al. (2005) identificaron en 1408 sobrevivientes que el 19.2% presentan ansiedad, comparado con la población general en donde el riesgo relativo fue de 1.49 para ansiedad y 0.96 para depresión. Se identificaron correlaciones entre ansiedad y recaída e infertilidad. La presencia de ansiedad como trastorno se asoció con problemas económicos, alcoholismo, problemas sexuales y haber sido atendido por problemas de salud mental previamente. Mientras que Siafaka et al. (2008) identificaron también en que aquellos sobrevivientes con antecedentes de cáncer familiar presentaron mayor sintomatología ansiosa y depresiva. Por su parte Galindo, Álvarez y Alvarado (2013) identifican en un grupo de pacientes en tratamiento y periodo de seguimiento una asociación entre los estilos de afrontamiento positivos y niveles bajos de ansiedad y depresión. Estos resultados subrayan la importancia de una cuidadosa evaluación y consultas en pacientes con cáncer testicular en periodo de seguimiento para ayudar a lidiar con la ansiedad después del tratamiento.

Los resultados anteriores se contraponen a los hallazgos de Trask et al. (2003) que identificaron en un grupo de pacientes previo al tratamiento, niveles de estrés significativamente altos, el cual puede ser es el resultado del miedo a experimentar la quimioterapia y que disminuye a lo largo del mismo. Estos resultados indican que la educación adicional acerca del curso de la quimioterapia podría reducir la ansiedad en este grupo de pacientes. En este contexto Joynes y Paine (2010) identificaron que el 48% de los pacientes en vigilancia presentaron niveles elevados de ansiedad, en comparación con 27% del grupo en tratamiento de

quimioterapia. La hipótesis de que los seres humanos son buscadores de señales de salud en el periodo de seguimiento del proceso oncológico proporciona un modelo explicativo para dar cuenta de la mayor incidencia de ansiedad entre los participantes en vigilancia. Bernal, Jiménez, Díez y Alvarado (2008) identificaron que durante el tratamiento el 45% y 25% de pacientes presentan ansiedad moderada y severa respectivamente, así como una asociación entre disfunción eréctil y ansiedad. Por lo que se destaca la importancia de elaborar programas de prevención y vías de tratamiento, que logren el control de síntomas como ansiedad y disfunción sexual.

En relación a la modalidad de tratamiento Arai et al. (1996) identificaron niveles moderados y altos de depresión entre 9% y 27% en pacientes en seguimiento. Por otro lado, el de los sujetos con antecedentes de quimioterapia, el 41% presentó ansiedad y el 21% depresión; del grupo tratado con radioterapia el 26% presentó ansiedad y el 24% depresión. En el mismo sentido Osmńska, Borkowska y Makarewicz (2010) identificaron que durante quimioterapia, el 40% de los pacientes presentan ansiedad y el 18.5% tiene datos de dicha sintomatología durante el seguimiento; en relación a la depresión se identificó sintomatología activa en 14.6% de los sujeto en tratamiento y 9.3% de quienes están en seguimiento. Es probable que los mayores niveles de ansiedad previo y durante el tratamiento sean el resultado de un proceso anticipatorio, expresado en temor a lo que pueden experimentar como resultado de la quimioterapia (Derogatis, Morrow, & Fetting, 1983; Trask et al. 2003; Zabora, Brintzenhofeszoc, Curbow, Hooker, & Piantadosi 2001).

Estos datos concuerdan con estudios que señalan que pacientes en tratamiento o con antecedentes de quimioterapia presentan mayores niveles de ansiedad y depresión en comparación con la población normal (Arai et al., 1996; Jones & Payne, 2010; Kaasa et al., 1991). Lo que confirma los hallazgos respecto a mayores niveles de ansiedad durante el

tratamiento de quimioterapia (Malec, Romsaas, & Messing 1990; Tsuang & Tohen, 2002). Adicionalmente Valadez-Téllez et al. (2011) en una revisión de la literatura en MedLine y PsycINFO durante el periodo de 1990 a 2010 señalan que la depresión y la ansiedad son más prevalentes durante el periodo de tratamiento y disminuyen durante el seguimiento.

Se concluye que la presencia de depresión y ansiedad representan los problemas psicológicos con mayor prevalencia, en las que las variables asociadas son: edad joven, neuropatía periférica, desempleo, problemas económicos, infertilidad, disfunción sexual, consumo excesivo de alcohol, miedo a la recaída y haber sido tratados por problemas mentales previamente (Fossa et al., 2003; Gascoigne, 1999; Groll et al., 2007; Holland et al., 2010; Joly, Hèron, & Kalusinski, 2002; Jones et al., 2000; Trask et al., 2003).

Finalmente, en nuestro país la implementación y la evaluación de las terapias cognitivo conductuales en dirigidas a pacientes con cáncer testicular que lo requieren son aún recientes; lo que representa un objetivo indispensable de alcanzar.

Capítulo 4

Calidad de vida en el paciente con cáncer testicular

La calidad de vida en el paciente oncológico se ha convertido en un tema importante que incluye el funcionamiento físico, psicológico y social (Aaronson et al., 1993; Cella, Tulsky, & Gray 1993; de-Haes, van-Knippenberg, & Neijt 1990; Fosså, Slee, & Brausi 2001). La Calidad de Vida tiene sus raíces en la investigación clínica, y en relación a que la medicina logra aumentar la esperanza de vida gracias al avance científico y tecnológico, con lo que se incrementan la cantidad de vida en términos del número de años, sin embargo la calidad de sobrevivida puede llegar a cuestionarse, debido a las condiciones de quienes padecen una enfermedad, sobre todo una enfermedad crónica o invalidante, por las limitaciones y deterioros que la enfermedad impone sobre la persona, o como consecuencia de los efectos colaterales de los tratamientos.

Calidad de vida

Levi y Anderson (1980) delimitan el concepto y señalan que la calidad de vida es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa. Por su parte Sánchez-Sosa y González-Celis (2004) mencionan que la valoración que la persona hace de su calidad de vida se basa en gran medida en un proceso cognitivo de comparación, cuyos criterios se relacionan con el propio nivel de aspiraciones, expectativas, grupos de referencia, valores personales, actitudes y necesidades.

Una de las definiciones más incluyentes es la que proporciona Katschnig (2000) en la que define la calidad de vida como un término que debiera estar relacionado con el bienestar

psicológico, la función social y emocional, el estado de salud, la funcionalidad, la satisfacción vital, el apoyo social y el nivel de vida, en el que se utilizan indicadores normativos, objetivos y subjetivos de las funciones física, social y emocional de los individuos. Harper y Power (1998) señalan que la calidad de vida, es la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en el cual ellos viven, en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses.

De acuerdo con Sánchez-Sosa et al., (2004) esta definición refleja un punto de vista en el que calidad de vida se refiere a una evaluación subjetiva, la cual está inmersa en un contexto cultural, social y medioambiental, por lo que no puede ser equiparada simplemente con los términos *estado de salud*, *estilo de vida*, *satisfacción con la vida* o simplemente con *bienestar subjetivo* o *bienestar psicológico*. Por su parte Lehman (2000) menciona que las definiciones varían, sin embargo, el concepto de calidad de vida abarca tres dimensiones globales: (a) aquello que la persona es capaz de hacer, el estado funcional, (b) el acceso a los recursos y las oportunidades para usar estas habilidades con el fin conseguir los intereses; y (c) la sensación de bienestar. Las dos primeras dimensiones a menudo se designan como calidad de vida objetiva, y la última como calidad de vida subjetiva.

Calidad de vida relacionada con la enfermedad

De acuerdo a Sánchez-Sosa et al. (2004), la calidad de vida relacionada con la enfermedad específica incluye aspectos emocionales derivados del mismo proceso de enfermedad y de los efectos secundarios de los tratamientos. Destacan problemas derivados de la adherencia terapéutica, las relaciones interpersonales ya sea con el equipo médico y en la vida social; problemas con la autoimagen y la autoestima; dificultades de adaptación, recuperación,

rehabilitación, incapacidad y deterioro, o con la proximidad de la propia muerte. En el caso de los pacientes con cáncer, la calidad de vida se puede ver afectada debido a que sus recursos y estrategias de afrontamiento no son efectivos en comparación con individuos sanos (Sprangers, Tempelaar, Van Den Heuvel, & De Haes, 2002). Todo ello habla de una diversidad de componentes que están presentes en la evaluación de la calidad de vida, sin embargo, debe considerarse que el aspecto central que le interesa a la psicología es el bienestar de los individuos, el cual abarca el funcionamiento en tres áreas: (a) el comportamiento, esto es, lo que hace; (b) las cogniciones, lo que piensa; y (c) las emociones, lo que siente (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2004).

Moreno y Ximénez (1996) señalan que a lo largo de su desarrollo, el concepto de calidad de vida se ha caracterizado por su continua ampliación; ya que de considerarse inicialmente que consistía en el cuidado de la salud personal, pasó a convertirse en la preocupación por la salud e higiene pública, extendiéndose posteriormente a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, y continuando con la preocupación por la experiencia en su vida social, actividad cotidiana y de su propia salud. En este sentido Ware, Brook, Davies y Lohr (1981) exponen que, desde la perspectiva de la psicología, la medida de calidad de vida tiene como objetivo principal evaluar los efectos de las intervenciones en el cuidado de la salud entendida de forma global y positiva, evaluar la calidad de tal cuidado, estimar las necesidades de la población, mejorar las decisiones clínicas y estudiar las causas y consecuencias del estatus de la salud.

Moreno y Ximénez (1996) distinguen que una importante aportación de la psicología al desarrollo y mantenimiento de la salud, son el diseño de intervenciones de modificación de conducta y el desarrollo de programas comportamentales favorecedores de la salud. En psicología existe un creciente interés por evaluar el efecto real de las intervenciones clínicas, no sólo en términos de diferencias estadísticas o comparaciones normativas. Para ello se requieren

mediciones empíricamente válidas que determinen el grado en que un tratamiento ha sido exitoso. De ahí emerge el constructo calidad de vida como variable dependiente empleada para determinar el cambio en intervenciones clínicas (Kendall, 1999). Dos han sido los enfoques prevalentes: (a) el primero más centrado en las variables objetivas, externas al sujeto, y (b) el segundo dedicado a analizar los aspectos subjetivos de la calidad de vida (Moreno et al. 1996).

En relación a la evaluación de la calidad de vida Friedman y Di Matteo (1989) mencionan que incluye el examen de los efectos de los padecimientos crónicos y de su tratamiento. Se buscan cambios en el estado emocional del paciente, los efectos secundarios de medicamentos, habilidades de afrontamiento, funcionalidad del paciente y la reducción de incapacidades. Por su parte Sartorius (1995) menciona que los principales retos en la medición de la calidad de vida se resumen en primer lugar en el plano político-sanitario, donde es necesario introducir el criterio de calidad de vida a la hora de marcar los logros en el tratamiento para cualquier enfermedad y, en segundo lugar, en el plano metodológico, donde es preciso desarrollar instrumentos de medidas aplicables, repetibles y con versiones idiomáticas equivalentes y actualizadas. Existen además distintos grupos que requieren una mayor atención, como niños, ancianos y enfermos de países en vías de desarrollo.

Calidad de vida en el paciente con cáncer testicular

La evaluación de la calidad de vida en el paciente con cáncer testicular conlleva diversos indicadores como aspectos físicos (fatiga, disfunción sexual y esterilidad) y aspectos psicológicos (ansiedad, depresión, estrés y autoimagen) (Fosså & Kravdal, 2000).

Trask et al. (2003) plantea que son limitadas las investigaciones en relación a calidad de vida en pacientes con cáncer testicular en comparación con otros procesos oncológicos. Siendo

la mayoría de los estudios realizados a partir del término del tratamiento; sin embargo se han logrado identificar aspectos como el impacto en la autoimagen asociada con la pérdida de un testículo, que es un órgano asociado con la masculinidad y la sexualidad (Brodsky, 1995; Foosa et al., 2003; Fosså & Kravdal 2000; Hartmann et al., 1999; Rudberg, Nilsson, & Wikblad 2000; Galindo, Álvarez & Alvarado 2012). Síntomas altamente prevalentes como fatiga, se han reportado en un 65% durante el tratamiento y 19% posterior al mismo, asociándose con tener menos de 30 años de edad, menor calidad de vida, estrés, comorbilidad, mayores niveles de depresión y ansiedad y menor nivel educativo (Foosa et al., 2003; Joly et al., 2002; Rudberg et al., 2000).

De acuerdo a Trask et al. (2003), niveles significativos de estrés se encuentran en el 30% de los pacientes al inicio del tratamiento y disminuye después de la quimioterapia. En este contexto Fosså et al. (2003) señalan que durante la quimioterapia y a tres meses de seguimiento las principales afectaciones físicas son neuropatía, fatiga, disnea y pérdida del apetito; en relación a los aspectos psicológicos durante el tratamiento el 50% manifestaron *sentirse menos masculinos* asociado con niveles de ansiedad; mejorando 40% en el seguimiento y a dos años de seguimiento se identificó un 17% relacionado con el temor a la recaída.

Mykletun et al. (2005) señala que en un grupo de sobrevivientes a largo plazo no se identificó una reducción de la calidad de vida, aunque aquellos pacientes que reportan más efectos secundarios, reportan más estrés durante el tratamiento. La condición psicológica premórbida influyó en la percepción de los efectos secundarios y de la experiencia del cáncer, que puede, en cierta medida, explicar las asociaciones entre la percepción de efectos secundarios, el estrés y la calidad de vida. Esta vulnerabilidad podría estar relacionada con las estrategias de afrontamiento empleadas, personalidad y la capacidad de beneficiarse de apoyo social.

Fosså et al. (1999) señalan que el malestar psicoemocional durante el tratamiento disminuye a los dos años del tratamiento. Por el contrario Douchez et al. (1993) reportan una morbilidad significativa y afectación psicológica a largo plazo. En relación al aspecto profesional 16% reportó afectaciones laborales, 10% movilidad profesional, 29% cambios en ambiciones y planes profesionales, 14.5% en las relaciones laborales, mientras que entre un 12% al 25% eran incapaces de trabajar a su ritmo anterior y terminar las tareas asociado a problemas de concentración (Edbril & Rieker 1989; Joly et al., 2002; Ozen et al., 1998).

Otro aspectos afectado en la calidad de vida es la función sexual, ya que el tratamiento tumoral puede interferir con procesos celulares anatómicos, fisiológicos, conductuales o sociales, que contribuyen a la función reproductiva normal (Cortes et al., 2001; Gerson, 2000; Nazareth et al., 2001; Shepard et al., 2001; Sibert, Rives, Rey, Mace, & Grise 1999). Entre un 20% y 50% presentan un grado de subfertilidad y entre un 10% y 35% presentan azoospermia (Abouassaly, Fossa, & Giwercman 2011; Fernández-Noyola et al., 2012).

De acuerdo a Presti, Herr y Carroll (1993) y Meirrow y Schenker (1995) las causas de esta afectación son un defecto preexistente en la espermatogénesis, criptorquidia, la producción de hormonas por el tumor, anticuerpos antiespermáticos, neoplasias de células germinales contralaterales o intraepiteliales y estrés asociado con la enfermedad. Las manifestaciones clínicas consisten en una reducción del volumen testicular (atrofia) y decremento en la cuenta de espermatozoides (oligospermia o azoospermia) (Gerson, 2000). La probabilidad de recobrar la espermatogenesis depende de la edad del paciente, severidad de la oligospermia y la dosis acumulada de quimioterapia, durante un periodo en que la máxima función espermatogénica no se puede alcanzar hasta los 2-3 años después del tratamiento (Petersen, Giwercman, Skakkebaek, & Rorth 1998; Pont et al., 1997; Vaughn, Gignac, & Meadows 2002).

Capítulo 5

Terapia cognitivo conductual en el paciente oncológico

Varios modelos de intervención psicosocial se han utilizado en pacientes con cáncer con diversos objetivos como mejorar el afrontamiento ante la enfermedad, incrementar la calidad de vida; así como aminorar ansiedad y depresión (Arathuzik, 1994; Fawzy, Arndt, & Pasnau, 1995; Fawzy, 1999; Font & Rodríguez, 2007; Tatrow & Montgomery, 2006). De los diferentes programas terapéuticos, las terapias cognitivo-conductuales son las que han mostrado efectos positivos más consistentes en el paciente oncológico (Cwikel, Behar, & Rabson-Hare 2000; Semple et al. 2006).

Terapia cognitivo conductual

De acuerdo con Beck (2000) la terapia cognitivo conductual (TCC) plantea que los problemas psicológicos se derivan de patrones distorsionados del pensamiento, que influyen en el estado de ánimo y en la conducta, estos patrones exacerbaban y consolidan estos problemas. La consiguiente modificación del pensamiento producen una mejoría en el estado de ánimo y comportamientos (Enright, 1997).

Enright (1997); Font y Rodríguez (2007); Redd, Montgomery y DuHamel (2001) describen que en la terapia cognitivo conductual el paciente y el terapeuta trabajan juntos para identificar patrones específicos de pensamiento y conductas que sustentan las dificultades del paciente.

El tratamiento se lleva a cabo en diversas sesiones, empleando técnicas cognitivas dirigidas a monitorear y cambiar distorsiones del pensamiento e implementar un cambio

conductual, así como tareas asignadas al paciente para llevar a cabo en casa. Las técnicas cognitivas incluyen:

- Explicación y discusión detallada del modelo cognitivo conductual.
- Monitoreo y detección diaria de situaciones, pensamientos y sentimientos.
- Identificación de la relación entre pensamientos, sentimientos y comportamientos.
- Análisis de la evidencia de pensamientos y creencias reportadas por el paciente.
- Entrenamiento en la modificación de pensamientos negativos.
- Aprender a identificar supuestos disfuncionales que sustentan las distorsiones reportadas por el paciente.
- Ensayo cognitivo e imaginación para afrontar situaciones adversas.

Las técnicas conductuales incluyen:

- Establecimiento de experimentos conductuales para poner a prueba el componente irracional de los pensamientos en comparación con la realidad.
- Exposición gradual a las situaciones temidas en escenarios reales.
- Establecimiento de objetivos y la programación de actividades.
- Programas de reforzamiento y recompensa.
- Entrenamiento en relajación.
- Juegos de rol, ensayos conductuales y modelamiento de conductas de afrontamiento.

Adicionalmente Beck (2000) señala que la terapia cognitivo-conductual se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas en términos cognitivos, participación activa, sesiones estructuradas ya que es educativa, enseña al paciente a ser su propio terapeuta, pone énfasis en la prevención de recaídas y tiende a ser limitada en el tiempo. Las

intervenciones cognitivo-conductuales están dirigidas a desafiar pensamientos automáticos negativos y creencias subyacentes disfuncionales y cambiar los patrones de comportamiento que se relacionan con el problema (Cuijpers, van Straten, & Andersson 2008).

En relación a la duración de las terapias cognitivo conductuales, se ha considerado de seis a ocho sesiones, con una duración de 45 minutos a una hora, una vez por semana y con sesiones subsecuentes después de terminado el tratamiento, estas intervenciones han mostrado una mejoría en el ajuste psicológico en este grupo de pacientes (Enright, 1997; Greer, 2002; Moynihan, Bliss, Davidson, Burchell, & Horwich 1998).

Evidencia de la terapia cognitivo conductual en pacientes oncológicos

Aplicado a los aspectos emocionales relacionados con el cáncer, la TCC se basa en la premisa de que los pacientes presentan "*respuestas psicológicas al cáncer, las cuales no dependerán sólo de los efectos físicos de la enfermedad, sino también en cómo el paciente evalúa el cáncer, es decir, el significado personal del cáncer para el paciente, y en los recursos disponibles para hacerle frente*" (Folkman & Greer 2000).

Los objetivos de la terapia cognitivo conductual en población oncológica se dividen en dos grupos: (a) problemas psicológicos asociados al diagnóstico, tratamiento y periodo de seguimiento (depresión, ansiedad, estrés, afrontamiento y promoción de apoyo social), y (b) manejo de efectos secundarios del tratamiento como náuseas, vómitos, dolor, insomnio, incontinencia urinaria y disfunción sexual (Redd et al., 2001; Seitz et al., 2009). Sin embargo la evidencia de la terapia cognitiva conductual en pacientes con cáncer testicular es escasa, en comparación con grupos de otros procesos oncológicos. Sólo el estudio de Moynihan et al. (1998) es reportado en la literatura, y en el llevaron a cabo un estudio para determinar la eficacia

de la terapia cognitiva conductual y reportaron que la ansiedad respecto a la enfermedad se asoció con la participación en la intervención. A dos meses, el grupo de intervención presentó menores niveles de ansiedad, pero no se observaron diferencias en cuanto a la depresión. Dentro de las limitaciones en este estudio se observa el hecho de que el terapeuta (enfermeras) pudo haber tenido un efecto adverso en los pacientes, los participantes estuvieron en diferentes tipos de tratamiento, variabilidad en el número de sesiones y la morbilidad psicológica no fue identificada inicialmente, adicionalmente no se detalla el programa de intervención y los componentes cognitivo conductuales empleados, lo cual es un elemento indispensable para la evaluación de los resultados de una terapia cognitivo conductual y para su réplica en futuros estudios.

A continuación se comparan los hallazgos de Moynihan et al. (1998) con los estudios de Greer et al. (1991) y Moorey et al. (1994) que emplearon el mismo tipo de tratamiento cognitivo conductual en otros grupos de pacientes.

Greer et al. (1991) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de determinar los efectos de la terapia cognitivo conductual en pacientes con diferentes tipos de cáncer. Se llevó a cabo un diseño no aleatorizado, con mediciones basales y a las ocho semanas de tratamiento. Se identificaron disminución en ansiedad, depresión, impotencia y fatalismo; e incremento de espíritu de lucha. Bajo este mismo modelo de intervención Moorey et al. (1994) a un año de seguimiento identificó que la terapia psicológica adyuvante puede producir mejoras en el funcionamiento psicológico, incluso a 10 meses de seguimiento. En contraste Greer et al. (1991); Moorey et al. (1994) identifican mejorías en el ajuste psicológico ante el cáncer asociado a la terapia.

Por su parte Sherwood et al. (2005) llevaron a cabo una intervención con el objetivo de aminorar la severidad de sintomatología asociada al tratamiento, el grupo de intervención mostró

menor severidad de síntomas a las 10 y 20 semanas. La severidad de los síntomas al inicio del estudio y la asignación de grupo fueron predictores de la intensidad de los síntomas, a 10 semanas este efecto se mantuvo. También Bellver (2007) evaluó la eficacia de la intervención cognitivo conductual grupal en el estado emocional y la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama, comparada con otro tipo de intervención. Los resultados mostraron un efecto significativo de la terapia grupal cognitivo conductual en ansiedad y depresión, manteniéndose a tres meses de seguimiento, en relación a la calidad de vida mejoró al finalizar y durante el periodo de seguimiento.

Otros estudios como el de Marrero y Carballeira (2002) en pacientes con diferentes diagnósticos, mostraron un incremento de las habilidades de solución de problemas y diferencias en percepción de sentimientos, pensamiento alternativo y causal. En el mismo sentido McKiernan, Steggle, Guerin y Carr (2010) identificaron que los pacientes que completaron el programa mostraron una mejoría en la severidad problema, impacto de problemas, capacidad de afrontamiento y logro de metas de pre-a post-tratamiento; durante el periodo de seguimiento sólo la mejoría en la severidad y el impacto de los problemas fue identificado.

En otro estudio llevado a cabo por Simpson, Carlson y Trew (2001) identificaron que el grupo de intervención presentó menores niveles de depresión y mejor calidad de vida. A un año de seguimiento estas diferencias no se mantuvieron. A dos años de seguimiento el grupo de intervención presentó menor depresión y mejor calidad de vida global. De acuerdo con los autores un posible mecanismo por el que se mejoró en el estado de ánimo fue el cambio del proceso de afrontamiento, mediante la participación de las pacientes en el grupo de intervención dirigido a aminorar la evitación e incrementar las estrategias de activación conductual. Por su parte Edelman, Bell y Kidman (1999) mostraron una reducción en el perfil del estado de ánimo así como mejora en la autoestima en comparación con el grupo control. Estas diferencias no se

mantuvieron a tres y seis meses de seguimiento, por lo que concluye que es posible que la terapia cognitivo conductual pudiera producir beneficios más duraderos si fueran realizados en un formato individual e identificando inicialmente grupos de alta morbilidad psicológica y mayor número de sesiones.

En relación al manejo de efectos secundarios del tratamiento oncológico Gielissen, Verhagen y Bleijenberg (2007) identificaron menores niveles de fatiga. Los estudios presentados dan evidencia de los beneficios de las terapias cognitivo conductuales en población oncológica en aspectos como la ansiedad, depresión, autoestima, calidad de vida y manejo de síntomas, sin embargo, la evidencia de la terapia cognitivo conductual en población con cáncer testicular en específico todavía es escasa.

Revisiones sistemáticas y metaanálisis

Newell, Sanson-Fisher y Savolainen (2002) realizaron una revisión sistemática de la literatura sobre las terapias psicológicas en pacientes con cáncer, en la cual llevaron a cabo una búsqueda de la literatura en MEDLINE, Healthplan, Psychlit, y Allied and Complementary Medicine; bases en las que identificaron 627 artículos que informaron sobre 329 intervenciones. Se incluyeron los artículos en lengua inglesa hasta diciembre de 1998.

En relación los diseños empleados, las intervenciones anteriores a 1980 eran en su mayoría (70%) estudios de caso con relativamente pocos estudios de cohorte y ensayos aleatorizado. De 1980 a 1990 los ensayos aleatorizados y estudios controlados fueron más comunes, representando el 45% y el 55% en la década de 1990 y en relación al objetivo de intervención se pueden identificar los siguientes resultados:

- Ansiedad: La terapia individual cognitivo-conductual parece tener mayores beneficios a corto y a largo plazo.
- Depresión: La terapia cognitivo-conductual, terapia grupal, educación, asesoramiento estructurado y entrenamiento en habilidades de comunicación requieren más investigación, aunque la terapia cognitivo conductual y grupal mostraron algunos beneficios a mediano plazo.
- Bienestar general: El asesoramiento no estructurado puede ser recomendable, con la precaución de que los resultados derivan de pocos estudios. La terapia cognitivo conductual, grupal, educación y consejería estructurada requieren más investigación.
- Estrés: Se pueden hacer recomendaciones provisionales sobre los beneficios a medio plazo de la terapia cognitivo-conductual, de grupo y entrenamiento en habilidades de comunicación.
- Afrontamiento o habilidades de autocontrol: La terapia de grupo y la terapia cognitivo-conductual puede recomendarse. El entrenamiento de relajación, requiere una mayor exploración. La mayor parte de los beneficios se ubican inmediatamente después de la intervención.
- Relaciones sexuales y matrimoniales. No hay una estrategia de intervención que pudiera ser recomendada para mejorar las relaciones maritales o sexuales. Aunque se sugiere más investigación respecto a la terapia cognitivo-conductual, educación y consejería.
- Manejo de la nausea: La imaginación guiada y relajación puede ser recomendada provisionalmente por mostrar beneficios mediano plazo.
- Manejo del vomito: Los datos indican que no hay estrategias de intervención que pudieran ser recomendadas.

- Manejo del dolor: El entrenamiento en relajación y terapia cognitivo conductual mostraron beneficios observados a corto plazo.
- Manejo de la fatiga: Se pueden hacer recomendaciones provisionales para la terapia de grupo y la terapia cognitivo-conductual.
- Manejo de síntomas físicos: No hay una estrategia dirigida para reducir los síntomas físicos, sin embargo se recomienda realizar más investigación sobre la imaginación guiada.

Por último Newell, Sanson-Fisher y Savolainen (2002) señalan que la calidad metodológica de los estudios era limitada. La mayoría de los estudios revisados tienden a emplear muestras pequeñas, menores de 50 pacientes por grupo experimental. Además de que los ensayos revisados tienden a emplear períodos cortos de seguimiento, lo que limita el conocimiento sobre su eficacia a largo plazo.

En otra revisión en Medline, PsycInfo y Cinahl, realizada entre 1982 y 2002 por Uitterhoeve et al., (2004) sobre las intervenciones psicosociales en pacientes con cáncer avanzado en calidad de vida, se presentan los siguientes resultados.

- Funcionamiento emocional: Se identificaron diez estudios, de los cuales uno mostró un efecto estadísticamente significativo para la ansiedad. Mientras que en seis, se encontró un efecto estadísticamente significativo para la depresión y se reportó una mejora significativa para la autoestima en combinación de terapia grupal y terapia conductual.
- Afrontamiento: Se encontraron efectos significativos para promover habilidades de afrontamiento. En un estudio los efectos de la terapia grupal, mostró una reducción en enojo, tristeza y miedo; y mejor manejo de agresividad, impulsividad e irresponsabilidad.

- **Funcionamiento físico:** Se identificaron menores niveles de disnea en pacientes con cáncer pulmonar con terapia grupal y asesoramiento, así como mejoría en sintomatología física, nivel de actividad y capacidad funcional.

De acuerdo a Uitterhoeve et al. (2004) en términos generales los niveles de afrontamiento del paciente oncológico también mejoraron, sobre todo una reducción del afecto negativo y de comportamiento impulsivo.

Por su parte, Meyer y Mark (1995) en 45 estudios en Psychological Abstracts y Medline identificaron que la mayoría de las participantes fueron mujeres, siendo el diagnóstico más frecuente cáncer de mama. Las modalidades de tratamiento se agruparon de la siguiente manera: (a) intervenciones cognitivo-conductuales, (b) tratamientos informativos y educativos, (c) asesoramiento no conductual (psicoterapia o asesoramiento verbal, incluida la orientación psicodinámica y existencial) y (d) apoyo social (llevado a cabo por personal no profesional).

El tamaño del efecto de las intervenciones fueron de 0.24 para las medidas del ajuste emocional, 0.19 para el ajuste funcional, 0.26 para las medidas del tratamiento o síntomas, 0.28 para las medidas globales y 0.17 para las medidas médicas. De acuerdo con Meyer y Mark (1995) los resultados indican que las intervenciones psicosociales pueden tener efectos positivos en el ajuste emocional y funcional.

En otro metaanálisis Rehse y Pukrop (2003) realizaron una revisión de la literatura entre 1970 y 1999 en idioma inglés y alemán en 37 estudios aleatorizados en MedLine, Amed, Cinahl, Cancerlit, Psyndex Plus, PsycLit y Serline.

Los distintos tipos de intervenciones psicosociales se clasificaron en cuatro categorías: (a) educación, (b) apoyo social, (c) habilidades de afrontamiento y (d) enfoques psicoterapéuticos con orientación psicodinámica o existencial. El tamaño del efecto promedio

fue 0.31 con una muestra de 3120 paciente, de acuerdo a Cohen, lo que puede ser considerado como un tamaño del efecto moderado.

Por su parte Dale, Adair y Humphris (2010) realizaron una revisión en Medline, Embase, Psychinfo, Cochrane, British Nursing index & archive, Social work abstracts, Science Citation Index Expanded, Social Sciences y Citation Index en la mayoría de los casos hasta 2008. Como conclusión señalan que la población masculina como sub-grupo son poco representados, a pesar de la evidencia de que este grupo tiene menores resultados, incluyendo tasas de mortalidad más altas. Las intervenciones cognitivo conductuales mostraron más consistencia en elicitar resultados psicosociales positivos. Sin embargo, metodologías más rigurosas, seguimiento a largo plazo e información más detallados sobre las intervenciones, son esenciales para permitir una mejor generalización.

Finalmente Greer et al. (1992) señalan los siguientes problemas en el área de la evaluación metodológica de intervenciones psicológicas en pacientes con cáncer:

1. Aspectos éticos: el hecho de que el grupo control no reciba terapia puede estar justificado, excepto en caso en que los pacientes de este grupo requieran tratamiento psiquiátrico por ideación suicida o enfermedad psiquiátrica.
2. Denominación del tratamiento: el término de psicoterapia puede ser vago, ya que abarca una variedad de actividades, por lo que es importante, si es posible describir todos los componentes de la terapia que se está evaluando.
3. Mediciones: las medidas reportadas deben estar basadas en cuestionarios con confiabilidad y validez adecuada, y de preferencia con instrumentos estandarizados para pacientes con cáncer. Teniendo especial precaución con los instrumentos desarrollados para pacientes psiquiátricos, así como con aquellos instrumentos que

evalúan depresión, pues el uso de estas escalas contiene reactivos de contenido somático que pueden deberse al tratamiento del cáncer

4. Finalmente los pacientes deben ser asignados aleatoriamente a los grupos de tratamiento y de control.

La mayor parte de los resultados de los estudios, revisiones de la literatura y metaanálisis son consistentes con los efectos psicológicos beneficios en población oncológica, poniendo énfasis en una mayor investigación en población femenina, en algunos casos con limitada evidencia de los beneficios a largo plazo.

