

Efecto de intervenciones psicológicas sobre variables psicosociales en pacientes con cáncer colorrectal: una revisión narrativa de la literatura

Jazmín Hernández-Marín¹, Oscar Galindo-Vázquez^{2*}, Germán Calderillo-Ruiz³, Xolyanetzin Montero-Pardo⁴, Rosario Costas-Muñiz⁵, Patricia Ortega-Andeane⁶

Recibido: 20 de diciembre de 2021 / Aceptado: 15 de julio de 2022

Resumen. Objetivo: Describir los efectos de intervenciones psicológicas sobre ansiedad, depresión, malestar emocional y/o calidad de vida (CdV) de pacientes con cáncer colorrectal. Método: Revisión narrativa de la literatura en MEDLINE, PsycINFO, CINAHL y Cochrane Library, 2011-2021. Resultados: Se obtuvieron 553 artículos, de los cuales se incluyeron doce. La mayoría fueron intervenciones breves, individuales y presenciales. La Terapia Cognitivo-Conductual fue la intervención más reportada, mostrando efectos positivos en CdV, específicamente en pacientes con estoma; la Terapia de Aceptación y Compromiso y la terapia centrada en soluciones también identificaron mejorías en CdV. La terapia de reminiscencia y una intervención para la autoeficacia redujeron la ansiedad y depresión. No se comprobó la efectividad del entrenamiento en relajación y de escritura; la psicoeducación mostró efectos inconsistentes. Conclusión: Existe una escasez de estudios realizados durante los últimos años, los cuales no evidencian un consenso del modelo terapéutico que produzca mejores consistentes en el bienestar psicológico.

Palabras clave: Cáncer colorrectal, Intervenciones psicológicas, Ansiedad, Depresión, Calidad de vida.

- 1 Jazmín Hernández-Marín. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México.
E-mail: jaz.edith.568@gmail.com
 - 2 Oscar Galindo-Vázquez. Servicio de Psicooncología, Unidad para la Investigación y Desarrollo de la Psicooncología, Instituto Nacional de Cancerología. INCan. Ciudad de México, México.
E-mail: psiunigalindo@gmail.com
 - 3 Germán Calderillo-Ruiz. Subdirección de Medicina Interna, Instituto Nacional de Cancerología. INCan. Ciudad de México, México.
E-mail: calderillo06@yahoo.com.mx
 - 4 Xolyanetzin Montero-Pardo. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Sinaloa, México.
E-mail: xolyanetzin.montero@uas.edu.mx
 - 5 Rosario Costas-Muñiz. Departamento de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento. Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. Cornell Medical College, Estados Unidos.
E-mail: costasmr@mskcc.org
 - 6 Patricia Ortega-Andeane. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México.
E-mail: patricia.andeane@gmail.com
- * Dirección de correspondencia: Oscar Galindo-Vázquez. Av. San Fernando 22, Belisario Domínguez Secc 16, Tlalpan, 14080 Ciudad de México, CDMX. México.
E-mail: psiunigalindo@gmail.com

[en] Effect of psychological interventions on psychosocial variables in patients with colorectal cancer: a narrative review of the literature

Abstract. Objective: To describe the effects of psychological interventions on anxiety, depression, emotional distress and/or quality of life (QoL) of patients with colorectal cancer. Methods: Narrative literature review in MEDLINE, PsycINFO, CINAHL and Cochrane Library, 2011-2021. Results: A total of 553 articles were obtained, of which twelve were included. Most were brief, individual, face-to-face interventions. Cognitive Behavioral Therapy was the most reported intervention, showing positive effects on QoL, specifically in stoma patients; Acceptance and Commitment Therapy and solution-focused therapy also identified improvements in QoL. Reminiscence therapy and a self-efficacy intervention reported significant improvements in anxiety and depression. Relaxation and writing training were not proven effective; psychoeducation showed inconsistent effects. Conclusion: There is a paucity of studies conducted during the last years, which do not evidence a consensus of the therapeutic model that produces consistent improvements in psychological well-being.

Keywords: Colorectal cancer, Psychological interventions, Anxiety, Depression, Quality of life.

Sumario: 1. Introducción 2. Método 3. Resultados 4. Discusión 5. Conclusiones 6. Agradecimiento 7. Referencias bibliográficas

Cómo citar: Hernández-Marín J, Galindo-Vázquez O, Calderillo-Ruiz G, Montero-Pardo X, Costas-Muñoz R, Ortega-Andeane P. Efecto de intervenciones psicológicas sobre variables psicosociales en pacientes con cáncer colorrectal: una revisión narrativa de la literatura. *Psicooncología* 2022; 19: 299-318. <https://dx.doi.org/10.5209/psic.84042>

1. Introducción

El cáncer colorrectal (CCR) es una patología que ha incrementado su incidencia exponencialmente debido a que un gran porcentaje de los factores de riesgo para desarrollarla corresponden a factores dietéticos y estilos de vida poco saludables, así como una edad avanzada⁽¹⁻⁴⁾. En la actualidad constituye la neoplasia más común del tubo digestivo, posicionándose como uno de los cánceres con mayor incidencia y mortalidad a nivel mundial⁽⁵⁾. No obstante, los avances en el tratamiento e implementación de programas para la detección temprana, han tenido como resultado un incremento de pacientes que viven con las secuelas de la enfermedad y los efectos del tratamiento⁽⁶⁾, teniendo un impacto en el ámbito físico, social y psicológico⁽⁷⁾.

Dentro de las afectaciones psicológicas mayormente reportadas se encuentran la ansiedad, depresión^(8, 9), malestar emocional^(10,11), riesgo de suicidio⁽¹²⁾ y disfunción sexual⁽¹¹⁾. Las cuales repercuten en la funcionalidad, calidad de vida (CdV), la motivación por el autocuidado, la adherencia al tratamiento y generan mayores gastos correspondientes a la salud en distintos momentos de la enfermedad^(7,13- 15). En consecuencia, durante los últimos años se ha incrementado el interés por la implementación de intervenciones psicológicas que mejoren la CdV de los pacientes y disminuyan las afectaciones psicológicas prevalentes⁽¹⁶⁾. En este sentido, existen diversas intervenciones psicosociales que han aportado evidencia de su efectividad en distintos grupos oncológicos⁽¹⁷⁻¹⁹⁾. Sin embargo, en el contexto específico del CCR, continúa existiendo una necesidad por identificar el efecto que las intervenciones psicológicas reportadas producen en sintomatología emocional y CdV, así como sus características.

Una investigación encaminada a explorar estas características fue la desarrollada por Hoon et al.⁽²⁰⁾, quienes mediante una revisión de la literatura identificaron 11 artículos, los cuales correspondían a estudios cuasi experimentales y ensayos controlados aleatorizados (ECAs). La intervención educativa fue la más implementada pre-post operatoriamente, seguida por la terapia cognitiva-conductual, el entrenamiento en relajación y terapias grupales de apoyo. Reportando que los programas de intervención psicosocial pueden mejorar aspectos como la duración de la estancia hospitalaria, la ansiedad y depresión hospitalaria y la CdV. En este mismo sentido, Mosher et al.⁽²¹⁾ mediante una revisión sistemática identificaron 14 ECAs, correspondientes a cuidados de apoyo, educación y soporte emocional. De las cuales, solo tres mostraron efectos significativos en múltiples resultados de salud mental, basadas en herramientas como expresión emocional escrita-verbal, entrenamiento progresivo de relajación muscular y una intervención para mejorar la autoeficacia.

