

La terapia Cognitivo Conductual en el manejo de pacientes oncológicos

Moreno, K; Nassar, C; Vargas, S.

Facultad de Psicología

Universidad de la Sabana

Junio de 2011

Resumen

La psicooncología es una rama de la psicología enfocada al manejo de la fatiga producida por el diagnóstico y tratamiento del cáncer. Esta, favorece la intervención de pacientes oncológicos a través de terapias, como la cognitivo conductual, para apoyar de manera integral al paciente y así reducir el impacto de la enfermedad. Sin embargo, la terapia cognitivo conductual y sus protocolos de intervención deben ser adaptados a pacientes oncológicos según el caso, para aumentar la eficacia en cuanto a la reducción de la fatiga y el aumento en el nivel de calidad de vida de los pacientes con cáncer.

En este artículo se muestran diferentes formas de intervención adaptadas desde la TCC, tanto a nivel grupal como individual, que han demostrado ser empíricamente eficaces.

Abstract

Psychooncology as a division of psychology focused on therapy of the fatigue produced by the diagnostic and treatment of cancer favors the intervention of oncological patients. With therapies such as conductual cognitive, it is possible to treat in a complete way the patient and therefore reduce the impact of the illness. However, the conductual cognitive therapy and its protocols of intervention must be adapted to oncological patients according to each case to try to increase the efficiency in terms of fatigue reduction and the improvement of the quality of life of the patients with cancer. In this article are going to be presented, different ways of intervention that have empirically proved to be efficient.

Palabras Clave: Cáncer, Psicooncología, Terapia Cognitivo conductual, eficacia de la terapia.

La terapia Cognitivo Conductual en el manejo de pacientes Oncológicos

A mediados de los años 70, el cáncer dejó de ser una enfermedad necesariamente mortal, por lo cual los prestadores de salud hicieron un esfuerzo por dar un cuidado más humano-espiritual a los pacientes oncológicos y dieron reconocimiento a las variables psicológicas y estilos de vida que constituyen factores de riesgo para el origen y desarrollo de la enfermedad (Rivero, Piqueras, Ramos, García, Martínez & Oblitas, 2008). Como lo indican Naaman, Radwan, Fergusson y Johnson (2009) la psicooncología es una disciplina científica reciente que, además de hacer acompañamiento e intervención en todo lo relacionado al diagnóstico e intervención médica, también es responsable de indagar y determinar la efectividad de las múltiples intervenciones psicológicas que se ofrecen y que involucran el manejo de diversas variables que se relacionan con la dimensión psicológica del paciente, como el ajuste en el funcionamiento de la persona, los aspectos emocionales, el tratamiento médico, la sintomatología de la enfermedad, y el funcionamiento endocrino o inmunológico. La Psico-Oncología cobra importancia en la medida en que se reconoce que el tratamiento farmacológico utilizado mengua el dolor físico, pero no lo controla del todo (Newell Sanson-Fisher, & Savolainen, 2002), pues el cáncer es una enfermedad que afecta a la persona también a nivel cognitivo y emocional (Rivero et al. 2008), generando una fatiga importante en las personas que padecen la enfermedad. Esta fatiga está definida según la National Comprehensive Cancer Network (2011) como una sensación de aflicción y angustia persistente y subjetiva, que genera cansancio extremo ya sea a nivel físico, emocional o cognitivo relacionado con el cáncer y su tratamiento, el cual interfiere con el funcionamiento cotidiano de la persona con esta enfermedad.

Teniendo en cuenta que el cáncer es una enfermedad que actualmente afecta a una de cada tres personas, que conduce a la muerte a una de cada cuatro (Sáenz y Modollel, 2004) y que genera efectos importantes a nivel psicológico durante y después del tratamiento médico , el presente trabajo tiene por objeto presentar terapias psicológicas cuyo valor a nivel de intervención esté dado en relación a la eficacia para disminuir elementos de la fatiga generada por el cáncer o al aumento en el nivel de calidad de vida en los pacientes oncológicos. Existen varias terapias psicológicas que apoyan tratamientos que tienen como objetivo principal eliminar o aliviar el dolor (Eccleston, Williams & Morley, 2009) y que están orientadas al manejo de pacientes oncológicos, sin embargo, en el presente artículo se presenta la terapia cognitivo conductual como herramienta valiosa para el tratamiento de estos pacientes, pues ésta terapia ha demostrado cumplir con el propósito de manejar el dolor y disminuir la angustia en pacientes con cáncer (Mundy, DuHamel & Montgomery, 2003; Tratow & Montgomery, 2006).