Capítulo 6

Modelo: afrontamiento en el paciente con cancer testicular

El modelo como representación abstracta de un sistema real, está compuesto por un conjunto de definiciones que permiten identificar los elementos que constituyen el todo, así como un conjunto de relaciones que especifican las interacciones entre los elementos que aparecen en el mismo (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 1999). En este sentido y con base en la evidencia hasta aquí expuesta, a continuación se presenta un modelo teórico respecto al proceso de afrontamiento y la problemática psicológica y de calidad de vida en pacientes con cáncer testicular.

De acuerdo al presente modelo de estilos de afrontamiento de Lazaus y Folkman (1991), el proceso de estrés comienza cuando el cáncer es un hecho altamente probable o bien ya es una certeza y posteriormente el inicio de tratamiento oncológico. Los pilares de este modelo son el evento estresante (diagnóstico y tratamiento de cáncer) y su efecto ya sea directo o mediado por los estilos de afrontamiento en la adaptación psicológica o malestar psicológico, caracterizado este último por niveles clínicos de ansiedad, depresión y afectaciones en la calidad de vida.

El efecto que puede tener el evento estresante (el cáncer y su tratamiento) puede conllevar diferentes vías. Una vía es directa, la cual esencialmente es no mediadora y la otra vía la representa el papel mediacional que tiene la estructura cognitiva del paciente a través de su evaluación del evento estresante.

Inicialmente las valoraciones primarias que realiza el paciente con cáncer y su tratamiento, pueden caracterizarse como un desafío, evitación, amenaza o daño, los cuales se

basan en el significado personal del evento, los recursos del individuo y el grado en que el paciente puede controlar o cambiar la situación estresante.

A continuación, estas evaluaciones primarias ponen en marcha los estilos de afrontamiento, definidos por Lazarus y Folkman (1991) como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas y que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Estos son esfuerzos por adaptarse a la enfermedad y su tratamiento, para lo cual pueden recurrir a estrategias centradas en las emociones y estrategias centradas en los problemas. Las primeras ayudan a los pacientes a regular el grado de sufrimiento emocional y las segundas a manejar problemas específicos tratando de modificar directamente las situaciones problemáticas que causan dicho sufrimiento. En pacientes oncológicos, de acuerdo a Watson et al. (2008) se han identificado cinco grupos de afrontamientos: (a) espíritu de lucha, (b) evitación/negación, (c) fatalismo/aceptación estoica, (d) desamparo/desesperanza y (e) preocupación ansiosa.

Como se puede observar en el modelo, una evaluación de desafío se relaciona con un afrontamiento de "*Espíritu de Lucha*" que se caracteriza por evaluar el diagnóstico del cáncer y su tratamiento como un reto personal, sobre el cual se tiene un control moderado; es decir, el paciente se percibe capaz de hacerle frente a la enfermedad considerando que su curación depende en gran medida de lo que él realice. Esto se traduce en una mejor adaptación psicológica o situación manejable, en menores afectaciones en su estado emocional y su calidad de vida.

Aquellos pacientes que valoran el evento de forma evitativa, usualmente ponen en marcha un afrontamiento de "*Evitación/Negación*", el cual implica no percibir una amenaza en

el diagnóstico de cáncer, sea porque lo evitan o porque realmente no lo aceptan. No se preocupan del control que tengan sobre la enfermedad, descuidando su adhesión a las recomendaciones del personal de salud, arriesgando su posible recuperación. Si bien a corto plazo mantienen una actitud optimista hacia el pronóstico, pocos signos de ansiedad y una estrategia de minimización, a largo plazo presentan deterioros en sus redes sociales y niveles significativos de depresión y ansiedad.

Por su parte, aquellos pacientes que valoran el cáncer y su tratamiento como daño o amenaza, habitualmente ponen en marcha los siguientes tres estilos de afrontamiento:

La “*preocupación ansiosa*”, que se caracteriza por percibir el diagnóstico como una gran amenaza. Tanto por el poco control que consideran tener frente a la situación, como por el pronóstico que imaginan tener, se identifican por una sensación de incertidumbre que lleva a una respuesta emocional ansiosa.

El “*fatalismo/aceptación estoica*”, conlleva una valoración del cáncer y su tratamiento como amenaza sobre la cual el paciente no tiene control; por ello, respecto al pronóstico muestran una actitud de aceptación frente al desenlace “resignándose a su suerte”, asociada mayormente a niveles clínicamente significativos de ansiedad y depresión.

En cuanto al estilo “*desamparo/desesperanza*” se observa que los pacientes se evalúan como desbordados ante el cáncer y su tratamiento, percibiéndolo como una gran amenaza o pérdida afectiva, en el caso de este grupo de pacientes, la sintomatología depresiva es la que más prevalece.

Estos últimos tres grupos de afrontamiento se caracterizan por mediar entre el evento estresante original y afectaciones clínicamente significativas de estrés, ansiedad, depresión y en calidad de vida.

En relación a la calidad de vida, se ha identificado relación entre niveles significativos de estrés, ansiedad y depresión; y mayores efectos secundarios del cáncer y su tratamiento (dolor, fatiga, vomito, menor funcionamiento social, pérdida de peso y cabello) incluso permaneciendo varios meses después de terminado el tratamiento. Como podemos observar en el modelo teórico la relación entre la calidad de vida y el estado afectivo va de un escenario de adaptación a una mayor disfuncionalidad psicológica, es bidireccional esto indica que no es una condición estática, representa un proceso en constante interacción.

Los efectos psicológicos y de calidad de vida, no sólo son el producto final de trayectorias direccionales únicas, sino que son el resultado de factores asociados que hacen más probable la prevalencia de este tipo de conductas, la cual refuerza y potencializa los factores que la influyen. Sin embargo existe poca evidencia en pacientes con cáncer testicular de los efectos benéficos de modificar los estilos de afrontamiento como variables mediadoras mediante terapias cognitivo conductuales observadas en otros grupos de pacientes oncológicos.

Por lo que el objetivo de la presente investigación fue, a partir del presente modelo teórico, evaluar los efectos de una terapia cognitivo conductual en pacientes con cancer testicular en tratamiento de quimioterapia, sobre la sintomatología ansiosa, depresiva y calidad de vida, basada en el entrenamiento de un afrontamiento centrado en el problema, comparado con un grupo control con placebo activo.

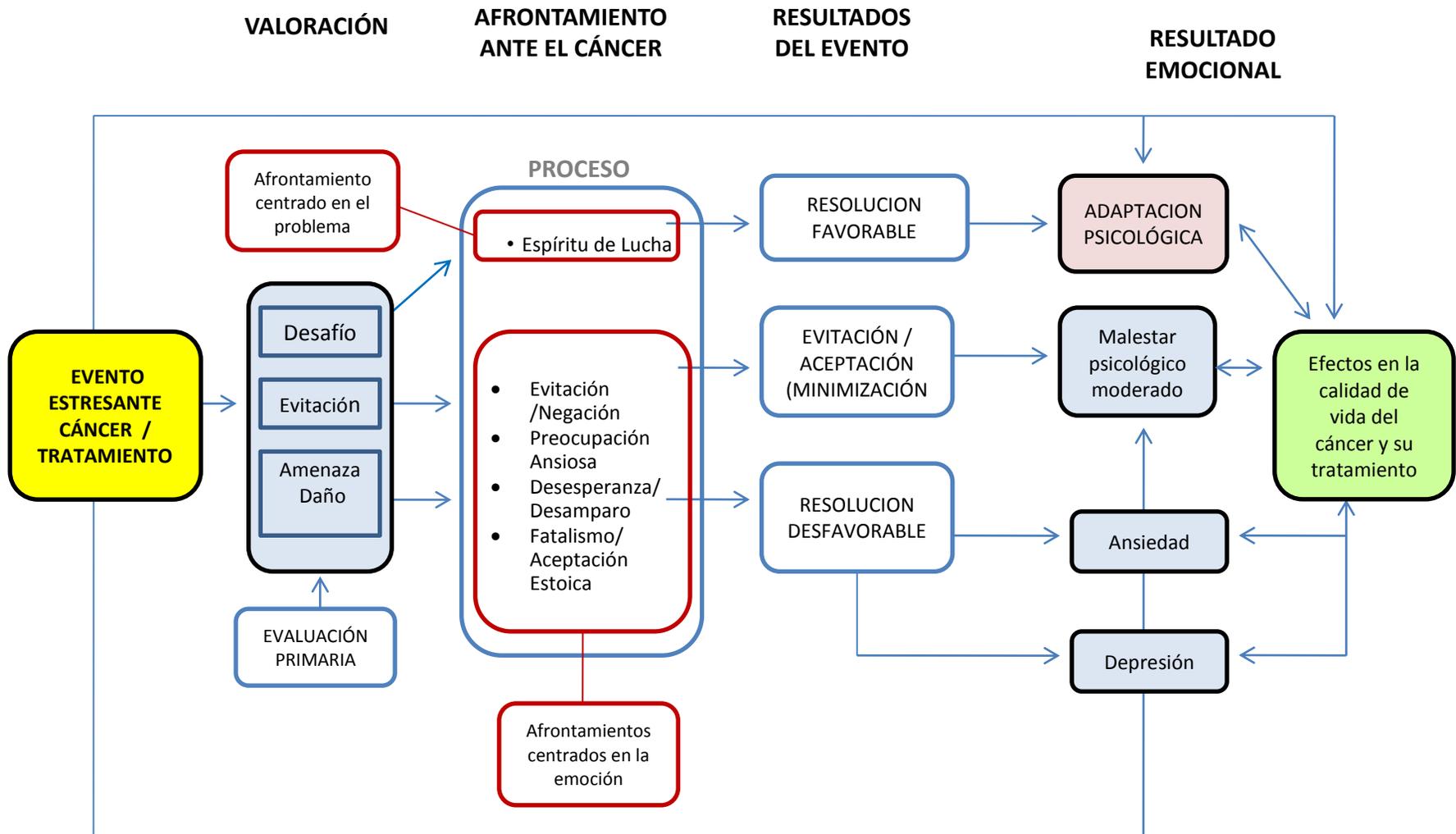


Figura 1. Modelo teórico de afrontamiento en el paciente con cáncer testicular.

Fase I

Validación de instrumentos

Una herramienta práctica y económica para la detección oportuna de las afectaciones psico-oncológicas la constituyen instrumentos válidos y confiables, ya que hacen posible la detección de probables casos clínicos. Entre las barreras para su detección se encuentran la no validación en poblaciones de diferentes grupos culturales, el poco uso de instrumentos estandarizados y el desconocimiento en su aplicación, calificación e interpretación (Clark, Rochon, Brethwaite, & Edmiston, 2011; Jacobsen & Ransom, 2007; Muriel et al. 2009). La importancia de una adecuada detección de los problemas psicológicos es justificada ya que los pacientes oncológicos con mayores niveles de malestar psicológico requieren más servicios médicos, tienen mayor dificultad en la toma de decisiones, insatisfacción con la atención médica, menor calidad de vida y adhesión al tratamiento, así como una baja adaptación a la enfermedad (Carlson & Bultz, 2003; Clark, Rochon, Brethwaite, & Edmiston, 2011).

Ante la necesidad de contar con adecuados instrumentos de evaluación, el presente estudio en su Fase I consistió en tres estudios cuyo objetivo fue validar la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS-M), la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC-M) y el Cuestionario Básico de Síntomas M. D. Anderson (MDASI-M) para pacientes con cáncer en población mexicana los cuales son instrumentos ampliamente usados a nivel internacional.

Estudio 1. Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS-M) en pacientes con cáncer en población mexicana

Diversas investigaciones a nivel mundial muestran que del 15 al 58% de la población oncológica presenta niveles clínicamente significativos de sintomatología depresiva, y del 24 a 66% de sintomatología ansiosa; los cuales son superiores a los reportados en población general (Alexander, Palmer, & Stone, 2010; Derogatis et al., 1983; Hinz et al., 2010; Jadoon, Munir, Shahzad, & Choudhry, 2010).

Es por ello que resulta fundamental el diagnóstico y tratamiento de ambas patologías psicológicas, ya que pueden influir negativamente en aspectos de la calidad de vida, duración de la estancia hospitalaria, ideación suicida, autocuidado, adhesión al tratamiento y síntomas como dolor, náuseas, vómito y fatiga (DiMatteo, Lepper, & Croghan, 2000; Vahdaninia, Omidvari, & Montazeri, 2010; Zenger, Brix, Borowski, Stolzenburg, & Hinz, 2010).

Una de las herramientas para la detección oportuna de sintomatología ansiosa y depresiva, la constituyen los instrumentos de tamizaje válidos y confiables, ya que proporcionan una aproximación para la detección de posibles casos clínicos. Con el fin de identificar la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en población medicamente enferma, la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) desarrollada por Zigmond y Snaith (1983), es una escala autoaplicada conformada por 14 ítems que permite utilizarse en medios hospitalarios no psiquiátricos o en atención primaria. Es un instrumento que considera dimensiones cognitivas y afectivas, y excluye la dimensión somática (insomnio, fatiga, pérdida de apetito, etc.) lo que evita la sobreatribución de sintomatología somática, asociada a la enfermedad y a su manejo. La escala original ha sido adaptada y validada en diversas poblaciones y culturas, mostrando una sensibilidad y especificidad adecuada en la discriminación de ansiedad y depresión.

Bjelland et al. (2002) en una revisión de 747 estudios encontrados en MedLine, ISI y PsycINFO sobre el desempeño del HADS en diferentes enfermedades crónico degenerativas señalan lo siguiente: “*La mayoría de los resultados de los análisis factoriales demostraron una adecuada estructura factorial del instrumento con una alfa de Cronbach para el factor de sintomatología ansiosa de un 0.68 a 0.93 y para sintomatología depresiva de 0.67 a 0.90. En relación a la sensibilidad y especificidad para ambos factores es de 0.80*”. La conclusión es que el HADS es un instrumento válido y confiable para la población médicamente enferma.

En población oncológica, el HADS ha demostrado ser un adecuado instrumento para identificar sintomatología ansiosa y depresiva, mostrando rangos de sensibilidad entre 0.74 y 0.84, especificidad de 0.78 a 0.80, alta consistencia interna (alfas entre 0.83 y 0.85), alta confiabilidad test retest ($r=0.75$) y una adecuada validez convergente ($p<0.5$), así como una estructura factorial congruente con la versión original (Abiodun, 1994; Carroll, Kathol, & Noyes, 1993; Herrmann, 1997; Özalp et al., 2008; Singer et al., 2008). Adicionalmente ha mostrado ser un instrumento adecuado y sensible a los cambios durante el curso de enfermedad, en respuesta a tratamiento psicoterapéutico e intervención psicofarmacológica (Costantini et al., 1999).

A pesar de todos los estudios mencionados, no se cuenta con datos sobre la validez y confiabilidad de este instrumento en población mexicana con diversos tipos de diagnósticos oncológicos, estadios de la enfermedad y tratamientos. Por lo cual el objetivo de este estudio fue obtener las propiedades psicométricas del HADS. Como resultado de esta validación se facilita la identificación de sintomatología de ansiedad y depresión, la evaluación de efectos de intervenciones psicológicas, la comparación de hallazgos con estudios multicéntricos internacionales y el realizar recomendaciones que ayudarán a mejorar las opciones de atención psicológica de los pacientes con cáncer.

Objetivo general.

Determinar las propiedades psicométricas del HADS en una muestra de pacientes con cáncer, en México.

Objetivos Específicos.

Determinar la estructura factorial de componentes principales, confiabilidad por consistencia interna y validez convergente del HADS.

Método.

Participantes.

Se incluyeron 400 pacientes oncológicos de ambos sexos, con edades entre 16 y 80 años (Ver Tabla 1 para una descripción de la muestra). La obtención de la muestra fue por disponibilidad en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan).

Procedimiento.

La muestra de participantes se obtuvo durante las consultas de los Servicios de Oncología Médica, Cirugía, Radioterapia y Psico-oncología, durante el periodo comprendido de junio a diciembre del 2012. El proyecto fue aprobado por los Comités Científico y de Bioética del INCan y cada uno de los participantes aceptó participar en el presente estudio mediante la comprensión y firma del consentimiento informado de investigación.

Tabla 1. Descripción de la muestra para la validación del HADS-M

	f	%		f	%
N	400	100	Diagnóstico		
			Mama	137	34.1
Edad (Rango) 16-80			Urogenitales	71	18.7
			Cabeza y cuello	46	11.5
Sexo			Ginecológicos	35	8.6
Masculino	174	43.6	Pulmón	31	7.5
Femenino	226	56.5	Hematológicos	30	7.4
			Gástricos	23	5.6
Escolaridad			Neoplasias de la piel	21	5.4
Ninguno	28	7.0	Otros	6	1.2
Primaria	96	24.8			
Secundaria	112	28.0	Enfermedad		
Bachillerato	91	22.8	Localizada	76	19.0
Licenciatura	66	16.5	Locoregional	150	37.5
Posgrado	7	1.8	Metastásica	174	43.5
Estado civil			Tratamiento		
Soltero(a)	94	23.6	QT	150	37.5
Casado o Unión libre	10.8	54.3	Cirugía + QT	78	19.5
Separado(a) o Divorciado(a)	5.3	6.3	Cirugía + QT + RT	58	14.5
Viudo	21	6.3	QT + RT	50	12.5
Otro	25	6.3	Cirugía	25	6.3
			Otros	39	9.7

Nota: QT= Quimioterapia, RT=Radioterapia

Los participantes fueron seleccionados a partir de los criterios de inclusión: (a) Pacientes en tratamiento oncológico (cualquier tipo de tratamiento) o periodo de seguimiento (máximo seis meses de seguimiento), (b) Cualquier tipo de diagnóstico oncológico y estadio del proceso oncológico, (c) Alfabetas, y (d) Índice Karnofsky igual o mayor a 60. Como criterios de exclusión se consideró: (a) Pacientes que presenten cuadros psiquiátricos severos o/y adicción a alguna sustancia psicoactiva, y (b) Pacientes con complicaciones vasculares mayores, disnea, deficiencias cognitivas así como problemas auditivos y visuales severos.

Proceso de obtención del consentimiento informado.

A los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión se les invitó a colaborar en la presente investigación. Al corroborar que no cumplieran con los criterios de exclusión, se les explicó de forma clara y sin ambigüedades el objetivo del estudio, la confidencialidad de la información, el procedimiento, los riesgos y beneficios. Si aceptaban participar, se les solicitaba firmar el documento de Consentimiento Informado. Posteriormente se les entregó una copia del mismo firmado por el investigador, participante y dos testigos. Se le aclaró que si en algún momento durante su participación en el presente estudio deseaba retirarse del mismo, lo podría hacer, sin repercusiones en ninguno de los tratamientos que recibe o que deba recibir en el futuro.

El llenado de los instrumentos se llevó a cabo aproximadamente en aproximadamente 20 minutos. La aplicación de los instrumentos las realizó el equipo del Servicio de Psicooncología de dicha Institución de Salud.

Instrumentos.

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión - HADS -

El HADS (Zigmond & Snaith, 1983) es una escala tipo Likert que va de 0 a 3, en donde los pacientes tienen que describir los sentimientos que han experimentado durante la última semana. Esta escala consta de dos subescalas de siete ítems intercalados. La subescala de depresión está centrada en el concepto de anhedonia como síntoma nuclear de este cuadro clínico y que

diferencia primordialmente la ansiedad de la depresión. Cada reactivo tiene cuatro posibles respuestas que puntúan de 0 a 3, para un total de 0 a 21. Tanto para la puntuación de ansiedad como de depresión se considera de cero a siete normal, de ocho a diez dudoso, y de once o más problema clínico. Diversos estudios reportan tasas de respuesta del 95 al 100%, la escala se puede contestar de 5 a 6 minutos, lo que hace que sea sencilla de responder para pacientes con enfermedades crónicas degenerativas y de fácil aplicación para el equipo de salud (Bjelland et al. 2002; Costantini et al. 1999).

Inventario de Depresión de Beck – BDI -

El -BDI- (Beck, Steer y Garbin 1961), fue estandarizado para población mexicana por Jurado et al. (1998) y diseñado para evaluar la intensidad de sintomatología depresiva que presenta un individuo. Es autoaplicable y consta de 21 reactivos, con cuatro opciones de respuesta que describen el espectro de severidad de la categoría sintomática y conductual evaluada. Los reactivos evaluados por el BDI son: 1.ánimo, 2.pesimismo, 3.sensación de fracaso, 4.insatisfacción, 5.sentimientos de culpa, 6.sensación de castigo, 7.autoaceptación, 8.autoacusación, 9.ideación suicida, 10.llanto, 11.irritabilidad, 12.aislamiento, 13.indecisión, 14.imagen corporal, 15.rendimiento laboral, 16.trastornos del sueño, 17.fatigabilidad, 18.apetito, 19.pérdida de peso, 20.preocupación somática y 21.pérdida de libido. Las propiedades psicométricas del BDI en población mexicana muestran que la confiabilidad por consistencia interna obtenida fue: alfa de Cronbach=0.87. El análisis factorial mostró que la versión mexicana al igual que la original, se compone por tres factores. En relación a la validez concurrente entre el BDI y la Escala de Zung, la correlación estadística fue: $r=0.70$, $p<0.001$. Así el instrumento

ha mostrado tener validez y confiabilidad aceptables para su empleo clínico y de investigación en nuestro país.

Inventario de Ansiedad de Beck – BAI -

El BAI (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988) fue estandarizado para población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001). Es un instrumento de autorreporte, consta de 21 reactivos que determinan la severidad con que se presentan las categorías sintomáticas y conductuales que evalúan. Estas categorías corresponden a síntomas que generalmente se incluyen en el diagnóstico de algún trastorno de ansiedad. Las categorías evaluadas por el BAI son: (a) subjetivo, (b) neurofisiológico, (c) autonómico y (d) pánico. Los estudios de propiedades psicométricas del BAI en población clínica y normal, han demostrado que la escala se caracteriza por una alta consistencia interna (alfas superiores a 0.90), validez divergente moderada (correlaciones menores a 0.60), y validez convergente adecuada (correlaciones mayores a 0.50). Los análisis factoriales han extraído cuatro factores principales, que se han denominado: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico. Las propiedades psicométricas del BAI para población mexicana se caracterizan por una alta consistencia interna (alfas 0.84 y 0.83), con un alto coeficiente de confiabilidad test-retest ($r=.75$), validez convergente y estructura factorial adecuada.

Termómetro de Distrés

Termómetro de Distrés (Holland, 1999) fue validado para población mexicana por Almanza-Muñoz, Juárez y Pérez (2008), el termómetro de distrés consta de dos partes. La primera es una

escala visual análoga que va de 0 a 10, para evaluar el distrés experimentado en la última semana. La segunda plantea una lista de 35 problemas, señalando la existencia o no de los mismos, bajo la siguiente instrucción: *"Por favor indique si ha tenido cualquiera de los siguientes problemas en la última semana, incluyendo el día de hoy"*. 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, lo cual arroja una prevalencia del distrés de 61.8%.

Análisis estadísticos.

Se determinó la estructura factorial por medio de un análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax. Los criterios utilizados para el análisis factorial fueron: (a) cargas factoriales ≥ 0.40 ; (b) factores con por lo menos tres reactivos, y (c) coeficiente de consistencia interna por cada factor alfa de Cronbach ≥ 0.60 . La relación entre el HADS y las medidas concurrentes se analizó mediante el coeficiente de correlación de Pearson y la consistencia interna con el alfa de Cronbach.

Estructura factorial.

El primer análisis factorial exploratorio (método de componentes principales y rotación Varimax) con 14 reactivos arrojó un modelo con tres factores con autovalores arriba de 1.00; aunque explicaba el 53.74% de la varianza no concordaba con los dos factores de la versión original. En el tercer factor se agruparon los reactivos *"Puedo estar sentado(a) tranquilamente y*

sentirme relajado(a)” y *“Me siento como si cada vez estuviera más lento”*, por lo que fueron eliminados debido a que no correspondieron conceptualmente con la subescalas originales. Se realizó un análisis factorial confirmatorio con 12 reactivos que obtuvo el 48.04% de la varianza. (Ver Tabla 2). El índice de adecuación muestral (KMO=0.886) para el análisis factorial determinó la utilidad de la estructura de los componentes finales.

Consistencia interna.

El alfa de Cronbach de la subescala de ansiedad del HADS-M (6 reactivos) fue 0.79 y de la subescala de depresión (6 reactivos) fue de 0.80; en tanto, el alfa de Cronbach de los 13 reactivos del HADS-M fue 0.86. En términos generales, la consistencia puede considerarse adecuada. (Ver Tabla 2).

Tabla 2
Analisis factorial de elementos HADS-M

Escala Global $\alpha=.86$ Varianza Explicada = 48.04%	Carga factorial	Varianza explicada	Alfa de Cronbach
HADS Subescala Ansiedad		36.55%	$\alpha=.79$
1. Me siento tenso(a) o nervioso(a)	.689		
3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder	.793		
5. Tengo mi mente llena de preocupaciones	.628		
9. Tengo una sensación extraña, como de “aleteo” en el estomago	.519		
11. Me siento inquieto(a), como si no pudiera parar de moverme	.641		
13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico	.736		
HADS Subescala Depresión		11.49%	$\alpha=.80$
2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba	.658		
4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas	.756		
6. Me siento alegre	.650		
10. He perdido el interés en mi aspecto personal	.649		
12. Me siento optimista respecto al futuro	.663		
14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión	.738		

Validez externa por medio de correlaciones con medidas concurrentes.

En la Tabla 3 se muestra el resumen de las asociaciones entre la HADS-M con las medidas concurrentes administradas (BDI, BAI y Termómetro de distrés). Todas las correlaciones fueron positivas y estadísticamente significativas (r de Pearson de 0.51 a 0.71, $p < 0.05$). Adicionalmente se correlaciono la HADS-M con el índice Karnofsky ($r = -0.337$), HAD-A ($r = -0.244$) y la HAD-D ($r = -0.238$), $p < 0.01$, indicando una correlación inversamente proporcional.

Tabla 3
Correlaciones entre el HADS-M, BDI, BAI y Distrés

	1	2	3	4	5	6
1. Distrés						
2. Depresión HADS	.443*					
3. Ansiedad HADS	.505*	.557*				
4. HADS-M	.532*	.911*	.849*			
5. Depresión Beck	.477*	.682*	.560*	.711*		
6. Ansiedad Beck	.530*	.545*	.537*	.612*	.660*	
7. Termómetro de distrés	.613*	.560*	.514*	.610*	.628*	.685*

* Correlaciones Pearson con $p < .001$

Discusión.

La evaluación de la sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes oncológicos es de gran relevancia debido a su relación con afectaciones severas durante el tratamiento. La HADS de Zigmond y Snaith (1983) es un instrumento diseñado para medir estos constructos, el cual ha mostrado adecuadas características psicométricas replicadas en estudios en diversos países. La HADS-M en población mexicana presentó una estructura similar y confiabilidad aceptable. Sin embargo, la omisión de los ítems 7 y 8 pueden indicar un constructo diferente, esto a pesar de que la escala pretende excluir síntomas somáticos, estos dos ítems parecen no cumplir con ese

objetivo, estos hallazgos pueden indicar un componente adicional como el identificado por Rico et al. (2005) con los reactivos 8 y 9; y los estudios identificados por Bjelland et al. (2002) lo cual tendrá que confirmarse en estudios futuros.

Una validez concurrente adecuada a través de asociaciones significativas con el BDI y el BAI que incluyen elementos somáticos; así como de distrés el cual es un malestar emocional que interfieren con la habilidad para enfrentar el cáncer, indican que la HADS-M plantea un constructo centrado en la anhedonia con elementos cognitivos conductuales estables. Finalmente asociaciones inversamente proporcionales con el Índice Karnofsky confirman que a mayores síntomas de ansiedad y depresión el nivel de funcionalidad del paciente disminuye. En relación a los puntos de corte, difieren del artículo original de Zigmond y Snaith (1983), debido a que se modificó el número de reactivos para cada subescala.

La ventaja de la HADS-M para esta población oncológica sobre otros instrumentos, que evalúan sintomatología ansiosa y depresiva, es que no incluye síntomas somáticos que pueden explicarse por el cáncer y su tratamiento, lo cual puede contribuir a una sobre estimación en los demás instrumentos.

Al ser un instrumento breve, fácil de aplicar y confiable para la práctica clínica y la investigación en población oncológica, resulta relevante para determinar la magnitud de la problemática, prevención e implementar acciones de para el tratamiento.

Una adecuada identificación de las afectaciones psicosociales es crucial para identificar al grupo de pacientes con afectaciones psicológicas, realizar una oportuna derivación a los servicios de salud mental (Vázquez et al., 2013; Sellick & Edwardson 2007) y proveer de intervenciones psicológicas que han mostrado efectos benéficos en este grupo de pacientes (Tatrow & Montgomery 2010; Penedo et al., 2007) con el objetivo de mantener parámetros aceptables de bienestar psicológico en esta población.

Entre las limitaciones de este trabajo se encuentra la falta de una entrevista psiquiátrica, para la confirmación de la sintomatología ansiosa y depresiva; adicionalmente se recomienda estudios adicionales en población mexicana. Finalmente los datos apoyan la necesidad de incrementar los esfuerzos orientados a hacer más disponibles los servicios de salud mental en este grupo de pacientes.

Estudio 2. Validación de la Escala de ajuste mental al cáncer (MAC-M) para pacientes con cáncer en población mexicana.

De acuerdo a Nezu (2001) el cáncer y su tratamiento representa para los pacientes eventos estresantes que pueden generar repercusiones psicológicas. Lazarus y Folkman (1991) mencionan que frente a estas situaciones las personas plantean diferentes estilos de afrontamiento, definidos como aquéllos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

De los aportes de la teoría antes mencionada Moorey, Frampton y Greer (2003) y Watson et al. (1988) plantearon un modelo de adaptación al cáncer llamado Ajuste Mental al Cáncer. Este modelo está centrado en el significado personal que tiene el cáncer para el individuo y las estrategias de afrontamiento que se ponen en marcha para lograr su adaptación. Estos autores proponen un esquema de supervivencia o una triada de evaluación cognitiva, para la cual se toman en cuenta tres aspectos: (a) la percepción del diagnóstico, que responde a la pregunta “¿qué significado tiene para usted esta enfermedad?”; (b) la sensación de control sobre la situación, responde a las preguntas “¿qué puede hacerse frente a la enfermedad?” y “¿se puede controlar?” y (c) la visión acerca del pronóstico, que contesta a la pregunta “¿cuál es el pronóstico de la enfermedad y si este pronóstico es confiable?”. Independientemente de la situación real de pronóstico favorable o no del paciente, esta visión se relaciona con los dos aspectos mencionados anteriormente.

Estos aspectos definen cinco tipos de afrontamiento que presenta al individuo, que permiten sobrellevar el cáncer y que tendrán su consecuente respuesta emocional (Moorey et al.,

2003). Así los tipos de ajuste y la respuesta emocional que tiene el individuo frente a su estado de salud dependen de la evaluación que el sujeto hace de la enfermedad. Los cinco estilos son: Espíritu de Lucha, Evitación/Negación, Fatalismo/Aceptación Estoica, Desamparo/Desesperanza y Preocupación Ansiosa. En este contexto, la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC por sus siglas en inglés de Mental Adjustment to Cancer Scale) desarrollado por Watson et al., (1988) es un instrumento ampliamente utilizado que mide estos cinco tipos de afrontamiento en un medio hospitalario y ambulatorio, que se asocian con diferentes formas de adaptación ante el cáncer.