Por su parte, Hijazi et al.⁽²²⁾ realizaron una revisión sistemática con el objetivo de reportar los programas implementados como prehabilitación en cirugía de CCR y un pequeño porcentaje de cáncer de vejiga, identificando nueve estudios (siete ECAs y dos ensayos no aleatorios prospectivos), así como una amplia heterogeneidad en su composición, modo de administración y medidas de resultado; existiendo un predominio de programas basados en ejercicio físico y, en segundo lugar, la combinación de ejercicio físico, complementación nutricional y apoyo psicológico. Finalmente, Son et al.⁽²³⁾ realizaron un meta-análisis con el objetivo de identificar la efectividad de las intervenciones psicosociales sobre la CdV en pacientes con CCR, reportando que, para la mayoría de los estudios, el efecto de las intervenciones psicosociales sobre la CdV no resultó ser estadísticamente significativo; sin embargo, se detectaron leves mejoras en la CdV en todos los grupos de intervención.

Por lo cual, dando continuidad al esfuerzo por identificar las intervenciones psicológicas reportadas en este grupo oncológico, la presente revisión narrativa de la literatura tuvo el objetivo de describir los efectos de las intervenciones psicológicas para las principales afectaciones psicosociales como lo son la ansiedad, depresión, malestar emocional y/o calidad de vida de los pacientes con CCR. Esta identificación se realizó mediante un análisis sistematizado de la evidencia más reciente de la literatura.

2. Método

Métodos de búsqueda para la identificación de estudios

Se realizó una revisión de la literatura de acuerdo al sistema PRISMA para identificar los elementos principales de los artículos reportados en MEDLINE vía PUBMED y vía OVID, PsycINFO vía OVID, CINAHL vía EBSCO y Cochrane Library, entre 2011 a agosto del 2021. Las palabras clave empleadas en diferentes combinaciones fueron: (Colorectal Neoplasms OR Colorectal Cancer OR Colorectal Tumors OR Colon Cancer OR Rectal Cancer OR Colon Neoplasm OR Rectal Neoplasm) AND (Psychotherapy OR Cognitive behavi* therapy OR CBT OR Behavi* therapies OR Psychological therapies OR Psychological interventions OR Brief psychotherapy OR Treatment effectiveness) AND (Anxiety OR Depression OR Quality of life OR

Psychological Distress). La revisión se realizó partiendo de los artículos originales y escritos en cualquier tipo de idioma.

Tipos de estudios

Se consideraron ensayos controlados aleatorios (ECAs), estudios de caso único y cuasi experimentos realizados mediante cualquier intervención psicológica para el abordaje de ansiedad, depresión, malestar emocional y/o CdV. El término MESH empleado para agrupar las diversas intervenciones psicológicas fue “Psychotherapy”, definido como aquel término genérico para el tratamiento de enfermedades mentales o trastornos emocionales principalmente por comunicación verbal o no verbal. Se decidió abarcar todas las intervenciones psicológicas para hacer una búsqueda de la literatura sensible a lo reportado en pacientes con CCR, brindando un panorama general de las investigaciones realizadas y sus efectos en ansiedad, depresión, malestar emocional y/o calidad de vida. Se excluyeron estudios que no describieron el grupo de intervención, comparación y/o control para los diseños ECAs y cuasi experimentos. En el caso de atención estándar se consideró aquella atención que normalmente recibiría una persona para su diagnóstico.

Tipos de participantes

Se incluyeron participantes adultos (18+años) con diagnóstico confirmado de CCR, independientemente del sexo, tratamiento, seguimiento y estadio oncológico. Cuando las investigaciones incluyeron participantes con una variedad de diagnósticos oncológicos, únicamente se consideraron investigaciones en los que más del 70% de los participantes fueron personas con CCR. La razón de que se incluyan cualquier tipo de tratamiento médico, seguimiento y estadio oncológico es asegurar que la información sea lo más relevante posible para las personas con CCR, independientemente de su situación médica.

Tipos de medidas de resultados

Medidas de resultado primarias: Se reportan los cambios clínicamente y/o estadísticamente significativos correspondientes a la calidad de vida, sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva y malestar emocional, variables medidas mediante una escala confiable y válida para la población.

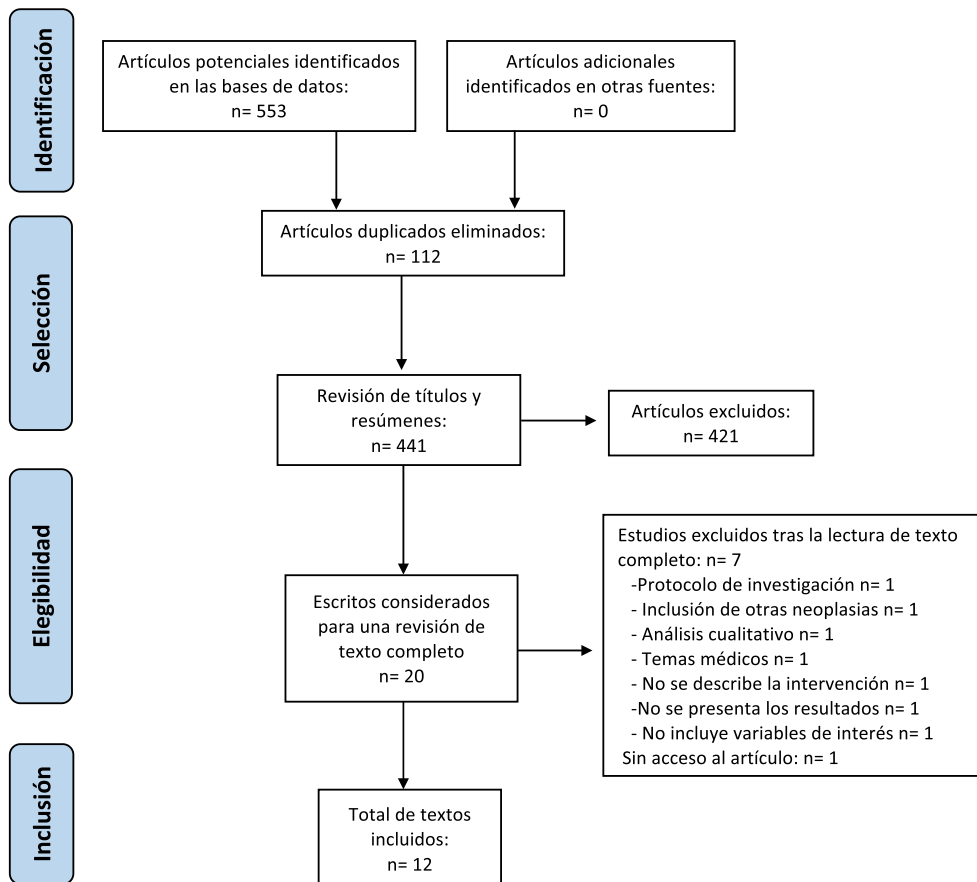
Extracción de datos y valoración de calidad de los estudios

Los once estudios seleccionados correspondieron a diseños ensayos controlados aleatorios (ECAs) y estudios pilotos de ECAs, de los cuales, todos contaron con grupo control y/o de comparación. Todos los estudios cuentan con una pre y post evaluación de tratamientos y cinco de ellos reportan una valoración de seguimiento. Para la extracción de datos se llevó a cabo un registro (Tabla 1) donde se identificó para cada estudio los autores, país y año de desarrollo, participantes, diseño, intervención, variables, instrumentos, resultados y conclusiones obtenidos. Para evaluar la calidad de los artículos seleccionados se utilizó la Escala de validación de Jadad et al.⁽²⁴⁾, la cual considera posibles sesgos presentes en los estudios evaluando

asignación aleatoria, abandonos del estudio y doble ciego (Tabla 2). La calidad de los estudios fue deficiente respecto a los ítems de doble ciego, debido a que se tanto profesionales de la salud como participantes conocían a qué tipo de intervención se incorporarían. Adicionalmente, es importante señalar que se incluyeron estudios pilotos, por lo cual, habrá que tomarse con cautela los resultados de esta revisión de la literatura.

3. Resultados

Figura 1. Diagrama de selección de los estudios.