Terapia Cognitivo Conductual

La terapia cognitivo conductual es una integración de dos teorías que nacieron inicialmente de forma separada para dar respuesta a los desordenes psicológicos: la teoría conductual y la teoría cognitiva. La teoría conductual en su forma más estricta se enfoca exclusivamente en el comportamiento observable y medible e ignora todos los eventos mentales. Esta teoría contempla la mente como una “caja negra” que no puede entenderse fácilmente y por tal motivo, no es un foco de atención para un intento de cambio de actitud. Esta terapia se centra, en cambio, en las interacciones entre el entorno y la conducta. Por su parte, la terapia cognitiva se centra en el rol que ejercen las cogniciones y cómo estas determinan los sentimientos y las conductas (Ledley, Marx & Heimberg, 2010. P 8).

El enfoque cognitivo-conductual tiene como objetivo comprender todos los conocimientos, habilidades y técnicas psicológicas capaces de solucionar total o parcialmente aquellas complicaciones psicológicas u orgánicas que se presentan en la evolución y tratamiento de la enfermedad (Prieto, 2004).

La terapia cognitiva pretende favorecer un cambio de pensamiento enfocado hacia el positivismo y la esperanza en la manera como el paciente percibe la enfermedad. Según la TREC (Terapia Racional Emotivo-Conductual): las personas se sienten perturbadas no por los acontecimientos de la vida, sino por la manera en que los consultantes los interpretan. De acuerdo a esto, las alteraciones emocionales se originan en el pensamiento irracional o erróneo que impide o dificulta el llevar a cabo las metas (Rodríguez, Ortiz, Palao, 2004).

Con relación al paciente con cáncer los pensamientos irracionales lo obstaculizan en su aceptación hacia el diagnóstico, seguir las prescripciones médicas y participar activamente contra el desarrollo de la enfermedad. (Prieto, 2004).

Según Prieto (2004) La TREC (Terapia Racional Emotivo-Conductual) emplea las siguientes técnicas en el paciente con cáncer:

Técnicas puramente cognitivas:

1. Entrenamiento en detección de creencias irracionales: El paciente debe decir sus creencias negativas en relación a la enfermedad indicando la intensidad, en una escala de uno a diez.
2. Técnicas de persuasión verbal: Debate entre paciente y terapeuta, donde se establece qué tan lógicas o válidas son las creencias que el paciente tiene frente al cáncer.
3. Distracción Cognitiva: se desarrollan tareas para el paciente con el fin de que éste, enfrente la fijación de sus creencias e implemente otras más racionales.

Técnicas Conductuales:

1. Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad: Se entrena al paciente en el proceso y adquisición de conductas o habilidades benéficas para la superación del miedo, el sentimiento de aislamiento, dificultades de comunicación entre otros.
2. Programación de actividades: Se pretende aumentar la motivación del paciente y las habilidades en la resolución de problemas que puedan aparecer por causa de la enfermedad, ya sean matrimoniales, profesionales, sexuales, etc.
3. Exposición de las situaciones temidas: Invitar al paciente a que se enfrente a las situaciones que el más tema con el fin de debatir frente a ellas.

Técnicas emotivas:

1. Imaginación Racional Emotiva: se emplea la visualización como un elemento para que el paciente se enfrente con las situaciones a las que más le tendría miedo, y así, invierta o cambie la emoción que dicha situación lo hace sentir.
2. Técnicas humorísticas: Reducir las exageraciones y el dramatismo que el paciente atribuye a la enfermedad, a través del sentido del humor.
3. Biblioterapia: Ofrecer al paciente diferentes libros que le permitan contar con conceptos nuevos y cambiar sus creencias irracionales.

Más allá de la teoría sobre la terapia cognitivo conductual existen numerosos estudios que sustentan su eficacia los cuales son objeto del presente trabajo.

Estudios clínicos sobre la Teoría cognitivo conductual aplicada al manejo de pacientes oncológicos.