El MAC ha sido adaptado y validado en diversas poblaciones como pacientes en tratamiento de salvación y paliativos; así como en diversos países europeos (Inglaterra, Italia, Alemania, España, Noruega, Grecia y Francia), iberoamericanos (España y Perú) y asiáticos (China, Japón y Korea), en todos ellos ha mostrado una adecuada estructura factorial en la discriminación de los diferentes tipos de afrontamiento.

En diversas poblaciones oncológicas ha demostrado ser un instrumento con una adecuada consistencia interna (alfas entre 0.60 y 0.93), alta confiabilidad test retest ($r=.75$), una adecuada validez convergente (0.75), rangos de sensibilidad entre 0.70 y 0.83 y especificidad de 0.75 a 0.85 para identificar los diferentes estilos de afrontamiento, así como una estructura factorial congruente/similar con lo reportado por los autores originales (Swchartz, Daltroy, Brandt, Friedman, & Stolbach, 1992; Nordin, Berglund, Terje, & Glimelius, 1999; Akechi et al., 2000; Cayrou, Dickés, Gauvain-Piquard, & Roge, 2003; Ho, Kam Fung, Chan, Watson, & Tsui, 2003; Forero, Bernal, & Restrepo, 2005; Grassi et al., 2005; Mystakidou et al., 2005; Anagnostopoulos, Kolokotroni, Spanea, & Chryssochoou, 2006).

Diversas revisiones de la literatura concluyen que el MAC es un instrumento adecuado para la identificación de los tipos de afrontamiento en pacientes oncológicos; es sensible a los

cambios durante el curso del cáncer, y en la respuesta al tratamiento psicoterapéutico. Sin embargo en nuestro país no existía una versión validada para población oncológica mexicana del MAC.

Objetivo general.

Validar la versión de la Escala de Ajuste mental al cáncer (MAC) para pacientes con cáncer en población mexicana.

Objetivos específicos.

Determinar la estructura factorial de componentes principales, confiabilidad por consistencia interna y validez convergente.

Adaptación al español (población mexicana).

Inicialmente se solicitó la autorización de la autora original para la validación en México. El proceso de traducción se realizó por dos psicólogos expertos en el área de psico-oncología a partir de la versión original de 40 ítems de Watson et al. (1988), comparándola con la versión española (Caro, 1999) y peruana (Obando, 2009). Posteriormente se realizó la validación por cinco jueces expertos en el área de Psicología de la salud que evaluaron la validez de facie, equivalencia y pertinencia del lenguaje en relación a las instrucciones, ítems y opciones de respuesta.

A continuación se realizó una prueba piloto de esta versión en 30 pacientes mexicanos en etapa de tratamiento médico, en diferentes estadios de la enfermedad oncológica con el objetivo de adecuar el MAC al lenguaje y nivel de comprensión de los participantes. Se aplicó un formato de registro de caso que incluyó un cuestionamiento específico sobre las instrucciones, sobre cada ítem y las opciones de respuesta. Estas preguntas evaluaron si los pacientes comprendieron el ítem y si existía alguna expresión confusa u ofensiva. Se registraron las dificultades en cada paciente para entender y responder cada uno de los ítems, y se realizó una descripción sistemática de éstas. Se realizaron las modificaciones pertinentes.

Método

Participantes.

Se incluyó a 317 pacientes oncológicos de ambos sexos. La obtención de la muestra fue por disponibilidad en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan).

Procedimiento.

La muestra de participantes se obtuvo durante las consultas de los Servicios de Oncología Médica, Cirugía, Radioterapia y Psico-oncología durante el periodo comprendido de abril de 2013 a mayo 2014. El proyecto fue aprobado por los Comités Científico y de Bioética del INCan y cada uno de los participantes firmó el consentimiento informado de investigación al aceptar

participar en el presente estudio. A continuación se presentan las características de los 317 participantes (Ver tabla 4).

Tabla 4
Descripción de la muestra para validación del MAC-M

	f	%		f	%
N	317	100			
Edad (rango) 17–71 años	x=46.28		Diagnóstico		
			Cáncer de mama	89	28.1
Genero			Cabeza y cuello	44	13.9
Masculino	148	46.7	Urológico	63	19.9
Femenino	169	53.3	Gástricos	15	4.7
			Ginecológicos	26	8.2
Escolaridad			Neumología	24	7.6
Ninguna	10	3.2	Otros	56	17.6
Primaria	56	17.7	Estadio		
Secundaria	97	30.6	I	18	5.7
Bachillerato	76	24.0	II	98	30.9
Licenciatura	67	21.0	III	127	40.1
Posgrado	11	3.5	IV	74	23.3
			Tratamiento		
Estado civil			Quimioterapia	193	60.9
Soltero(a)	87	27.4	Cirugía	31	9.8
Casado(a)/Juntado	168	53.0	Radio/Quimio	54	17.0
Divorciado(a)	49	15.5	Radioterapia	17	5.4
Viudo(a)	13	4.1	Otros	22	6.9
			Enfermedad comorbida		
Paternidad			Si	74	23.3
Si	226	71.3	No	243	76.7
No	91	28.7	Índice Karnofsky		
Nivel socioeconómico			60	2	0.6
0	162	51.1	70	14	4.4
1	45	14.2	80	69	21.8
2	71	22.4	90	156	49.2
3	35	11.0	100	78	24.6
4	2	0.6			
	1	0.3			

Los participantes fueron seleccionados a partir de los criterios de inclusión: (a) pacientes en tratamiento oncológico (cualquier tipo de tratamiento), (b) cualquier tipo de diagnóstico oncológico y estadio del proceso oncológico, (c) saber leer y escribir e (d) Índice Karnofsky

igual o mayor a 60. Los criterios de exclusión fueron: (a) pacientes que presenten cuadros psiquiátricos severos y/o adicción a alguna sustancia psicoactiva, (b) pacientes en crisis psicológica, (c) pacientes con disnea, (d) deficiencias cognitivas y/o (e) problemas auditivos y/o visuales severos.

Proceso de obtención de la muestra

A los participantes se les invitó a participar en el estudio explicándoles el objetivo, riesgo y beneficios; después de la comprensión del mismo y si aceptaban participar, se les solicitó que firmaran el documento de Consentimiento Informado. El llenado de los instrumentos se llevó a cabo en aproximadamente 20 minutos. La aplicación de los instrumentos las realizó el equipo del Servicio de Psicooncología del INCan.

Instrumentos.

Escala de Ajuste Mental al Cáncer - MAC -

El MAC (Watson et al., 1988) es un instrumento compuesto por 40 ítems que mide cinco tipos de afrontamiento en un medio hospitalario y ambulatorio: (a) espíritu de lucha, (b) desesperanza/desamparo, (c) preocupación ansiosa, (d) fatalismo/aceptación estoica y (d) negación; todos ellos que asocian con diferentes formas de adaptación ante el cáncer. En diversas poblaciones oncológicas este instrumento ha mostrado una adecuada consistencia interna (alfas entre 0.60 y 0.93), alta confiabilidad test retest ($r = 0.75$) y una adecuada validez

convergente 0.75 y rangos de sensibilidad entre 0.70 y 0.83, especificidad de 0.75 a 0.85 para identificar los diferentes estilos de afrontamiento.

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión - HADS – M.

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983) es una escala autoaplicada conformada por 14 ítems que permite detectar trastornos de ansiedad y depresión en un medio hospitalario no psiquiátrico o en medios de atención primaria. Esta escala consta de dos subescalas de 7 ítems intercalados. La subescala de depresión está centrada en el concepto de anhedonia como síntoma nuclear de este cuadro clínico y que diferencia primordialmente la ansiedad de la depresión. Cada reactivo tiene cuatro posibles respuestas que puntúan de 0 a 3, para un total de 0 a 21. Tanto para la puntuación de ansiedad como de depresión se considera de cero a siete normal, de ocho a diez dudoso, y de once o más problema clínico. Dicho instrumento fue validado en población mexicana por Galindo, Benjet, Juárez, Rojas, Riveros, Aguilar-Ponce et al. (2015) la versión mexicana del HADS-M mostró una estructura factorial con 12 ítems y una adecuada consistencia interna de la escala global ($\alpha=0.82$). Las alfas de Cronbach de cada subescala de 0.80 y 0.79 que explican el 48.04% de la varianza. En relación a la validez concurrente entre el HADS, BDI, BAI y Termómetro de estrés se obtuvieron correlaciones positivas y estadísticamente significativas (r de Pearson de 0.51 a 0.71, $p<0.05$).

Termómetro de Distrés.

Termómetro de Distrés (Holland, 1999) validada para población mexicana por Almanza-Muñoz, Juárez y Pérez (2008) consta de dos partes. La primera es una escala análoga visual, ubicada en forma vertical y bajo la apariencia de un termómetro. Las instrucciones son: *“encierra en un círculo (0 al 10) la opción que mejor describa qué tanto distrés ha experimentado en la última semana, incluyendo el día de hoy”*. En la segunda parte se solicita que de una lista de 35 problemas físicos y emocionales el sujeto señale la existencia o no de los mismos. Las propiedades del termómetro de Distrés en población mexicana muestran una confiabilidad por consistencia interna adecuada: $\alpha = 0.87$. 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 cuatro o más, lo cual arroja una prevalencia del distrés de 61.8%.

Análisis estadísticos.

Se determinó la estructura factorial por medio de un análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax. Los criterios utilizados para el análisis factorial fueron: (a) cargas factoriales ≥ 0.40 , (b) ítems que cargaran sólo en un factor y (c) coeficiente de consistencia interna por cada factor alfa de Cronbach ≥ 0.60 . La relación entre el MAC-M, HADS-M y termómetro de distrés se analizó mediante el coeficiente de correlación de Pearson, con un nivel de confianza del 95%.

Resultados.

Estructura factorial.

Se obtuvo en la prueba de esfericidad de Bartlett ($p = 0.001$) y un índice de adecuación muestral (KMO=0.879) que determinó la utilidad de la muestra para la estructura de los componentes finales. El análisis factorial (método de componentes principales y rotación Varimax) con 40 reactivos arrojó un modelo con cuatro factores con autovalores arriba de 1.00. Los reactivos 1, 5, 8, 10, 12, 15, 16, 19, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 33 y 35 fueron eliminados de acuerdo con los criterios para el análisis factorial antes mencionados. Se obtuvo un modelo que explicó el 53.32% (Ver Tabla 5).

Validez externa por medio de correlaciones con medidas concurrentes.

En la Tabla 6 muestra el resumen de las asociaciones entre el MAC-M, sus subescalas, la HADS-M y Termómetro de estrés. Como se puede observar las correlaciones fueron positivas o negativas dependiendo de la relación teórica entre subescalas, de magnitud baja a media y estadísticamente significativas (r de Pearson de 0.586 a -0.367, $p < 0.01$, $p < 0.05$).

Tabla 5
Análisis factorial MAC-M

Escala Global $\alpha=.81$ Varianza Explicada = 53.32%	Peso factorial	Varianza explicada	Alfa de Cronbach
Factor I. Espíritu de lucha		24.17%	$\alpha=.802$
11. Desde que me diagnosticaron el cáncer valoro mucho más mi vida y trato de sacar el mayor provecho de ella.	.693		
20. Estoy decidido(a) a enfrentar de todo.	.798		
31. Trato de tener una actitud positiva.	.644		
34. Veo mi enfermedad como un desafío.	.494		
39. Me concentro en los aspectos buenos que tengo.	.684		
40. Intento luchar contra la enfermedad.	.754		
Factor II. Preocupación ansiosa		12.17%	$\alpha=.713$
3. Mis problemas de salud me impiden hacer planes para el futuro.	.557		
14. Me preocupa que el cáncer vuelva a aparecer o empeore.	.681		
22. Siento mucha ansiedad a causa de la enfermedad.	.803		
36. No sé lo que debo de hacer.	.452		
37. Estoy muy enfadado(a) por lo que me está ocurriendo.	.737		
Factor III. Desamparo/Desesperanza		6.92%	$\alpha=.709$
2. Siento que no puedo hacer nada para alegrarme o sentirme mejor	.525		
7. Creo que nada de lo que pueda hacer cambiaran las cosas	.709		
9. Pienso que mi vida no tiene sentido.	.639		
17. Creo que no hay nada que yo pueda hacer para ayudarme.	.718		
30. Creo que no puedo controlar lo que me acurra.	.568		
Factor IV. Actitud positiva		5.36%	$\alpha=.692$
4. Creo que una actitud positiva será beneficioso(a) para mi salud.	.671		
6. No tengo ninguna duda de que mejoraré.	.768		
13. Tengo planes para el futuro (por ejemplo tener vacaciones, trabajo, cambios importantes).	.606		
Factor V. Evitación cognitiva		4.69%	$\alpha=.449$
18. Intento seguir viviendo como siempre lo he hecho.	.613		
32. Estoy tan ocupado(a) que no tengo tiempo para pensar en el cáncer.	.642		
38. En realidad yo no creo que tenga cáncer.	.676		

*Los reactivos permanecen con su numeración original.

Tabla 6
Correlaciones entre el MAC-M, HADS-M y Termómetro de Distrés

	1	2	3	4	5	6	7
1. Espíritu de lucha	1						
2. Preocupación ansiosa	-0.143**						
3. Desamparo/Desesperanza	-0.304*	0.458**					
4. Actitud positiva	0.534**	-0.210**	-0.399**				
5. Evitación cognitiva	0.334**	-0.099	-0.074	0.252**			
6. HADS Ansiedad	-0.209**	0.586**	0.302**	-0.195**	-0.205**		
7. HADS Depresión	-0.330**	0.421**	0.374**	-0.367**	-0.197**	0.619**	
8. Distrés	-0.011	0.398**	0.157**	-0.120*	-0.138**	0.569**	0.360**

** Correlaciones Pearson con $p < .01$, * Correlaciones Pearson con $p < .05$

Discusión.

La evaluación de los estilos de afrontamiento en pacientes oncológicos es de relevancia debido a que pueden representar una variable que puede coadyuvar a una mayor adaptación y solución de problemas ante la enfermedad y en sentido contrario una mayor disfunción psicológica. El MAC (Watson et al., 1988) es un instrumento diseñado para medir estos constructos, el cual ha mostrado adecuadas características psicométricas replicadas en estudios en diversos países.

De acuerdo al presente estudio, el factor I (Espíritu de lucha) obtuvo un $\alpha = 0.80$, lo que concuerda con alfas de 0.54 a 0.89 reportadas de la versión original y en estudios previos (Watson et al., 1988; Akechi et al., 2000; Cayrou et al., 2003; Mystakidou et al., 2005; Grassi et al., 2005; Kang et al., 2008).

El factor II (Preocupación Ansiosa) obtuvo un $\alpha = 0.71$; diversos estudios identifican alfas de 0.60 a 0.87 en este factor (Watson et al., 1988; Akechi et al., 2000; Cayrou et al., 2003; Mystakidou et al., 2005; Grassi et al., 2005; Kang et al., 2008);

El factor III (Desamparo/Desesperanza), obtuvo un $\alpha = 0.70$ que es menor en comparación con otros estudios los reportados en otros estudios (alfas de 0.75 a 0.91) (Akechi et al., 2000; Cayrou et al., 2003; Mystakidou et al., 2005; Grassi et al., 2005; Kang et al., 2008; Costa-Requena et al., 2009) denominado sólo desesperanza ($\alpha = 0.78$), resulta congruente teóricamente con la versión original (Watson et al., 1988).

El factor IV (Actitud positiva) obtuvo un $\alpha = 0.69$; aunque este factor no se contempla en la versión original, ha sido identificado en otros estudios (alfas de 0.70 a 0.92) (Ho et al., 2003; Mystakidou et al., 2005; Kang et al., 2008). La actitud positiva se basa en un modelo de autorregulación conductual, según el cual, un individuo persiste en conseguir un resultado si éste es percibido como alcanzable; es decir, la creencia general de que el futuro le va a deparar a uno más resultados positivos que negativos (Raji, Ostir, Markides, & Goodwin, 2002; Carver, Smith, Antoni, Petronis, & Weiss, 2005).

En población mexicana podría expresarse como lo señala Knaul (2008):

“el proceso de aprender cómo encontrar formas y fórmulas de vivir sin lamentar lo que perdí con el tratamiento. Hay que procesar las pérdidas y el duelo para no hundirse en ello. Visto de otra forma, de la forma correcta, es una oportunidad y un momento de redimensionar y ser creativo –oportunidades que pocas veces encuentra uno en la vida adulta por tener que enfrentar las presiones y el tren rutinario de la vida diaria”.

El factor V (Evitación cognitiva) obtuvo un $\alpha = 0.44$, por lo que representa el factor con la menor consistencia interna del MAC-M, este componente ha sido identificado en otros estudios con alfas de 0.65 a 0.82 (Ho et al., 2003; Grassi et al., 2005; Kang et al., 2008). Se debe destacar que el factor V en población mexicana parece no ser totalmente desadaptativa, pues muestra una asociación positiva significativa con el estilo de afrontamiento de espíritu de lucha.

La ausencia del factor fatalismo identificado en la versión original de Watson et al. (1988) y en otros estudios (Akechi et al., 2000; Ho et al., 2003; Mystakidou et al., 2005; Grassi et al.,

2005; Anagnostopoulos et al., 2006) puede explicarse por posibles características culturales de la muestra mexicana como el uso de la fe, esperanza y espiritualidad como estrategia para afrontar eventos estresantes, así como que algunos ítems fueron absorbidos por los factores desesperanza y preocupación ansiosa. Esto podría indicar que la muestra mexicana emplea estrategias orientadas a la ansiedad y/o desesperanza, que conlleva una valoración del cáncer y su tratamiento como amenaza y poco control; sin llegar a presentar una actitud de aceptación frente al desenlace “resignándose a su suerte”.

En cuanto a la varianza explicada, el presente estudio identifica 53.32%, el cual es un porcentaje promedio respecto a otros estudios (36.67% – 70%) (Ho et al., 2003; Mystakidou et al., 2005; Grassi et al., 2005; Kang et al., 2008; Costa-Requena et al., 2009).

En relación a la validez convergente se identificaron correlaciones bajas y medias negativas principalmente entre depresión-ansiedad y espíritu de lucha; y positivas con desamparo/desperanza; llama la atención la asociación positiva significativa de la evitación con el estilo de afrontamiento de espíritu de lucha, lo cual indica que esta parece no ser tan desadaptativa. La validez convergente concuerda con lo reportado en otros estudios (Ho et al., 2003; Cayrou et al., 2003; Kang et al., 2008; Costa-Requena et al., 2009; Bredal et al., 2010).

El actual estudio conservó 22 ítems de la escala original, los estudios de validación del MAC que emplearon la versión de 40 ítems reportan: 21 ítems finales (Cayrou et al., 2003) 25 ítems (Mystakidou et al., 2005) y 28 ítems (Costa-Requena et al., 2009) por lo que los datos indican una estructura breve semejante con la estructura del Mini Mac con 29 ítems desarrollado posteriormente por Watson et al. (1994) a partir del Mac de 40 ítems con el objetivo de refinar la versión original.

Al observar las correlaciones entre factores se puede considerar que cada uno de estos factores representa respuestas relativamente independientes, sin embargo podrían interactuar

entre sí. En este punto hay que considerar que Watson et al. (1988) no plantea un modelo de estado o de rasgo en la evaluación del afrontamiento al cáncer; en cambio, utilizan un modelo pragmático basada en que la escala MAC evalúa respuestas de un individuo en un momento dado de su enfermedad y es de esperar que sus respuestas sean altamente estables si se mantiene estable su situación (p. ej. pronóstico o tratamiento).

Esta aproximación es consistente con el cuerpo de la investigación en afrontamiento y adaptación al cáncer, que señala que el afrontamiento a la enfermedad es un proceso dinámico, que cambia según las circunstancias y la valoración continua del individuo acerca de su expectativa de vida o del cumplimiento de sus metas (Rowland, 1990). Finalmente son de relevancia las relaciones con medidas de ansiedad, depresión y distrés, que se muestran consistentes con estudios realizados, pues estas variables constituyen criterios de ajuste al cáncer, y en general a la enfermedad (Livneh & Antonak, 2005).

El MAC-M, en términos generales, se puede considerar como un instrumento con aceptables características psicométricas, excepto por el factor V, sin embargo se recomienda su empleo al ser un instrumento breve, fácil de aplicar y confiable para la práctica clínica y la investigación. Varias razones pueden explicar los resultados factoriales diversos como muestras no comparables, diferencias culturales en las formas de afrontar el cáncer, así como diferentes procedimientos de rotación factorial y factores extraídos. Se requieren más estudios en otras poblaciones que confirmen estos hallazgos, como en pacientes oncológicos sobrevivientes de cáncer.

Estudio 3. Validación del cuestionario básico de síntomas M. D. Anderson (MDASI-M) para pacientes con cáncer en población mexicana.

De acuerdo a Cleand (2007) la prevalencia de síntomas como fatiga, dolor, debilidad, tristeza, ansiedad, disnea, vómito y deterioro cognitivo han sido consistentemente reportados en pacientes oncológicos, con un promedio de 10 síntomas durante el periodo de tratamiento y cuatro durante los primeros meses posteriores a este. Éstos pueden repercutir en la supervivencia mediante retrasos del tratamiento o provocando la terminación del mismo (Borden & Parkinson, 1998; Kim, Dodd, Aouizerat, Jahan, & Miaskowski, 2008).

La asociación de los diferentes síntomas como grupos, es un problema frecuente, por ejemplo, la fatiga se reporta como el síntoma más preocupante a causa de su alta prevalencia y, causa la mayor parte de disfunción en la vida cotidiana (Aaronson et al., 1993; Helen et al., 2005).

Estos síntomas están asociados con problemas psicológicos, estrés y afectación en la calidad de vida (Derogatis et al., 1983). Pueden ser causados por la enfermedad misma y por la combinación de los tratamientos (quimioterapia, radioterapia y/o cirugía). Otros mecanismos asociados son trastornos del sueño, condiciones medioambientales, niveles de actividad y estatus nutricional (Hinz et al., 2010; Pirl., 2004).

Teunissen et al. (2007) en una revisión sistemática de la literatura con 44 estudios (25,074 pacientes) identificaron 37 síntomas evaluados. Casi todos los síntomas se produjeron en más del 10% de los pacientes. Cinco síntomas (fatiga, dolor, falta de energía, debilidad y pérdida de apetito) se produjeron en más de 50%.

Esto indica que la alta prevalencia de síntomas (fatiga, dolor, falta de energía, debilidad, ansiedad, tristeza, disnea, vómito y deterioro cognitivo) es una constante en el paciente oncológico (Nauck & Alt-Epping, 2008). De acuerdo a Wang et al. (2010) estos síntomas son el resultado del cáncer y su tratamiento, los cuales incluso pueden persistir años después de terminado el mismo; lo que constituye una carga y afectaciones adicionales al paciente de forma subjetiva y física para el restablecimiento del funcionamiento normal (Borden et al., 1998).

Evaluar los síntomas de forma oportuna y concurrentemente al tratamiento es necesario para valorar íntegramente la efectividad del mismo (Cleeland et al., 2000). Por lo que es necesario emplear instrumentos válidos y confiables en pacientes ambulatorios y hospitalizados, que permitan determinar los efectos y beneficios de los tratamientos (Kleiboer et al., 2010).

En este contexto, el Cuestionario Básico de Síntomas M. D. Anderson (MDASI) desarrollado por Cleeland et al. (2000) es una escala auto-aplicada conformada por 19 ítems y dos áreas: intensidad de síntomas e interferencia en la vida cotidiana durante las últimas 24 horas. Es una escala que se puede contestar en 10 minutos, durante el periodo de tratamiento y seguimiento en cualquier proceso oncológico.

La escala original ha sido adaptada y validada en diversas culturas mostrando una adecuada consistencia interna (alfas entre 0.75 y 0.93), y una adecuada validez convergente (0.80), así como una estructura factorial congruente con lo reportado en la versión original desarrollada por Cleeland et al. (2000).

Aunque en México hay instrumentos validados en población mexicana diseñados para evaluar calidad de vida (EORTC QLQ-30 y FACT) cuyo objetivo específico es evaluar

sintomatología y su afectación en la vida cotidiana del paciente oncológico, no habían sido validados en población mexicana, por lo que se desarrolló el presente estudio.

Objetivo general.

Validar el Cuestionario Básico de Síntomas M. D. Anderson (MDASI) para pacientes con cáncer en población mexicana.

Objetivos específicos.

- Adaptación del MDASI mediante una prueba piloto con el objetivo de evaluar expresiones confusas, dificultades y de redacción; posteriormente realizar las modificaciones pertinentes.
- Determinar la estructura factorial de componentes principales.
- Determinar confiabilidad por consistencia interna mediante el coeficiente de alfa de Cronbach.
- Determinar la validez concurrente con las mediciones del EORTC QLQ 30, Índice Karnofsky y termómetro de estrés.

Método.

Participantes.

Se incluyeron a 309 pacientes oncológicos de ambos sexos. La obtención de la muestra fue por disponibilidad en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan).

Procedimiento.

La muestra de participantes se obtuvo durante las consultas de los Servicios de Oncología Médica, Cirugía, Radioterapia y Psico-oncología durante el periodo comprendido de marzo a septiembre 2013. El proyecto fue aprobado por los Comités Científico y de Bioética del INCan y cada uno de los participantes al aceptar participar en el presente estudio firmó el consentimiento informado de investigación (Ver tabla 7).

Tabla 7
Descripción de la muestra de validación del MDASI-M

	f	%		f	%
N	309	100			
Edad (rango) 18–85 años			Diagnóstico		
			Cáncer de mama	112	36.2
Genero			Cabeza y cuello	36	11.7
Masculino	121	39.2	Urológico	70	22.7
Femenino	188	60.8	Gástricos	12	3.9
			Ginecológicos	25	8.1
Escolaridad			Neumología	23	7.4
Ninguna	20	6.5	Otros	31	10.0
Primaria	79	25.6			
Secundaria	76	24.6	Estadio		
Bachillerato	74	23.9	I	34	11.0
Licenciatura	50	16.2	II	97	31.0
Posgrado	10	3.2	III	100	32.4
			IV	78	25.3
Estado civil			Tratamiento		
Soltero(a)	57	18.4	Quimioterapia	154	49.8
Casado(a)/Juntado	181	58.6	Cirugía	39	12.6
Divorciado(a)	48	15.5	Radio/Quimio	57	18.4
Viudo(a)	23	7.4	Radioterapia	31	10.0
			Otros	28	9.2
Paternidad			Otra enfermedad comorbida.		
Si	246	79.6	Si	108	35.0
No	63	20.4	No	201	65.0
Nivel socioeconómico			Índice Karnofsky		
0	139	45.0	60	5	1.6
1	65	21.0	70	10	3.2
2	66	21.4	80	47	15.2
3	30	9.7	90	174	56.3
4	9	2.9	100	73	23.6

Hipótesis

Se espera que las características psicométricas del Cuestionario Básico de Síntomas M. D. Anderson (MDASI) versión mexicana se comporte con similar estructura factorial, consistencia interna, varianza explicada y validez concurrente que la versión original.

Procedimiento.

El tamaño de muestra fue de 309 participantes por disponibilidad de acuerdo con Nunally (1991). Los criterios de inclusión fueron: (a) cualquier tipo de diagnóstico oncológico, (b) en tratamiento oncológico (cualquier tipo o combinación de estos), (c) cualquier estadio, (d) que sepan leer y escribir. Como criterios de exclusión se consideró: (a) pacientes que presenten cuadros psiquiátricos severos y/o adicción a alguna sustancia psicoactiva, (b) pacientes en crisis psicológica y (c) Pacientes con deficiencias cognitivas, auditivas y/o visuales severas.

Adaptación al español (población mexicana).

Inicialmente se solicitó la autorización del Departamento de Investigación en Síntomas del University of Texas MD Anderson Cancer Center, para validarlo en población mexicana (comunicación personal, 18 de Diciembre del 2012).

El objetivo 1 adaptación en población mexicana, se realizó mediante una prueba piloto en 30 pacientes mexicanos de la versión en castellano del MDASI. Se aplicó un formato de registro

de caso que incluirá un cuestionario específico sobre las instrucciones, sobre cada reactivo y las opciones de respuesta. Estas preguntas tuvieron el objetivo de evaluar si los pacientes comprendían el ítem y si existía alguna expresión confusa u ofensiva. Se registraron las dificultades, se realizó una revisión sistemática de éstas y se hicieron las modificaciones pertinentes.

Posteriormente se aplicó concurrentemente el Cuestionario Básico de Síntomas M. D. Anderson (MDASI) desarrollado por Cleeland et al. (2000), adaptado a población mexicana, el Inventario de Calidad de Vida (EORTC QLQ-C30) Aaronson et al. (1993) y el Termómetro de Distrés. Se incluyó una cédula de identificación del participante en la cual se recabaron variables sociodemográficas y clínicas (edad, sexo, estado civil, escolaridad, tipo de diagnóstico, estadio de la enfermedad, tratamiento actual y/o periodo de seguimiento, peso, ECOG y otras enfermedades médicas co-mórbidas).

Instrumentos.

Cuestionario básico de síntomas M. D. Anderson – MDASI -

El MDASI- fue desarrollado por Cleeland et al. (2000), se trata de una escala auto-aplicada conformada por dos áreas: intensidad de síntomas (13 reactivos) e interferencia en la vida cotidiana (6 reactivos) con un formato de respuesta que va de 0 (No estuvo presente) a 10 (El peor que pueda imaginar) y 0 (No han interferido) a 10 (Interfirieron totalmente). Estos permiten evaluar la severidad en diferentes síntomas y el impacto en la vida cotidiana del paciente oncológico en diferentes tipos de tratamiento durante las últimas 24 horas. Su aplicación se lleva a cabo en un tiempo entre 5 y 10 minutos.

Inventario de Calidad de Vida de la Organización uropea para el tratamiento e Investigación del cáncer – EORTC –

El EORTC QLQ -C30- fue desarrollado por Aaronson et al. (1993) y es un instrumento diseñado específicamente para pacientes con cáncer; en la actualidad ha sido evaluado y validado en estudios multinacionales y multiculturales. Este instrumento es multidimensional, ya que evalúa cinco escalas funcionales (abarcando las áreas física, de desempeño, cognitiva, emocional y social), tres escalas sintomáticas (fatiga, dolor y náusea/vómito), una escala global de calidad de vida y otros síntomas que los pacientes oncológicos presentan frecuentemente. Está diseñado como instrumento auto-aplicable, es decir, el paciente lo puede llenar en alrededor de 10 minutos. Las alfas de Cronbach de las escalas van de 0.32 a 0.90. Como validez concurrente se obtuvieron correlaciones estadísticamente significativas (r de Pearson de 0.37 a 0.43, $p < 0.05$) entre el EORTC QLQ30 y los niveles de albumina.

Termómetro de Distrés

Termómetro de Distres (Holland, 1999) fue validado para población mexicana por Almanza-Muñoz, Juárez y Pérez (2008) el termómetro de distrés consta de dos partes. La primera es una escala análoga visual, ubicada en forma vertical y bajo la apariencia de un termómetro. Las instrucciones son: “*encierre en un círculo (0 al 10) que mejor describa que tanto distrés ha experimentado en la última semana, incluyendo el día de hoy*”. En la segunda se le pide al sujeto que de una lista de 35 problemas físicos y emocionales, señale la existencia o no de los mismos. Las propiedades psicométricas del termómetro de distrés en población mexicana muestran que la confiabilidad por consistencia interna obtenida fue de alfa de Cronbach = 0.87. 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 cuatro o más, lo cual arroja una prevalencia del distrés de 61.8%.

Análisis estadísticos.

Se empleó un análisis factorial de componentes principales con rotación oblimin directo para determinar validez de constructo. Los criterios utilizados para el análisis factorial fueron: (a) cargas factoriales ≥ 0.40 y (b) coeficiente de consistencia interna por cada factor alfa de Cronbach ≥ 0.60 . La validez concurrente mediante el coeficiente de correlación de Pearson entre las medidas del MDASI-M, el Inventario de Calidad de Vida- EORTC, Índice Karnofsky y el termómetro de distrés. El valor alfa establecido fue de 0.05.

Resultados.

Análisis factorial.