Se obtuvieron un total de 552 artículos de enero del 2011 a junio del 2021, de los cuales se eliminaron 112 por duplicación. Se consideraron 17 artículos como potencialmente relevantes para esta revisión según la evaluación de títulos y resúmenes. Sin embargo, de estos artículos se excluyeron ocho por los siguientes motivos: Protocolos de investigación, inclusión de otras neoplasias (pacientes con

CCR <70% del total de participantes), análisis cualitativo, temas médicos, no se describió la intervención, no se presentaron los resultados y no se obtuvo acceso al artículo. Finalmente, se incluyeron nueve artículos en la revisión. El proceso de selección y evaluación de los estudios incluidos en esta revisión se describe en Figura 1.

Participantes y escenario

El rango del número de participantes varió de 24 a 410 en los estudios incluidos. La media de edad reportada por las investigaciones analizadas se encontró en un rango entre los 55 a los 60 años. Existió una mayor frecuencia de inclusión de los estadios clínicos I, II y III, únicamente un estudio se focalizó en CCR avanzado. Las investigaciones abarcaron diferentes momentos de la enfermedad: un estudio incluyó a pacientes en pre-post cirugía; seis en tratamiento activo con quimioterapia, radioterapia o combinación; uno incluyó a pacientes en sobrevida; y un estudio se enfocó en cáncer avanzado. La descripción de los estudios incluidos se presenta en la Tabla 1.

Tipos de intervención psicosocial utilizados en los grupos de tratamiento

Se identificaron diversos modelos de intervenciones psicológicas, reportados en diferentes números de sesiones y escalas de valoración utilizadas. A continuación, se agrupan los resultados obtenidos con base en el tipo de intervención realizada.

Terapia Cognitivo-Conductual

En esta revisión, tres investigaciones basaron la intervención psicológica empleada en técnicas cognitivo-conductuales, dos de estos tres estudios emplearon guías manualizadas para el terapeuta^(26,32,33). Las técnicas consistentemente utilizadas fueron la reestructuración cognitiva, técnicas en relajación, comunicación asertiva y psicoeducación. Se identificó una mejora en la CdV⁽³²⁾, específicamente para pacientes con estoma⁽²⁶⁾. Sin embargo, estos resultados no fueron consistentes a través del tiempo. Adicionalmente, no se identificaron cambios estadísticamente significativos para los síntomas de ansiedad⁽³³⁾.

Terapias contextuales

La investigación desarrollada por Hawkes et al.⁽²⁵⁾ empleó la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) a lo largo de 11 sesiones telefónicas durante 6 meses, reportándose una mejora en la CdV y una disminución del malestar emocional. No obstante, la mayoría de los cambios no difieren del grupo control.

Tabla 1. Descripción de los estudios consultados

Autores	Muestra	Método	Medidas	Tratamiento	Resultados
Hawkes et al. 2014 ⁽²⁵⁾	<ul style="list-style-type: none"> - Sobrevivientes de CCR n=410 - Hombres 54%, mujeres 46% - Edad \bar{x} = 66.3 - Cáncer de colon n= 67% - Cáncer de recto n= 33% - Estadio clínico I-III 	<ul style="list-style-type: none"> - ECA - Intervención: Cambio de comportamiento de salud múltiple (Change) n=205 - Control n=205 - Seguimiento: 6 y 12 meses 	<ul style="list-style-type: none"> - Instrumentos: FACT-C, BSI-18 	<ul style="list-style-type: none"> - Intervención telefónica de asesoria de salud de 6 meses (11 sesiones). Estrategias basadas en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Manejo de síntomas, el apoyo psicosocial y de estilo de vida para ayudar a manejar el estrés actual y futuro asociado con el CCR. - Control: Folletos educativos 	<ul style="list-style-type: none"> - ACT presentó mejoras en CdV (bienestar físico) a los 6 y 12 meses ($p<0,05$). Ambos grupos mostraron mejoras en otras sub escalas de CdV ($p<0,05$) excepto bienestar social a los 12 meses. - Ambos grupos mostraron mejoras en el malestar emocional a los 6 y 12 meses ($p<0,05$).
Australi	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con CCR n= 94 - Hombres 63%, mujeres 38% - Edad \bar{x} = 55.5 - Cáncer de colon n= 59% - Cáncer de recto n= 41% - Estadio clínico I-III 	<ul style="list-style-type: none"> - Estudio piloto ECA - Intervención breve de manejo cognitivo conductual del estrés (CBSM) n=40 - Comparación, grupo de psicoeducación (PE) n=54 - Seguimiento: 3 meses 	<ul style="list-style-type: none"> - Instrumentos: HADS, QLQ-C30, EORTC QLQ-CR29 	<ul style="list-style-type: none"> - CBSM: Intervención individual, presencial, 5 sesiones de 2 horas: Basada en técnicas cognitivo-conductuales para el estrés: reestructuración cognitiva, afrontamiento, manejo de la ira, comunicación asertiva y técnicas de relajación. Manual de tareas - Grupo PE: Información relacionada con el CCR. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tamaño de efecto grande en la sub escala de síntomas de CdV para pacientes con estoma $F_{3,20} = 21,8, p=0,01, \eta^2_p = 0,68$ - No existió cambio en la ansiedad
México	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con CCR sometidos a cirugía n=60 - Hombres 62%, mujeres 38% - Edad \bar{x} = 65 - Cáncer de colon n= 25% - Cáncer de recto n= 75% - Estadio clínico 0-III 	<ul style="list-style-type: none"> - ECA - Imágenes guiadas n=20 - Relajación muscular progresiva n=22 - Control n=18 - Sin seguimiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Instrumentos: QLQ-C30 	<ul style="list-style-type: none"> - Intervención imaginación guiada: Audio de 12 minutos basado en la Imaginería guiada de Tusek. - Intervención relajación muscular progresiva: Audio de 12 minutos basado en los conceptos de relajación progresiva de Jacobson - Los audios fueron escuchados durante 2 días previos a la cirugía, 3 veces a la semana 	<ul style="list-style-type: none"> - No se identificaron diferencias en el grupo de imaginación guiada y relajación progresiva sobre los cambios a corto plazo de la CdV.
Koplin et al. 2016 ⁽²⁷⁾	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con CCR sometidos a cirugía n=60 - Hombres 62%, mujeres 38% - Edad \bar{x} = 65 - Cáncer de colon n= 25% - Cáncer de recto n= 75% - Estadio clínico 0-III 	<ul style="list-style-type: none"> - ECA - Imágenes guiadas n=20 - Relajación muscular progresiva n=22 - Control n=18 - Sin seguimiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Instrumentos: QLQ-C30 	<ul style="list-style-type: none"> - Intervención imaginación guiada: Audio de 12 minutos basado en la Imaginería guiada de Tusek. - Intervención relajación muscular progresiva: Audio de 12 minutos basado en los conceptos de relajación progresiva de Jacobson - Los audios fueron escuchados durante 2 días previos a la cirugía, 3 veces a la semana 	<ul style="list-style-type: none"> - No se identificaron diferencias en el grupo de imaginación guiada y relajación progresiva sobre los cambios a corto plazo de la CdV.
Alemania	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con CCR sometidos a cirugía n=60 - Hombres 62%, mujeres 38% - Edad \bar{x} = 65 - Cáncer de colon n= 25% - Cáncer de recto n= 75% - Estadio clínico 0-III 	<ul style="list-style-type: none"> - ECA - Imágenes guiadas n=20 - Relajación muscular progresiva n=22 - Control n=18 - Sin seguimiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Instrumentos: QLQ-C30 	<ul style="list-style-type: none"> - Intervención imaginación guiada: Audio de 12 minutos basado en la Imaginería guiada de Tusek. - Intervención relajación muscular progresiva: Audio de 12 minutos basado en los conceptos de relajación progresiva de Jacobson - Los audios fueron escuchados durante 2 días previos a la cirugía, 3 veces a la semana 	<ul style="list-style-type: none"> - No se identificaron diferencias en el grupo de imaginación guiada y relajación progresiva sobre los cambios a corto plazo de la CdV.

