



SOCIEDAD MEXICANA DE ONCOLOGÍA, A.C.

GACETA MEXICANA DE ONCOLOGÍA



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Efectos de la terapia cognitivo conductual en el paciente oncológico: una revisión

Oscar Galindo-Vázquez^{a,*}, Hortensia Pérez-Barrientos^b, Salvador Alvarado-Aguilar^c, Edith Rojas-Castillo^c, Miguel Ángel Álvarez-Avitia^d y José Luis Aguilar-Ponce^d

^a Doctorado en Psicología y Salud, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Nacional de Psiquiatría, México D.F., México

^b Especialidad de Psicooncología, Instituto Nacional de Cancerología, México D.F., México

^c Servicio de Psicooncología, Instituto Nacional de Cancerología, México D.F., México

^d Subdirección de Medicina Interna, Instituto Nacional de Cancerología, México D.F., México

PALABRAS CLAVE

Efectos; Terapia Cognitivo Conductual; Pacientes; Oncología; México.

Resumen La terapia cognitivo conductual (TCC) ha mostrado eficacia consistente en el bienestar psicológico del paciente oncológico. El objetivo del presente trabajo es realizar una revisión de la literatura reportada en MEDLINE, PsycINFO, CINAHL, *Psychology and Behavioral Sciences Collection* en el periodo de 2005 a 2010, sobre los efectos de la TCC en el paciente oncológico. Se incluyeron artículos de TCC en pacientes oncológicos en tratamiento o seguimiento, en los que la evaluación de los trastornos y/o objetivos terapéuticos fuera con base en instrumentos válidos y confiables y las intervenciones describieran las técnicas CC empleadas. Se identificaron 25 estudios originales, se observó consistencia respecto a los efectos benéficos de la TCC en indicadores de la calidad de vida como: depresión, ansiedad, insomnio, dolor, disfunción cognitiva y fatiga; así como manejo de obesidad y sobrepeso en pacientes en seguimiento. No se identificaron estudios realizados en México. Se recomienda realizar más estudios para incrementar la evidencia respecto los efectos principalmente a largo plazo y en poblaciones poco representadas en los estudios revisados.

* Autor para correspondencia: Av. San Fernando N° 22, Colonia Sección XVI, Delegación Tlalpan, C.P. 14080, México D.F., México. Teléfono: 5628 0400, ext. 251. Correo electrónico: psigalindo@yahoo.com.mx (O. Galindo-Vázquez).

KEYWORDS

Effects; Cognitive Behavioral Therapy; Patient; Oncology; Mexico.

Cognitive behavioral therapy effects in cancer patients: a review

Abstract Cognitive behavioral therapy (CBT) has shown consistent efficacy in relation to improved psychological well-being of cancer patients. Objective: To review the literature reported in MEDLINE, PsycINFO, CINAHL, Psychology and Behavioral Sciences Collection in the period from 2005 to 2010 on the effects of CBT in cancer patients. The articles covered the following criteria: Patients on any type or combination of medical treatment, or in follow-up period, evaluation of disorders and/or therapeutic targets based on valid and reliable instruments, and interventions that describe the techniques used CC. We identified 25 original studies, which are consistent with respect to the beneficial effects of CBT on various indicators of quality of life, inside of which is depression, anxiety, insomnia, pain, cognitive dysfunction and fatigue, as well as management of obesity and overweight in patients at follow-up. No studies conducted in Mexico. We recommend further studies to increase the evidence about the effects long term primarily in populations underrepresented in the studies reviewed.

Introducción

De acuerdo a Trull y Phares (2003)¹, la terapia cognitivo conductual (TCC) es una alternativa psicoterapéutica, que recalca la función del pensamiento en la etiología y conservación de los problemas psicológicos. Las técnicas cognitivas conductuales modifican los patrones que contribuyen a los problemas de los pacientes; también pueden emplear principios del condicionamiento y el aprendizaje para modificar comportamientos problemáticos².