Se obtuvo en la prueba de esfericidad de Bartlett ($p = 0.001$) y un índice de adecuación muestral (KMO=0.922) que determinó la utilidad de la muestra para la estructura de los componentes finales. El análisis factorial se realizó mediante método de componentes principales y rotación Oblimin en el área intensidad de síntomas con 13 reactivos arrojó un modelo con dos factores que explico el 62.15% de la varianza. Ningún reactivo fue eliminado y los resultados concuerdan con la estructura factorial de la versión original. (Ver Tabla 8).

Tabla 8
Análisis factorial MDASI-M

Escala Global $\alpha=.94$ Varianza Explicada = 64.39%	Factor I	Factor II	Alfa de Cronbach
AREA 1	INTENSIDAD DE SÍNTOMAS		$\alpha=.92$
1. Dolor.	.714	.534	
2. Fatiga.	.791	.678	
3. Náusea.	.662	.868	
4. Desvelo.	.790	.664	
5. Sufrimiento emocional.	.820	.577	
6. Falta de aire.	.688	.653	
7. Dificultad para recordar cosas.	.522	.618	
8. Falta de apetito.	.692	.829	
9. Somnolencia.	.797	.709	
10. Sequedad bucal	.775	.718	
11. Tristeza	.799	.551	
12. Vómito	.542	.812	
13. Entumecimiento u hormigueo	.754	.639	
Alfa de Cronbach	.82	.94	
Varianza explicada	53.89%	8.26%	
AREA 2	INTERFERENCIA EN LA VIDA COTIDIANA		$\alpha=.90$
14. Actividad en general.	.695		
15. Estado de ánimo.	.780		
16. Trabajo.	.690		
17. Relaciones con otras personas	.641		
18. Capacidad para caminar.	.605		
19. Disfrutar la vida.	.697		
Varianza explicada	67.49%		

Consistencia interna.

El alfa de Cronbach de la parte de intensidad de síntomas (13 reactivos) fue 0.92, se identificaron dos factores: Factor I (Síntomas generales formado por nueve reactivos con un $\alpha=.82$) y Factor II (Síntomas gastrointestinales y dificultad para recordar, conformada por cuatro ítems con un $\alpha=.94$). En relación a la segunda parte interferencia en la vida cotidiana (6

reactivos) fue de 0.90; en tanto, el alfa de Cronbach de los 19 reactivos totales del MDASI fue 0.94. La consistencia puede considerarse adecuada.

Validez externa por medio de correlaciones con medidas concurrentes.

En la Tabla 9 se muestra el resumen de las asociaciones entre el MDASI-M, sus dos áreas, el EORTC-QLQ30, Índice Karnofsky y el Termómetro de Distrés. Como se puede observar las correlaciones fueron positivas o negativas dependiendo a la relación teórica entre subescalas y estadísticamente significativas (r de Pearson de 0.954 a -0.267, $p < 0.01$) excepto con el ítem 16 (diarrea) del EORTC-QLQ30.

Discusión.

La evaluación de los síntomas en pacientes oncológicos es de gran relevancia debido a que el equipo de salud y los pacientes se enfrentan a opciones de tratamientos que pueden ser igualmente eficaces, por lo que los síntomas reportados por el paciente se han convertido en una variable crítica en la toma de decisiones respecto al tratamiento. Las medidas de auto reporte de síntomas es fundamental para evaluar los efectos benéficos de los tratamientos farmacológicos, la toxicidad y la calidad de la supervivencia (Wang et al., 2010).

Tabla 9

Correlaciones entre el MDASI-M, EORTC y Termómetro de Distrés

	1	2	3
1. MDASI total	1		
2. MDASI Intensidad	0.954**		
3. MDASI Interferencia	0.846**	0.648**	
4. Función física	-0.514**	-0.402**	-0.592**
5. Rol funcional	-0.457**	-0.352**	-0.535**
6. Función emocional	-0.601**	-0.546**	-0.557**
7. Función cognitiva	-0.430**	-0.428**	-0.334**
8. Función social	-0.538**	-0.435**	-0.595**
9. Fatiga	0.580**	0.509**	0.570**
10. Náusea y vómito	0.395**	0.393**	0.306**
11. Dolor	0.540**	0.492**	0.498**
12. Disnea	0.410**	0.373**	0.379**
13. Insomnio	0.450**	0.425**	0.387**
14. Pérdida de apetito	0.489**	0.437**	0.466**
15. Constipación	0.321**	0.298**	0.286**
16. Diarrea	0.69	0.58	0.75
17. Dif. Financieras.	0.388**	0.304**	0.441*
18. Distrés	0.543**	0.506**	0.481**
19. Índice Karnofsky	-0.267**	-0.345**	-0.323**

** Correlaciones Pearson con $p < .01$

De acuerdo con el presente estudio, el MDASI-M en el área de Intensidad de síntomas (13 reactivos) se identificaron dos Factores: Factor I Síntomas generales ($\alpha=0.82$) y Factor II Síntomas gástricos y dificultad para recordar cosas ($\alpha=0.94$). Como área general de intensidad de síntomas (factor I y factor II) presenta una adecuada consistencia interna ($\alpha=0.94$).

Las características psicométricas del área intensidad de síntomas es similar con la versión original de Cleeland et al. (2000) quienes encontraron para el Factor I una consistencia interna de 0.85 y para el Factor II de 0.82. Así como con estudios previos en población asiática y caucásica con alfas de 0.80 a 0.92 (Wang et al., 2004; Lin et al., 2007; Okuyama et al., 2003; Yun et al., 2006; Schmidt et al., 2014).

Otros estudios en población europea han identificado un solo factor en el área de intensidad de síntomas ($\alpha=0.78$) (Nejmi et al., 2010), o tres factores (síntomas generales, síntomas gastrointestinales y componentes afectivos y cognitivos) con alfas entre 0.69 y .79 (Guirimand et al., 2010; Schmidt et al., 2014; Ivanova et al., 2005).

En relación al área de Interferencia en la vida cotidiana, el MDASI-M mostró una adecuada consistencia interna ($\alpha=0.90$) y una varianza explicada de 67.49% lo cual concuerda con la versión original de Cleeland et al. (2000) quienes reportan un alfa de 0.94. Otros estudios han identificado alfas de 0.79 a 0.93 (Wang et al., 2004; Lin et al., 2007; Guirimand et al., 2010; Nejmi et al., 2010; Okuyama et al., 2003; Yun et al., 2006; Schmidt et al., 2014) lo cual indica adecuadas consistencias internas en poblaciones caucásicas y asiáticas.

La validez convergente mostró correlaciones medias y altas negativas con las subescalas del EORTC QLQ-C30 principalmente con las subescalas función social, emocional, física, cognitiva, social y rol funcional; medias y altas positivas con fatiga, náusea, dolor, disnea y pérdida de apetito; y con el Índice Karnofsky. Correlaciones identificadas en el mismo sentido y magnitud entre el MDASI y el EORTC QLQ-C30 fueron reportadas por otros estudios (Guirimand et al., 2010; Okuyama et al., 2003; Yun et al., 2006; Schmidt et al., 2014) y con la encuesta de salud SF-36 (Wang et al., 2004; Lin et al., 2007; Ivanova et al., 2005) lo cual respalda los resultados de este estudio. Por su parte la correlación entre el MDASI y el Índice

Karnofsky ratificó una asociación con la medida de funcionalidad empleada por excelencia en oncología.

En cuanto a la validez convergente con constructos psicológicos, Okuyama et al. (2003) correlacionaron el MDASI con la subescala de depresión del Perfil del Estado de Ánimo (POMS) obteniendo una correlación de 0.66 ($p < 0.001$); en el presente estudio, si bien el distrés (malestar emocional) no es equiparable con depresión sí muestra una correlación directa ($r = 0.543$, $p < .01$), lo cual indica una validez convergente del MDASI con medidas psicológicas diversas.

Los pacientes necesitan una detección oportuna, información precisa sobre la ocurrencia de estos efectos secundarios así como asistencia de parte del equipo de salud (Brezden, Phillips, Abdolell, Bunston, & Tannock, 2000; Jansen, Miaskowski, Dodd, Dowling, & Kramer, 2005).

La validación del Cuestionario básico de síntomas M. D. Anderson (MDASI) en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer resulta relevante porque no se han reportado la validaciones en poblaciones latinas, representa un instrumento de evaluación de sintomatología breve, fácil de aplicar y confiable para la práctica clínica y la investigación en población oncológica para determinar la magnitud de la intensidad de síntomas e interferencia en la vida del paciente, arribar a su prevención e instrumentar acciones para el tratamiento de los casos que lo ameriten, lo cual ayudara al equipo de salud y a los pacientes, en la toma de decisiones.

Fase II

Efectos de una terapia cognitivo conductual en pacientes con cáncer testicular

Método

Planteamiento y justificación del problema.

El cáncer testicular representa la neoplasia más común en varones entre los 15 y 35 años. Debido a la incidencia cada vez mayor y a la alta tasa de supervivencia, la literatura se ha centrado en el impacto que puedan tener las secuelas físicas y psicológicas en virtud de que la mayoría de los casos se presentan en una etapa de la vida en la que los principales objetivos incluyen formar una familia, las relaciones interpersonales, actividades académicas y de trabajo. Entre las principales afectaciones psicológicas están: sintomatología ansiosa y depresiva asociados a la enfermedad y su tratamiento y afectación en la calidad de vida, por lo que un estilo de afrontamiento adaptativo puede representar un mecanismo que coadyuve al bienestar psicológico. En este contexto, las intervenciones cognitivo conductuales han mostrado consistencia en cuanto a sus efectos positivos en aspectos psicológicos y de calidad de vida en población oncológica. Sin embargo la literatura señala que el beneficio que podrían recibir los pacientes con cáncer testicular durante el tratamiento médico de estas terapias ha sido poco estudiada, menos aún en México.

Objetivo general

Evaluar los efectos de una intervención cognitivo conductual sobre sintomatología ansiosa, depresiva, intensidad de síntomas e interferencia en la vida cotidiana y calidad de vida, basada en el entrenamiento de afrontamiento centrado en el problema sobre la sintomatología ansiosa, depresiva, intensidad de síntomas e interferencia en la vida cotidiana y calidad de vida entre un grupo que recibió seis sesiones de TCC comparado con un grupo control (con placebo activo) quien recibió sólo información para la salud.

Objetivos específicos.

1. Evaluar el cambio en los tipos de afrontamiento empleados en el grupo de la terapia cognitivo conductual.
2. Evaluar el cambio en los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva en el grupo de la terapia cognitivo conductual.
3. Evaluar el cambio en la intensidad de síntomas e interferencia en la vida cotidiana en el grupo de la terapia cognitivo conductual.
4. Evaluar el cambio en los niveles de calidad de vida al final de la intervención cognitivo conductual.
5. Evaluar las diferencias en los niveles de sintomatología psicológica, intensidad de síntomas e interferencia en la vida cotidiana y calidad de vida entre el grupo de intervención y el grupo control.

6. Identificar qué estilos de afrontamiento se relacionan con mayores afectaciones en sintomatología ansiosa, depresiva, intensidad de síntomas e interferencia en la vida cotidiana y calidad de vida al inicio y al finalizar el periodo de intervención.
7. Determinar el tamaño del efecto de los cambios derivados de la terapia cognitivo conductual.

Preguntas de investigación

1. ¿Cuáles son los efectos de una intervención cognitivo conductual sobre los tipos de afrontamiento, sintomatología ansiosa, depresiva, intensidad de síntomas e interferencia en la vida cotidiana y calidad de vida en el grupo de intervención.
2. ¿Existen diferencias en los tipos de afrontamiento, niveles de sintomatología ansiosa, depresiva, intensidad de síntomas e interferencia en la vida cotidiana y calidad de vida entre el grupo de terapia cognitivo conductual y el grupo control (con placebo activo)?.
3. ¿Qué tipos de afrontamiento que están relacionados con una disminución en la sintomatología ansiosa, depresiva, intensidad de síntomas e interferencia en la vida cotidiana y el aumento en la calidad de vida al finalizar la intervención?
4. ¿Cuál es el tamaño del efecto de los cambios derivados de la terapia cognitivo conductual?

Hipótesis

- H: La intervención cognitivo conductual presentará reducción en la sintomatología ansiosa, depresiva, intensidad de síntomas e interferencia en la vida cotidiana y mejor calidad de vida.
- H: Los tipos de afrontamiento centrados en la emoción (Preocupación ansiosa y Desamparo/Desesperanza) están relacionados con mayores niveles en sintomatología ansiosa, depresiva, intensidad de síntomas e interferencia en la vida cotidiana y menor calidad de vida al finalizar el periodo de intervención
- H: Los tipos de afrontamiento centrados en el problema (Espíritu de lucha, Actitud positiva y Evitación cognitiva) están relacionados con una disminución en la sintomatología ansiosa y depresiva, intensidad de síntomas e interferencia en la vida cotidiana y el aumento en la calidad de vida al finalizar la intervención
- H: El grupo de pacientes que recibió terapia cognitivo conductual presentan un mayor tamaño del efecto en las variables psicológicas y de calidad de vida en comparación con el grupo control (con placebo activo).

Variables.

Variable independiente.

Terapia cognitivo conductual: Terapia que busca modificar las cogniciones y conductas que complican los problemas de salud a través de técnicas cognitivo conductuales basadas en la investigación científica (Beck, 2000).

Variable mediadora

Afrontamiento: Esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus & Folkman, 1991).

Variables dependientes.

- **Sintomatología ansiosa:** Se define como la anticipación aprensiva de amenaza o daño futuro acompañado de sentimiento de inquietud o síntomas somáticos de tensión. El foco de daño anticipado puede ser interno o externo (American Psychiatric Association, 1994).
- **Sintomatología depresiva:** Disminución del estado de ánimo habitual que refleja tristeza, desesperanza y falta de motivación, acompañada con pérdida de interés o placer en casi todas las actividades (American Psychiatric Association, 1994).
- **Síntomas:** Señales de lesión, enfermedad o dolencia que la persona experimenta siente o nota. (Sociedad Americana del cáncer, 2014).
- **Calidad de vida enfocada en la salud:** Percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses (Harper & Power, 1998).

Participantes

Pacientes con diagnóstico de cáncer testicular del Instituto Nacional de Cancerología atendidos en el servicio de Oncología Médica en cualquier estadio oncológico.

Criterios de inclusión.

- Pacientes que se encuentren en cualquier estadio oncológico y tratamiento o combinación de tratamientos médicos.
- Saber leer y escribir.
- Índice Karnofsky igual o mayor a 60 puntos.
- Participación voluntaria mediante la comprensión y aceptación de la carta de consentimiento informado.

Criterios de exclusión.

- Pacientes que presenten cuadros psiquiátricos severos o/y adicción a alguna sustancia psicoactiva.
- Pacientes con complicaciones vasculares mayores, disnea, deficiencias cognitivas así como problemas auditivos y visuales severos que impidan al paciente iniciar el proceso terapéutico.

Criterios de eliminación.

- Retiro de consentimiento informado para participar.
- Que durante el proceso terapéutico presenten: Complicaciones vasculares mayores, disnea, deficiencias cognitivas así como problemas auditivos, visuales severos.
- Fallecimiento del paciente.

Tamaño muestral

El tamaño de la muestra se calculó por medio de la diferencia de proporciones, con una diferencia esperada del 25%, una razón entre tamaños muestrales 1.00 y un nivel de confianza de 95%

Potencia (%)	Población	Grupo 1	Grupo 2	Total
80.0		32	32	64

Tipo de estudio

El tipo de diseño de la presente investigación es un Ensayo Clínico Aleatorizado (ECA) Fase II.

Intervención

Descripción de la intervención psicológica: La terapia consistió en seis sesiones semanales de 45 minutos cada una, las cuales iniciaron una semana antes del inicio del tratamiento médico (Guía de orientación y ayuda para el paciente con cáncer testicular / Cuaderno de trabajo y Manual para el terapeuta).

Fase de conceptualización: (Sesión 1).

- Evaluación inicial de la sintomatología psicológica y calidad de vida.
- Instruir al paciente sobre la naturaleza del modelo cognitivo conductual y la manera de hacer frente al problema.

- Instruir al paciente sobre los objetivos y la forma de funcionamiento de la intervención.
- Psico-educación, centrándose en la relación de la sintomatología ansiosa, depresiva y calidad de vida con la enfermedad, tratamiento y efectos secundarios del tratamiento médico.
- De acuerdo a los cambios que se desean realizar se propone un objetivo general individualizado.
- Entrega de cuadernillo de auto-registro de molestias físicas y emocionales para llenado diario.

Fase de habilidades, de ensayo y aplicación (Sesión 2 a 4).

- Actualización del estado de ánimo y efectos secundarios de tratamiento.
- Monitoreo de las emociones, cogniciones y conductas.
- Desarrollo de habilidades de comunicación con el equipo médico y familiares y/o amigos.
- Instrucción de técnicas de reestructuración cognitiva, solución de problemas, relajación e imaginación guiada para su implementación en el manejo del estrés, sintomatología ansiosa, depresiva y malestar físico.
- Tareas para que el paciente aplique en el escenario real las técnicas desarrolladas en cada sesión.

Fase de consolidación (Sesión 5).

- Puesta en práctica de las estrategias de afrontamiento desarrolladas, ajuste y consolidación de las estrategias que resultaron difíciles de aplicar en escenarios reales.

Fase de prevención de recaídas (Sesión 6).

- Reforzamiento de estrategias de afrontamiento desarrolladas previamente para: (a) prevenir recaídas a estados afectivos disfuncionales y (b) afrontar circunstancias estresantes o cambios en su condición de salud.
- Evaluación final de la sintomatología psicológica y calidad de vida.

Descripción del grupo control (placebo activo): Consistió en seis sesiones semanales de información de salud, las cuales iniciaron una semana antes del inicio del tratamiento médico. Las sesiones de información y resolución de dudas fueron dadas por un residente del servicio de psico-oncología con una duración por sesión de 45 minutos (Guía informativa).

Sesión 1.

- Evaluación inicial de la sintomatología psicológica y calidad de vida.
- Qué es cáncer testicular.
- En qué consiste el tratamiento médico.
- Efectos secundarios del tratamiento médico.

Sesiones 2 a 5.

- Efectos secundarios del tratamiento médico.
- Resolver dudas sobre el tratamiento médico.

Sesión 6.

- Efectos secundarios del tratamiento médico.
- Resolver dudas sobre el tratamiento médico.
- Evaluación final de la sintomatología psicológica y calidad de vida.

Escenario

Cada una de las sesiones terapéuticas y del grupo control fueron realizadas en consultorios del servicio de psicooncología, espacios de oncología médica habilitados temporalmente para este fin y en habitaciones de hospitalización cuando el paciente se encontraba hospitalizado con fines de tratamiento médico.

Aleatorización

Posterior a la explicación de las consideraciones éticas y de la aceptación de parte del paciente a participar, se realizó la asignación a los grupos por medio de un sorteo con base en una tabla de números aleatorios.

Asignación oculta.

Un colaborador del servicio de Oncología Médica, ajeno a la evaluación psicológica y aplicación de la intervención cognitiva conductual, realizó la asignación, dicho colaborador desconoció la secuencia de asignación al tratamiento o al grupo control.

Cegamiento.

Se empleó un cegamiento simple. Sólo los participantes no supieron a qué grupo fueron asignados. Un integrante del Servicio de Psico-oncología ajeno a la aplicación de la TCC en el grupo de intervención y a las sesiones informativas en el grupo control fue designado con el objetivo de llevar a cabo las evaluaciones en ambos grupos.

Implementación.

La secuencia de asignación fue llevada a cabo por un psicólogo del Servicio de Psico-oncología (ajeno al proceso de tratamiento cognitivo conductual), la evaluación de los individuos a partir de los criterios de inclusión y exclusión fue determinado por un psicólogo del Servicio de Psico-oncología (ajeno al proceso de tratamiento cognitivo conductual) y los médicos adscritos al Servicio de Oncología Médica.

Reclutamiento

El periodo de reclutamiento se llevó a cabo a partir de abril del 2013 (aprobación de los comités de Investigación y de Ética en Investigación) hasta julio del 2014, y cada uno de los participantes al aceptar colaborar en el presente estudio firmó el consentimiento informado de investigación (Ver figura 2).

Datos basales

Se recabaron los datos basales de sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva, intensidad e interferencia de síntomas y calidad de vida con base en la batería de instrumentos. Datos clínicos como estadio, esquema de tratamiento médico y enfermedades comórbidas, así como datos sociodemográficos se recabaron por medio al registro clínico INCANet.

Resultados y estimación

Los resultados se describieron para cada grupo de tratamiento, junto con una prueba estadística acorde a las características de parametría de los resultados de ambos grupos y objetivo. Para determinar el tamaño del efecto se empleó la siguiente fórmula de Cohen empleando medias, número de participantes por grupo y desviación estándar.

$$d = \frac{\bar{x}_t - \bar{x}_c}{\sqrt{\frac{(n_t - 1)s_t^2 + (n_c - 1)s_c^2}{n_t + n_c}}}$$

Flujo de participantes

Se empleó un diagrama de flujo de participantes durante las distintas etapas (inclusión, seguimiento y análisis) Ver figura. 2.

Eventos adversos

Se consideró mínimo el riesgo de aparición de eventos adversos asociados a esta intervención (por ejemplo, sentimientos de tristeza y angustia). Se describe la frecuencia de los individuos de presentaron acontecimientos adversos y de los que interrumpieron prematuramente su participación en el tratamiento o el del grupo control. En el grupo de intervención el objetivo fue trabajar este tipo de problemas psicológicos, en el grupo control si éstos se presentaban se les podía referir al servicio de Psico-oncología para su atención, pero sin emplear los lineamientos del protocolo mencionado en este proyecto de investigación.

Interpretación

Para la interpretación de los hallazgos y la discusión se consideraron los siguientes aspectos: (a) Efectos positivos de la intervención cognitivo conductual, (b) Áreas sin efectos de la intervención, (c) Integración de la intervención psicológica al tratamiento médico y características del grupo que no ingreso al estudio, (d) Estudios de validación de instrumentos, (e) Limitaciones del estudio, (f) Dirección para investigación futura y (g) Conclusiones y discusión general.

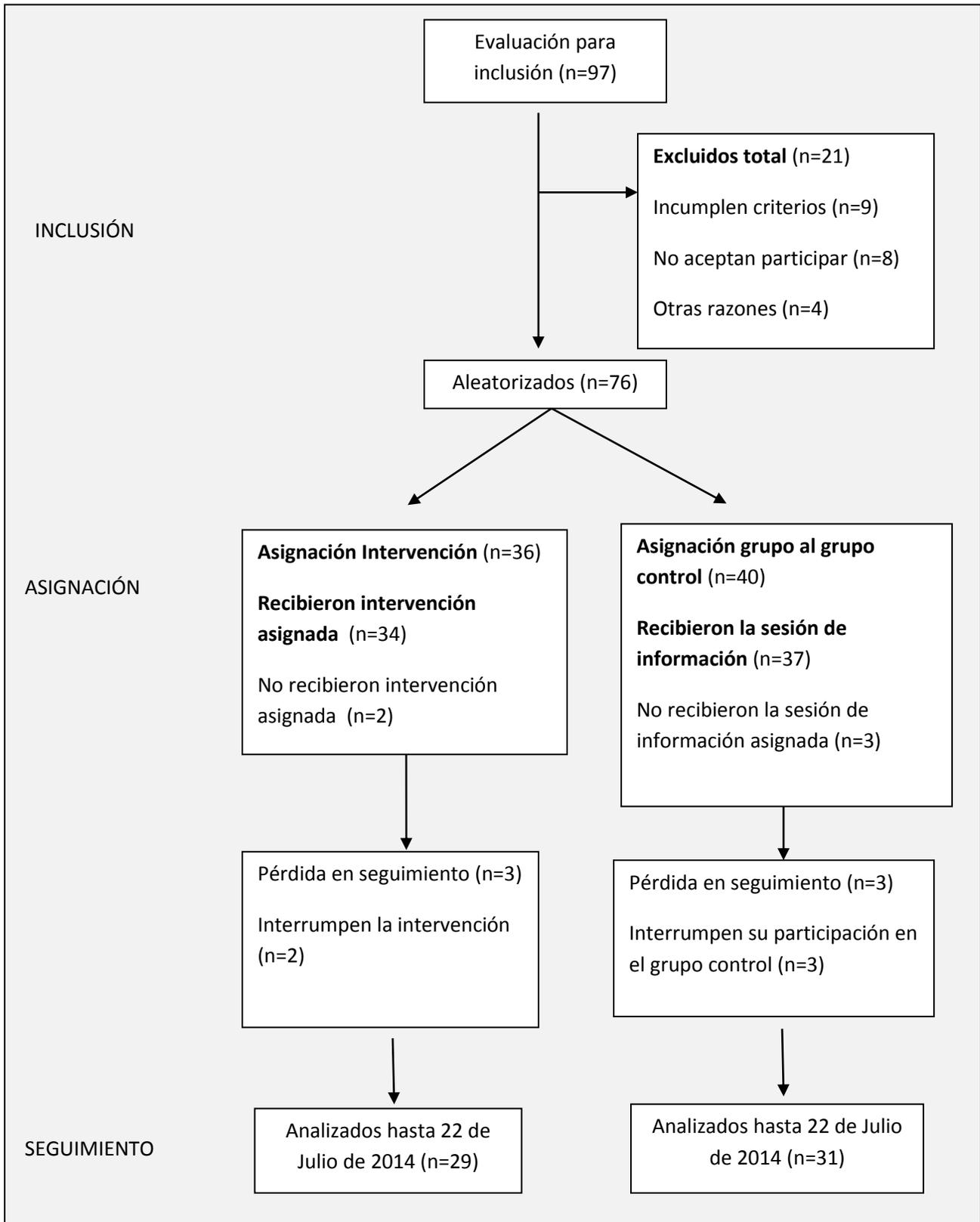


Figura 2. Diagrama de flujo de participantes.

Generalización

El nivel de generalización de este estudio en otras poblaciones se determinó de acuerdo a los criterios de selección, ámbito en el que realizó esta investigación, los objetivos de la investigación, las características de los instrumentos empleados para evaluar las variables y los componentes de la intervención cognitivo conductual.

Evidencia global

Los resultados del ensayo fueron evaluados a partir de la revisión sistemática de la literatura llevada a cabo de 1990 a 2014 reportada en MEDLINE, PsycINFO, CINAHL, Psychology and Behavioral Sciences Collection, respecto a las terapias cognitivo conductuales llevadas a cabo en pacientes con cáncer testicular, sin limitarla a los estudios que obtuvieron resultados similares.

Instrumentos

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión - HADS –M.

Zigmond y Snaith (1983) desarrollaron una escala autoaplicada conformada por 14 ítems que permite detectar sintomatología ansiosa y depresiva en un medio hospitalario no psiquiátrico o en medios de atención primaria. Es un instrumento ampliamente utilizado en pacientes con enfermedades crónicas degenerativos (cáncer, cardiopatía, diabetes y obesidad). La escala original ha sido adaptada y validada en diversas poblaciones y culturas, mostrando una sensibilidad y especificidad adecuada en la discriminación de ansiedad y depresión. Validado en población mexicana por Galindo et al. (2015) la versión mexicana del HADS-M mostró una

estructura factorial con 12 ítems y una adecuada consistencia interna de la escala global ($\alpha=0.82$). Las alfas de Cronbach de cada subescala tuvieron un valor de 0.73 y 0.76 que explican el 41.29% de la varianza. En cuanto a la validez concurrente entre el HADS, BDI, BAI y Termómetro de Distrés, se obtuvieron correlaciones positivas y estadísticamente significativas (r de Pearson de 0.51 a 0.71, $p<0.05$) (Ver apéndice 2).

Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa).

El InCaViSa de Riveros, Sánchez-Sosa y Del Águila (2009) es una escala que consta de 56 reactivos diseñada a partir de la revisión de diferentes escalas de calidad de vida para padecimientos crónicos. Consta de 13 áreas: Preocupaciones, Desempeño físico, Desolación, Percepción Corporal, Funciones cognitivas, Actitud ante el tratamiento, Tiempo libre, Vida cotidiana, Familia, Redes sociales, Dependencia médica, Relación con el médico y Síntomas físicos. El InCaViSa muestra adecuadas propiedades psicométricas de consistencia interna, validez concurrente y test re-test, así como sensibilidad para distinguir entre diferentes condiciones de salud. La escala cuenta con un coeficiente de consistencia interna alfa de 0.61 a 0.69 para las áreas de actitud ante el tratamiento; hasta 0.88 y 0.93 para las áreas de funciones cognitivas y vida cotidiana (Ver apéndice 3).

Inventario de Calidad de Vida de la Organización europea para el tratamiento e investigación del cáncer (EORTC)

El EORTC QLQ-C30 de Aaronson et al. (2003) es un instrumento diseñado específicamente para su uso en pacientes con cáncer y tiene gran utilidad en la actualidad ya que ha sido evaluado

y validado en estudios multinacionales y multiculturales. Este instrumento es multidimensional, ya que evalúa cinco escalas funcionales (abarcando las áreas física, de desempeño, cognitiva, emocional y social), tres escalas sintomáticas (fatiga, dolor y náusea/vómito), una escala global de calidad de vida y otros síntomas que los pacientes oncológicos presentan frecuentemente. Está diseñado como instrumento auto-administrable, el paciente lo puede contestar en alrededor de 15 minutos. Las alfas de Cronbach de las escalas van de 0.32 a 0.90. (Ver apéndice 4).

Escala de Ajuste mental al cáncer - MAC - M

La Escala de ajuste mental al cáncer (MAC) desarrollada por Watson et al. (1988) es un instrumento ampliamente utilizado que mide cinco tipos de afrontamiento: Espíritu de Lucha, Desesperanza/Desamparo, Preocupación Ansiosa, Fatalismo/ Aceptación y Negación en un medio hospitalario y ambulatorio, que se asocian con diferentes formas de adaptación ante el cáncer. En diversas poblaciones oncológicas ha mostrado ser un instrumento con una adecuada consistencia interna (alfas entre 0.60 y 0.93), alta confiabilidad test retest ($r=.75$) y una adecuada validez convergente 0.75 y rangos de sensibilidad entre 0.70 y 0.83, especificidad de 0.75 a 0.85 respecto a identificar los diferentes estilos de afrontamiento. Validado en población mexicana por Galindo, Benjet, Juárez, Riveros, Meneses, Aguilar-Ponce et al. (2015) el MAC-M se caracteriza por una consistencia interna de la escala global de 0.81 (alfas de 0.80 a 0.44), una estructura factorial con cinco factores: Espíritu de lucha, preocupación ansiosa, desamparo desesperanza, actitud positiva y evitación cognitiva con 22 ítems y una varianza explicada del 53.32%. La validez concurrente entre el MAC-M, el HADS-M y el termómetro de dístres indica correlaciones positivas o negativas dependiendo de la relación teórica entre subescalas y estadísticamente significativas (r de Pearson que va de 0.586 a -0.367, $p<0.001$). Así el MAC-M

ha mostrado tener validez y confiabilidad adecuadas para su empleo en la atención clínica y de investigación en población mexicana (Ver apéndice 5).

Cuestionario básico de síntomas M. D. Anderson - MDASI - M

Cuestionario básico de síntomas M. D. Anderson (MDASI) desarrollado por Cleeland et al. (2000) es una escala auto-aplicada conformada por 19 ítems que permite evaluar la severidad de diferentes síntomas y el impacto en la vida cotidiana del paciente oncológico durante las últimas 24 horas. Se compone de dos sub-escalas: Intensidad de síntomas (gravedad) e interferencia en las actividades cotidianas. Validado en población mexicana por Galindo, Benjet, Juárez, Riveros, Meneses, Aguilar-Ponce et al. (2015), las propiedades psicométricas del MDASI-M se caracterizan por una alta consistencia interna de la escala global de 0.94 (alfas 0.92 y 0.90) y una varianza explicada de 54.84%. En relación a la validez concurrente entre el MDASI-M y el EORTC-QLQ30 las correlaciones fueron positivas o negativas dependiendo a la relación teórica entre subescalas y estadísticamente significativas (r de Pearson de 0.954 a 0.286, $p < 0.001$). Así el MDASI-M ha mostrado tener validez y confiabilidad adecuadas para su empleo clínico y de investigación en nuestro país. (Ver apéndice 6).