Dong et al. 2019 ⁽²⁸⁾	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con CCR con depresión n=135 - Hombres 50%, mujeres 50% - Edad \bar{x} = 59 - Cáncer de colon n= 30% - Cáncer de recto n= 70% - Sin datos de estadificación 	<ul style="list-style-type: none"> - ECA - Grupo de asesoramiento telefónico (TS), n=45 - Grupo de terapia de reminiscencia por teléfono (TBR) n=45 - Control n=45 - Sin seguimiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Instrumentos: SDS, HAMD-24, SAS 	<ul style="list-style-type: none"> - Conferencia de educación fisiológica y psicológica de 90 minutos. - Las intervenciones TS y TBR recibieron 6 sesiones telefónicas de 20-40 minutos. - TS: Miedo a la recurrencia, tratamiento y efectos secundarios, riesgo genético, autocuidado y preocupaciones familiares. - TBR: Evocación de recuerdos - Control: Tratamiento habitual 	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución de depresión en el grupo de TBR ($p<0,05$), en comparación con TS y el control. - Disminución de la ansiedad el grupo de TBR y TS ($p<0,05$). Sin embargo, no existió diferencia entre ambas terapias.
Lepore et al. 2015 ⁽²⁹⁾	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con CCR n=193 - Hombres 51%, mujeres 49% - Edad \bar{x} = 55 - Cáncer de colon n= 56% - Cáncer de recto n= 44% - Estado clínico I-III 	<ul style="list-style-type: none"> - ECA - Intervención de escritura expresiva (EW) n= 101 - Control n=92 - Sin seguimiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Instrumentos: CES-D, QLQ-C30 	<ul style="list-style-type: none"> - EW: Escritura de 15 minutos, 2 veces por semana, durante 2 semanas sobre sus pensamientos y sentimientos respecto a su cáncer. - Control: Escritura sobre las actividades diarias y hábitos alimenticios actuales. 	<ul style="list-style-type: none"> - No existieron cambios en depresión, ansiedad y CdV debido a la intervención EW y entre grupos.
Estados Unidos					
Ohlsson-Nevo et al. 2016 ⁽³⁰⁾	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con CCR y anal n=86 (97% CCR) - Hombres 63%, mujeres 37% - Edad \bar{x} = 66 - Cáncer de recto n= 59% - Cáncer de ano n= 38% - Cáncer de ano n= 3% - Estado clínico I-IV 	<ul style="list-style-type: none"> - Ensayo de viabilidad prospectivo, longitudinal - Programa psicoeducativo (PEP) n= 47 - Control n=39 - Seguimiento: 1 mes, 6 meses y 12 meses - Duración: 2.5 años 	<ul style="list-style-type: none"> - Instrumentos: SF-36 	<ul style="list-style-type: none"> - PEP: 7 reuniones informativas grupales, una vez por semana. Temas: CCR, música y relajación, importancia de la actividad física, significado de la alimentación, intervención en crisis, manejo del dolor, organizaciones de pacientes y el impacto de la enfermedad en la familia. 	<ul style="list-style-type: none"> - El PEP mostró una mejora en salud mental general a 1 mes ($p<0,05$) con un tamaño del efecto moderado ($d= 0,51$). -Disminución en la sub escala de dolor corporal a los 6 meses ($p<0,05$) con un tamaño del efecto moderado ($d= 0,60$). será tamaño del efecto , si es la de de Cohen por $d= 0,60$ - No se identificaron diferencias en función física, rol emocional y salud en general.
Suecia					

<p>Zhang et al. 2020⁽³¹⁾ China</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con CCR n=159 - Hombres 46%, mujeres 54% - Edad \bar{x}= 60 - Sin datos de tipo de cáncer - Estadio clínico I-IV 	<ul style="list-style-type: none"> - ECA - Intervención n=79 - Control n=80 -Seguimiento: 3 y 6 meses 	<ul style="list-style-type: none"> - Instrumentos: QLQ-C30, HADS 	<ul style="list-style-type: none"> - Intervención: 6 sesiones, una sesión cada 2 semanas. Contenido: Habilidades de relajación, afrontamiento centrado en las emociones, necesidades emocionales y de apoyo, miedo a la recurrencia, establecimiento de metas. - Control: Tratamiento habitual 	<ul style="list-style-type: none"> -No existieron cambios en los niveles de depresión. - Cambios en ansiedad entre el grupo de intervención y grupo control ($p=0,002$) - No existieron diferencias en CdV global entre el grupo de intervención y control. - El grupo de intervención mostró mejoría en la función física ($p<0,05$).
<p>Louro et al. 2016⁽³²⁾ Portugal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con CCR en quimioterapia n=44 - Hombres 66%, mujeres 34% - Mediana= 60 - Cáncer de colon n= 68% - Cáncer de recto n= 32% - Estadio clínico II-III 	<ul style="list-style-type: none"> - Estudio piloto, cuasiexperimental - Programa basado en la Psicología Positiva y en la terapia cognitivo-conductual (EPEP) n= 24 - Control n=20 - Seguimiento: 1 mes 	<ul style="list-style-type: none"> - Instrumentos: QLQ-C30 	<ul style="list-style-type: none"> - EPEP: 5 sesiones. Contenido: Pensamientos alternativos, planificar una actividad placentera, creando un significado positivo. - Control: Tratamiento habitual 	<ul style="list-style-type: none"> - Existieron mejoras entre el EPEP y el grupo de control sobre el estado de salud global físico ($F=6,273$), funcionamiento físico ($F=7,931$), de roles ($F=4,406$) y social ($F=5,069$) ($p<0,05$). - No existieron diferencias entre los tres tiempos de evaluación y la EPEP. - No existieron diferencias en los síntomas de fatiga e insomnio.
<p>Teo et al. 2020⁽³³⁾ Singapur</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con CCR avanzado n=60 - Hombres 62%, mujeres 38% - Edad \bar{x}= 61 - Sin datos de tipo de cáncer - Sin datos de estadificación 	<ul style="list-style-type: none"> - Estudio piloto ECA - Intervención basada en la terapia cognitivo conductual (TCC) n= 33 - Control: 27 - Sin seguimiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Instrumentos: HADS 	<ul style="list-style-type: none"> - TCC: 4 sesiones individuales de una hora, durante ocho semanas. Contenido: Psicoeducación, entrenamiento de relajación, manejo de síntomas físicos, cuidado del estoma, problemas de intimidad, estrategias cognitivas para manejar preocupaciones. - Resúmenes impresos de la formación de cada sesión y guía terapeuta manualizada. - Control: Tratamiento habitual 	<ul style="list-style-type: none"> - El grupo de TCC no mostró disminución de la ansiedad