Existen diversas variantes de TCC, éstas van unidas por la premisa de que los problemas psicológicos se derivan de patrones distorsionados del pensamiento, que influyen en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes, estos patrones exacerban y consolidan estos problemas³.

De acuerdo con Enright (1997)⁴, los elementos de la TCC son:

- 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.
- Entrenamiento en la modificación de pensamientos negativos.
- Modelamiento y modificación de conductas.

TCC en el paciente oncológico

La TCC en el tratamiento psicosocial en pacientes oncológicos, han mostrado efectos positivos más consistentes (Cwikel, Behar y Rabson-Hare, 2000)⁵.

Los objetivos de la TCC en cáncer se dividen en dos grupos: 1) Abordaje de problemas psicológicos asociados al diagnóstico, tratamiento, periodo de seguimiento y, 2) manejo de efectos secundarios del tratamiento oncológico como: náusea, vómito, dolor, insomnio, incontinencia y disfunción sexual². La TCC ha mostrado eficacia disminuyendo niveles de estrés, ansiedad, depresión, dolor, fatiga, insomnio

y promoviendo estrategias de afrontamiento más adaptativas en el paciente oncológico⁶⁻⁹.

El objetivo del presente trabajo fue revisar la literatura médica reportada en MEDLINE, PsycINFO, CINAHL, *Psychology and Behavioral Sciences Collection* y *MedicLatina*, en el periodo de 2005 a 2010.

Método

Los artículos incluidos cubrieron los siguientes criterios: 1) Pacientes en cualquier tipo o combinación de tratamiento oncológico, o en periodo de seguimiento. 2) Evaluación de los trastornos y/o objetivos psicoterapéuticos, con base en instrumentos válidos y confiables. 3) Descripción de las técnicas terapéuticas empleadas.

Resultados

De un total de 45 artículos en el periodo 2005-2010, se incluyeron 24 estudios de acuerdo a los criterios de inclusión: 90% de los estudios muestran algún tipo de efecto benéfico de la TCC, en diferentes indicadores. La mayor parte de los efectos más benéficos fueron observados en: depresión, ansiedad, trastornos del dormir, fatiga, dolor y estrés¹⁰⁻²⁷; escasos estudios reportaron mejorías en el manejo de obesidad y sobrepeso de pacientes en seguimiento²⁸, síntomas de menopausia²⁹, imagen corporal, autoestima y sexualidad³⁰, disfunción cognitiva³¹ y síntomas asociados³². El grupo de pacientes más representado fue de cáncer de mama. Los instrumentos más empleados fueron el HADS, BDI y BAI. La mayor parte de los artículos fueron identificados en el periodo de 2010. No se identificaron estudios realizados en México (tabla 1).

Discusión

Consistente con la literatura médica, previa depresión y ansiedad fueron las problemáticas más intervenidas¹⁰⁻¹⁷, seguida por el tratamiento de trastornos del dormir en poblaciones diversas, desde pacientes con enfermedad metastásica y en seguimiento¹⁸⁻²¹ y tratamiento de fatiga, mayormente en pacientes en periodo de seguimiento²¹⁻²⁵. En relación a la combinación de la TCC con otras modalidades