Resultados

Se realizó un análisis de varianza de medidas repetidas en las subescalas que mostraron distribución normal mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para identificar el tamaño del

efecto se realizó el cálculo de acuerdo a los criterios de Cohen, empleando las medias y desviaciones estándar de ambos grupos.

La tabla 10 muestra las características basales de los grupos de estudio (terapia cognitivo conductual n =29 y de control n = 31) para variables sociodemográficas y clínicas. Puede observarse que no existían diferencias significativas cumpliendo con el principio de comparabilidad, lo que muestra que la asignación aleatoria fue exitosa.

Tabla 10
Características basales de los grupos de estudio

	Terapia cognitivo conductual N =29	Control N = 31	Total N= 60	p
Edad (X, D.E.)	17-31 22.07(4.72)	16-29 22.32(3.87)	16-31 22.2(4.27)	0.821
Escolaridad				0.953
Ninguna	4(13.8)	3(9.7)	7(11.7)	
Primaria	3(10.3)	4(12.9)	7(11.7)	
Secundaria	8(27.6%)	10(32.3%)	18 (30.0%)	
Bachillerato	12(41.4%)	11(35.5%)	23(38.3%)	
Licenciatura	2(6.9%)	3(9.7%)	5(8.03%)	
Estado civil				0.570
Soltero	20(69.0%)	21 (67.7%)	41 (68.3%)	
Casado	9(31.0%)	10 (32.2%)	19 (31.7%)	
Karnofsky				0.828
100	10 (34.5%)	12(38.7%)	22(36.6%)	
90	13 (44.8%)	12(38.7%)	25(41.7)	
80	4(13.8%)	6(19.4%)	10(16.7%)	
70	2(6.9%)	1(3.2%)	3(5.0%)	
Estadio				0.766
I	6 (20.7%)	9 (29.9%)	15 (25.0%)	
II	14 (48.3%)	11 (35.5%)	25(41.7%)	
III	7 (24.1%)	9 (29.9%)	16(26.6%)	
IV	2 (6.9)	2(6.5)	4 (6.7)	

M=Medias, DE=Desviación estándar; %=Porcentajes, $P \leq 0.05$

Se realizó un Análisis de varianza de medidas repetidas para identificar las diferencias intra grupos en los estilos de afrontamiento. En el grupo de intervención los puntajes de espíritu

de lucha aumentaron de pre a post intervención, los puntajes de preocupación ansiosa disminuyeron en ambos grupos y evitación cognitiva aumentó en ambos grupos.

Se identificaron diferencias en el afrontamiento espíritu de lucha entre grupos antes de la intervención ($F(1,46)=47, p<0.001$), a lo largo del tiempo ($F(1,66)=12.7, p<0.001$) y efecto de interacción ($F(1,10)=19.5, p<0.001$). En desamparo/desesperanza a lo largo del tiempo ($F(1,52)=12.4, p<0.001$) y entre grupos ($F(1,35)=8.55, p<0.01$). A lo largo del tiempo en preocupación ansiosa ($F(1,22)=43.9, p<0.001$) y evitación cognitiva ($F(1,57)=27.09, p<0.001$). En actitud positiva sólo se encontró efecto de interacción ($F(1,14)=7.32, p<0.001$). Adicionalmente se identificaron tamaños del efecto grandes en los afrontamientos espíritu de lucha y actitud positiva, así como un efecto mediano en desamparo/desesperanza (Ver tabla 11).

La tabla 12 muestra la comparación de síntomas de ansiedad y depresión de la escala HADS pre a post intervención. Se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov que mostró una distribución normal de los datos del HADS. Por lo que se llevó a cabo un análisis de varianza de medidas repetidas. La variable sintomatología ansiosa mostró efectos de interacción ($F(1,22)=21.6, p<0.001$). La sintomatología depresiva presentó efecto entre grupos ($F(1,58)=36, p<0.001$), a lo largo del tiempo ($F(1,29)= 4.6, p<0.05$) y de interacción ($F(1,33)=53.2, p<0.001$).

Se identificaron tamaños del efecto grandes, así como un incremento de ansiedad y depresión en el grupo control.

Tabla 11

Comparación estilos de afrontamiento intra, entre grupos, efectos de interacción y tamaño del efecto

	Experimental n=29	Control n=31	Efecto a lo largo del tiempo	Efecto entre grupos	Efecto de interacción
Espíritu de lucha (\bar{X} , D.E.)					
Línea base	18.62 (3.21)	19.06 (3.34)	$p \leq .001$	$p \leq .001$	$p \leq .001$
Post tratamiento	21.96 (1.56)	18.70 (2.39)			
Tamaño del efecto	1.36				
Preocupación ansiosa (\bar{X} , D.E.)					
Línea base	12.82 (3.05)	11.70 (3.27)	$p \leq .001$	---	---
Post tratamiento	9.48 (2.48)	9.74 (2.03)			
Tamaño del efecto	0.12				
Desamparo/Desesperanza (\bar{X} , D.E.)					
Línea base	10.34 (2.60)	9.67 (3.03)	$p \leq .001$	$p \leq .01$	---
Post tratamiento	7.93 (1.53)	9.45 (2.86)			
Tamaño del efecto	0.67				
Actitud positiva (\bar{X} , D.E.)					
Línea base	10.44 (1.42)	10.51 (1.69)	---	---	$p \leq .001$
Post tratamiento	10.96 (1.11)	9.64 (1.37)			
Tamaño del efecto	1.07				
Evitación cognitiva (\bar{X} , D.E.)					
Línea base	6.48(1.29)	6.67(2.07)	$p \leq .001$	---	---
Post tratamiento	8.06(0.96)	7.87(1.35)			
Tamaño del efecto	0.16				

Notas: Altas puntuaciones significan mayor presencia de estilos de afrontamiento, X=Medias, D.E.=Desviación estándar,
* $p \leq 0.05$

Tabla 12

Comparación de sintomatología ansiosa, depresiva entre, intra grupos, efectos de interacción y tamaño del efecto

	Experimental n=29	Control n=31	Efecto a lo largo del tiempo	Efecto entre grupos	Efecto de interacción
Sintomatología ansiosa (X, DE)					
Línea base	9.13 (5.02)	8.77 (4.70)	---	---	$p \leq .001$
Post tratamiento	6.23 (2.77)	9.35 (2.21)			
Tamaño del efecto	1.30				
Sintomatología depresiva (X, DE)					
Línea base	6.48 (4.01)	6.51 (2.30)	$p \leq .05$	$p \leq .001$	$p \leq .001$
Post tratamiento	4.13 (2.93)	6.90 (2.65)			
Tamaño del efecto	1.01				

Notas: Altas puntuaciones significan mayor sintomatología ansiosa y depresiva, X=Medias, DE=Desviación estándar,
* $p \leq 0.05$

En la tabla 13 se muestran los resultados para el InCaViSa, se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov que identificó normalidad de la muestra. Se realizó el Análisis de varianza de medidas repetidas para determinar las diferencias por áreas de calidad de vida.

En actitud ante el tratamiento se identificaron diferencias a lo largo del tiempo ($F(1,20)=48.4, p<0.001$), de interacción ($F(1,54)=12.7, p<0.01$) y entre grupos ($F(1,40)=4.09, p<0.05$), redes sociales a lo largo del tiempo ($F(1,23)=5.03, p<0.05$), entre grupos ($F(1,69)=5.8, p<0.05$) y efecto de interacción ($F(1,80)=17.4, p<0.001$).

Diferencias en preocupaciones a lo largo del tiempo ($F(1,27)=28.1, p<0.001$) y efecto de interacción ($F(1,98)= 9.91, p<0.01$). Las variables que presentaron solo efectos a lo largo del tiempo fueron: desempeño físico ($F(1,18)= 27.1, p<0.001$); aislamiento ($F(1,14)= 18.7, p<0.001$); relación con el médico ($F(1,16)= 23.7, p<0.001$), tiempo libre ($F(1,42)= 4.75, p<0.05$); percepción corporal ($F(1,42)= 68.6, p<0.001$); vida cotidiana ($F(1,51)= 63.9, p<0.01$) y funciones cognitivas ($F(1,13)= 19.5, p<0.001$) esto implica que el paso del tiempo tuvo un efecto en la variación de los niveles de estas variables.

Se identificaron tamaños del efecto grandes en las sub-escalas de preocupaciones, actitud ante el tratamiento, redes sociales, preocupaciones y aislamiento; así como efectos medianos en relación con el médico y tiempo libre.

En la tabla 14 se muestran los resultados para el EORTC, se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov que identificó normalidad de la muestra, por lo que se realizó análisis de varianza de medidas repetidas. Se identificaron diferencias en función física a lo largo del tiempo ($F(1,20)= 5.63, p<0.05$) y efecto de interacción ($F(1,56)= 15.7, p<0.001$).

Tabla 13

Comparación de calidad de vida InCaViSa entre, intra grupos, efectos de interacción y tamaño del efecto

	Experimental n=29	Control n=31	Efecto a lo largo del tiempo	Efecto entre grupo	Efecto de interacción
Preocupaciones (\bar{X} , DE)					
Línea base	9.44 (3.33)	8.22 (4.44)	$p<.001$	---	$p<.01$
Post tratamiento	10.68 (3.58)	13.09 (3.20)			
Tamaño del efecto	0.72				
Desempeño físico (\bar{X} , DE)					
Línea base	2.87 (1.92)	3.29 (1.46)	$p<.001$	----	----
Post tratamiento	11.24 (3.16)	10.70 (2.62)			
Tamaño del efecto	0.19				
Aislamiento (\bar{X} , DE)					
Línea base	5.10 (4.59)	4.96 (4.14)	$p<.001$	----	----
Post tratamiento	6.31 (2.33)	8.19 (2.34)			
Tamaño del efecto	0.82				
Percepción corporal (\bar{X} , DE)					
Línea base	4.72 (3.57)	4.12 (4.09)	$p<.001$	----	----
Post tratamiento	8.48 (3.56)	7.90 (2.45)			
Tamaño del efecto	0.19				
Funciones cognitivas (\bar{X} , DE)					
Línea base	3.93 (1.36)	3.41 (3.65)	$p<.001$	----	----
Post tratamiento	5.51 (3.56)	6.09 (3.91)			
Tamaño del efecto	0.16				
Actitud / tratamiento (\bar{X} , DE)					
Línea base	4.41 (3.37)	4.22 (2.02)	$p<.001$	$p<.05$	$p<.01$
Post tratamiento	5.68 (2.75)	8.19 (2.31)			
Tamaño del efecto	1.01				
Tiempo libre (\bar{X} , DE)					
Línea base	6.17 (3.78)	5.41 (4.44)	$p<.05$	---	---
Post tratamiento	7.51 (3.92)	6.45 (1.51)			
Tamaño del efecto	0.37				
Vida cotidiana (\bar{X} , DE)					
Línea base	5.20 (2.70)	6.09 (5.41)	$p<.001$	---	----
Post tratamiento	9.44 (2.16)	10.16 (3.34)			
Tamaño del efecto	0.26				
Familia (\bar{X} , DE)					
Línea base	16.72 (5.22)	17.38 (2.99)	---	$p<.05$	----
Post tratamiento	16.55 (1.84)	16.00 (3.14)			
Tamaño del efecto	0.22				
Redes sociales (\bar{X} , DE)					
Línea base	14.68 (3.79)	14.80 (2.86)	$p<.05$	$p<.05$	$p<.001$
Post tratamiento	15.44 (2.08)	12.29 (2.45)			
Tamaño del efecto	1.41				
Dependencia médica (\bar{X} , DE)					
Línea base	12.96 (4.34)	12.45 (5.32)	---	---	---
Post tratamiento	12.44 (3.54)	11.48 (3.43)			
Tamaño del efecto	0.28				
Relación con el médico (\bar{X} , DE)					
Línea base	11.17 (2.87)	10.32 (4.70)	$p<.001$	---	---
Post tratamiento	7.93 (1.94)	8.90 (2.48)			
Tamaño del efecto	0.44				

Notas: Altas puntuaciones significan mayor calidad de vida, X=Medias, DE=Desviación estándar, * $P\leq 0.05$

Se identificaron efectos a lo largo del tiempo en las variables rol ($F(1,68)= 42.31$, $p<0.001$) y funcionamiento emocional ($F(1,23)= 4.32$, $p<0.05$). En tanto que sólo se identificaron efectos de interacción en funcionamiento cognitivo ($F(1,3.24)= 4.26$, $p<0.05$) y escala global ($F(1,22)= 34.3$, $p<0.001$). Se identificaron tamaños del efecto grandes en función física y escala global.

Tabla 14
Comparación de calidad de vida EORTC QLQ 30 entre, intra grupos, efectos de interacción y tamaño del efecto

	Experimental n=29	Control n=31	Efecto a lo largo del tiempo	Efecto entre grupo	Efecto de interacción
Función física (\bar{X} , DE)					
Línea base	8.93 (3.36)	8.37 (1.42)	$p<.05$	---	$p<.001$
Post tratamiento	7.74 (2.38)	9.93 (1.41)			
Tamaño del efecto	1.15				
Rol (\bar{X} , DE)					
Línea base	3.89 (1.63)	3.74 (1.43)	$p<.001$	---	----
Post tratamiento	5.41 (1.52)	5.25 (1.06)			
Tamaño del efecto	0.12				
Función social (\bar{X} , DE)					
Línea base	4.27 (1.72)	4.00 (1.39)	----	---	----
Post tratamiento	4.03 (1.11)	3.51 (1.06)			
Tamaño del efecto	0.49				
Función emocional(\bar{X} , DE)					
Línea base	8.82 (2.76)	8.29 (3.01)	$p<.05$	----	-----
Post tratamiento	9.34 (2.40)	9.54 (2.20)			
Tamaño del efecto	0.09				
Función cognitiva (\bar{X} , DE)					
Línea base	3.31 (0.92)	3.12 (1.05)	---	---	$p<.05$
Post tratamiento	3.10 (1.01)	3.58 (1.23)			
Tamaño del efecto	0.36				
Escala Global (\bar{X} , DE)					
Línea base	4.27 (1.60)	4.87 (1.20)	---	----	$p<.001$
Post tratamiento	4.86 (1.86)	3.70 (0.78)			
Tamaño del efecto	0.84				

Notas: Altas puntuaciones significan mayor afectación en la calidad de vida excepto en la escala global que indica a mayor puntaje mejor calidad de vida, X=Medias, DE=Desviación estándar, * $p\leq 0.05$

En la tabla 15 se muestran los niveles de intensidad de síntomas e interferencia en la vida cotidiana. Se identificaron efectos a lo largo del tiempo en intensidad de síntomas ($F(1,15)=75.41, p<0.001$); así como en interferencia en la vida cotidiana efectos a lo largo del tiempo ($F(1,21)= 42.41, p<0.001$) e interacción ($F(1,21)= 4.40, p<0.05$). Adicionalmente se identificaron tamaños del efecto grandes en interferencia en la vida cotidiana y mediano en intensidad de síntomas.

Tabla 15

Comparación de intensidad de sintomatología e interferencia en la vida cotidiana, intra grupos, efecto de interacción y tamaño del efecto

	Experimental n=29	Control n=31	Efecto a lo largo del tiempo	Efecto entre grupos	Efecto de interacción
Intensidad de síntomas (\bar{X} , DE)					
Línea base	25.48 (15.14)	24.22 (21.0)	$p<.001$	-----	-----
Post tratamiento	43.96 (17.47)	50.96 (13.3)			
Tamaño del efecto	0.46				
Interferencia en la vida (\bar{X} , DE)					
Línea base	15.06 (10.50)	15.03 (10.57)	$p<.001$	----	$p<.05$
Post tratamiento	20.75 (4.12)	26.12 (3.98)			
Tamaño del efecto	1.35				

Notas: Altas puntuaciones significan mayor sintomatología o interferencia en la vida cotidiana, X=Medias, DE=Desviación estándar, * $P\leq 0.05$

Se realizaron análisis de regresión lineal múltiple para determinar los predictores de sintomatología ansiosa, depresiva, calidad de vida, intensidad de síntomas e interferencia en la vida cotidiana. En todos los casos el nivel alfa fue de 95%.

El mejor modelo predictor para sintomatología ansiosa fue: Depresión (0.693, $p<.001$), desamparo/desesperanza (0.297, $p<.05$) y fatiga (0.260, $p<.05$) con 57% de la varianza ($r=0.57$; $f=38.78, p\leq .001$). Para sintomatología depresiva fueron sintomatología ansiosa (0.724, $p<.001$), desamparo/desesperanza (0.367, $p<.01$) y actitud ante el tratamiento (0.222, $p<.05$) que explicaron el 51% de la varianza ($r=.51$; $f= 29.65, p\leq .001$).

La variable predictora para preocupaciones fue el estilo de afrontamiento preocupación ansiosa (0.273, $p < .05$) que explicó el 27% de la varianza ($r = .27$; $f = 4.61$, $p \leq .05$). El mejor modelo predictor para la desempeño físico fueron la variable estatus global (0.330, $p < .05$) y actitud positiva (0.138, $p < .05$) con 33% de la varianza ($r = .33$; $f = 7.08$, $p \leq .05$).

La variable predictora para aislamiento fueron funciones cognitivas (0.485, $p < .001$) que explicó el 23% de la varianza ($r = .23$; $f = 17.79$, $p \leq .01$). Las variables predictoras para percepción corporal fueron pertenecer al grupo de intervención (-.393, $p < .01$) y actitud ante el tratamiento (.662, $p < .001$) que explicaron el 36% de la varianza ($r = .36$; $f = 16.01$, $p \leq .001$). En tanto que para las funciones cognitivas fueron actitud positiva (-.320, $p < .05$), aislamiento (.261, $p < .01$), actitud del tratamiento (.572, $p < .001$), familia (.569, $p < .001$) e insomnio (.259, $p < .01$) que explicaron el 67% de la varianza ($r = .67$; $f = 21.95$, $p \leq .001$).

Actitud ante el tratamiento fue predicha por funciones cognitivas (.687, $p < .001$), preocupación ansiosa (.299, $p < .05$) y familia (-.561, $p < .001$) que explicaron el 52% de la varianza ($r = .52$; $f = 31.07$, $p \leq .001$). Para la variable familia las variables predictoras fueron grupo (.278, $p < .001$), estadio (.211, $p < .05$), aislamiento (-.230, $p < .05$), funciones cognitivas (.849, $p < .001$) y actitud ante el tratamiento (-.801, $p < .001$) con 54% de la varianza explicada ($r = .54$; $f = 21.93$, $p \leq .001$).

Status global fue explicado por espíritu de lucha (.342, $p < .05$), grupo (-.143, $p < .001$) y dolor (-.488, $p < .001$), que explicaron el 58% de la varianza ($r = .58$; $f = 19.22$, $p \leq .001$). En tanto que para función física, el funcionamiento emocional (.254, $p < .01$), dolor (.552, $p < .002$), pérdida del apetito (.482, $p < .001$) y constipación (-.228, $p < .005$) predijeron 58% de la varianza ($r = .58$; $f = 21.93$, $p \leq .001$). Esto implica que variables psicológicas como afrontamiento y sintomatología de ansiedad y depresión representan predictores de calidad de vida, esto implicaría que las

variables pueden se plantean proximales susceptibles a ser modificadas por intervenciones psicológicas que han reportado evidencia.

Discusión

El estudio de la fase II tuvo como propósito evaluar los efectos de un ensayo clínico aleatorizado, con un grupo de intervención cognitivo conductual administrada individualmente sobre la sintomatología ansiosa, depresiva y calidad de vida basado en el entrenamiento de un afrontamiento centrado en el problema, comparado con un grupo de control con placebo activo (solo información para la salud); en un grupo de pacientes con cáncer testicular durante la quimioterapia.

Los resultados en general señalan que la intervención cognitivo conductual empleada fue eficaz para mantener y en algunos caso mejorar el estado de las variables psicológicas como espíritu de lucha, actitud positiva, sintomatología ansiosa, depresiva así como algunos indicadores de calidad de vida e interferencia de síntomas en la vida cotidiana al término de la misma, comparadas con las mediciones observadas en el grupo control.

La presente intervención tuvo una duración de 6 sesiones, se consideró una guía de orientación y ayuda para el paciente, así como un manual para el terapeuta, que tuvieron el objetivo de articular los componentes terapéuticos y las necesidades de cada paciente identificados en los instrumentos empleados y en las bitácoras terapéuticas. Inicialmente se planteó una conceptualización de caso, de acuerdo a Kuyken, Padesky y Dudley (2008) este es un proceso mediante el cual el terapeuta y el paciente trabajan en colaboración para describir y explicar los problemas y plantear las opciones terapéuticas utilizando la teoría cognitivo-conductual.

Aunque el formato de intervención es modular, permite flexibilidad tanto en la aplicación de las técnicas terapéuticas para las áreas problemáticas específicas de cada paciente, así como su aplicación tanto en consulta externa y hospitalización. De acuerdo a Moorey et al. (2009) la fluctuación en el estado clínico de los pacientes oncológicos tiene un efecto sobre la continuidad de la intervención cognitivo conductual; por lo que no es raro que un paciente sea hospitalizado a lo largo de las sesiones.

En este grupo de pacientes el único diseño aleatorizado reportado previamente es el de Moynihan et al. (1998) que llevó a cabo una intervención cognitivo conductual de seis sesiones y grupo control con mediciones basales y seguimiento a los 2, 4 y 6 meses. De destacar que en el grupo de intervención sólo un 58% que recibió quimioterapia, 30% radioterapia y 12% seguimiento; en tanto en el grupo control 32%, 30% y 38% respectivamente.

En comparación el presente estudio en población mexicana planteó una intervención que concuerda con el inicio de cuatro ciclos de quimioterapia en ambos grupos, lo cual de acuerdo a Rodríguez y Palacios-Espinosa (2013) representa un tratamiento asociado a miedo y ansiedad, y que en general conlleva efectos físicos como fatiga, náuseas, alopecia y cambios en la coloración de piel.

Estos hallazgos se discuten a continuación a partir de los resultados estadísticos y de las estimaciones del tamaño del efecto, así como con la literatura reportada en este grupo de pacientes.

Efectos positivos de la intervención cognitivo conductual.

Un análisis de los estilos de afrontamiento empleados durante la quimioterapia, indican un incremento en el espíritu de lucha y actitud positiva en el grupo de intervención, lo cual muestra

que la intervención mostró beneficios adicionales, que el estudio de Moynihan et al. (1998) no identifica.

El espíritu de lucha se caracteriza por evaluar el diagnóstico del cáncer y su tratamiento como un reto personal, sobre el cual se tiene un control moderado; es decir, el paciente se percibe capaz de hacerle frente a la enfermedad considerando que su curación depende en gran medida de lo que realice. De acuerdo a Lafaye (2014) los pacientes que utilizan afrontamientos centrados en el problema o la búsqueda de apoyo social, experimentan menos ansiedad y síntomas depresivos.

En este sentido los cambios terapéuticos se pueden relacionar con los objetivos terapéuticos trabajados: (a) ayudar a los pacientes a identificar los tipos de pensamientos automáticos disfuncionales y diferenciar las preocupaciones realistas de las que son parciales o distorsiones; (b) enseñar habilidades de pensamiento adaptativos ante escenarios estresantes usando técnicas de reestructuración cognitiva y (c) identificar y resolver conductas evitativas que pudieron estar interfiriendo con el funcionamiento o el tratamiento del cáncer. En relación a la actitud positiva, de acuerdo a Greer (2008) la angustia emocional parece ser causada por bajos niveles de efecto positivo, en consecuencia, el haber centrado la intervención en los estados psicológicos positivos tales como el espíritu de lucha tuvo un efecto positivo.

En relación a la sintomatología ansiosa y depresiva, ambos grupos presentaron niveles clínicamente significativos en la medición basal (punto de corte > 6 HADS-M), esto se puede explicar por el papel que representó el inicio de la quimioterapia que además, concuerda con Carey y Burish (1988) que plantean que los pacientes pueden experimentar altos niveles de ansiedad, mientras esperan la respuesta de su diagnóstico, antes de los procedimientos y durante los tratamientos oncológicos como la quimioterapia. Tal preocupación ansiosa es

particularmente difícil para los pacientes con cáncer, que deben someterse a repetidas consultas, exploraciones médicas y procedimientos con resultados inciertos.

En este contexto los pacientes pueden presentar patrones de pensamiento negativos, una combinación de las distorsiones cognitivas, así como las preocupaciones realistas sobre los retos físicos, emocionales, sociales y existenciales relacionadas con un cáncer y los tratamientos (Greer, 2010). Estos esquemas de pensamiento disfuncionales son de gran relevancia en el proceso terapéutico ya que juegan un papel central en el mantenimiento de problemas de salud crónicos, al ser distorsiones respecto a la etiología real de estos (Padesky, 1994).

Asociada a estos niveles de sintomatología ansiosa se identificó sintomatología física como disnea (Bruera, Schmitz, Pither, Neumann, & Hanson, 2000), fatiga (Tchekmedyan, Kallich, McDermott, Fayers, & Erder, 2003) náusea y dolor (Andrykowski, 1990; Delgado-Guay, Parsons, Li, Palmer, & Bruera, 2009) y menor calidad de vida (Smith, Gomm, & Dickens, 2003) característica del tratamiento quimioterapéutico.

En el presente estudio el nivel de sintomatología ansiosa mostró un efecto de interacción, que indica efectos positivos de la intervención psicológica en comparación con los niveles observados en el grupo control. Estas diferencias de acuerdo a Mellon, Kershaw, Northouse y Freeman-Gibb (2007) se pueden explicar por el miedo a la recurrencia al final del tratamiento, el cual está relacionado con menor ajuste psicosocial y calidad de vida observada en el grupo de control. Adicionalmente los pacientes del grupo control pudieron experimentar cambios cognitivos durante los períodos de estrés elevados, poniendo atención a las posibles fuentes de peligro (Beck, Emery, & Greenberg, 1985; Craske & Barlow, 2006) relacionados con el tratamiento. Esto puede llegar a ser problemático funcionalmente para los pacientes que experimentan estrés prolongados relacionados con el tratamiento del cáncer, ya que puede

consolidar un enfoque cognitivo orientado hacia el futuro en lugar de dirigir la atención a la situación actual.

Los hallazgos del presente estudio contrastan con los reportado por Trask et al. (2003) en un estudio observacional donde el distrés pre-tratamiento parece ser principalmente anticipatorio que disminuye durante el curso de la quimioterapia, lo cual no ocurre en el grupo control de los pacientes mexicanos. Los menores niveles de ansiedad en el grupo de intervención al finalizar el tratamiento, plantean que las estrategias terapéuticas como técnicas de relajación y resolución de problemas representan un moderador importante en el manejo de la ansiedad.

De acuerdo a Nezu et al. (2013) la terapia de solución de problemas tiene el objetivo de atenuar la probabilidad de experimentar ansiedad, incluso cuando la persona se enfrenta a altos niveles de dificultades relacionadas con el cáncer. Adicionalmente Gil, Carrillo y Meca (2001) señalan que la terapia cognitivo conductual para los trastornos de ansiedad representan tamaños del efecto medianos y grandes en comparación con grupos controles o lista de espera, con un mantenimiento significativo e incluso la mejora de las ganancias durante el seguimiento, lo cual fue corroborado en el presente estudio sólo con la medición post intervención.

En cuanto a los niveles de depresión basales, estos fueron clínicamente significativos en ambos grupos lo que concuerda con Arai et al. (1996) que identificó en pacientes con antecedentes de quimioterapia 41% de ansiedad y 21% depresión. Los niveles significativos de depresión constituyen una constante en la vida del paciente, durante el diagnóstico y tratamiento oncológico (Maté, Hollenstein, & Gil, 2004; Spiegel, 1996). En cuanto a la sintomatología depresiva Alacacioglu et al. (2014) señalan que es una reacción normal psicológica ante la pérdida de la salud después del diagnóstico de cáncer testicular, siendo una amenaza para la productividad y la actividad en un periodo de vida en que la actividad familiar, sexual y laboral son relevantes. Estos procesos de pensamiento negativos presentes pueden reflejan distorsiones

en el cual los individuos sobreestiman la probabilidad de resultados negativos y subestiman su capacidad para hacerles frente (Beck et al., 1985; Barlow, 2002).

El efecto de interacción y tamaño del efecto indican que en el grupo de intervención disminuye sin llegar a niveles normales. De destacar es que otros indicadores como frustración e irritabilidad ante el cáncer y su tratamiento trabajados durante la terapia no se reflejan en las mediciones debido a que no se contó con estos indicadores en las escalas utilizadas, sólo en los reportes de las sesiones terapéuticas.

De acuerdo con las bitácoras clínicas las conductas de frustración, irritabilidad y enojo por la pérdida de control de la situación al ser diagnosticados de cáncer en los participantes pueden asemejarse a lo reportado por Rutz (1995) en pacientes con cáncer de próstata respecto a que los pacientes que presentaron "*depresión masculina*" son propensos a mostrar síntomas de agresión e irritabilidad, adicionales a los síntomas de depresión que se incluyen en las escalas de autorreporte. En este contexto la principal estrategia terapéutica fue la reestructuración cognitiva acerca de creencias de muerte, enojo, frustración e ira. La depresión ha sido ampliamente asociada con distorsiones cognitivas que conducen a la interpretación negativa de la información, éstas están relacionados con una mayor vulnerabilidad emocional (Yiend et al., 2014).

Esto es relevante ya que durante el curso de la enfermedad, el equipo de salud debe evaluar si los pacientes tienen percepciones negativas poco realistas de sí mismos, su mundo y su futuro, y tratar de reestructurar estos esquemas disfuncionales que pudieran interferir con la percepción de su calidad de vida (Innamorati et al., 2014). Por su parte Hofmann et al. (2012) señala que la terapia cognitivo-conductual (TCC) plantea la premisa básica de que los trastornos mentales y psicológicos son mantenidos por factores cognitivos disfuncionales.

Comparado con el estudio de Moynihan et al. (1998) donde no se identificaron diferencias en depresión, puede deberse a que sólo un 58% y 32% en este estudio recibió quimioterapia, presentaron una variabilidad del 50% del cumplimiento de las sesiones y que el tratamiento fue llevado por el personal de enfermería, lo cual puede ser una limitante adicional en cuanto a la formación profesional en el empleo de la TCC empleada.

En este contexto el incremento de los estilos de afrontamientos espíritu de lucha y actitud positiva en el grupo de intervención, puede explicar la disminución de la sintomatología afectiva. En tanto se observó una disminución en el estilo desamparo/desesperanza el cual evalúa el cáncer como desbordante, percibiéndolo como una gran amenaza o pérdida afectiva. Estos hallazgos concuerdan con evidencia que correlaciona inversamente el afrontamiento de espíritu de lucha con menores niveles de ansiedad y la depresión y por lo tanto asociado con un mayor bienestar psicológico (Watson, Greer, & Young, 1988; Schoul, Ekeberg, & Ruland 2005; Classen, Koopman, & Angell, 1996). En este contexto Horne y Watson (2011) plantean que los objetivos terapéuticos esenciales son entender cómo las distorsiones cognitivas afectan negativamente la capacidad para hacer frente a los eventos estresantes, identificar las propias creencias distorsionadas y pensamientos automáticos negativos así como desafiarlos a la luz de la evidencia de los comportamientos reales de sí mismos y de los demás.

Por lo que podemos concluir que sí hay diferencias en los tipos de afrontamiento centrados en el problema derivados de la intervención psicológica, que pueden impactar en una menor sintomatología de ansiedad y depresión, adicionalmente los niveles clínicos en el grupo control puede confirmar que sólo la información para la salud no es suficiente para manejar el malestar emocional y que se requieren intervenciones específicas en este grupo de pacientes.

En relación a la calidad de vida en el presente estudio, diversos indicadores como preocupaciones, actitud ante el tratamiento, redes sociales, función física, función cognitiva y

escala global; así como interferencia de síntomas en la vida cotidiana mostraron efectos entre grupos y de interacción, lo cual puede atribuirse a los objetivos específicos de la intervención. Aunque los niveles de calidad de vida en el grupo de intervención presentaron indicadores en aspectos físicos (fatiga, náusea y vómito) propios del tratamiento de quimioterapia, semejantes a los reportados por Fosså y Kravdal (2000); consideramos que al ser estadísticamente y clínicamente significativos los beneficios de la intervención psicológica son constatables. En este contexto Trask et al. (2003) plantea que son limitadas las investigaciones en relación a calidad de vida en pacientes con cáncer testicular en comparación con otros procesos oncológicos, más aún durante el periodo de tratamiento médico.