Lim et al., 2019 ⁽³⁴⁾ Singapur	- Pacientes con CCR con estoma n=53 - Hombres 65%, mujeres 35% - Edad \bar{x} = 63 - Cáncer de colon n= 14% - Cáncer de recto n= 86% - Sin datos de estadificación	- Estudio piloto ECA - Intervención, programa psicosocial STOMA n= 29 - Control: 24 - Seguimiento: 4 semanas y 4 meses	- Instrumentos: HADS, EORTC QLQ-CR29	- Programa STOMA: 1 sesión individual de psicoeducación presencial (preoperatoriamente), un folleto educativo y 5 sesiones telefónicas de seguimiento. Contenido: Comunicación con la familia, afrontamiento, autocuidado del estoma. - Control: Tratamiento habitual	- Cambios en ansiedad en el grupo de intervención entre las 4 semanas y 4 meses de seguimiento ($p=0,002$). - No existieron cambios en depresión, ansiedad y CdV entre el programa STOMA y el grupo control. - Existieron mejoras en el grupo de intervención sobre ansiedad ($F= 6,04, p=0,006$) y depresión ($F= 6,96, p= 0,003$) a los 3 y 6 meses en comparación con el grupo control. - No existieron cambios en CdV.
Zhang et al., 2014 ⁽³⁵⁾ China	- Pacientes con CCR n= 152 - Hombres 65%, mujeres 35% - Edad \bar{x} = 53 - Cáncer de colon n= 49% - Cáncer de recto n= 51% - Estadio: II y III	- ECA - Intervención para la autoeficacia en el autocuidado y control de síntomas y mejora de CdV n= 76 - Control: 76 - Seguimiento: 3 y 6 meses	- Instrumentos: HADS, FACT-G	- Control: Tratamiento habitual - Intervención: a) 1 sesión educativa presencial de 1 hora; b) Manual sobre autoeficacia, autocuidado, efectos adversos, ejercicio y dieta; c) 1 audio de 30 minutos sobre técnicas de relajación; y d) 4 sesiones mensuales de seguimiento telefónico de asesoría en salud. - Control: 1 sesión de educación sobre los efectos secundarios de la quimioterapia	- Existieron mejoras en el grupo de intervención sobre ansiedad ($F= 6,04, p=0,006$) y depresión ($F= 6,96, p= 0,003$) a los 3 y 6 meses en comparación con el grupo control. - No existieron cambios en CdV.
Xian et al., 2021 ⁽³⁶⁾ China	- Pacientes con CCR en quimioterapia n= 119 - Hombres 59%, mujeres 41% - Edad \bar{x} = 61 - Colostomía= 62% - Estadio: II, III y IV	- ECA - Terapia centrada en soluciones para reducir la fatiga (SFT) n= 60 - Control: 59 - Seguimiento: 3 y 6 meses	- Instrumentos: QLICP-CR	- SFT: 30 minutos el primer día de cada ciclo de quimioterapia, una vez al mes durante 6 meses. Consta de 5 etapas: describir el problema, desarrollar metas bien definidas, explorar excepciones, proporcionar retroalimentación y evaluar el progreso. - Control: Tratamiento habitual	- Existieron mejoras entre el SFT y el grupo de control sobre dominio físico ($p=0,002$), el dominio psicológico ($p<0,001$) y CdV en general ($p= 0,020$) a los 6 meses. - No existieron diferencias en el dominio social, de síntomas comunes/efectos secundarios y el dominio específico.

NOTA. Instrumentos: Evaluación Funcional del Tratamiento del Cáncer-G (FACT-G), Evaluación Funcional de la Terapia del Cáncer Colorrectal (FACT-C), Inventario breve de síntomas (BSI-18), Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), El Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC QLQ-C30, Módulo para el cáncer colorrectal (EORTC QLQ-CR29), Índice de Calidad de Vida Gastrointestinal (GIQLI), Escala de depresión de autoevaluación (SDS), Escala de depresión de Hamilton (HAM-D-24), Escala de ansiedad de autoevaluación (SAS), Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos Depresión (CES-D), Encuesta de salud de formulario corto de 36 (SF-36), Sistema de instrumentos de calidad de vida para pacientes oncológicos: Cáncer colorrectal (QLICP - CR).TCC: Terapia Cognitivo-Conductual, CdV: Calidad de vida, CCR: Cáncer colorrectal

Psicoeducación

Un estudio basó su intervención en un programa psicoeducativo⁽³⁰⁾, reportando un incremento en la salud mental general y disminución del dolor corporal. Sin embargo, estos resultados no fueron consistentes a lo largo del tiempo y no se reportaron mejorías en la función física, rol emocional y salud en general. En este mismo sentido, Lim et al.⁽³⁴⁾ desarrolló un programa psicoeducativo dirigido específicamente a pacientes con estoma recién formado, el cual, no reportó cambios en depresión y CdV; la ansiedad presentó una mejoría entre los seguimientos, la cual no difiere del grupo control. La psicoeducación fue una técnica constantemente empleada, abarcando temas relacionados con información del CCR, autocuidado y comunicación asertiva.

Entrenamiento en relajación

El entrenamiento en relajación se empleó en un estudio⁽²⁷⁾, basado en audios de 12 minutos en la Imaginería guiada de Tusek y relajación muscular progresiva de Jacobson. Como resultado, no existió mejora en la CdV en ningún grupo de intervención. Aunque la eficacia del entretenimiento en relajación no fue probada en esta investigación, de igual manera que la psicoeducación, fue una técnica consistentemente empleada en las investigaciones de esta revisión.

Terapia de reminiscencia

El estudio realizado por Dong et al.⁽²⁸⁾ se basó en la terapia de reminiscencia, descrita por los autores como la evocación de memorias. Se reportó una disminución de sintomatología depresiva y ansiosa, sin mostrar diferencia con el grupo de comparación en esta última variable.

Terapia de escritura

Lepore et al.⁽²⁹⁾ realizaron una intervención basada en la escritura expresiva sobre los pensamientos y sentimientos más profundos con respecto al cáncer. Los resultados no apoyaron una disminución de ansiedad, depresión y una mejora en la CdV.

Terapia centrada en soluciones

La terapia centrada en soluciones se empleó en un estudio⁽³⁶⁾, sustentada en la experiencia del paciente para el manejo exitoso de los síntomas. La CdV general mejoró, así como los dominios físico y psicológico. No se comprobó cambios en la CdV para el dominio social, de síntomas comunes/efectos secundarios y el dominio específico.

Otro tipo de intervenciones

Una intervención realizada por Zhang et al.⁽³⁵⁾ para la autoeficacia en el autocontrol y angustia de síntomas, reportó mejorías en ansiedad y depresión a 3 y 6 meses de seguimiento; la CdV no presentó cambios.

Finalmente, otra intervención consistió en la adquisición de habilidades para reducir el estrés y regular las emociones⁽³¹⁾, en la cual, no se encontraron cambios

Tabla 2. Valoración de calidad de los estudios, Escala Jadad

Ítems	Hawkes et al. 2014	Acevedo -Ibarra et al. 2019	Koplin et al. 2016	Dong et al. 2019	Lepore et al. 2015	Zhang et al. 2020	Teo et al. 2020	Ohlsson-Nevo et al. 2016	Lim et al. 2019	Zhang et al., 2014	Xian et al., 2021
¿Se describe el estudio con asignación aleatoria?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
¿Se describe el estudio como con doble enmascaramiento?	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
¿Se describen los abandonos y exclusiones del estudio?	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
¿Es adecuado el método de asignación aleatoria?	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1
¿Es adecuado el método de enmascaramiento?	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Total	1	3	2	3	4	2	3	3	3	3	3

Nota: La escala de Jadad tiene un rango de puntuación de 0 a 5 puntos. Se considera que un ECA es de baja calidad cuando tiene una puntuación menor a 3 puntos⁽³⁷⁾.

en los síntomas de ansiedad, depresión y en la CdV. Específicamente para la CdV, únicamente se identificó una mejoría en la función física.

Medias de autoinforme

El Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC QLQ-C30 fue el instrumento de autoinforme más empleado. En este sentido, una investigación utilizó el EORTC QLQ-C30 en conjunto con el módulo específico para el cáncer colorrectal (EORTC QLQ-CR29), la cual aportó evidencia relevante respecto a la mejora de la CdV de los pacientes con estoma. De la misma forma, la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) fue utilizada en cinco estudios con el objetivo de medir sintomatología ansiosa y depresiva.