Tabla 1 Descripción de los estudios consultados

McKiernan et al. 2010	69	Cáncer de mama estadio I y II, que terminaron tratamiento médico. (TCC 36) (GC 33).	Evaluar una TCC manualizada.	Inventario de Calidad de Vida (EORTC), Perfil de estado de ánimo (POMS), Inventario breve de síntomas (BSI), Cuestionario de problemas y metas del paciente (PPGQ) y Cuestionario de uso de servicios (SUQ).	Mejoría en severidad problema ($p < .05$). Impacto del problema ($p < 0.05$). Capacidad de afrontamiento ($p < 0.05$). Logro de metas de pre-a post-tratamiento ($p < 0.05$).	La TCC grupal breve es eficaz en el ajuste psicológico, mejora los niveles de ansiedad en la etapa inicial. Se requiere más Investigación para evaluar la eficacia del programa a largo plazo en pacientes con niveles elevados de angustia y limitados recursos de afrontamiento.
Kwekkeboom et al. 2010	30	Dx. metastásico o recurrente.	Evaluar la TCC para el dolor, fatiga, y trastornos del sueño.	Inventario breve de dolor, Inventario breve de fatiga, Inventario de síntomas e índice de calidad de sueño de Pittsburgh.	Disminuyeron los niveles de dolor, fatiga y sueño ($p < 0.001$).	La TCC parece ser viable para reducir la gravedad de dolor, fatiga y trastornos del sueño.
DuHamel et al. 2010	81	Sobrevivientes de trasplantes de células hematopoyéticas con niveles elevados de estrés (TCC 47) (GC 34).	Efectos de la TCC vía telefónica para aminorar depresión y síntomas de estrés posttraumático.	BSI, Entrevista clínica estructurada SCID-I/P, Lista de chequeo para estrés posttraumático (PCL), Índice de severidad global (GSI), y Escala para estrés posttraumático.	Menos síntomas de estrés posttraumático relacionado con la enfermedad ($p < 0.001$). Menos evitación ($p < 0.001$), Menos ideas intrusivas, estrés general y síntomas depresivos ($p < 0.005$).	La TCC administrada telefónicamente es eficaz para disminuir la sintomatología del estrés posttraumático relacionado con la enfermedad y el estrés en general.
Greer et al. 2010	3	Cáncer pulmonar metastásico.	Describir un enfoque de TCC adaptado a las necesidades de este grupo de pacientes para ansiedad y calidad de vida.	Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A), Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Escala de evaluación funcional de cáncer de pulmón (FACT-L) y Escala de impresión clínica global (CGI).	Se identificaron mejoras en ansiedad, evaluación clínica global e impresión clínica global ($p < 0.05$).	Mostraron mejorías 2 casos. El tratamiento requiere asistir a una clínica ambulatoria lo que limita su utilidad para pacientes con dificultad para salir de casa. Evitación cognitiva y conductual son estrategias desadaptativas asociadas con la enfermedad.
Hopko et al. 2010	2	Cáncer de mama en estadio I y II, con Dx. de depresión mayor.	Evaluar la efectividad de la TCC en la sintomatología depresiva.	HAM-D, BAI, Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), Inventario de Calidad de vida (QOLY), Cuestionario de Salud SF-36, Escala de percepción de soporte social (MSPSS).	Se identificaron mejoras en depresión, ansiedad, rol emocional, rol físico y funcionamiento social ($p < 0.05$).	La TCC es efectiva en el tratamiento de depresión, ansiedad, funcionamiento físico así como en la interacción social del paciente.