En relación a la variable interferencia en la vida cotidiana se identifican efectos entre grupos y de interacción, así como diferencias clínicas manteniendo en el grupo de intervención un nivel de funcionamiento psicosocial adaptativo durante la quimioterapia. Esto puede atribuirse a los objetivos cognitivos y planificación de actividades específicas de la intervención.

En relación a los componentes cognitivos Hill, Amir, Muers, Connolly y Redondo, (2003) señalan que estas estrategias pudieron modificar los temores o preocupaciones relacionados con el cáncer que el paciente experimenta. Por ejemplo, algunos pacientes pueden interpretar los síntomas somáticos erróneamente, como la confirmación del empeoramiento de la enfermedad y la muerte inminente. En relación a la planificación de las actividades Greer et al. (2010) plantea que este tipo de procedimientos son para enseñar a las personas cómo priorizar sus tareas diarias, para identificar sus límites para el gasto de energía, y para alternar entre las actividades físicamente exigentes y menos extenuantes.

En cuanto a las regresiones se logró identificar que algunos componentes de calidad de vida en el InCaViSa y el EORTC QLQ 30 fueron predichos por los estilos de afrontamiento desamparo/desesperanza, preocupación ansiosa, actitud positiva y espíritu de lucha; así como

depresión y ansiedad. Lo que concuerda con lo identificado por Alacacioglu et al. (2014) respecto al papel mediacional del afrontamiento, depresión y ansiedad en la calidad de vida. Por su parte Hoyt (2013) señala que esto refleja que una mala regulación de las emociones respecto a las metas profesionales interrumpidas, estilo de vida y la dificultad con el equipo de salud que en los pacientes con cáncer testicular disminuye la calidad de vida.

Podemos concluir que hay algunos efectos benéficos en calidad de vida, principalmente en los indicadores del InCaViSa, los cuales estuvieron asociados a los objetivos terapéuticos y se pueden explicar por los siguientes componentes terapéuticos: reestructuración cognitiva, solución de problemas, psico-educación, automonitoreo de las emociones, cogniciones y conductas, relajación e implementación de habilidades de comunicación y actividades que han mostrado efectos positivos reportadas en otros estudios con diferentes poblaciones oncológicas (Ell, Xie, Quon, Quinn, & Dwight-Johnson, 2008; Espie et al., 2008; Fors et al., 2011; McKiernan et al., 2010; Penedo et al., 2007; Redd et al. 2001). Por otra parte en el grupo control las afectaciones en calidad de vida reflejan la necesidad de intervenciones psicológicas específicas.

Los hallazgos anteriormente expuestos se sustentan en que se pudo contar con un grupo de comparación con placebo activo, de acuerdo a Honyashiki et al. (2014) un grupo con estas características se emplea como una condición experimental utilizada en un intento de controlar factores extraños.

Se consideraron los criterios de Greer et al. (1992) para la evaluación de los hallazgos, respecto a la evaluación metodológica de intervenciones psicológicas en pacientes con cáncer: (a) Aspectos éticos: Que el grupo control que no recibe terapia esté justificado, (b) Denominación del tratamiento: Descripción de los componentes de la terapia, (c) Mediciones: Las medidas reportadas deben estar basadas en cuestionarios con confiabilidad y validez

adecuada, y de preferencia con instrumentos estandarizados para pacientes con cáncer y (d) Asignación aleatoria a los grupos de tratamiento y control. Adicionalmente el presente estudio se apegó a los criterios de Honyashiki et al. (2014) para un grupo control con placebo activo: (a) la intervención es considerada como carente del componente activo empleado por los investigadores en el ensayo, pero se explica cómo activo a los participantes del grupo de intervención; (b) el número y duración de la sesiones cara a cara es equivalente contra el tratamiento activo en el mismo estudio y (c) la calificación y/o forma de evaluación es equivalente que el empleado para el tratamiento activo.

En relación al tamaño del efecto Faller, Schuler, Richard, Heckl y Weis (2013) identifican que varios tipos de intervenciones psico-oncológicas se asocian con efectos significativos en aspectos psicológicos y calidad de vida, por lo que uno de los principales objetivos fue determinar la permanencia de estos efectos a lo largo del tiempo. Los tamaños del efecto identificados fueron superiores a los reportados por Meyer y Mark (1995) en 45 estudios revisados en Psychological Abstracts y Medline, aunque un posible sesgo es que el grupo de pacientes con cáncer testicular estuvo mínimamente representado en estos estudios. Por su parte Navarro, Llobel y Pérez (2000) mencionan que conviene tener claro que el valor de la estimación del tamaño del efecto debe ser interpretado en el contexto de un estudio y área concreta de investigación ya que un pequeño tamaño del efecto puede ser de gran importancia práctica en un contexto concreto por ejemplo de intervención clínica.

El presente estudio identificó algunos efectos de mantenimiento, como la actitud positiva, que resulta relevante de acuerdo a Greer (2008) en el sentido que de tenemos que estudiar la forma de inducir y fomentar efectos positivos (por ejemplo, mediante un uso sensible del humor) con el fin de que los pacientes puedan disfrutar de la vida a pesar de su enfermedad. El optimismo también puede influir en el comportamiento individual y la posterior adaptación a la

enfermedad oncológica, el mantenimiento y/o recuperación de la calidad de vida (Pujol & Guiteras, 2014).

Áreas sin efectos de la intervención.

De acuerdo a los resultados algunos estilos de afrontamiento, calidad de vida e intensidad de síntomas no mostraron efectos relacionados con la intervención psicológica. Uno es el afrontamiento de evitación cognitiva sobre el que Ottenbreit, Dobson y Quigley (2014) señalan que aunque la evitación se refiere a abstenerse o escapar de una acción, persona o cosa y suele ser vista como un acto de comportamiento o falta de acción, también puede tomar la forma de actividades cognitivas como la distracción o la negación. Diversas actividades de distracción que permitieran llevar una vida cotidiana en el grupo de intervención representó un elemento terapéutico empleado ante los efectos adversos de la quimioterapia. En relación a la preocupación ansiosa que permaneció semejante en ambos grupos, se caracteriza por percibir el diagnóstico como una gran amenaza, tanto por el poco control que consideran tener frente a la situación, como por el pronóstico que imaginan tener.

No se identificaron efectos positivos en componentes de calidad de vida como función social, dependencia médica, rol y relación con el médico, así como percepción corporal asociada con la pérdida de un testículo que puede dar como resultado una alteración de la imagen corporal (Brodsky, 1995; Foosa et al., 2003; Fosså & Kravdal, 2000), así como en intensidad de síntomas físicos, lo cual ha sido confirmado en estudios como el de Nezu et al. (2003) en el cual los efectos principales fueron en componentes psicológicos, sin tener mayor efecto en los síntomas relacionados directamente con el tratamiento médico. Esto puede indicar posiblemente que en algunos casos el número de sesiones fue insuficiente, que los objetivos terapéuticos y

procedimientos específicos para el manejo de síntomas físicos no estuvieron presentes en la intervención psicológica así como que éstos no fueron objetivos terapéuticos prioritarios de algunos participantes.

Por su parte los efectos observados en el grupo control se pueden considerar como resultados de la información para la salud (placebo activo); niveles similares en preocupación ansiosa, evitación cognitiva, desempeño físico, dependencia médica, función social y función emocional, sin embargo con deterioro clínicamente significativo en espíritu de lucha, actitud positiva, sintomatología depresiva, preocupaciones, actitud ante el tratamiento, redes sociales, función física, escala global e interferencia en la vida cotidiana, esto puede indicar adicionalmente que los efectos biopsicosociales del tratamiento de quimioterapia en la vida del paciente.

Integración de la intervención psicológica al tratamiento médico y características del grupo que no ingreso al estudio.

Un aspecto a considerar es la integración de la intervención psicológica al servicio de oncología médica, lo que pudo representar un vínculo percibido por los pacientes entre el tratamiento médico y el psicológico, ya que en el proceso de reclutamiento quien mencionaba en primera instancia a los pacientes el presente estudio fue un médico del equipo tratante. Esto resulta relevante porque de acuerdo a Tripathy, Durie, Mautner, Ferenz y Moul (2014) los médicos son la fuente primaria de información confiable para pacientes y familiares con respecto a su salud. La posible percepción de los pacientes de un equipo de salud médico-psicológico es relevante ya que de acuerdo a Moorey et al. (2009) los cambios de día a día en los aspectos físicos, psicológicos y sociales son comunes; y los profesionales a menudo responden cambiando las

intervenciones por lo que las intervenciones requieren ajustarse a estos cambios del tratamiento médico.

Respecto a los pacientes excluidos se agruparon en los siguientes apartados: Incumplen criterios, no aceptan participar y otra razones. 18 pacientes incumplieron criterios, 7 por razones médicas como tener un índice karnofsky igual o menor a 50, o un trastorno del desarrollo como Síndrome de Down. En tanto un total de 8 pacientes decidieron no aceptar participar por no requerir atención psicológica, no contar el tiempo necesario para la intervención psicológica, vivir lejos y no comprometerse a asistir aun en los casos en que la terapia psicológica y cita médica coincidieran en día, estos motivos de no participación concuerdan con los reportados por Moynihan (1998). Finalmente en cuatro casos a los cuales inicialmente se iniciaría quimioterapia, no recibieron tratamiento médico, solo seguimiento por parte del equipo médico.

Estudios de validación de instrumentos

Adicionalmente a los efectos identificados de la intervención psicológica, otra aportación del presente proyecto de investigación es la validación de tres instrumentos: Escala de Ansiedad y depresión hospitalaria (HADS-M), Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC-M) y el Inventario de Síntomas (MDASI-M); los cuales mostraron propiedades psicométricas adecuadas para su uso clínico y de investigación. Las estructuras factoriales de las escalas corroboraron estructuras esperadas, lógicas y validez concurrente adecuada. Si bien las diferentes versiones se observan algunos cambios como en el número de reactivos (HADS-M y MAC-M), puntos de corte (HADS-M) y componentes factoriales (MAC-M), es posible concluir que los resultados son válidos y confiables para población oncológica mexicana.

Holland (1999) por su parte agrega que la importancia de una adecuada detección y tratamiento de los problemas psicológicos viene justificada por diversas razones: los pacientes oncológicos con mayores niveles de malestar psicológico requieren más servicios médicos, tienen más dificultades al tomar decisiones, son menos adherentes a sus tratamientos, y están menos satisfechos con la labor médica.

Esto es relevante porque una herramienta práctica y económica para la detección oportuna de las afectaciones psico-oncológicas, la constituyen instrumentos de tamizaje válidos y confiables ya que hacen posible la detección de probables casos clínicos (Vázquez et al. 2013). En el mismo contexto Mitchell, Waller y Carlson (2012) señala que la detección del malestar emocional tiene el potencial de influir en la comunicación, el comportamiento clínico y la derivación de los pacientes y, en menor medida, en el reconocimiento del malestar y de necesidades no satisfechas.

Limitaciones del estudio

Dentro de las limitaciones de este estudio para la interpretación de los hallazgos, están el ser un estudio ciego simple lo cual implica una interacción entre el grupo de investigación y los pacientes, así como el hecho de que ambos grupos cuentan con pocos participantes en estadio IV, debido a que estos presentaron mayor sintomatología y menor índice Karnofsky, lo cual impidió que la mayoría participara o no fueran considerados debido a los criterios de exclusión. Otra limitación, es que sólo hay dos mediciones de comparación, por lo que la estabilidad de estos efectos en periodos de seguimiento más largos en el tiempo no son reportados, quedando pendiente por confirmar si los efectos relacionados con la intervención psicológica son duraderos en la disminución de las sintomatología ansiosa, depresiva y mantenimiento de

calidad de vida. Otro aspecto a considerar, es que no se contó con un proceso de validación social de la intervención, el cual es una evaluación de los efectos terapéuticos en este caso por parte de los cuidadores primarios, el cual pudo haber dado una perspectiva adicional del efecto clínico de la intervención en la vida cotidiana del paciente.

Finalmente aunque no es posible generalizar los resultados a toda la población oncológica; si podemos plantear que este programa de intervención psicológica es susceptible de ser adaptado a necesidades específicas y probado en otras poblaciones oncológicas.

Dirección para investigación futura

De acuerdo a los hallazgos, las propuestas derivadas del presente estudio son continuar con el seguimiento a 6 y 12 meses con el objetivo de determinar los efectos estadísticos y en tamaños del efecto de la presente intervención. Considerando lo que Andersen (2002) señala respecto a que los efectos de diversos estudios han tendido a ser transitorios en el grupo de intervención contrastado con el grupo control durante el seguimiento. Estas mediciones ampliarán nuestro entendimiento de los efectos de la intervención psicológica, en particular sería importante seguir a estos sujetos más allá de los 12 meses, durante el periodo de seguimiento, para determinar que habilidades terapéuticas fueron empleadas ante otros eventos estresantes durante el periodo de sobrevida.

Una propuesta es un programa de intervención psicológica para pacientes sobrevivientes de cáncer testicular dirigido a la reinserción laboral, académica y familiar. Bender et al. (2012) han identificado que al menos uno de cada cuatro supervivientes del cáncer testicular tiene necesidades insatisfechas relacionadas con la imagen corporal, estrés y temor a la recurrencia. Hoyt, Cano, Saigal y Stanton (2013) agregan cuestiones de salud reproductiva y relaciones

familiares. Adicionalmente Holzner et al. (2013) señalan que los problemas en la vida sexual son temas importantes para este grupo de pacientes, por lo que se espera que tengan un impacto en la calidad de vida después de tratamiento oncológico, así como de manejo de otros síntomas que no desaparecen inmediatamente con el tiempo como la fatiga.

Otro aspecto a considerar son las necesidades del grupo de cuidadores primarios, aunque el 80% de los pacientes reportaron tener un adecuado apoyo social (parejas, madre y/o padre) lo cual de acuerdo Taberero, Fuentes, Lentati, Vélez y del Pino (2013) representa un medio de adaptación que promueve el ajuste psicológico facilitando la adaptación a los diferentes cambios que demanda la enfermedad. Al ser los cuidadores primarios los que realizan actividades como coordinación de citas médicas, prestación de atención emocional (Rohleder, Marin, Ma, & Miller, 2009; Schumacher, Beck, & Marren, 2006) manejo de los síntomas y efectos adversos, labores de higiene, transporte a los centros hospitalarios, administración de medicamentos y comunicación con el equipo de salud (Lutgendorf & Laudenslager 2009) pueden experimentar diversas afectaciones físicas y psicológicas, así como un funcionamiento social deficiente (Schumacher, Beidler, Beeber, Song, & Gambino 2006) como las identificadas por Galindo Galindo, Benjet, Cruz, Rojas, Riveror, Meneses et al. (2014) en población mexicana, donde los cuidadores invertían 9 horas por día a los cuidados de los pacientes.

Por lo que plantear una intervención cognitivo conductual dual (pacientes-cuidadores) si nos llevaría a plantear si los efectos estadísticos y clínicos son mayores y más duraderos, como lo han reportado Nezu et al. (2003) basado en la terapia de solución de problemas.

Conclusiones y discusión general

Los hallazgos apoyan en gran parte las hipótesis de este estudio, corroboran los efectos reportados por las intervenciones cognitivo conductuales en otras poblaciones oncológicas. Los resultados confirman que la intervención psicológica durante la quimioterapia favoreciendo estrategias de afrontamiento de espíritu de lucha, generando estrategias que promueven el bienestar emocional, la adaptación al cáncer y su tratamiento. El efecto terapéutico se observa en una disminución de ansiedad y depresión, así como mantenimiento y mejoría de diversos indicadores de calidad de vida, lo que corrobora, en terminos generales, el modelo teórico planteado inicialmente para la presente investigación (Ver figura 1) sin embargo ¿cómo este modelo permanecera a lo largo del tiempo? es una pregunta que se responderá a partir de las mediciones durante el seguimiento a los 6 y 12 meses.

Una de las ventajas de llevar a cabo una intervención de corte cognitivo conductual manualizada es que los pacientes tienen la oportunidad de poner en práctica habilidades de afrontamiento generadas en terapia y de comprobar sus efectos positivos para mejorar su adaptación y bienestar emocional. En este contexto Sánchez-Sosa y Alvarado (2008) plantean que el mantenimiento de niveles aceptables de bienestar psicológico y calidad de vida surgen del hecho de que la intervención psicológica busca dotar a la paciente de un repertorio cognitivo conductual que le permita afrontar de mejor forma las situaciones que se le presentan en función del padecimiento.

Los resultados presentados en el presente trabajo pueden ser vistos como un acercamiento a los efectos de la TCC en pacientes varones con cáncer, el cual es un grupo de pacientes poco estudiado en México, por lo que se espera que la magnitud de estos cambios reflejen un

beneficio para la salud mental de este grupo de pacientes, al considerar los resultados como alentadores por su relevancia clínica y estadística.

Principalmente cuando Nakash et al. (2013) señalan que el tratamiento de la salud mental es un problema de salud pública que sigue medianamente atendido principalmente en poblaciones vulnerables, y esto es a pesar de la existencia de intervenciones de eficacia comprobada.

En este contexto Bell, Olivier y King (2013) plantean que la investigación en psicooncología es fundamental e importante, tiene el potencial de mejorar las vidas de los pacientes con cáncer, los supervivientes y sus cuidadores, por lo que los investigadores en este campo deben prestar atención clínica, realizar estudios científicamente más rigurosos y analizar e informar sobre ellos a fin de que sus resultados sean creíbles y claros. Finalmente de acuerdo a Jacobsen (2009) el reto para la psicooncología entonces es determinar la mejor manera de traducir los hallazgos de la investigación en recomendaciones que puedan influir en la prestación psicosocial de la atención del cáncer.

Referencias

- Aaronson, N.K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., & Duez, N.J. (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, 365–376.
- Abouassaly, R., Fossa, S.D., & Giwercman, A. (2011). Sequelae of Treatment in Longterm Survivors of Testis Cancer. *Eur Urol*, 60, 516-526.
- Abiodun, O.A. (1994). A validity study of the Hospital Anxiety and Depression Scale in general hospital units and a community sample in Nigeria. *British-Journal-of-Psychiatry*, 165(5), 669-672.
- Aguilar, J.S., Martínez, J., Solares, M., Martínez, P., & Jiménez, M.A. (2010). Cáncer de testículo. En: Granados, M., y Herrera, A. (Eds). Manual de Oncología procedimientos médico quirúrgicos. (pp. 1-9). México: McGrawHill.
- Alexander, S., Palmer, C., & Stone, P.C. (2010). Evaluation of screening instruments for depression and anxiety in breast cancer survivors. *Breast Cancer Res Treat*, 122, 573–578.
- Almanza, J.J., Rosario, I., y Pérez, S. (2008). Traducción, adaptación y validación del termómetro de distrés en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer. *Rev Sanid Milit Mex*, 62(5), 209-217.
- Altman, D.G. (1996). Better reporting of randomised controlled trials: The CONSORT Statement. *Brithis Medical Journal*, 313, 570-571.

- Alv, A.D., Haaland, C., Mykletun, A., Bremnes, R., Dahl, O., Klepp, O., Wist, E., & Fosså, S.D. (2005). Study of Anxiety Disorder and Depression in Long-Term Survivors of Testicular Cancer. *Journal of clinical oncology*, 23(10), 2389-2395.
- American Psychiatric Association, (1994). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. DSM IV TR. Washington.
- Anagnostopoulos, F., Kolokotroni, P., Spanea, E., & Chrysochoou, M. (2006). The Mini-Mental Adjustment to Cancer (Mini-MAC) scale: construct validation with a Greek sample of breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 15(1), 79-89.
- Andersen, B. (2001). A biobehavioral model for psychological interventions. En A. Baum & B.L. Andersen. (Eds.) *Psychosocial interventions for cancer*. Washington: American Psychological Association.
- Andrykowski, M. (1990). The role of anxiety in the development of anticipatory nausea in cáncer chemotherapy: A review and synthesis. *Psychosomatic Medicine*, 52(4),458–475.
- Andonegui MA. (2006). *Cancerología*, 1, 226-227
- Arai, Y., Kawakita, M., Hida, S., Terachi, T., Okada, K., & Yoshida, O. (1996). Psychosocial aspects in long-term survivors of testicular cancer, *Journal of Urology*, 155, 574–578.
- Arathuzik, D. (1994). Effects of cognitive-behavioral strategies on pain in cancer patients. *Cancer nursing*, 17(3), 207-214.
- Akechi, T., Fukue-Saeki, M., Kugaya, A., Okamura, H., Nishiwaki, Y., Yamawaki, S., & Uchitomi, Y. (2000). Psychometric properties of the Japanese version of the mental adjustment to cancer (MAC) scale. *Psycho-Oncology*, 9, 395–401.
- Alacacioglu, A., Ulger, E., Varol, U., Yavuzsen, T., Akyol, M., Yildiz, Y., & Tarhan, M.O. (2014). Sexual satisfaction, anxiety, depression and quality of life in testicular cancer survivors. *Medical Oncology*, 31(7), 1-6.

- Anarte, M.T., Ramírez, C., López, A.E., y Esteve, R. (2001). Evaluación de estrategias de afrontamiento, nivel de funcionamiento y edad en personas con dolor oncológico y benigno. *Rev Soc Esp Dolor*, 8, 102-10.
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York, NY: The Guilford Press.
- Beck, A., Steer, A., & Garbin, G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Gedisa. Barcelona España.
- Bender, J.L., Wiljer, D., To, M.J., Bedard, P.L., Chung, P., Jewett, M.A., & Gospodarowicz, M. (2012). Testicular cancer survivors' supportive care needs and use of online support: a cross-sectional survey. *Supportive Care in Cancer*, 20(11), 2737-2746.
- Bernal, A., Jiménez M.A., Díez F.F., y Alvarado, S. (2008). Ansiedad asociada a disfunción eréctil en pacientes con cáncer de testículo. Experiencia del Instituto Nacional de Cancerología México. *Gamo*, 7(2), 29-34.
- Bell, M.L., Olivier, J., & King, M.T. (2013). Scientific rigour in psycho-oncology trials: why and how to avoid common statistical errors. *Psycho-Oncology*, 22(3), 499-505.
- Bellver, A. (2007). Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida y el estado emocional en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(1), 133-142.

- Bergström, R., Adami, H., Mohner, M., Zatonski, W., Storm, H., Ekblom, A., Tretli, S., Teppo, L., & Hakulinen T. (1996). Increase in Testicular Cancer Incidence in Six European Countries: a Birth Cohort Phenomenon. *Journal of the National Cancer Institute*, 88(11), 727- 733.
- Berney, D.M. (2005). A practical approach to the reporting of germ cell tumours of the testis. *Current Diagnostic Pathology*. 11, 151–161.
- Bjellanda, I., Dahl, A.A., Haug, T.T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 69– 77.
- Black, E.K., & White, C.A. (2005). Fear or recurrence, sense of coherence and posttraumatic stress disorder in haematological cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 14, 510–515.
- Bosl, G.J., & Motzer, R.J. (1997). Testicular Germ-Cell Cancer. *New England Journal of Medicine*, 337, 424-252.
- Borden, E.C., & Parkinson, D. (1998). A perspective on the clinical effectiveness and tolerance of interferon-alpha. *Semin Oncol*, 25(1), 3-8.
- Bredal, I.S. (2010). The Norwegian version of the Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale: factor structure and psychometric properties. *Psycho-Oncology*, 19(2), 216-221.
- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer—coping or personal transition?. *Psycho-Oncology*, 10(1), 1-18.
- Brennan, J. (2010). Adjustment to cancer – coping or personal transition?. *Psychooncology*. *Psycho-Oncology*, 10, 1–18.
- Breitbart, W., Poppito, S., Rosenfeld, B., Vickers, A.J., Li, Y., Abbey, J., & Cassileth, B.R. (2012). Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(12), 1304-1309.

- Brezden, C.B., Phillips, K.A., Abdolell, M., Bunston, T., & Tannock, I.F. (2000). Cognitive Function in Breast Cancer Patients Receiving Adjuvant. *Journal of Clinical Oncology*, 18(14), 2695-2701
- Brown, L., Kroenke, K., Theobald, D., Wu, J., & Tu, W. (2010). The association of depression and anxiety with health related quality of life in cancer patients with depression and/or pain. *Psycho-Oncology*, 19, 734-741.
- Brodsky, M.S. (1995). Testicular cancer survivors' impressions of the impact of the disease on their lives. *Qualitative Health Reseach*, 5, 78-96.
- Brodsky, M. (1999). The Young Male Experience with Treatment for Nonseminomatous Testicular Cancer. *Sexuality and Disability*, 17, 1.
- Bruera, E., Schmitz, B., Pither, J., Neumann, C., & Hanson, J. (2000). The frequency and correlates of dyspnea in patients with advanced cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 19,357-362.
- Caro, I. (1997). Manual de psicoterapias cognitivas: Estado en cuestión y procesos terapéuticos. Paidós: México.
- Carbone, S., Walker, G.A., Burney., S. & Newton, F. (2009). 'The Symptom Recognition and Help-seeking Experiences of Men in Australia With Testicular Cancer. *Qualitative Research Journal*, 9(1), 43-59.
- Carlson, L.E. & Bultz, B.D. (2003). Cancer distress screening: Needs, models, and methods. *J Psychosom Res*, 55, 403-9.
- Carroll, B.T., Kathol, R.G., & Noyes, A. (1993). Screening for depression and anxiety in cancer patients using the hospital Anxiety and Depression Scale. *General Hospital Psychiatry*, 15, 69-74.

- Cayrou, S., Dickés, P., Gauvain-Piquard, A., & Roge, B. (2003). The Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale: French replication and assessment of positive and negative adjustment dimensions. *Psycho-Oncology*, 12, 8-23.
- Cecil, R., McCaughan, E., & Parahoo, K. (2010). 'It's hard to take because I am a man's man': an ethnographic exploration of cancer and masculinity. *European Journal of Cancer Care*, 19, 501–509.
- Cella, D.F., Tulsky, D.S., & Gray, G. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: Development and validation of the general measure. *J Clin Oncol*, 11, 570-579.
- Chapple, A., Ziebland, S. & McPherson, A. (2004). Qualitative study of men's perceptions of why treatment delays occur in the UK for those with testicular cancer. *British Journal of General Practice*, 54, 25–32.
- Classen, J., Schmidberger, H., & Meisner, C. (2003). Radiotherapy for stages IIA/B testicular seminoma: final report of a prospective multicenter clinical trial. *J Clin Oncol*, 21,1101–1106.
- Classen, C., Koopman, C., & Angell, K. (1996). Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychol*, 15,434–437.
- Clark, P.G., Rochon, E., Brethwaite, D., & Edmiston, K.K. (2011). Screening for psychological and physical distress in a cancer inpatient treatment setting: A pilot study. *Psychooncology*, 20, 664-8.
- Cleeland, C.S. (2007) Symptom Burden: Multiple Symptoms and Their Impact as Patient-Reported Outcomes. *J Natl Cancer Inst Monogr*, 37, 16 – 21
- Cleeland, C.S., Mendoza, T.R., & Wang, X.S. (2000). Assessing symptom distress in cancer patients: the M.D. Anderson Symptom Inventory. *Cancer*. 89,1634-1646.

- Cortes, D., Jørgen, M., & Visfeldt, T.J. (2001). Cryptorchidism: Aspects of Fertility and Neoplasms. *Horm Res.* 55, 21–27.
- Costa-Requena, G., & Gil, F. (2009). The Mental Adjustment to Cancer Scale: A psychometric analysis in Spanish cancer patients. *Psycho-Oncology*, 18(9), 984-991.
- Costantini, M., Musso, M., Viterbori, P., Bonci, F., Del Mastro, L., Garrone O., Venturini, M., & Morasso, G. (1999). Detecting psychological distress in cancer patients: validity of the Italian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Support-Care-Cancer*, 7(3), 121-7.
- Costilla-Montero, A., Guadarrama-Benitez, B., Castro, M., Gutiérrez-Rosales, R., Morales-Ordaz, O., Cisneros-Chaves, R., Pérez-Guadarrama, O., López-Zepeda, A., Carrillo-Ponce, C., y Morales-Padilla, C.A. (2011). Cáncer testicular. Experiencia en el centro Médico del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios. *Rev Mex Urol*, 2011; 71(6): 307-313.
- Cullen, M.H., Stenning, S.P., & Parkinson, M.C. (1996). Shortcourse adjuvant chemotherapy in high-riskstage I nonseminomatous germ cell tumors of the testis: a Medical Research Council report. *J Clin Oncol*, 14, 1106–1113.
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Andersson, G. (2008). Internet-administered cognitive behavior therapy for health problems: a systematic review. *Journal of behavioral medicine*, 31(2), 169-177.
- Cwikel, J., Behar, L., & Rabson-Hare, J. (2000). A comparison of a vote count and a meta-analysis review of intervention research with adult cancer patients. *Research on Social Work Practice*, 10(1), 139-158.

- Dale, H.L., Adair, P.M., & Humphris, G.M. (2010). Systematic review of post-treatment psychosocial and behaviour change interventions for men with cancer. *Psycho-Oncology*, 19(3), 227-237.
- Dahl, A.A., Haaland, C.F., Mykletun, A., Bremnes, R., Dahl, O., Klepp, O., & Fosså, S.D. (2005). Study of anxiety disorder and depression in long-term survivors of testicular cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23(10), 2389-2395.
- Deimling, G.T., Wagner, L.J., Bowman, K.F., Sterns, S., Kercher, K., & Kahana, B. (2006). Coping among older-adult, long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 15(2), 143-159.
- Dearnaley, D.P., Huddart, R.H., & Horwich, A. (2001). Managing testicular cancer. *British Medical Journal*, 322: 1583-1588.
- Department of Health and Human Services U.S. (2007). Deaths: Final data for 2004. DHHS Publication No. (PHS) 2007-1120. *National Vital Statistics Reports*, 55(19). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention.
- Derogatis, L.R., Morrow G.R., & Fetting, J. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, 249, 751-757.
- De Nooijer, J., Lechner, L., & de Vries, H. (2001). A qualitative study on detecting cancer symptoms and seeking medical help: An application of Andersen's model of total patient delay. *Patient Education and Counseling*, 42, 145-157.
- de-Haes, J.C., van-Knippenberg, F.C., & Neijt, J.P. (1990). Measuring psychological and physical distress in cancer patients: Structure and application of the Rotterdam Symptom Checklist. *Br J Cancer*, 62,1034-1038.

- DiMatteo, M.R., Lepper, H.S., & Croghan, T.W. (2000). Depression Is a Risk Factor for Noncompliance With Medical Treatment Meta-analysis of the Effects of Anxiety and Depression on Patient Adherence. *Arch Intern Med*, 160, 2101-2107.
- DuHamel, K.N., Mosher, C.E., Winkel, G., Labay, L.E., Rini, C., Meschian, Y.M., & Redd, W. H. (2010). Randomized clinical trial of telephone-administered cognitive-behavioral therapy to reduce post-traumatic stress disorder and distress symptoms after hematopoietic stem-cell transplantation. *Journal of Clinical Oncology*, 28(23), 3754-3761.
- Dunkerl-Schetter, C., Feinstein, L., Taylor, S., & Falke, R. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11, 79-87.
- Edbril, S.D., & Rieker, P.R. (1989). The impact of testicular cancer on the work lives of survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 7, 17-29
- Edelman, S., Bell, D.R., & Kidman, A.D. (1999). A group cognitive behaviour therapy programme with metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 8(4), 295-305.
- Edgar, L., Remmer, J., Rosberger, Z., & Fournier, M.A. (2000). Resource use in women completing treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 9(5), 428-438.
- Ell, K., Xie, B., Quon, B., Quinn, D.I., Dwight-Johnson, M., & Lee, P.J. (2008). Randomized controlled trial of collaborative care management of depression among low-income patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 26(27), 4488-4496.
- Enright, S.J. (1997). Cognitive behaviour therapy clinical applications. *BMJ*, 314, 1811-1816.
- Espie, C.A, Fleming, L., & Cassidy, J. (2008). Randomized Controlled Clinical Effectiveness Trial of Cognitive Behavior Therapy Compared With Treatment As Usual for Persistent Insomnia in Patients With Cancer. *J Clinical Oncology*, 26(28), 4651-4658.