4. Discusión

A pesar de la búsqueda exhaustiva realizada en diferentes bases de datos, solo doce artículos cumplieron los criterios de inclusión. La intervención psicosocial más reportada fue la TCC^(26,32,33), siendo consistente por lo identificado por Hoon et al.⁽²⁰⁾, quienes describieron que las intervenciones educativas y la terapia cognitivo-conductual fueron las más prevalentes. Las técnicas empleadas en estas investigaciones fueron: reestructuración cognitiva, comunicación asertiva, habilidades en maximizar apoyo social, psicoeducación; técnicas frecuentemente empleadas en intervenciones psicosociales en cáncer⁽¹⁹⁾. Sin embargo, en pacientes con CCR se observa un énfasis por abordar temas relacionados al autocuidado y estilos de vida saludables, así como técnicas de relajación en distintas modalidades, independientemente del momento de la enfermedad en que se encuentren. En este sentido, se ha descrito pertinente el brindar recomendaciones de promoción de salud para los pacientes con CCR, los cuales incluyen información sobre los efectos tardíos del tratamiento del CCR, así como información sobre la reducción del riesgo y la promoción de la salud⁽¹¹⁾.

Algunos estudios en TCC mostraron efectos positivos en la CdV y de manera específica, la CdV en pacientes con estoma. Sin embargo, no se encontraron cambios en la sintomatología ansiosa y existieron inconsistencias del mantenimiento de los efectos a lo largo del tiempo. En este sentido, en la intervención desarrollada por Teo et al.⁽³³⁾ no se identificaron mejorías en los niveles de sintomatología ansiosa, estando probablemente relacionado con el hecho de que desde un inicio los pacientes no presentaban sintomatología emocional. Por lo cual, resulta importante poder encaminar las intervenciones psicosociales a aquellos pacientes que se podrían beneficiar en mayor medida de ellas, incluso revisiones de la literatura han identificado que hasta un 37% de los estudios establecen un umbral de angustia/síntomas como criterios de elegibilidad en pacientes oncológicos⁽¹⁹⁾.

Un estudio empleó una intervención basada en el modelo ACT, perteneciente a las terapias psicológicas conocidas como “contextuales” o de “tercera generación”⁽³⁸⁾, reportando mejoría en el bienestar físico a lo largo de los seguimientos. Por lo cual, aunque solo fue un estudio y los resultados no fueron determinantes, se ha identificado que este modelo terapéutico tiene resultados prometedores en entornos oncológicos. No obstante, han sido investigaciones metodológicamente limitadas o estudios de viabilidad, por lo que sus efectos continúan en estudio^(17,39,40).

En este sentido, la intervención basada en la terapia centrada en soluciones y desarrollada por Xian et al.⁽³⁶⁾ también reportó cambios en CdV. La cual, es una forma activa de psicoterapia centrada en la experiencia del paciente más que en el problema⁽⁴¹⁾, enfatizando la exploración del potencial de la persona y sus recursos personales disponibles para estimular una experiencia psicológica positiva⁽⁴²⁾. Algunas poblaciones en donde se han identificado efectos positivos en el bienestar emocional producto de terapia breve centrada en soluciones ha sido en personas con problemas de salud mental y conductual⁽⁴³⁾, entornos médicos⁽⁴⁴⁾ y síntomas de estrés postraumático en padres de niños con cáncer⁽⁴⁵⁾.

En el caso de la depresión y ansiedad, la terapia de reminiscencia⁽²⁸⁾ mostró una reducción en esta sintomatología⁽²⁸⁾. Esta terapia no fue reportada por algún otro estudio, siendo usualmente implementada en pacientes con demencia⁽⁴⁶⁾. En el contexto oncológico, la terapia de reminiscencia, en combinación con la terapia cognitivo conductual, mostraron mejoría en el bienestar emocional, aunque no fue un cambio estadísticamente significativo⁽⁴⁷⁾. Adicionalmente, un estudio realizado por Zhang et al.⁽⁴⁸⁾ incluyó a pacientes con cáncer gástrico, mostrando mejoría en sintomatología ansiosa y el estado de salud global, sin embargo, no se encontraron diferencias en depresión. Por lo cual, la evaluación de su viabilidad y efectividad en pacientes con cáncer es probable que continúe en investigación, especialmente en el ámbito de cáncer avanzado⁽⁴⁹⁾ o pacientes de la tercera edad.

Adicionalmente, una intervención para la autoeficacia obtuvo mejorías en ansiedad y depresión a lo largo de los seguimientos⁽³⁵⁾, basando su estudio en la teoría de la autoeficacia de Bandura⁽⁵⁰⁾. Se ha identificado que las intervenciones para mejorar la autoeficacia que han mostrado efectos positivos en pacientes con CCR cubrieron principalmente las siguientes cuatro fuentes de la autoeficacia: Experiencia Vicaria, Persuasión verbal, Excitación emocional y Logros en el desempeño⁽⁵¹⁾.

La psicoeducación como intervención presentó resultados inconsistentes en el bienestar emocional y en su mantenimiento a lo largo del tiempo^(30, 34). No obstante, se han desarrollado intervenciones psicoeducativas para pacientes con estoma que han mostrado un impacto positivo en algunas habilidades psicosociales y de autogestión⁽⁵²⁾. Por otra parte, en esta revisión de la literatura no se probó la eficacia del entretenimiento en relajación y la terapia de escritura.

Respecto a los tamaños del efecto reportados, el más grande correspondió a la mejora de síntomas de CdV para pacientes con estoma ($F_{3,20}=21,8$, $p=0,01$, $\eta^2_p=0,68$) como resultado de una intervención TCC⁽²⁶⁾. Adicionalmente, un programa psicoeducativo reportó tamaños del efecto moderados en salud general y disminución del dolor corporal. Sin embargo, es importante señalar que estos resultados deben considerarse con cautela debido a que los estudios incluidos difieren en el diseño de estudio y el uso de estrategias para asegurar la certeza de sus resultados, como lo son el cegamiento, la aleatorización y el uso de manuales de intervención. Esta tendencia por usar muestras a pequeña escala y diseños de viabilidad concuerda con la revisión de la literatura realizada por Hulbert-Williams⁽¹⁷⁾, lo cual limita el conocimiento de qué tan exitosamente podrían integrarse las intervenciones a la atención clínica oncológica rutinaria.

En este mismo sentido, las intervenciones analizadas en esta revisión difieren entre sí en el modo de entrega (presencial – telefónica, individual – grupal), reflejando una necesidad por solidificar la evidencia respecto a las características teóricas y prácticas de las intervenciones en el contexto del CCR que produzcan de

manera consistente efectos positivos en el bienestar psicológico. Adicionalmente, las investigaciones fueron realizadas a lo largo de distintos periodos del tratamiento del CCR, incluyendo pre-post cirugía, tratamiento activo con quimioterapia y periodo de sobrevida y se observa una consistencia en cuanto a la estadificación de los pacientes, abarcando consistentemente estadio I, II y III, así como promedio de edad y proporción en sexos. Lo cual concuerda con revisiones de la literatura previas a esta investigación, al identificarse una tendencia de ciertos modelos, como la terapia cognitivo conductual, por centrarse exclusivamente en el cáncer no avanzado⁽¹⁷⁾ y estructurar intervenciones breves, con un promedio de seis sesiones⁽¹⁹⁾.

Finalmente, es importante señalar que el malestar emocional no fue variable de interés para estas investigaciones, en contraste con lo reportado en la literatura que indica que este grupo oncológico puede llegar a presentar hasta un 44% malestar emocional⁽¹⁰⁾. Esto podría explicarse por el hecho de que fueron pocos los estudios identificados en la literatura reciente que cumplieron con los criterios de inclusión y fue una constante el focalizar las intervenciones en mejorar la calidad de vida de este grupo oncológico, siendo una medida de resultado estándar del impacto de la enfermedad, las afectaciones biopsicosociales y el tratamiento del CCR en la atención clínica y la investigación⁽⁵³⁾.

Limitaciones

Los resultados de esta revisión se limitan a las bases de datos consultadas y no se consultó literatura gris como los son investigaciones que no son editados o que se publican, pero distribuyen a través de canales poco convencionales (tesis doctorales, actas de congresos, informes de investigación, etc.). Por lo cual, es posible que se hayan excluido algunos estudios.