Van Weert et al. 2010	147	Sobrevivientes de diferentes tipos de cáncer. (TCC + EF 76) (EF 71).	Comparar el efecto de la TCC + entrenamiento físico (EF) y EF solo, en la fatiga relacionada con el cáncer.	Inventario multidimensional de fatiga (MFI).	EL EF solo reporto disminución de fatiga general ($p=0.007$), física ($p=0.001$), mental ($p=0.04$) y mejora en reducción de activación ($p=0.02$), en comparación con la TCC + EF que reporto reducción solo en fatiga física ($p=0.005$).	El EF es igualmente eficaz o más eficaz que el EF + TCC en la reducción de la fatiga, lo que sugiere que la TCC no tiene efectos beneficiosos más allá de los beneficios del EF.
Goedendorp et al. 2009	220	Diferentes procesos oncológicos. (TCC 75) (IE 72) (GC 71).	Evaluar la eficacia de la TCC y la intervención de enfermería (IE) en la actividad física (AF) y disminución de fatiga.	SF-36, Subescala de fatiga de la lista de chequeo individual de fortalezas (CIS), Lista de chequeo de síntomas (SCL-90) y EORTC QLQ-C30.	El grupo de TCC mostro menos fatiga en comparación con el grupo de IE ($p=.019$) y el GC ($p=0.005$). Entre el GC y el grupo de enfermería no hubo diferencias significativas ($p=1.000$).	La TCC fue efectiva en reducir la fatiga. La intervención usual de enfermería no fue efectiva. La actividad física no medio el efecto de la TCC en la fatiga.
Hunter et al. 2009	17	Sobrevivientes de cáncer de mama con síntomas de menopausia posterior a tratamiento.	Evaluar la efectividad de la TCC para aliviar síntomas de menopausia posterior a Tx.	SF-36 y Escala de Valoración de problemas (HFRS), Cuestionario de salud de la mujer (WHQ), Escala de Creencias respecto a los sofocos (HFBS).	Disminuyeron sofocos, sudoración nocturna ($p<0.02$), calificación del problema ($p<0.0001$), depresión y ansiedad ($p<0.02$), limitación del rol emocional ($p<0.03$), salud mental ($p<0.0001$), vitalidad ($p<0.001$) y salud en general ($p<0.0001$).	La TCC puede ofrecer una opción viable para las mujeres con síntomas menopáusicos después del tratamiento del cáncer de mama. Aún se necesitan más evidencia.
Schnur et al. 2009	40	Dx. de cáncer de mama en Radioterapia. (TCC + Hipnosis 20) (GC 20).	Efectividad de la TCC+H para reducir afecto negativo y aumentar el afecto positivo.	Perfil del estado de ánimo (POMS), Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), Subescala de Neuroticismo del Inventario de los cinco factores (NEO-N) y Autoregistro de estado de ánimo.	La TCC+H presento menores niveles de afecto negativo ($p=0.0007$) e incremento de afecto positivo ($p=0.0035$), en la radioterapia. En relación con el GC, el TCC+H mostro más afecto positivo ($p=0.0113$) y menos afecto negativo ($p=0.0027$).	La TCC más hipnosis tiene el potencial para mejorar la experiencia afectiva de las pacientes con cáncer de mama en radioterapia.
Espie et al. 2008	106	Diferentes tipos de Dx. de cáncer, con insomnio. (TCC 67) (GC 39).	Eficacia de la TCC para el insomnio.	HADS, Escala general de evaluación funcional de tratamiento (FACT-G), Inventario de síntomas de fatiga (FSI).	Disminuyen los niveles de depresión ($p=0.004$), síntomas de fatiga ($p<0.001$) y mejora el funcionamiento físico ($p<0.001$) y calidad del sueño ($p<0.001$).	La TCC para el insomnio puede ser clínicamente eficaz y viable en pacientes con diferentes Dx.
Moorey et al. 2008		Diferentes Dx. en estadios avanzados. (TCC 45) (Tratamiento usual 35).	Evaluar una TCC dirigida a reducir síntomas de ansiedad y depresión.	HADS, MSPSS, Escala de ajuste mental ante el cáncer (MAC), Cuestionario de afrontamiento ante el cáncer (CCQ) y Escala de funcionalidad (ECOG).	Se identificaron menores niveles de ansiedad en el grupo de TCC ($p = 0.01$). No se identificaron efectos en los niveles de depresión.	La TCC tuvo efectos benéficos en pacientes en escenarios paliativos, principalmente en relación a los niveles de ansiedad.