- Faller, H., Schuler, M., Richard, M., Heckl, U., Weis, J., & Küffner, R. (2013). Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 31(6), 782-793.
- Fawzy, F.I., Fawzy, N.W., Arndt, L.A., & Pasnau, R.O. (1995). Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Archives of General Psychiatry*, 52(2), 100.
- Fawzy, I.F. (1999). Psychosocial interventions for patients with cancer: What works and what doesn't. *European Journal of Cancer*, 31(11), 1559-1564.
- Fawzy, I.F., Cousins, N., Fawzy, N.W., Kemeny, M.E., Elashoff, R., & Morton, D. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients: Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 47, 720-725.
- Fergus, K.D., Gray, R.E., & Fitch, M.I. (2002). Sexual dysfunction and the preservation of manhood: Experiences of men with prostate cancer. *Journal of Health Psychology*, 7, 303-316.
- Fernandez noyola G, M., Samuel, A.T., Zael, S.R., Santiago, F.G., Alejandro, U.O., & Carlos, P.G. (2012). Función testicular en pacientes con cáncer de testículo posterior a quimioterapia. *Rev Mex Urol*, 72(2), 56-62.
- Ferrero, J., Barreto, M.P., & Toledo, M. (1995). Negación y cáncer: Una reflexión y algunos resultados. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 34(35), 55-66.
- Fleer, J., Sleijfer, S., Dirk, T., Hoekstra, H.J., Tuinman, M., Klip, E.C., & Hoekstra-Weebers, J. (2006). Objective and subjective predictors of cancer-related stress symptoms in testicular cancers survivors. En: Quality of life of testicular cancer survivors. Fleer J. Thesis University of Groningen.

- Fleer, J, Hoekstra, H.J., Sleijfer, D.T., Tuinman, M.A., & Hoekstra-Weebers, J. (2006). The role of meaning in the prediction of psychosocial well-being of testicular cancer survivors. *Quality of Life Research*, 15, 705–717.
- Font, A. (2003). Guía de tratamiento psicológicos eficaces en el cáncer 57-92. En: Pérez., J, Fernández, C, Fernández, F., & Amigo, I. (Coord). Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Piramide: Madrid.
- Font, A., & Rodríguez, E. (2007). Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2), 423-446.
- Fors, E.A., Bertheussen, G.F., Thune, I., Juvet, L.K., Elvsaas, I.K.Ø., Oldervoll, L., & Leivseth, G. (2011). Psychosocial interventions as part of breast cancer rehabilitation programs? Results from a systematic review. *Psycho-Oncology*, 20(9), 909-918.
- Friedman, L. C., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., Romero, C., Husain, I., & Liscum, K. R. (2006). Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15(7), 595-603.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R.J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of personality and social psychology*, 50(5), 992.
- Forero, F., Bernal, G., & Restrepo, M. (2005). Propiedades psicométricas de la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) en una muestra de pacientes colombianos. *Avances en Medición*, 3, 135-152.
- Fossa, S.D., Horwich, A., & Russell, J.M. (1999). Optimal planning target volume for stage I testicular seminoma: A Medical Research Council randomized trial. Medical Research Council Testicular Tumor Working Group. *J Clin Oncol*, 17(4), 1146.

- Fosså, S.D. & Kravdal, Ø. (2000). Fertility in Norwegian testicular cancer patients. *Br J Cancer*, 82: 737–741.
- Fosså, S., Slee, P.H., & Brausi, M. (2001). Flutamide versus prednisone in patients with prostate cancer symptomatically progressing after androgenablative therapy: A phase III study of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Genitourinary Group. *J Clin Oncol* 19:62-71.
- Fosså, S.D., Alv, A.D., & Loge, J.H. (2003). Fatigue, Anxiety, and Depression in Long-Term Survivors of Testicular Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 21(7), 1249-1254.
- Fosså, S.D., de Wit, R., Roberts, J.T., Wilkinson, P.M., de Mulder, P.H.M., Mead, G.M., Cook, P., de Prijck, L., Stenning, S., Aaronson, N.K., Bottomley, A., & Collette, L. (2003). *J Clin Oncol*, 21, 1107-1118.
- Franks, H.M., & Roesch, S.C. (2006). Appraisals and coping in people living with cancer: a metaanalysis. *Psychooncology*. In press.
- Friedman, H.C., & DiMatteo, R.D. Health Psychology. London: Prentice Hall;1989
- Frumin, M., & Greenberg, D. (2005). El paciente con cáncer. En: Steren T, Herman JB, Slavin PL, editores. *Psiquiatría en la consulta de atención primaria: Guía Práctica*. España: McGraw Hill, pp:359-366.
- Galindo-Vázquez, O., Valadez-Téllez, L., Álvarez-Avitia, M.A., González-Forteza, C., Robles, R., y Alvarado-Aguilar, S. (2011). Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y seguimiento; experiencia del Instituto Nacional de Cancerología de México (INCan). *GAMO*, (10)3, 123-128.
- Galindo, O., Álvarez, A.M., y Alvarado, S. (2012). Aspectos psicológicos de las afectaciones sexuales en el paciente con cáncer testicular. *Rev Mex Urol*, 72(5), 256-263.

- Galindo, O., Álvarez, M.A., & Aguilar, S. (2013). Ansiedad, depresión y afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y periodo de seguimiento. *Psicooncología*, 10(1), 69-78.
- Galindo, O., Benjet, C., Cruz-Nieto, M.H., Rojas-Castillo, E., Riveros-Rosas, A., Meneses, Garcia, A., Aguilar-Ponce, J.L., Alvarez-Avitia, M.A., & Alvarado-Aguilar, S. (2014) Psychometric properties of the Zarit Burden Interview in Mexican caregivers of cancer patients, *Psycho-Oncology*.
- Galindo, O., Benjet, C., Juárez, F., Rojas, E., Riveros, A., Aguilar-Ponce, J.L., Álvarez, M.A., y Alvarado, S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) para pacientes con cáncer en población mexicana. *Salud Mental*, 4(38).
- Galindo, O., Benjet, C., Juárez, F., Riveros, A., Meneses, A., Aguilar-Ponce, J.L., Rojas, E., Álvarez, M.A., & Alvarado, S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala de ajuste mental al cáncer (MAC-M) para pacientes con cáncer en población mexicana. *En prensa*
- Galindo, O., Benjet, C., Juárez, F., Riveros, A., Meneses, A., Aguilar-Ponce, J.L., Rojas, E., Álvarez, M.A., & Alvarado, S. (2015). Propiedades psicométricas de cuestionario básico de síntomas M. D. Anderson (MDASI-M) para pacientes con cáncer en población mexicana. *En prensa*
- Gascoigne, P., Mason, M.D., & Roberts, E. (1999). Factors affecting presentation and delay in patients with testicular cancer: Results of a quality study. *Psycho-Oncology*, 8, 144-154.
- Gashaw, I., Dushaj, O., Behr, R., Biermann, K., Brehm, R., Ru'bben, H., Grobholz, R., Werner, K., Bergmann, M., & Winterhager, E. (2007). Novel germ cell markers characterize testicular seminoma and fetal testis. *Molecular Human Reproduction*, 13(10), 721-727.
- Gerson, R. (2000). Fertilidad y cáncer. *Rev Med Hosp Gen Mex*, 63(1), 30-40.

- Glanz, K., & Lerman, C. (1992). Psychosocial impact of breast cancer: A critical review. *Annals of Behavioral Medicine*, 14(3), 204-212
- Grassi, L., Buda, P., Cavana, L., Annunziata, M.A., Torta, R., & Varetto, A. (2005). Styles of coping with cancer: The Italian version of the Mini-Mental Adjustment to Cancer (Mini-MAC) scale. *Psycho-Oncology*, 14, 115–124.
- Greer, S. (1991). Psychological response to cancer and survival. *Psychological Medicine*, 21(01), 43-49.
- Greer, S., Moorey, S., & Barauch, J.D. (1991). Evaluation of adjuvant psychological therapy for clinically referred cancer patients. *British Journal of Cancer*, 63, 257-260.
- Greer, S., Moorey, S., Baruch, J.D.R., Watson, M., Robertson, B.M., Mason, A., Rowden, L., Law, M.G., & Bliss, J.M. (1992). Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: A prospective randomised trial. *Br Med J* **304**: 675–680
- Greer, J.A., Pirl, W.F., Parkm, E.R., Lynch, T.J., & Temel, J.S. (2008). Behavioral and psychological predictors of chemotherapy adherence in patients with advanced non-small cell lung cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 65(6),549–552.
- Greer, J.A., Park, E.R., Prigerson, H.G., & Safren, S.A. (2010). Tailoring cognitive-behavioral therapy to treat anxiety comorbid with advanced cancer. *Journal of cognitive psychotherapy*, 24(4), 294.
- Greenberg, D.B. (2004). Barriers to the treatment of depression in cancer patients. *JNCI Monographs*, 32, 127-135.
- Groll, R.J., Warde, P., & Jewet, M.A.S. (2007). A comprehensive systematic review of testicular germ cell tumor surveillance. *Oncology Hematology*, 04(14), 1-16.

- Gielissen, M.F.M., Verhagen, C.A.H.H.V.M., & Bleijenberg, G. (2007). Cognitive behaviour therapy for fatigued cancer survivors: long-term follow-up. *British journal of cancer*, 97(5), 612-618.
- Gil, P.J.M., Carrillo, F.X.M., & Meca, J.S. (2001). Effectiveness of cognitive-behavioural treatment in social phobia: A metaanalytic review. *Psychology in Spain*, 5, 17–25.
- Guirimand, F., Buyck, J.F., Lauwers-Allot, E., Revnik, J., Kerguen, T., Aegerter, P., & Cleeland, C.S. (2010). Cancer-related symptom assessment in France: validation of the French MD Anderson symptom inventory. *Journal of pain and symptom management*, 39(4), 721-733.
- Hartmann, J.T., Albrecht, C., Schmoll, H.J., Kuczyk, M.A., Kollmannsberger, C., & Bokemeyer, C. (1999). Long-term effects on sexual function and fertility after treatment of testicular cancer. *Br J Cancer*, 80, 801–807.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., & Black, W. (2005) Análisis multivariante. Pearson: España.
- Harper, A., & Power, M. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOLBREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28(3), 551-558.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152–1168.
- Helen, G., Fan, M., Houédé-Tchen, N., Yim Q., & Chemerynskym, I. (2005). Fatigue, Menopausal Symptoms, and Cognitive Function in Women After Adjuvant Chemotherapy for Breast Cancer: 1- and 2-Year Follow-Up of a Prospective Controlled Study. *Journal of Clinical Oncology*, 23(31), 8025-8032.

- Herrmann, C. (1997). International experiences with hospital anxiety and depression scale: a review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 14(1), 17-41.
- Herrera, A., De la Garza, J., y Granados, M. (2010). Cáncer. En: Granados, M. & Herrera, A. (Eds). *Manual de Oncología procedimientos médico quirúrgicos*. (pp. 1-9). México: McGrawHill.
- Hill, K.M., Amir, Z., Muers, M.F., Connolly, C.K., & Round, C.E. (2003). Do newly diagnosed lung cancer patients feel their concerns are being met? *European Journal of Cancer Care*, 12(1),35–45.
- Hinz, A., Krauss, O., Hauss, J.P., Hockel, M., Kotmann, R.D., Stolzenburg, J.U., & Schwarz, R., (2010). Anxiety and depression in cancer patients compared with the general population. *European Journal of Cancer Care*, 19, 522–529.
- Ho, S. M.Y., Kam Fung, W., Chan, C. L.W., Watson, M.m & Tsui, Y.K.Y. (2003). Psychometric properties of the Chinese version of the Mini-Mental Adjustment to Cancer (MINI-MAC) scale. *Psycho-Oncology*, 12, 547–556.
- Hofmann, S.G., Asnaani, A., Vonk, I.J., Sawyer, A.T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427-440.
- Holland, J.C., Breitbart, W.S., Jacobsen, P.B., & Lederberg. M.S. (2010). *Psycho-Oncology*. New York: Oxford.
- Holland, J.C., & Anderson, B. (2007). *NCCN Guidelines for Distress Management*. JNCCN, 5, 66-98.
- Holzner, B., Efficace, F., Basso, U., Johnson, C. D., Aaronson, N. K., Arraras, J. I., & Giesinger, J.M. (2013). Cross-cultural development of an EORTC questionnaire to assess health-

- related quality of life in patients with testicular cancer: the EORTC QLQ-TC26. *Quality of Life Research*, 22(2), 369-378.
- Horne, D. & Watson, M. (2011). Cognitive-Behavioural Therapies in Cancer Care. En: Watson, M. & Kissane, D. *Handbook of Psychotherapy in Cancer Care*. USA: John Wiley & Sons.
- Horwich, A., Shipley, A., & Huddart, R. (2006). Testicular germ-cell cancer. *Lancet*, 367, 754–65.
- Honyashiki, M., Furukawa, T. A., Noma, H., Tanaka, S., Chen, P., Ichikawa, K., & Caldwell, D. M. (2014). Specificity of CBT for Depression: A Contribution from Multiple Treatments Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 38(3), 249-260.
- Hoyt, M.A. (2006). Masculinity and health: Finding a place for men to approach emotion. Unpublished manuscript.
- Hoyt, M.A., KaMala, T., Epstein D.R., & Dirksen, S. (2009). Coping Style and Sleep Quality in Men with Cancer. *Ann. behav. Med*, 37, 88–93.
- Hoyt, M.A., Thomas, K. S., Epstein, D.R., & Dirksen, S.R. (2009). Coping style and sleep quality in men with cancer. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(1), 88-93.
- Hoyt, M.A., Cano, S.J., Saigal, C.S., & Stanton, A.L. (2013). Health-related quality of life in young men with testicular cancer: validation of the Cancer Assessment for Young Adults (CAYA). *Journal of Cancer Survivorship*, 7(4), 630-640.
- Humphris, G.M., Rogers, S., & McNally, D. (2003). Fear of recurrence and possible cases of anxiety and depression in orofacial cancer patients. *Int J Oral Maxillofac Surg*, 32:486–491.

- Innamorati, M., Lester, D., Balsamo, M., Erbutto, D., Ricci, F., Amore, M., & Pompili, M. (2014). Factor validity of the Beck Hopelessness Scale in Italian medical patients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 36*(2), 300-307.
- Institute of Cancer Research (2001). Men's Health Survey. <http://tinyurl.com/38gl9g8> (Recuperado: Octubre 8 2010).
- Ivanova, M.O., Ionova, T.I., Kalyadina, S.A., Uspenskaya, O.S., Kishtovich, A.V., Guo, H., & Wang, X. S. (2005). Cancer-related symptom assessment in Russia: validation and utility of the Russian MD Anderson Symptom Inventory. *Journal of pain and symptom management, 30*(5), 443-453.
- Jacobsen, P.B., & Ransom, S. (2007). Implementation of NCCN distress management guidelines by member institutions. *J Natl Compr Canc Netw, 5*, 99-103.
- Jacobsen, P.B. (2009). Promoting evidence-based psychosocial care for cancer patients. *Psycho-Oncology, 18*(1), 6-13.
- Jadoon, N.A., Munir, W., Shahzad, M.A., & Choudhry, Z.S. (2010). Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: a cross-sectional study. *BMC Cancer, 10*, 594-599.
- Jansen, C.E., Miaskowski, C., Dodd, M., Dowling, G., & Kramer, J. (2005). A metaanalysis of studies of the effects of cancer chemotherapy on various domains of cognitive function. *Cancer, 104*, 2222-2233.
- Jim, H., Richardson, S.A., Golden-Kreutz, D.M., & Andersen, B.L. (2006). Strategies Used in Coping With a Cancer Diagnosis Predict Meaning in Life for Survivors. *Health Psychology, 25*(6), 753-761.
- Joly, F., Hèron, J., & Kalusinski, L. (2002). Quality of life in long-term survivors of testicular cancer: A population-based case-control study. *Journal of Clinical Oncology, 20*:73-80.

- Jones, G.Y., & Payne, S. (2000). Searching for safety signals: The experience of medical surveillance amongst men with testicular teratomas. *Psycho Oncology*, 9, 385–394.
- Jurado, S., Villegas, M.E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., y Varela, R. (1998). La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.
- Kaasa, S., Aass, N., Mastekaasa, A., Lund, E., & Fossa, S. (1991). Psychosocial well-being in testicular cancer patients. *European Journal of Cancer*, 27, 1091–1095.
- Kang, J. I., Chung, H. C., Kim, S. J., Choi, H. J., Ahn, J. B., Jeung, H. C., & Namkoong, K. (2008). Standardization of the Korean version of Mini-Mental Adjustment to Cancer (K-Mini-MAC) scale: factor structure, reliability and validity. *Psycho-Oncology*, 17(6), 592-597.
- Katschnig, H. (2000). Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(s407), 33-37.
- Kleiboer, A., Gowing, K., Hansen, H., Hibberd, C., Hodges, L., Walker J., Parvez, Thekkumpurath., O'Connor, M., Murray, G., & Sharpe, M. (2010). Monitoring symptoms at home: what methods would cancer patients be comfortable using? *Qual Life Res*, 19(7), 965-968.
- Kim, Y., Valdimarsdottir, H. B., & Bovbjerg, D. H. (2003). Family histories of breast cancer, coping styles, and psychological adjustment. *Journal of behavioral medicine*, 26(3), 225-243.
- Kim, J.E., Dodd, M.J., Aouizerat, B.E., Jahan, T., Miaskowski, C. (2008). A review of the prevalence and impact of multiple symptoms in oncology patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 37(4), 715–736.

- Kuczyk, M., Machtens, S., Bokemeyer, C., Schultheiss, D. & Jonas, U. (2000). Sexual function and fertility after treatment of testicular cancer. *Current opinion in urology*, 10(5), 473-477.
- Kuyken, W., Padesky, C. A., & Dudley, R. (2008). The science and practice of case conceptualization. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(06), 757-768.
- Lara, M.C., y Alvear, M. (1991). La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en los pacientes del Instituto Nacional de Cancerología, *Salud Mental*, 14(1), 6-11.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). Ways of coping scale. Stress, appraisal and coping. *Journal of Personality and social psychology*, 45, 150-170.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1991). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.
- Lee, P.A. (1993). Fertility in cryptorchidism. Does treatment make a difference? *Endocrinol Metab Clin North Am*, 22, 479-90.
- Lee-Jones, C., Humphris, G., & Dixon, R. (1997). Fear of cancer recurrence. A literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of recurrence fears. *Psycho-Oncology*, 6,95-105.
- Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E.A. (1992). Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Ther Res*, 16,143-163.
- Livneh, H., & Antonak, R. (2005). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A primer for counselors. *Journal of Counseling and Development*, 83, 12-20.

- Lin, C. C., Chang, A. P., Cleeland, C. S., Mendoza, T. R., & Wang, X. S. (2007). Taiwanese version of the MD Anderson symptom inventory: symptom assessment in cancer patients. *Journal of pain and symptom management*, 33(2), 180-188.
- Lutgendorf, S.K., & Laudenslager, M.L. (2009). Care of the caregiver: stress and dysregulation of inflammatory control in cancer caregivers. *J Clin Oncol*, 27(18), 2894-2895.
- Looijenga, L.H.J., Rosenberg, C., van Gurp, R.J.H.L.M., Geelen, E., van Echten-Arends, J., de Jong, B., Mostert, M., & Wolter Oosterhuis, J. (2000). Comparative genomic hybridization of microdissected samples from different stages in the development of a seminoma and a non-seminoma. *J. Pathol*, 191, 187–192.
- Marrero, R.R., y Carballeira, M. (2002). Terapia de solución de problemas en enfermos de cáncer. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2(1), 23-39.
- Massie, M.J. (1989). Anxiety, Panic and Phobias, Handbook of Psychooncology. Psychological care of the patient with cancer, J.C Holland, J.H Rowland, Oxford University Press, p. 300.
- Mason, O.J., & Strauss, K. (2004a). Testicular cancer: Passage through the help-seeking process for a cohort of U.K. men (Part 1). *International Journal of Men's Health*, 3, 93–111.
- Malec, J.F., Romsaas, E.P., Messing, E.M., Cummings, K.C., & Trump, D.L. (1990). Psychological and mood disturbance associated with the diagnosis and treatment of testis cancer and other malignancies. *Journal of clinical psychology*, 46(5), 551-557.
- Maté, J., Hollenstein, M.F., y Gil, F.L. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 1(2), 211-230.
- McCaul, K.D., Branstetter, A.D., Schroeder, D.M., & Glasgow, R.E. (1996). What is the relationship between breast cancer risk and mammography screening? A meta-analytic review. *Health Psychology*, 15(6), 423.

- McKiernan, A., Steggles, S., Guerin, S., & Carr, A. (2010). A controlled trial of group cognitive behavior therapy for Irish breast cancer patients. *Journal of psychosocial oncology*, 28(2), 143-156.
- Meirow, D., & Schenker, J.G. (1995). Cancer and male infertility. *Hum Reprod*, 10, 2017–2022.
- Mellon, S., Kershaw, T. S., Northouse, L. L., & Freeman-Gibb, L. (2007). A family-based model to predict fear of recurrence for cancer survivors and their caregivers. *Psycho-Oncology*, 16(3), 214-223.
- Meseguer, H. (2003). La ansiedad. En: Die Trill, M. editor. *Psico-oncología*. Madrid: Ades, 338-345.
- Meneses-García, A., Ruiz-Godoy, L.M., Beltrán-Ortega, A., Sánchez-Cervantes, F., Tapia-Conyer, R., y Mohar, A. (2012). Principales neoplasias malignas en México y su distribución geográfica (1993-2002). *Rev Invest Clin*, 64(4), 322-329.
- Meyer, T.J., & Mark, M. (1995). Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: A meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychology*, 14, 101–108.
- Mitchell, A.J., Waller, A., & Carlson, L.E. (2012). Implementing a screening programme for distress in cancer settings: Science and practice. *Psicooncología*, 9(2-3), 259-275.
- Moore, A.M., & Higgins, A. (2009). Testicular cancer: addressing the psychosexual issues. *British Journal of Nursing*, 18(19), 1182-1186.
- Morales, R., Álvarez, M.A, De la Garza, J., y Aguilar, J.L. (2010). Quimioterapia. En: Granados, M. & Herrera, A. (Eds). *Manual de Oncología procedimientos médico quirúrgicos*. (pp. 1-9). México: McGrawHill.
- Moreno, B., y Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En: G. Buela-Casal, V.E. Caballo, y C. Sierra (Eds). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI Editores.

- Moorey, S., Frampton, M., & Greer, S. (2003). The Cancer Coping Questionnaire: A self-rating scale for measuring the impact of adjuvant psychological therapy on coping behaviour. *Psycho-Oncology*, 12,331–344.
- Moorey, S., Greer, S., Watson, M., Baruch, J.D., Robertson, B. M., Mason, A., & Bliss, J.M. (1994). Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: outcome at one year. *Psycho-Oncology*, 3(1), 39-46.
- Moorey, S., & Greer, S. (1989). *Psychological therapy for patients with cancer: a new approach*. USA: APA.
- Moss, R. (1977). *Coping with physical illness*. New York: Plenum medical.
- Moos, R.H., & Schaefer, J.A. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (2nd ed.). New York, NY, US: Free Press.
- Moul, J.W. (2007). Timely diagnosis of testicular cancer. *Urologic Clinics of North America*, 34, 109–117.
- Moynihan, C., Bliss, J.M., & Davidson, J. (1998). Evaluation of adjuvant psychological therapy in patients with testicular cancer: randomised controlled trial. *Brit Med J*, 316, 429-35.
- Mullens, A.B., McCaul, K.D., Erickson, S.C., & Sandgren, A.K. (2004). Coping after cancer: risk perceptions, worry, and health behaviors among colorectal cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13(6), 367-376.
- Muriel, A.C., Hwang, V.S., Kornblith, A., Greer, J., Greenberg, D.B., & Temel, J. (2009). Management of psychosocial distress by oncologists. *Psychiatr Serv*, 60, 1132-4
- Mystakidou, K., Watson, M., Tsilika, E., Parpa, E., Primikiri, A., Katsouda, E., & Vlahos, L. (2005). Psychometric analyses of the Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale in a Greek palliative care unit. *Psycho-Oncology*, 14(1), 16-24.

- Mykletun, A., Dahl, A.A., & Haaland, C.F. (2005). Side effects and cancer-related stress determine quality of life in long-term survivors of testicular cancer. *J Clin Oncol*, 23(13), 3061–3068.
- Nakash, O., Levav, I., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Andrade, L.H., Angermeyer, M. C., & Scott, K.M. (2013). Comorbidity of common mental disorders with cancer and their treatment gap: findings from the World Mental Health Surveys. *Psycho-Oncology*.
- Nakamura, T., & Miki, T. (2010). Recent strategy for the management of advanced testicular cancer. *International Journal of Urology*, 17,148–157.
- Nauck, F., & Alt-Epping, B. (2008). Crises in palliative care—a comprehensive approach. *Lancet Oncol*. 9,1086–1091.
- Navarro, M.D.F., Llobel, J.P., y Pérez, J.F.G. (2000). Tamaño del efecto del tratamiento y significación estadística. *Psicothema*, 12, 236-240.
- Nazareth, I., Lewin, J., & King, M. (2001). Sexual dysfunction after treatment for testicular cancer: a systematic review. *J Psychosom Res*, 51, 735–743.
- Nejmi, M., Wang, X.S., Mendoza, T.R., Gning, I., & Cleeland, C.S. (2010). Validation and application of the Arabic version of the MD Anderson symptom inventory in Moroccan patients with cancer. *Journal of pain and symptom management*, 40(1), 75-86.
- Nezu, A. (2001). Terapia de solución de problemas para pacientes con cáncer. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 185-192.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M., & Salber, K.E. (2013). Terapia de solución de problemas. *Psicooncología*, 10(2-3),217-231.
- Newell, S.A., Sanson-Fisher, R.W., & Savolainen, N.J. (2002). Systematic review of psychological therapies for cancer patients: overview and recommendations for future research. *Journal of the National Cancer Institute*, 94(8), 558-584.

- Nordin, K., Berglund, G., Terje, I., & Glimelius, B. (1999). The Mental Adjustment to Cancer Scale – A psychometric analysis and the concept of coping. *Psycho-Oncology*, 8,250-259.
- Nigam, M., Aschebrook-Kilfoy, B., Shikanov, S., & Eggener, S. (2014). Increasing incidence of testicular cancer in the United States and Europe between 1992 and 2009. *World journal of urology*, 1-9.
- Ofman, U.S. (1995). Preservation of function in genitourinary cancers: psychosexual and psychosocial issues. *Cancer Investigation*, 13,125-131.
- Okuyama, T., Wang, X.S., Akechi, T., Mendoza, T.R., Hosaka, T., Cleeland, C.S., & Uchitomi, Y. (2003). Japanese version of the MD Anderson Symptom Inventory: a validation study. *Journal of pain and symptom management*, 26(6),1093-1104.
- Oliffe, J. (2005) Constructions of masculinity following prostatectomy-induced impotence. *Social Science and Medicine*, 60,2249–2259.
- Oliver, R.T.D., Mason, M.D., Mead, G.M., Von der Maase, H., Rustin, G.J.S., Joffe, J. K., & Stenning, S.P. (2005). Radiotherapy versus single-dose carboplatin in adjuvant treatment of stage I seminoma: a randomised trial. *The lancet*, 366(9482), 293-300.
- Oliver, R.T., Mead, G.M., Fogarty, S.P., & Stenning, S.P. (2008). Radiotherapy versus carboplatin for stage I seminoma: updated analysis of the MRC/EORTC randomized trial (ISRCTN27163214)). *J Clin Oncol*, 26(1).
- Oñate-Ocana, L.F., Alcántara-Pilar, A., Vilar-Compte, D., García-Hubard, G., Rojas-Castillo, E., Alvarado-Aguilar, S., & 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.

- Osmańska, M, Borkowska, A., & Makarewicz, R. (2010). Evaluation of quality of life, anxiety and depression in testicular cancer patients during chemotherapy and after anticancer treatment. *Psychiatr Pol*, 44(4), 543-56.
- Ottensbreit, N.D., Dobson, K.S., & Quigley, L. (2014). A Psychometric Evaluation of the Cognitive-Behavioral Avoidance Scale in Women with Major Depressive Disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 1-9.
- Ozalp, E., Soyguç, H., Cankurtaran, E., Turhan, L., Akbiyik, D., & Geyik, P. (2008). Psychiatric morbidity and its screening in Turkish women with breast cancer: a comparison between the HADS and SCID tests. *Psycho-Oncology*, 17, 668–675
- Ozen, H., Sahin, A., Toklu, C., Rastadoskouee, M., Kilic, C., Gogus, A. & Kendi, S. (1998). Psychosocial adjustment after testicular cancer treatment. *Journal of Urology*, 159, 1947-1950.
- Padesky, C.A. (1994). Schema change processes in cognitive therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1(5),267-278.
- Park, C.L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 1(2), 115.
- Parker, P.A., Baile, W.F., Moor, C.D., & Cohen, L. (2003). Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-Oncology*, 12(2), 183-193.
- Penedo, F.J., Traeger, L., Dahn, J., Molton, I., & Gonzalez, J.S. (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.

- Petersen, P.M., Giwercman, A., Skakkebaek, N.E., & Rorth, M. (1998). Gonadal function in men with testicular cancer. *Semin Oncol*, 25, 224-33.
- Pirl, W.F. (2004). Evidence Report on the Occurrence, Assessment, and Treatment of Depression in Cancer Patients *J Natl Cancer Inst Monogr*. 22, 32–39
- Pont, J., & Albrecht, W. (1997). Fertility after chemotherapy for testicular germ cell cancer. *Fertil Steril*, 68, 1–5.
- Powles, T., Robinson, D., & Shamash, J (2008). The longterm risks Tumores germinales de testiculo of adjuvant carboplatin treatment for stage I seminoma of the testis. *Ann Oncol*, 19, 443–447.
- Presti, J.C., Herr, H.W., & Carroll, P.R. (1993). Fertility and testis cancer. *Urol Clin North Am*, 20, 173–9.
- Pujol, S. P., & Guiteras, A.F. (2014). Optimismo disposicional y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 11(1), 19-30.
- Pulgar, M.Á., Garrido, S., Muela, J.A., & del Paso, G.A.R. (2009). Validación de un inventario para la medida del estrés percibido y las estrategias de afrontamiento en enfermos de cáncer (ISEAC). *Psicooncología*, 6(1), 167-190.
- Redd, W.H., Silberfarb, P.M., Andersen, B.L., Adrykowski, M.A., Bovjerg., D.H., Burish, T.G. Carpenter, P.J., Cleeland, C., Dolgin, M., Levy, S.M., Mitnick, L., Morrow, G.R., Schover, L.R., Spiegel, D.T., & Stevens, J. (1991). Psychologic and Psychobehavioral research in oncology. *Cancer*, 67(3), 813-822.
- Rizo, P., Sierra, M. I., Vázquez, G., Cano, G. M., Meneses, A., & Mohar, A. (2007). Registro hospitalario de cáncer: compendio de cáncer 2000–2004. *Instituto Nacional de Cancerología*, 203-287.

- Rehse, B., & Pukrop, R. (2003). Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: meta analysis of 37 published controlled outcome studies. *Patient education and counseling*, 50(2), 179-186.
- Ritterband, L.M., & Spielberger, C.D. (2001). Depression in a cancer patient population. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 8(2), 85-93.
- Rodríguez, A.M.C., y Palacios-Espinosa, X. (2013). Representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia. *Psicooncología*, 10(1), 79-93.
- Rohleder, N., Marin, T.J., Ma, R., & Miller, G.E. (2009). Biological cost of caring for a cancer patient: Dysregulation of pro- and anti-inflammatory signaling pathways. *J Clin Oncol* 2009; 27:2909-2915.
- Rowland, J. (1990). Intrapersonal Resources: Coping. En J. Holland & J. Rowland (Eds.) *Handbook of Psychooncology. Psychological Care of the Patient with Cancer*. New York: Oxford University Press
- Rizo, P., Sierra, M.I., Vázquez, G., Cano, M., Meneses, A. y Mohar, A. (2007). Compendio de cáncer 2000-2004. *Cancerología*, 2(3), 203-287.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., y Páez, F. (2001). Versión mexicana del inventario de ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18 (2), 211-218.
- Roesch, S., & Weiner, B. (2001). A meta-analytic review of coping with illness: Do causal attributions matter? *J. Psychosom Res*, 41, 813-19.
- Rudberg, L., Carlsson, M., Nilsson, S., & Wikblad, K. (2002). Self-perceived physical, psychological and general symptoms in survivors of testicular cancer 3 to 13 years after treatment. *Cancer Nurs*, 25(3), 187-95.