Adicionalmente, los artículos en esta revisión de la literatura presentan diferencias en el tamaño de las muestras, en las variables de interés y presentan datos clínicos o sociodemográficos faltantes.

Perspectivas futuras

Se recomienda ampliar la revisión de la literatura a otras bases de datos como lo es SCOPUS.

5. Conclusiones

Esta revisión de la literatura evidencia una escasez de estudios realizados durante los últimos 10 años cuyo objetivo sea la implementación de terapias psicológicas sobre variables psicosociales en pacientes con CCR, existiendo también una inconsistencia en los efectos positivos que dichas intervenciones psicológicas producen en sintomatología ansiosa, depresiva, malestar emocional y calidad de vida. No obstante, algunas investigaciones basadas en el modelo de Terapia Cognitivo-Conductual, incluyendo terapias de la tercera generación como lo es la Terapia de Aceptación y Compromiso, reportaron efectos positivos en la calidad de vida de pacientes con CCR, como lo son: CdV global y para pacientes con estoma, funcionamiento físico, de roles y social. La intervención basada en la terapia centrada

en soluciones también reportó mejoras en CdV general y los dominios físico y psicológico. En el caso de la sintomatología ansiosa y depresiva, las intervenciones basadas en el incremento de la autoeficacia han aportado evidencia para su mejoría. Se recomienda realizar investigaciones con diseños con mayor rigor metodológico y basadas en estos modelos terapéuticos que permitan incrementar la evidencia respecto al mantenimiento de los efectos a largo plazo, y comprobar la efectividad en sintomatología emocional.

Adicionalmente, aunque la evidencia de la terapia de reminiscencia se consolida en pacientes con demencia, algunos estudios sugieren efectos positivos en pacientes oncológicos, teniendo relación con lo identificado en esta revisión en pacientes con CCR. Por lo cual, su viabilidad y efectividad una línea de investigación pendiente, en específico en cáncer avanzado y pacientes de la tercera edad.

Se observó un énfasis de los estudios descritos por abordar temas relacionados al autocuidado y estilos de vida saludables, sin embargo, es importante que exista mayor conocimiento de la detección de necesidades psicosociales en este grupo oncológico para focalizar los objetivos terapéuticos y maximizar la efectividad clínica en la atención rutinaria de los pacientes, así como la difusión en población general.

Se recomienda que las futuras investigaciones establezcan como criterios de inclusión la presencia de sintomatología emocional con base pruebas de tamizaje y puntos de corte, con el objetivo de identificar a aquellos pacientes que se podrían beneficiar en mayor medida de las intervenciones y permitan comprobar su efectividad para los objetivos propuestos. Finalmente, se sugiere evaluar el efecto de las intervenciones en malestar emocional, variable psicológica frecuentemente reportada en este grupo oncológico.

6. Agradecimiento

Jazmín Hernández-Marín es estudiante de doctorado del Programa de Doctorado en Psicología y Salud, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y recibió beca 1084046 del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).

7. Referencias

1. American Cancer Society. *¿Qué es el cáncer colorrectal?* [Internet]. 2018 [citado el 29 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/acerca/que-es-cancer-de-colon-o-recto.html>
2. Granados M, Herrera A. Manual de oncología procedimientos médico quirúrgicos. 5a. ed. México: McGraw-Hill, 2016.
3. Kolligs F. Diagnostics and epidemiology of colorectal cancer. *Visc Med* 2016; 32:158-64. <https://doi.org/10.1159/000446488>
4. Sociedad Española de Oncología Médica [SEOM]. Cáncer de colon y recto [Internet]. 2020 [citado el 29 de junio de 2020]. Disponible en: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/colon-recto>
5. World Health Organization [WHO]. Global Cancer Observatory [Internet]. 2021 [citado el 15 de marzo de 2021] Disponible en: <https://gco.iarc.fr/>

6. Lapinsky E, Man L, MacKenzie. Health-Related quality of life in older adults with colorectal cancer. *Curr Oncol Rep* 2019; 21:81. [https://doi.org/ 10.1007/s11912-019-0830-2](https://doi.org/10.1007/s11912-019-0830-2)
7. Sehlo M, Al Ahwal. Depression in patients with colorectal cancer. *Saudi Med J* 2013; 34: 341-7. PMID: 23552585.
8. Mitchell A, Ferguson D, Gill J, Paul J, Symonds P. Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol* 2013; 14: 721-32. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(13\)70244-4](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(13)70244-4)
9. Peng Y, Huang M, Kao C. Prevalence of depression and anxiety in colorectal cancer patients: a literature review. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16:411. [https://doi.org/ 10.3390/ijerph16030411](https://doi.org/10.3390/ijerph16030411)
10. Dunn J, Ng S, Holland J, Aitken J, Youl P, Baade P, Chambers S. Trajectories of psychological distress after colorectal cancer. *Psychooncology* 2013; 22:1759-65. <https://doi.org/10.1002/pon.3210>
11. El-Shami K, Oeffinger K, Erb N, Willis A, Bretsch J, Pratt-Chapman M, et al. American Cancer Society colorectal cancer survivorship care guidelines. *CA Cancer J Clin* 2015; 65:427-55. [https://doi.org/ 10.3322/caac.21286](https://doi.org/10.3322/caac.21286).
12. Lloyd S, Baraghoshi D, Tao R, Garrido-Laguna I, Gilcrease G, Whisenant J, et al. Mental health disorders are more common in colorectal cancer survivors and associated with decreased overall survival. *Am J Clin Oncol* 2019; 42: 355-62. <https://doi.org/10.1097/COC.0000000000000529>
13. Kristensen H, Thyø A, Christensen P. Systematic review of the impact of demographic and socioeconomic factors on quality of life in ostomized colorectal cancer survivors. *Acta Oncol* 2019; 58: 566-72. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2018.1557785>
14. Mols F, Schoormans D, de Hingh I, Oerlemans S, Husson O. Symptoms of anxiety and depression among colorectal cancer survivors from the population-based, longitudinal PROFILES Registry: Prevalence, predictors, and impact on quality of life. *Cancer* 2018; 124: 2621-8. [https://doi.org/ 10.1002/cncr.31369](https://doi.org/10.1002/cncr.31369)
15. Pereira M, Figueiredo A, Fincham F. Anxiety, depression, traumatic stress and quality of life in colorectal cancer after different treatments: a study with Portuguese patients and their partners. *Eur J Oncol Nurs* 2012; 16: 227-32. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.06.006>
16. Marventano S, Forjaz M, Grosso G, Mistretta A, Giorgianni G, Platania A, et al. Health related quality of life in colorectal cancer patients: state of the art. *BMC Surg* 2013; 13:S15. <https://doi.org/10.1186/1471-2482-13-S2-S15>
17. Hulbert-Williams N, Beatty L, Dhillon H. Psychological support for patients with cancer: evidence review and suggestions for future directions. *Curr Opin Support Palliat* 2018; 12: 276-92. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000360>
18. Okuyama T, Akechi T, Mackenzie L, Furukawa T. Psychotherapy for depression among advanced, incurable cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Treat Rev* 2017; 56, 16–27. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2017.03.012>
19. Teo I, Krishnan A, Lee G. Psychosocial interventions for advanced cancer patients: A systematic review. *Psychoncology* 2019; 28: 1394–407. <https://doi.org/10.1002/pon.5103>
20. Hoon L, Sally C, Hong-Gu H. Effect of psychosocial interventions on outcomes of patients with colorectal cancer: a review of the literature. *Eur J Oncol Nurs* 2013; 17: 883-91. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2013.05.001>