Hopko et al. 2008	18	Depresión mayor con diferentes Dx. de cáncer.	Efectividad de la TCC en pacientes con depresión mayor en tx. médico.	HAM-D, BDI, BAI, SF-36, QOLY, MSPSS, Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D).	Las medidas de depresión ($p < .001$), ansiedad ($p < .05$), calidad de vida ($p < .01$) y resultados médicos ($p < .05$) mostraron mejoría significativa.	Las TCC pueden representar un tratamiento que puede mejorar los resultados psicológicos y de la calidad de vida entre los pacientes con cáncer.
Narvaez et al. 2008	38	Ca. de mama en periodo de seguimiento.	Eficacia de la TCC en imagen corporal- autoestima- sexualidad y ánimo.	BDI, STAI, Escala de Autoestima de Rosenberg y Escala de Imagen Corporal de Hopwood.	El tratamiento produjo mejoras significativas en comparación con el grupo control en depresión ($p = 0.005$), ansiedad ($p = 0.002$), autoestima ($p = 0.001$) e imagen corporal ($p = 0.014$).	La TCC es eficaz para mejorar autoestima, imagen corporal y sexualidad en pacientes con cáncer de mama en seguimiento.
Gielissen et al. 2007	68	Sobrevivientes de diferentes tipos de cáncer. (TCC 36) (GC 32)	Efecto de la TCC en la fatiga y bienestar psicológico.	CIS, Perfil del impacto de la enfermedad (SIP-8), Escala del impacto del evento, Escala de aceptación al cáncer (CAS), Escala de autoeficacia, Subescala de actividad física (QLQ-C30) e Inventario de apoyo social (SSL).	La TCC disminuyó la severidad de fatiga, discapacidad funcional y mejor bienestar psicológico ($p < 0.005$). Estas diferencias se mantuvieron durante el periodo de seguimiento ($p < 0.005$).	La TCC tiene efectos benéficos en la reducción de la fatiga
Epstein et al. 2007	72	Ca. de mama en seguimiento, con insomnio. (TCC 34) (GC38).	Eficacia de TCC para el insomnio.	Autoregistros de sueño y actigrafía	Se identificaron mejoras en sueño total ($p = 0.02$), tiempo de sueño durante la noche ($p = 0.01$) y calidad del sueño ($p = 0.001$).	La TCC muestra beneficios consistentes en diferentes indicadores de trastornos del dormir.
Mefferd et al. 2007	70	Sobrevivientes de Ca. de mama con obesidad o sobrepeso.	Efecto de una TCC grupal para la pérdida de peso a través de ejercicio y modificación de la dieta.	Medidas antropométricas y análisis de laboratorio.	Peso, índice de masa corporal, porcentaje de grasa, grasa del tronco, piernas, cintura y circunferencia de la cadera, niveles de triglicéridos y de colesterol disminuyeron en la TCC ($p < 0.05$).	La TCC grupal puede ayudar a controlar el peso y reducir la obesidad y sobrepeso. Se necesitan estudios adicionales para determinar los efectos de la TCC en la recurrencia de la enfermedad y sobrevida
Penedo et al. 2007	71	Carcinoma prostático localizado que terminaron tratamiento. (TCC 41) (GC 30)	Eficacia de una TCC grupal dirigida al manejo del estrés.	FACT-G e Índice compuesto para la función sexual en cáncer de próstata (EPIC).	Mejoría en el bienestar total ($p < 0.01$). La TCC fue predictor de bienestar físico ($p < 0.03$), bienestar emocional ($p < 0.03$) y mejoras en función sexual ($p = 0.002$) en relación con el GC.	La participación en una TCC grupal muestra diversos beneficios en la calidad de vida de pacientes tratados por carcinoma prostático localizado.
Ferguson et al. 2007	29	Ca. de mama que terminaron Tx., que habían reportado quejas con respecto a memoria y atención.	TCC dirigida a ayudar a sobrevivientes de Ca. de mama para manejar disfunción cognitiva asociada a la quimioterapia.	CES-D, STAI, Test de aprendizaje verbal de California, Escala de memoria de Wechsler, Subescala de dígitos de la escala de inteligencia de Wechsler, Test de prueba de decisiones y Test de Stroop.	Mejoras en la disfunción cognitiva ($p = < 0.001$), calidad de vida ($p < 0.05$) así como en los dominios de función ejecutiva y verbal ($p < 0.00001$).	La TCC parece ser una intervención factible que justifica la evaluación y tratamiento de los sobrevivientes de cáncer que sufren de disfunción cognitiva persistente, al mejorar algunos dominios neuropsicológicos y de calidad de vida.