- Rudberg, L., Nilsson, S., & Wikblad, K. (2000) Health-related quality of life in survivors of testicular cancer 3 to 13 years after treatment. *Journal of Psychosocial Oncology*, 18, 19-31.
- Rutskij, R., Gaarden, T., Bremnes, R., Dahl, O., Finset, A., Fossa, S. D., & Dahl, A. A. (2010). A study of coping in long-term testicular cancer survivors. *Psychology, health & medicine*, 15(2), 146-158.
- Sánchez-Sosa, J.J., y González-Celis, A.L. (2006). Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En V. E. Caballo, Manual Para la Evaluación Clínica de los Trastornos Psicológicos (pp. 473-491). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Sarason, I., y Sarason, B. (2006). Psicopatología anormal: el problema de la conducta inadaptada, Pearson Ed, Mexico.
- Sanden, I., Satterlund, U., & Eriksonn, C. (2000). An interview study of men discovering testicular cancer. *Cancer Nurs*, 23(4), 304–9.
- Schmidt, H., Cleeland, C. S., Bauer, A., Landenberger, M., & Jahn, P. (2014). Symptom Burden of Cancer Patients: Validation of the German MD Anderson Symptom Inventory. A Cross-Sectional Multicenter Study. *Journal of pain and symptom management*.
- Schnoll, R. A., Harlow, L. L., Stolbach, L. L., & Brandt, U. (1998). A structural model of the relationships among stage of disease, age, coping, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 7(2), 69-77.
- Schou, I., Ekeberg, Ø., Ruland, C. M., Sandvik, L., & Kåresen, R. (2004). Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psycho-Oncology*, 13(5), 309-320.
- Schumacher, K., Beck, C.A., & Marren, J.M. (2006). Family caregivers caring for older adults, working with their families. *Am J Nurs*, 106:40-49.

- Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. *Registro Histopatológico de neoplasias malignas en México 2001*. México.
- Semple, C.J., Dunwoody, L., Sullivan, K., & Kernohan, W.G. (2006). Patients with head and neck cancer prefer individualized cognitive behavioural therapy. *European journal of cancer care*, 15(3), 220-227.
- Seitz, D., Besier, T., & Goldbeck, L. (2009). Psychosocial interventions for adolescent cancer patients: a systematic review of the literature. *Psycho-Oncology*, 18(7), 683-690.
- Sheppard, C., & Wylie, K. (2001). An assessment of sexual difficulties in men after treatment for testicular cancer. *Sexual and Relationship Therapy*, 16(1), 47-58.
- Sherwood, P., Given, B.A., Given, C.W., Champion, V.L., Doorenbos, A.Z., Azzouz, F., & Monahan, P.O. (2005). A cognitive behavioral intervention for symptom management in patients with advanced cancer. In *Oncology nursing forum Oncology Nursing Society*, 32(6), 1190-1198.
- Skinner, E., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the Structure of Coping: A Review and Critique of Category Systems for Classifying Ways of Coping. *Psychological Bulletin*, 129, 2, 216–269.
- Siafaka, V., Hyphantis, T., Alamanos, I., Fountzilias, G., Skarlos, D., Pectasides, D., & Mavreas, V. (2008). Personality Factors Associated With Psychological Distress in Testicular Cancer Survivors. *Journal of Personality Assessment*, 90 (4), 348-355.
- Sibert, L., Rives, N., Rey, D., Mace, B., & Grise, P. (1999). Semen cryopreservation after orchidectomy in men with testicular cancer. *BJU International*, 84, 1038-1042.
- Simpson, J.S.A., Carlson, L.E., & Trew, M.E. (2001). Effect of group therapy for breast cancer on healthcare utilization. *Cancer practice*, 9(1), 19-26.

- Singer, S., Danker, H., Dietz, A., Hornemann, B., Koscielny, S., Oeken, J., Matthäus C., Vogel, H.J., & Krau O. (2008). Screening for mental disorders in laryngeal cancer patients: a comparison of 6 methods. *Psycho-Oncology*, 17, 280–286.
- Skaali, T., Fossa, S.D., Bremnes, R., Dahl, O., Haaland, C.F., Hauge, E.R., Klepp, O., Oldenburg, J., Wist, E., & Dahl, A.A. (2009). Fear of recurrence in long-term testicular cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 18, 580–588.
- Skaali, T., Fossa, S.D., Andersson, S., Langberg, C.W., Lehne, G., & Alv, A. (2011). Is psychological distress in men recently diagnosed with testicular cancer associated with their neuropsychological test performance?. *Psycho-Oncology*, 20, 369–377.
- Spermon, J.R., Debruyne, F.M., & Witjes, J.A. (2002). Important factors in the diagnosis and primary staging of testicular tumours. *Current opinion in urology*, 12(5), 419-425.
- Sprangers, M.A., Tempelaar, R., van den Heuvel, W.J., de Haes, M., & Hanneke, C.J. (2002). Explaining quality of life with crisis theory. *Psycho-Oncology*, 11(5), 419-426.
- Steadman, L., & Quine, L. (2004). Encouraging young males to perform testicular self-examination: A simple, but effective, implementation intentions intervention. *British Journal of Health Psychology*, 9, 479–487.
- Smith, E., Gomm, S., & Dickens, C. (2003). Assessing the independent contribution to quality of life from anxiety and depression in patients with advanced cancer. *Palliative Medicine*, 17,509–513.
- Swchartz, C.E., Daltroy, L.H., Brandt, U., Friedman, R., & Stolbach, L. (1992). Apsychometric analysis of the Mental Adjustment to Cancer Scale *Psychological Medicine*, 22, 203-210.
- Tatrow, K., & Montgomery, G.H. (2006). Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: a meta-analysis. *Journal of behavioral medicine*, 29(1), 17-27.

- Taylor, S.E., & Stanton A.L. (2007) Coping Resources, Coping, Processes, and Mental *Health. Annu. Rev. Clin. Psychol*, 3, 377–401.
- Tchekmedyian, N., Kallich, J., McDermott, A., Fayers, P., & Erder, M. (2003). The relationship between psychological distress and cancer-related fatigue. *Cancer*, 98,198–203.
- Teunissen, S., Wesker, W., Kruitwagen, C., de Haes, H., Voest, E.E., & de Graeff A. (2007). Review Article Symptom Prevalence in Patients with Incurable Cancer: A Systematic Review *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(1), 94-104.
- Trask, P., Paterson, A., Fardig, J., & Smith, D. (2003). Course of distress and quality of life in testicular cancer patients before, during, and after chemotherapy: Results of a pilot study. *Psycho-Oncology*, 12, 814-820.
- Tsuang, M.T., & Tohen, M. (2002). (eds). Textbook in Psychiatric Epidemiology (ed 2). New York, NY, Wiley-Liss, 2002
- Tuinman, M.A., Hoekstra, H., Vidrine, D., Gritz, E., Sleifer, D., Fleeer, J., & Hoekstra-Weebers, J. (2010). Sexual function, depressive symptoms and marital status in nonseminoma testicular cancer patients: a longitudinal study. *Psycho-Oncology*, 19, 238-247.
- Uitterhoeve, R.J., Vernooij, M., Litjens, M., Potting, K., Bensing, J., De Mulder, P., & Van Achterberg, T. (2004). Psychosocial interventions for patients with advanced cancer—a systematic review of the literature. *British Journal of Cancer*, 91(6), 1050-1062.
- Yiend, J., Lee, J. S., Tekes, S., Atkins, L., Mathews, A., Vrinten, M., & Shergill, S. (2014). Modifying interpretation in a clinically depressed sample using ‘cognitive bias modification-errors’: A double blind randomised controlled trial. *Cognitive Therapy and Research*, 38(2), 146-159
- Várela, B., Delgado, L., Viera, M., Galain, A., y Schwartzmann, L. (2007). Afrontando la posibilidad de tener cáncer de mama. *Ciencia y enfermería*, 13(9), 33.40.

- Vaughn, D.J., Gignac, G.A., & Meadows, A.T. (2002). Long-term medical care of testicular cancer survivors. *Annals of internal medicine*, 136(6), 463-470.
- Valadez-Téllez, L., Galindo-Vázquez, O., Álvarez-Avitia, M.A., González-Forteza, C., Robles, R., y Alvarado-Aguilar, S. (2011). Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y seguimiento; una revisión. *GAMO*, 10(3), 129-135.
- Vahdaninia, M., Omidvari, S., & Montazeri A. (2010). What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study. *Soc Psychiat Epidemiol*, 45, 355–361.
- Vega, M.E., García, A., López, J.M., López, C., López, A., Rivera, F. y Ramos, J. (2004). Aspectos psicológicos de la Toxicidad de la Quimioterapia. *Psicooncología*, 1(2-3), 137-150.
- Vidrine, D.J., Hoekstra-Weebers, J.E., Hoekstra, H.J., Tuinman, M.A., Marani, S., & Gritz, E.R. (2010). The effects of testicular cancer treatment on health-related quality of life. *Urology*, 75(3), 636-641.
- Wang, X.S., Cleeland, C.S., Mendoza, T.R., Yun, Y.H., Wang, Y., Okuyama, T., & Johnson, V.E. (2010). Impact of cultural and linguistic factors on symptom reporting by patients with cancer. *J Natl Cancer Inst*, 102(10), 732-738.
- Wang, X. S., Wang, Y., Guo, H., Mendoza, T. R., Hao, X. S., & Cleeland, C. S. (2004). Chinese version of the MD Anderson symptom inventory. *Cancer*, 101(8), 1890-1901.
- Ware, J.E., Brook, R.H., Davies, A.R., & Lohr, K.N. (1981). Choosing measures of health status for individuals in general populations. *American Journal of public health*, 71(6), 620-625.
- Watson, M., Greer, S., Rowden, L., Gorman, C., Robertson, B., Bliss, J. M., & Tunmore, R. (1991). Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological medicine*, 21(1), 51-57.

- Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C., & Robertson, C. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychol Med*, 18, 203–209.
- Watson, M., Law, M., dos Santos, M., Greer, S., Baruch, J., & Bliss, J. (1994). The Mini-MAC: Further development of the Mental Adjustment to Cancer Scale. *J Psychosoc Oncol*, 12: 33–46.
- Yun, Y.H., Mendoza, T.R., Kang, I.O., You, C.H., Roh, J. W., Lee, C.G., & Wang, X.S. (2006). Validation study of the Korean version of the MD Anderson Symptom Inventory. *Journal of pain and symptom management*, 31(4), 345-352.
- Zabora, J., Brintzenhofeszoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology*, 10(1), 19-28.
- Zenger, M., Brix, C., Borowski, J., Stolzenburg, J.U., & Hinz, A. (2010). The impact of optimism on anxiety, depression and quality of life in urogenital cancer patients. *Psycho-Oncology*, 19, 879–886.
- Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

APÉNDICES

Apéndice 1

Consentimiento informado

Efectos de una terapia cognitivo conductual en pacientes con cáncer testicular.

Propósito

Usted está invitado a participar voluntariamente en el proyecto de investigación, titulado: Efectos de la terapia cognitivo conductual (TCC) en pacientes con cáncer testicular. Esta investigación tiene el objetivo de evaluar los efectos de una TCC sobre la sintomatología ansiosa, depresiva, distrés y calidad de vida, basada en la implementación de un afrontamiento centrado en el problema entre un grupo que recibirá seis sesiones de TCC comparado con un grupo control que recibirá seis sesiones informativas respecto a su salud. El proyecto está dirigido por el Mtro. Oscar Galindo Vázquez. Los investigadores adjuntos son: Psic. Onc. Salvador Alvarado Aguilar. Mtra. Edith Rojas Castillo y el Dr. Miguel Ángel Álvarez Avitia, quienes estarán debidamente identificados.

Es necesario que usted comprenda esta información para que pueda decidir si desea o no participar. Si tiene alguna duda o no entiende alguna parte de la información, pregúntele al personal que le está invitando a participar en este estudio. También puede comentarlo con su familia.

Procedimiento

Si acepta participar en este proyecto, se le asignará a uno de dos grupos, uno de terapia cognitivo conductual y uno control. Mediante un sorteo se determinará a qué grupo será asignado, tendrá la misma posibilidad de formar parte de cualquiera de los 2 grupos.

El grupo de terapia cognitivo conductual consistirá en seis sesiones semanales de 45 minutos, durante las cuales se trabajará en las habilidades para afrontar el cáncer, su tratamiento y mejorar su bienestar emocional. El grupo control recibirá seis sesiones semanales de 45 minutos, respecto a información sobre su salud, diagnóstico, tratamiento y efectos secundarios.

Se realizará una evaluación en ambos grupos, mediante cuestionarios previos al inicio y al final de la intervención, con una duración de 50 minutos en ambos grupos. La participación en esta investigación no tiene costo alguno.

Si en algún momento durante la investigación formando parte de cualquiera de los grupos, desea retirarse, lo podrá hacer, sin afectar la atención médica que recibe en el Instituto Nacional de Cancerología.

Objetivo

El objetivo del estudio es valorar si al llevar una (TCC) terapia cognitivo-conductual se favorece su bienestar psicológico y calidad de vida a lo largo del tratamiento médico, mediante la implementación de un afrontamiento centrado en el problema. Si se obtiene dicho beneficio, en el futuro se establecería como parte de la atención integral de este grupo de pacientes.

Confidencialidad

Toda la información que proporcione será estrictamente confidencial y privada; al publicarse los resultados de esta investigación nunca se hará mención de su nombre o algún otro dato que lo pueda identificar.

Beneficios

Con los resultados de este estudio se propone una terapia cognitivo-conductual dirigida a pacientes con cáncer testicular, que pueda tener efectos en el bienestar psicológico y calidad de vida. Si se obtiene dicho beneficio, en el futuro se establecería como parte de la atención integral de este grupo de pacientes.

Esta investigación no busca obtener beneficio económico alguno para los investigadores del estudio.

Riesgos

Durante el proceso terapéutico, se pueden tocar temas que le causen sentimientos, como intranquilidad, tristeza o angustia. Con el psicólogo que le atiende, podrá trabajar habilidades terapéuticas que le ayuden a sentirse mejor. Si a pesar del apoyo que reciba del psicólogo desea

retirarse, lo podrá hacer, sin afectar la atención médica que recibe en el Instituto Nacional de Cancerología.

Preguntas

Toda duda o pregunta, podrá consultarla con el investigador principal Mtro. Oscar Galindo Vázquez en persona en el consultorio I-6 o por teléfono al 56280400 ext. 251.

Si tiene dudas sobre sus derechos como paciente puede comunicarse con la Dra. Myrna G. Candelaria y/o Dr. Noel Jaime Castañeda Soto, Presidente y Secretario del comité de ética en investigación al teléfono 56280400, extensión 338. Av. San Fernando No. 22. Col. Sección XVI México D.F., C.P. 14080.

Si acepta participar, debe firmar el presente consentimiento informado que implica que usted ha comprendido su contenido. Este formulario debe ser firmado antes de llevar a cabo cualquier evaluación e intervención. Usted recibirá una copia del mismo.

Yo. _____ declaro que estoy de acuerdo en participar en el proyecto de investigación “Efectos de una terapia cognitivo conductual en pacientes con cáncer testicular tratados en el INCAN”, cuyo objetivo, beneficios y riesgos me fueron especificados por el investigador. El me ha ofrecido contestar cualquier duda o pregunta que surja durante el desarrollo de la investigación.

México D.F., a _____ de _____ del 2013.

Participante

Nombre _____ Firma _____

Dirección _____

Teléfono _____

Testigo 1. Nombre _____

Parentesco _____ Dirección _____

_____ Teléfono _____

Testigo 2. Nombre _____

Parentesco _____ Dirección _____

_____ Teléfono _____

Investigador principal.

Mtro. Oscar Galindo Vázquez

Instituto Nacional de Cancerología

Apéndice 2

Inventario de ansiedad y depresión hospitalaria – HADS – M

Instrucciones. Este cuestionario se ha construido para ayudar al equipo de salud que le atiende para saber cómo se siente. Lea cada frase y marque la respuesta que mejor se ajuste a cómo se sintió durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas.

1. Me siento tenso(a) o nervioso(a)
 - 3 Todos los días
 - 2 Muchas veces
 - 1 A veces
 - 0 Nunca
2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba
 - 0 Como siempre
 - 1 No tanto como antes
 - 2 Solo un poco
 - 3 Nada
3. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas
 - 0 Igual que siempre
 - 1 No tanto ahora
 - 2 Casi nunca
 - 3 Nunca
4. Tengo mi mente llena de preocupaciones
 - 3 La mayoría de las veces
 - 2 Con bastante frecuencia
 - 1 A veces, aunque no muy a menudo
 - 0 Sólo en ocasiones
5. Me siento alegre
 - 3 Nunca
 - 2 No muy a menudo
 - 1 A veces
 - 0 Casi siempre

6. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado(a)
 - 0 Siempre
 - 1 Por lo general
 - 2 No muy a menudo
 - 3 Nunca
7. Tengo una sensación extraña, como de “aleteo” en el estomago
 - 0 Nunca
 - 1 En ciertas ocasiones
 - 2 Con bastante frecuencia
 - 3 Muy a menudo
8. He perdido el interés en mi aspecto personal
 - 3 Totalmente
 - 2 No me preocupo tanto como debiera
 - 1 Podría tener un poco más de cuidado
 - 0 Me preocupo al igual que siempre
9. Me siento inquieto(a), como si no pudiera parar de moverme
 - 3 Mucho
 - 2 Bastante
 - 1 No mucho
 - 0 Nada
10. Me siento optimista respecto al futuro
 - 0 Igual que siempre
 - 1 Menos de lo acostumbrado
 - 2 Mucho menos de lo acostumbrado
 - 3 Nada
11. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico
 - 3 Muy frecuentemente
 - 2 Bastante a menudo
 - 1 No muy a menudo
 - 0 Nada
12. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión
 - 0 A menudo
 - 1 A veces
 - 2 No muy a menudo
 - 4 Rara vez

Apéndice 3

INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD

Angelica Riveros
Mark Andrew Groves
Juan Jose Sanchez Sosa



Facultad de psicología
Universidad Nacional Autónoma de México

2005, derechos reservados

Instrucciones

Los siguientes enunciados se refieren a su salud y actividades cotidianas. Por favor conteste **encerrando en un círculo** la opción que mejor describa su situación. Si le parece que la pregunta no se aplica a usted en lo absoluto, márkela como “nunca”, eso no le pasa. Contesté con toda confianza y franqueza, para este cuestionario no existen respuestas buenas ni malas.

Por favor siéntase en absoluta libertad de solicitar ayuda en caso de cualquier duda, o bien para leer o llenar el cuestionario, con todo gusto le atenderemos.

Ejemplo

Hay situaciones o cosas que me hacen sentir mucho miedo o terror.

0% 20% 40% 60% 80% 100%
Nunca **Casi Nunca** Pocas Veces Frecuente-Mente Casi Siempre Siempre

Encerraría en un círculo “CASI NUNCA” si siente miedo o terror muy rara vez en su vida. Si pensara que siente miedo o terror en todo momento, encerraría en un círculo “SIEMPRE”.

0% 20% 40% 60% 80% **100%**
Nunca Casi Nunca Pocas Veces Frecuente-Mente Casi Siempre **Siempre**

Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde: *con toda confianza, conteste con la verdad.*

Durante las últimas 2 semanas...

Desempeño físico

9. Tengo suficiente energía para mis actividades cotidianas
0% 20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre
10. Si es necesario, puedo caminar dos o tres cuadras fácilmente.
0% 20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre
11. Puedo cargar las bolsas del mandado sin hacer grandes esfuerzos.
0% 20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre
12. Puedo subir varios pisos por las escaleras sin cansarme demasiado.
0% 20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre
-

Durante las últimas 2 semanas...

Aislamiento

13. Siento que soy un estorbo, inútil o incompetente.
0% 20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre
14. Me siento tan vacío(a) que nada podría animarme.
0% 20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre
15. Me parece que desde que enfermé no confían en mí como antes.
0% 20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre
16. Me siento solo(a) aun estando en compañía de otros.
0% 20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

Percepción corporal

17. Me siento poco atractivo(a) porque estoy enfermo(a).

0%.....	20%.....	40%.....	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

18. Me siento restringido(a) por mi peso.

0%.....	20%.....	40%.....	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

19. Me da pena mi cuerpo.

0%.....	20%.....	40%.....	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

20. Mi cuerpo se ve diferente porque estoy enfermo(a)

0%.....	20%.....	40%.....	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

Funciones cognitivas

21. Se me olvida en dónde puse las cosas.

0%.....	20%.....	40%.....	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

22. Se me olvidan los nombres.

0%.....	20%.....	40%.....	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

23. Tengo dificultades para concentrarme y pensar.

0%.....	20%.....	40%.....	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

24. Tengo problemas con mi memoria.

0%.....	20%.....	40%.....	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

Actitud ante el tratamiento

25. Me fastidia tomar tantas medicinas.

0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

26. Los efectos de las medicinas son peores que la enfermedad.

0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

27. Me da pena que los demás noten que tomo medicinas.

0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

28. Me siento incómodo(a) con mi médico.

0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

Tiempo Libre.

29. Desde que enfermé dejé de disfrutar mi tiempo libre.

0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

30. Me siento triste cuando veo a personas que hacen las cosas que antes hacía.

0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

31. Desde que enfermé, dejé de pasar el rato con mis amigos.

0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

32. Mi enfermedad interfiere con mis actividades sociales, como visitar a mis amigos o familiares.

0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

Vida Cotidiana.

33. Desde que enfermé mi vida diaria se ha vuelto difícil.
- | | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20%..... | 40%..... | 60%..... | 80%..... | 100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
34. Desde que enfermé mi vida diaria dejó de ser placentera.
- | | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20%..... | 40%..... | 60%..... | 80%..... | 100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
35. Ahora que estoy enfermo(a) la vida me parece aburrida.
- | | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20%..... | 40%..... | 60%..... | 80%..... | 100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
36. Dejé de disfrutar mi vida diaria porque estoy enfermo(a).
- | | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20%..... | 40%..... | 60%..... | 80%..... | 100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
-

Durante las últimas 2 semanas...

Familia

37. El amor de mi familia es lo mejor que tengo.
- | | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20%..... | 40%..... | 60%..... | 80%..... | 100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
38. Me siento a gusto entre los miembros de mi familia.
- | | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20%..... | 40%..... | 60%..... | 80%..... | 100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
39. Mi familia me comprende y me apoya.
- | | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20%..... | 40%..... | 60%..... | 80%..... | 100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
40. Mi familia cuida mis sentimientos.
- | | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20%..... | 40%..... | 60%..... | 80%..... | 100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |

Durante las últimas 2 semanas...

Redes Sociales

41. Tengo a quien recurrir cuando tengo problemas de dinero.
- | | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20%..... | 40%..... | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
42. Cuando las cosas me salen mal, hay alguien que me puede ayudar.
- | | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20%..... | 40%..... | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
43. Hay alguien con quien puedo hablar sobre decisiones importantes.
- | | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20%..... | 40%..... | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
44. Si necesito arreglar algo en casa, hay alguien que puede ayudarme.
- | | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20%..... | 40%..... | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
-

Durante las últimas 2 semanas...

Dependencia Médica.

45. Espero que el médico cure todos mis síntomas.
- | | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20%..... | 40%..... | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
46. Sólo el médico puede hacer que me sienta mejor.
- | | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20%..... | 40%..... | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
47. No me importa que tengo, solo quiero que el médico me cure.
- | | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20%..... | 40%..... | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
48. El responsable de que me cure es el médico.
- | | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20%..... | 40%..... | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |

Durante las últimas 2 semanas...

Relación con el Médico.

49. Disfruto asistir al médico.

0% 20% 40% 60% 80% 100%
 Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

50. Me gusta hablar con el médico sobre mi enfermedad

0% 20% 40% 60% 80% 100%
 Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

51. Visitar al médico se ha convertido en una parte importante de mi vida.

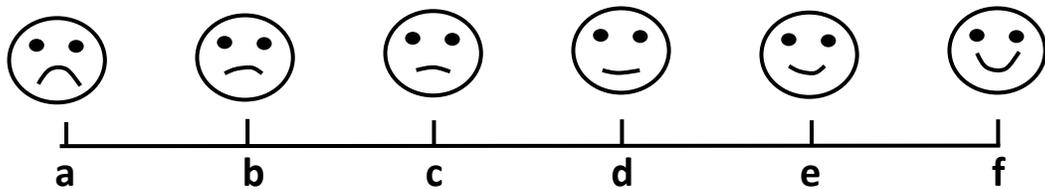
0% 20% 40% 60% 80% 100%
 Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

52. Necesito atención médica constantemente.

0% 20% 40% 60% 80% 100%
 Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

Bienestar y Salud

53. En general, ¿cómo evaluaría su calidad de vida?
 Elija una letra en la siguiente escala y enciérrela en un círculo.



**La Peor
 calidad de vida
 posible**

**La Mejor
 calidad de vida
 posible**

Tan mala o peor
 que estar muerto(a)

Comentarios generales

54. Si desea comentar algo más acerca de su enfermedad o del cuestionario, por favor escríbalo aquí. En caso de que necesite más espacio utilice el reverso de ésta página.

55. En los últimos siete días: ¿Ocurrió algún hecho que influyera claramente en su bienestar? (por ejemplo: disgustos, problemas de salud, intranquilidad, etc.).

NO SI, por favor describa: _____

56. En los últimos seis meses: ¿Ha ocurrido algún suceso importante para usted que cambió su vida? (por ejemplo: muerte o enfermedad grave de un familiar cercano, salida de un hijo de la casa, cambio de domicilio o de trabajo, separación).

NO SI, por favor describa: _____

57. Por favor indique su padecimiento y desde hace cuánto tiempo lo padece:

Datos sociodemográficos

Edad: _____

Sexo: Femenino Masculino

¿Vive solo? Si No

En caso de haber respondido no, por favor escriba las edades de las personas con quienes vive y la relación o parentesco que tienen con usted

Edad	Sexo	Relación o parentesco
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Escolaridad (marque uno):

- Primaria incompleta: Escriba hasta qué grado estudio: _____
- Primaria Completa
- Secundaria incompleta: Escriba hasta qué grado estudio: _____
- Secundaria completa
- Estudios comerciales: Escriba de qué tipo: _____
- Preparatoria incompleta: Escriba hasta qué grado estudio: _____
- Preparatoria completa
- Estudios Universitarios. Escriba la carrera y último semestre o grado obtenido:

¿Cuál es su ocupación?: _____

Ingreso promedio mensual \$ _____

Ingreso promedio mensual de los habitantes en su casa \$ _____

Gracias por su participación y paciencia

Apéndice 4

EORTC QLQ –C30.

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 usted nos proporcione será estrictamente confidencial.

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
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:				
	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
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 corto 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

Por favor, continúe en la página siguiente

Apéndice 5

MAC-M

A continuación encontrará una serie de enunciados que describen algunas reacciones de personas que tienen cáncer. A la derecha de cada enunciado, encontrará las opciones de respuesta, **por favor tache, la opción con la que usted se identifica en este momento**. Por ejemplo, si usted no se identifica con la situación, escoja la opción: “definitivamente no se aplica a mi” **marcando con una X** en el recuadro correspondiente.

	Definitivamente no se aplica a mi	No se aplica a mi	Se aplica a mi	Definitivamente se aplica a mi
1. Siento que no puedo hacer nada para alegrarme o sentirme mejor.				
2. Mis problemas de salud me impiden hacer planes para el futuro.				
3. Creo que una actitud positiva será Beneficiosa para mi salud.				
4. No tengo ninguna duda de que mejoraré				
5. Creo que nada de lo que pueda hacer Cambiará las cosas.				
6. Pienso que mi vida no tiene sentido.				
7. Desde que me diagnosticaron el cáncer valoro mucho más mi vida y trato de sacar el mayor provecho de ella.				
8. Tengo planes para el futuro (por ejemplo, tener vacaciones o trabajo).				
9. Me preocupa que el cáncer vuelva a aparecer o empeore.				
10. Creo que no hay nada que yo pueda hacer para ayudarme.				
11. Intento seguir viviendo como siempre lo he hecho.				
12. Estoy decidido(a) a enfrentar de todo.				
13. Siento mucha ansiedad a causa de la enfermedad.				
14. Creo que no puedo controlar lo que me ocurra.				

	Definitivamente no se aplica a mi	No se aplica a mi	Se aplica a mi	Definitivamente se aplica a mi
15. Trato de tener una actitud muy positiva.				
16. Estoy tan ocupado(a) que no tengo Tiempo para pensar en el cáncer.				
17. Veo mi enfermedad como un desafío.				
18. No sé lo que debo de hacer.				
19. Estoy muy enfadado(a) por lo que me está ocurriendo.				
20. En realidad, yo no creo que tenga cáncer.				
21. Me concentro en los aspectos buenos que tengo.				
22. Intento luchar contra la enfermedad.				

Apéndice 6

Cuestionario básico de síntomas M. D. Anderson

Fecha: / /
 (Día) (Mes) (Año)

Título del estudio: _____

Iniciales del participante:

Número de protocolo: _____

Investigador principal: _____

**NO ESCRIBA
EN ESTA AREA**

Número del participante:

Revisión: 8 de Marzo de 2011

Cuestionario básico de síntomas M. D. Anderson

Parte I: ¿Qué tan intensos (graves) son sus síntomas?

Las personas con cáncer frecuentemente tienen síntomas causados por la enfermedad o el tratamiento. Le pedimos que califique qué tan intensos (graves) han sido los siguientes síntomas **durante las últimas 24 horas**. Para cada pregunta, por favor, rellene el círculo que represente qué tan intenso fue el síntoma, teniendo en cuenta que 0 representa que el síntoma no estuvo presente y 10 significa que el síntoma fue el peor que pueda imaginar (marque un solo círculo).

	No estuvo presente											El peor que pueda imaginar
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1. ¿Su peor dolor?	<input type="radio"/>											
2. ¿Su peor fatiga (cansancio)?	<input type="radio"/>											
3. ¿Su peor náusea?	<input type="radio"/>											
4. ¿Su peor desvelo?	<input type="radio"/>											
5. ¿Su peor sufrimiento emocional?	<input type="radio"/>											
6. ¿Su peor falta de aire?	<input type="radio"/>											
7. ¿Su peor dificultad para recordar las cosas?	<input type="radio"/>											
8. ¿Su peor falta de apetito?	<input type="radio"/>											
9. ¿Su peor somnolencia?	<input type="radio"/>											
10. ¿Su peor sequedad bucal?	<input type="radio"/>											
11. ¿Su peor tristeza?	<input type="radio"/>											
12. ¿Su peor vómito?	<input type="radio"/>											
13. ¿Su peor adormecimiento, entumecimiento, u hormigueo?	<input type="radio"/>											

Fecha: / /
 (Día) (Mes) (Año)

Título del estudio: _____

Iniciales del participante: _____

Número de protocolo: _____

Investigador principal: _____

**NO ESCRIBA
EN ESTA AREA**

Número del participante:

Revisión: 8 de Marzo de 2011

Parte II. ¿Cómo han interferido (afectado) sus síntomas con su estilo de vida?

Los síntomas frecuentemente interfieren con lo que sentimos y con lo que hacemos. En las últimas 24 horas, ¿qué tanto han interferido sus síntomas con su(s):

	No han interferido										Interfirieron totalmente	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
14. Actividad en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>										
15. Estado de ánimo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>										
16. Trabajo normal (incluyendo los quehaceres del hogar)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>										
17. Relaciones con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>										
18. Capacidad para caminar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>										
19. El poder disfrutar de la vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>										