21. Mosher C, Winger J, Given B, Shahda S, Helft P. A systematic review of psychosocial interventions for colorectal cancer patients. *Support. Care Cancer* 2017; 25, 2349–62. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3693-9>
22. Hijazi Y, Gondal U, Aziz O. A systematic review of prehabilitation programs in abdominal cancer surgery. *Int J Surg* 2017; 39: 156-62. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2017.01.111>
23. Son H, Son YJ, Kim H, Lee Y. Effect of psychosocial interventions on the quality of life of patients with colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes* 2018; 16:119. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0943-6>
24. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds, DJM, Gavaghan DJ, McQuay HJ. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary?. *Control Clin Trials* 1996; 17:1-12.
25. Hawkes A, Pakenham K, Chambers S, Patrao T, Courneya K. Effects of a multiple health behavior change intervention for colorectal cancer survivors on psychosocial outcomes and quality of life: a randomized controlled trial. *Ann. Behav. Med* 2014; 48:359-70. <https://doi.org/10.1007/s12160-014-9610-2>
26. Acevedo-Ibarra J, Juárez-García D, Espinoza-Velazco A, Buenaventura-Cisneros S. Cognitive Behavioral Stress Management intervention in Mexican colorectal cancer patients: Pilot study. *Psychooncology* 2019; 28:1445-52. <https://doi.org/10.1002/pon.5094>
27. Koplin G, Müller V, Heise G, Pratschke J, Schwenk W, Haase O. Effects of psychological interventions and patients' affect on short-term quality of life in patients undergoing colorectal surgery. *Cancer Med* 2016; 5: 1502-9. <https://doi.org/10.1002/cam4.739>
28. Dong X, Sun G, Zhan J, Liu F, Ma S, Li P, et al. Telephone-based reminiscence therapy for colorectal cancer patients undergoing postoperative chemotherapy complicated with depression: a three-arm randomised controlled trial. *Support Care Cancer* 2019; 27: 2761-9. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4566-6>
29. Lepore S, Revenson T, Roberts K, Pranikoff J, Davey A. Randomised controlled trial of expressive writing and quality of life in men and women treated for colon or rectal cancer. *Psychol Health* 2015; 30: 284-300. <https://doi.org/10.1080/08870446.2014.971798>
30. Ohlsson-Nevo E, Karlsson J, Nilsson U. Effects of a psycho-educational programme on health-related quality of life in patients treated for colorectal and anal cancer: A feasibility trial. *Eur J Oncol Nurs* 2016; 21: 181-8. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.10.002>
31. Zhang X, Liu J, Zhu H, Zhang X, Jiang Y, Zhang J. Effect of psychological intervention on quality of life and psychological outcomes of colorectal cancer patients. *Psychiatry* 2020; 83: 58-69. <https://doi.org/10.1080/00332747.2019.1672440>
32. Louro A, Castro J, Blasco T. Effects of a positive emotion-bases adjuvant psychological therapy in colorectal cancer patients: a pilot study. *Psicooncología* 2016; 13:113-25. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2016.v13.n1.52491
33. Teo I, Tan Y, Finkelstein E, Yang G, Pan F, Lew H et al. The feasibility and acceptability of a cognitive behavioral therapy-based intervention for patients with advanced colorectal cancer. *J. Pain Symptom Manag* 2020; 60: 1200-7. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.06.016>
34. Lim SH, Chan SWC, Chow A, Zhu L, Lai JH, He HG. Pilot trial of a STOMA psychosocial intervention programme for colorectal cancer patients with stomas. *J Adv Nurs* 2019;75:1338-46. <https://doi.org/10.1111/jan.13973>
35. Zhang M, Chan SW, You L, et al. The effectiveness of a self-efficacy-enhancing intervention for Chinese patients with colorectal cancer: a randomized controlled trial

- with 6-month follow up. *Int J Nurs Stud.* 2014; 51:1083-92. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.12.005>
36. Xian X, Zhu C, Chen Y, Huang B, Xiang W. Effect of Solution-Focused Therapy on cancer-related fatigue in patients with colorectal cancer undergoing chemotherapy: A randomized Controlled Trial. *Cancer Nurs* 2021; 45:E663-E673. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000994>
 37. Manterola C, Otzen T. Estudios experimentales 1 parte: el ensayo clínico. *Int J Morphol* 2015; 33: 342-9. <https://doi.org/10.4067/S0717-95022015000100054>.
 38. Soriano M, Salas M. La terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Fundamentos, características y evidencia.* *Pap Psicol* 2006; 27: 79-91. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77827203>
 39. Ghasemi F, Dehghan F, Farnia V, Tatari F, Alikhani M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on life expectancy of female cancer patients at Tehran's Dehshpour Institute in 2015. *Asian Pac J Cancer Prev* 2016; 17:, 4113-6. <https://doi.org/10.14456/apjcp.2016.223/APJCP.2016.17.8.4113>
 40. Mohabbat-Bahar S, Maleki-Rizi F, Akbari M, Moradi-Joo M. Effectiveness of group training based on acceptance and commitment therapy on anxiety and depression of women with breast cancer. *Iran J Cancer Prev* 2015; 8: 71-6.
 41. Bannink F. terapia breve enfocada en soluciones. *J Contemp Psychother.* 2007; 37, 87–94 <https://doi.org/10.1007/s10879-006-9040-y>
 42. Walter JL, Peller JE. *Becoming solution-focused in brief therapy.* New York, Routledge; 2013
 43. Franklin C, Zhang Y, Liu X, Qu Y, Chen H. Solution-Focused Brief Therapy in China: A Meta-analysis, *J Ethn Cult Divers Soc Work* 2015; 24:3: 187-201, <https://doi.org/10.1080/15313204.2014.991983>
 44. Zhang A, Franklin C, Currin-McCulloch J, Park S, Kim J. The effectiveness of strength-based, solution-focused brief therapy in medical settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Behav Med* 2018;41, 139–51. <https://doi.org/10.1007/s10865-017-9888-1>
 45. Khabir L, Fallah Zadeh M, Hadianfard H. The effectiveness of Solution- Focused Brief Therapy (SFBT) on posttraumatic stress symptoms in parents of children with cancer. *Int J Appl Behav Sci* 2017; 4: 50-6. <https://doi.org/10.22037/ijabs.v4i4.11368>
 46. Woods B, O'Philbin L, Farrell E, Spector A, Orrell M. Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2018;(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001120>
 47. Ando M, Morita T, Oshima A. Reminiscence cognitive behavior therapy for spiritual well-being and self-esteem of cancer patients. *J. Cancer Ther* 2011; 2: 105-9. <https://doi.org/10.4236/jct.2011.22012>
 48. Zhang L, Li ., Kou ., Xia ., Y, Du X. Reminiscence therapy exhibits alleviation of anxiety and improvement of life quality in postoperative gastric cancer patients: A randomized, controlled study. *Medicine* 2021; 100:e26821. <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000026821>
 49. Ando M, Morita T, Okamoto T, Ninosaka Y. One-week Short-Term Life Review interview can improve spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Psychooncology* 2008; 17: 885-90. <https://doi.org/10.1002/pon.1299>
 50. Bandura A, Walters RH. *Social learning theory (Vol. 1).* Prentice Hall: Englewood cliffs, 1977.

51. Gong J, Hu C, Chen M, Cao Q, Li Q. Interventions to improve self-efficacy in colorectal cancer patients and/or caregivers: a systematic review and meta-analysis. *J Oncol* 2021; 2021: 4553613. <https://doi.org/10.1155/2021/4553613>
52. Faury S, Koleck M, Foucaud J, M'Bailara K, Quintard B. Patient education interventions for colorectal cancer patients with stoma: A systematic review. *Patient Educ Couns* 2017; 100:1807-19. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.05.034>
53. Wong C, Chen J, Yu C, Sham M, Lam C. Systematic review recommends the European Organization for Research and Treatment of Cancer colorectal cancer-specific module for measuring quality of life in colorectal cancer patients. *J Clin Epidemiol* 2015; 68, 266–78. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.09.021>