Bellver et al. 2007	91	Ca. de mama en seguimiento.	Analizar la eficacia de la TCC grupal en el estado emocional y calidad de vida.	HADS y Cuestionario para la evaluación funcional del tratamiento de cáncer de mama.	Menores niveles de ansiedad y depresión ($p<0.01$). Calidad de vida mejora en el seguimiento ($p<0.001$). En las subescalas del CV mejora el estado emocional ($p<0.001$) y funcional ($p<0.05$).	Los resultados demuestran la efectividad de la TCC en el estado emocional y la calidad de vida.
Cohen et al. 2007	114	Ca. de Mama, estadio I y II, en radioterapia o quimioterapia.	Efectividad de la TCC en comparación con solo relajación, imaginación guiada y GC.	BSI, FSI, GSI, Escala de percepción de estrés, Cuestionario breve de sueño MSQ y Cuestionario multidimensional de locus de control de la salud (MHLC).	Severidad global, estrés, dificultades del sueño y fatiga disminuyeron ($p<0.001$) en TCC y relajación, en comparación con el GC. Locus de control externo respecto a la salud disminuyó en la TCC ($p<0.001$)	TCC e imaginación guiada reducen el estrés psicológico, la TCC redujo el locus de control externo respecto a la salud, y la imaginación guiada muestra ventajas en reducir la fatiga y mejorar la calidad de sueño.
Pocino et al. 2007	44	Ca. de mama. (TCC 26) (GC 18).	Evaluar el efecto de la TCC en las alteraciones psicológicas	BDI, STAI y Escala de Alexitimia de Toronto.	Disminución en los niveles de ansiedad estado ($p<0.02$).	La TCC puede disminuir los niveles de ansiedad que frecuentemente acompañan a la enfermedad.
Gielissen et al. 2006	98	Sobrevivientes de diferentes tipos de Dx. (TCC 50) (GC 48).	Evaluar los efectos de la TCC en fatiga de sobrevivientes de cáncer.	Escala de severidad de fatiga CIS, Perfil del impacto de la enfermedad SIP-8 y Lista de síntomas.	Disminución en severidad de fatiga y deterioro del funcionamiento ($p=0.001$). A seis meses de seguimiento la TCC mostró menor severidad de la fatiga ($p=0.00$) y deterioro funcional ($p=0.001$).	La TCC tiene un efecto clínicamente relevante en la reducción de fatiga y el deterioro funcional en sobrevivientes de cáncer.
Savard et al. 2005	57	Ca. de mama con trastornos del dormir, que terminaron Tx. médico (TCC 27) (GC 30).	Efecto de la TCC en la calidad del sueño.	SCID , HADS, MFI, EORTC QLQ-C30+3, Entrevista de Insomnio (IIS), Autoregistro de sueño, Polisomnografía e Índice de severidad de insomnio (ISI).	Mejoría en sueño ($p<0.01$), reducción de ingesta de medicamentos para dormir ($p<0.0001$), menores niveles de depresión y ansiedad ($p<0.05$) y mejor calidad de vida ($p<0.001$).	La TCC mostro mejoras en diferentes indicadores de calidad de sueño. Se identifico una reducción del uso de la medicametos. Este estudio apoya la eficacia de la TCC para el insomnio secundario a cáncer de mama.
Sherwood et al. 2005	124	Diferentes tipos de cáncer en estadios avanzados (TCC 62) (GC 62).	Efecto de la TCC en la severidad de sintomatología asociada al tratamiento.	CES-D y lista de chequeo.	Los pacientes del grupo de TCC mostraron menor severidad de síntomas a las 10 y 20 semanas ($p=0.04$) en comparación con el grupo control.	La TCC muestra efectividad en aminorar la severidad de los síntomas en pacientes en estadios avanzados.

de intervención, su asociación con hipnosis muestra mejoras en la experiencia afectiva de las pacientes con cáncer de mama¹², con ejercicio físico y la modificación de la dieta coadyuva en el control de peso, reducción de obesidad y sobrepeso²⁸. Sin embargo, no se encontró evidencia asociada con ejercicio físico dirigido al control de fatiga, en comparación con el tratamiento estándar³³. Finalmente, es relevante la necesidad de mayor evidencia en grupos de pacientes con enfermedad metastásica, aunque la escasa evidencia disponible indica algunos beneficios terapéuticos.

Conclusiones

La efectividad de la TCC en el paciente oncológico indica que los efectos positivos en esta población son significativos. Se recomienda emplear la TCC en aquellos pacientes con morbilidad psicológica, así como realizar más estudios para incrementar la evidencia respecto a los efectos a largo plazo y en grupos de pacientes poco representados. Los resultados de esta revisión se limitan a las bases de datos consultadas.

Financiamiento

No se recibió ningún patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Trull TJ, Phares EJ. *Psicología Clínica*. México: Thomson; 2003. p. 373-404.
- Redd WH, Montgomery GH, DuHamel KN. Behavioral intervention for cancer treatment side-effects. *Journal of National Cancer Institute* 2001;93:810-823.
- Beck JS. *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. México: Gedisa; 2000. p. 17-30.
- Enright SJ. Cognitive behaviour therapy clinical applications. *BMJ* 1997;314:1811-1816.
- Cwikel J, Behar L, Rabson-Hare J. A comparison of a vote count and a meta-analysis review of intervention research with adult cancer patients. *Research on Social Work Practice* 2000;10(1):139-158.
- Tatrow K, Montgomery GH. Cognitive Behavioral Therapy Techniques for Distress and Pain in Breast Cancer Patients: A Meta-Analysis 2010;29(1):17-27.
- Fawzy FI, Fawzy NW, Canada AL. Psycho-educational intervention programs for patients with cancer. En: Baum A, Andersen BL, (eds.). *Psychosocial interventions for cancer*. Washington, DC: American Psychological Association; 2001.
- Fawzy FI, Fawzy NW. Group therapy in the cancer setting. *J Psychosomatic Research* 1998;45(3):191-200.
- Grossarth-Maticcek R, Eysenck HJ. Creative novation behaviour therapy as a prophylactic treatment for cancer and coronary heart disease: Part I description of treatment. *Behavioral Research and Therapy* 1991;29(1):1-16.
- McKiernan A, Steggle S, Guerin S, Carr A. A Controlled Trial of Group Cognitive Behavior Therapy for Irish Breast Cancer Patients. *J Psychosocial Oncology* 2010;28:143-156.
- Hopko DR, Colman LK. The Impact of Cognitive Interventions in Treating Depressed Breast Cancer Patients. *Journal of Cognitive Psychotherapy. An International Quarterly* 2010;24(4):314-328.
- Schnur JB, David D, Kangas M, et al. A Randomized Trial of a Cognitive-Behavioral Therapy and Hypnosis Intervention on Positive and Negative Affect During Breast Cancer Radiotherapy. *J Clinical Psychology* 2009;6(4):433-455.
- Moorey S, Cort E, Kapari M, et al. A cluster randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for common mental disorders in patients with advanced cancer. *Psychological Medicine* 2008;1-11.
- Hopko DR, Bell JL, Armento M, et al. Cognitive-Behavior Therapy for Depressed Cancer Patients in a Medical Care Setting. *Behavior Therapy* 2008;39:126-136.
- Pocino M, Luna G, Canelones P, et al. La relevancia de la intervención psicosocial en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología* 2007;4(1):59-73.
- Greer JA, Park ER, Prigerson HG, et al. Tailoring Cognitive-Behavioral Therapy to Treat Anxiety Comorbid With Advanced Cancer. *J Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly* 2010;24(4):294-313.
- Bellver A. Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida y el estado emocional en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología* 2008;4(1):133-142.
- Espie CA, Fleming L, Cassidy J, et al. Randomized Controlled Clinical Effectiveness Trial of Cognitive Behavior Therapy Compared With Treatment As Usual for Persistent Insomnia in Patients With Cancer. *J Clinical Oncology* 2008;26(28):4651-4658.
- Epstein DR, Dirksen SR. Randomized Trial of a Cognitive-Behavioral Intervention for Insomnia in Breast Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum* 2007;34(5):51-59.
- Savard J, Simard S, Ivers H, et al. Randomized Study on the Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia Secondary to Breast Cancer, Part I: Sleep and Psychological Effects. *J Clinical Oncology* 2005;23(25):6083-6096.
- Kwekkeboom KL, Abbott-Anderson K, Wanta B. Feasibility of a Patient-Controlled Cognitive-Behavioral Intervention for Pain, Fatigue, and Sleep Disturbance in Cancer. *Oncology Nursing Forum* 2010;37(3):151-159.
- Goedendorp MM, Peters MEWJ, Gielissen MFM, et al. Is Increasing Physical Activity Necessary to Diminish Fatigue During Cancer Treatment? Comparing Cognitive Behavior Therapy and a Brief Nursing Intervention with Usual Care in a Multicenter Randomized Controlled Trial. *The Oncologist* 2010;15:1122-1132.
- Cohen M, Fried G. Comparing Relaxation Training and Cognitive-Behavioral
- Group Therapy for Women With Breast Cancer. *Research on Social Work Practice* 2007;17(3):313-323.
- Gielissen MFM, Verhagen CAHFM, Bleijenberg G. Cognitive behaviour therapy for fatigued cancer survivors: long-term follow-up. *British J Cancer* 2007;97:612-618.
- Gielissen MFM, Verhagen S, Witjes F, et al. Effects of Cognitive Behavior Therapy in Severely Fatigued Disease-Free Cancer Patients Compared With Patients Waiting for Cognitive Behavior Therapy: A Randomized Controlled Trial. *J Clinical Oncology* 2006;24(30):4882-4887.
- DuHamel KN, Mosher CE, Winkel G, et al. Randomized Clinical Trial of Telephone-Administered Cognitive-Behavioral Therapy to Reduce Post-Traumatic Stress Disorder and Distress Symptoms After Hematopoietic Stem-Cell Transplantation. *J Clinical Oncology* 2010;28(23):3754-3761.
- Penedo FJ, Traeger L, Dahn J, et al. 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 J Behavioral Medicine* 2007;14(3):164-172.
- Mefferd K, Nichols JN, Pakiz B, et al. A cognitive behavioral therapy intervention to promote weight loss improves body composition and blood lipid profiles among overweight breast cancer survivors. *Breast Cancer Res Treat* 2007;104:145-152.

30. Hunter MS, Coventry S, Hamed H, et al. Evaluation of a group cognitive behavioural intervention for women suffering from menopausal symptoms following breast cancer treatment. *Psycho-Oncology* 2009;18:560-563.
31. Narváez A, Rubiños C, Cortés-Funes F, et al. Valoración de la eficacia de una terapia grupal cognitivo conductual en la imagen corporal, autoestima, sexualidad y malestar emocional (ansiedad y depresión) en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología* 2008;1:93-102.
32. Ferguson RJ, Ahles TA, Saykin AJ, et al. Cognitive-behavioral management of chemotherapy-related cognitive change. *Psycho-Oncology* 2007;16:772-777.
33. Sherwood P, Given BA, Given CW, et al. A Cognitive Behavioral Intervention for Symptom Management in Patients With Advanced Cancer. *Oncology Nursing Forum* 2005;32(6):1190-1198.
34. van Weert E, May AM, Korstjens I, et al. Cancer-Related Fatigue and Rehabilitation: A Randomized Controlled Multicenter Trial Comparing Physical Training Combined With Cognitive-Behavioral Therapy With Physical Training Only and With No Intervention. *Physical Therapy* 2010;90(10):1413-1425.