Según lo plantean Monsalve, Gómez-Carretero & Soriano (2006), para el manejo de las variables psicológicas que se relacionan con el dolor tales como lo son, los rasgos de personalidad del paciente, el locus de control percibido, el apoyo social,

las estrategias de afrontamiento y los trastornos como la ansiedad o la depresión, la terapia cognitivo-conductual ha demostrado ser la más eficaz. Giellissen, Verhagen, Witjes y Bleijenberg (2006) llevaron a cabo un estudio que tenía como objetivo mostrar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual, para disminuir la fatiga en pacientes con cáncer. Para el estudio, se trabajó con 50 pacientes que fueron intervenidos con la TCC después de recibir el diagnóstico de la enfermedad y con 48 pacientes en lista de espera para recibir la terapia. Para medir los resultados, se contó con una lista que puntuaba la severidad de la fatiga presentada por todos los pacientes y otra escala que medía la discapacidad funcional llamada Sickness Impact Profile. Los resultados con respecto a la gravedad de la fatiga arrojaron una mejoría del 54% en los pacientes que fueron intervenidos con la TCC, contra un 4% de mejoría en los pacientes que se encontraban en lista de espera.

Con relación a la incapacidad funcional los 50 pacientes intervenidos mostraron una mejoría del 50% a diferencia de los pacientes en lista de espera con un porcentaje de mejoramiento igual al 8% lo que concluye la relevante eficacia de la terapia cognitivo-conductual en los pacientes oncológicos que presentan fatiga debido a la enfermedad. Otro estudio que revela como la TCC es eficaz para los pacientes que se encuentran en el ámbito hospitalario y que experimentan ansiedad y depresión es el realizado por Anderson, Watson y Davidson (2008). Para este estudio se tuvieron en cuenta en los pacientes: sus emociones, pensamientos, comportamientos y los síntomas físicos que los estaban afectando. Durante el desarrollo de la TCC se identificaron los pensamientos negativos de los pacientes con el objetivo de llevar a cabo una reestructuración cognoscitiva por medio de un plan que contenía diferentes actividades como diarios de sus pensamientos, el planteamiento de nuevas metas y técnicas de relajación. Durante el estudio también se analizaron las causas de la ansiedad y por

medio de un proceso terapéutico se discutió acerca de cómo evitar y manejar la ansiedad, con el fin de reestructurar sus pensamientos y así mismo sus conductas desadaptativas. El estudio se realizó a ocho mujeres y tres hombres entre los 28 y los 82 años. Diez de los pacientes que hacían parte del estudio, estaban diagnosticados con cáncer y uno de ellos con una enfermedad neuronal. Los resultados del estudio cualitativo, reflejaron la aceptabilidad de la intervención en diez de los once pacientes que la recibieron, los cuales aconsejarían tomar la terapia a otros pacientes. Adicionalmente, el estudio muestra cuantitativamente por medio de la escala HADS (escala hospitalaria de ansiedad y depresión), que nueve de los once pacientes obtuvieron gracias a la intervención, un decremento tanto en la ansiedad como en la depresión con un promedio en el pre test de 19,9 y un promedio en el post test de 13,8. Sin embargo, una persona presentó cambios únicamente en relación a la ansiedad con un promedio en el pre- test de 10 y un promedio en el post test de 6,6. Al mismo tiempo, otro participante del estudio presentó cambios en la escala únicamente en los niveles de depresión con un promedio pre test de 9,9 y un promedio post test igual a 7,2. Finalmente, todas las personas que participaron en el estudio se vieron beneficiadas con la TCC en el ambiente hospitalario, mostrándose así, una vez más, la eficacia de esta terapia para los pacientes oncológicos (Anderson, Watson y Davidson, 2008).

Sin embargo, a pesar de ser empíricamente validada la TCC, ésta debe adaptarse para la intervención de los pacientes con cáncer según autores como Rivero et al, (2008). En consonancia con lo anterior, autores como Greer, Park, Prigerson & Safren (2010) consideran que aunque la terapia cognitivo conductual es empíricamente validada para el manejo de trastornos de ansiedad, los protocolos clínicos excluyen pacientes con comorbilidad médica en general y, en particular, a aquellos con enfermedades terminales como el cáncer avanzado. Debido a que las técnicas de la TCC

están enfocadas al tratamiento de la ansiedad y, teniendo en cuenta que este trastorno hace referencia a un temor irreal frente a un estímulo particular, éstas técnicas de la TCC, como por ejemplo la reestructuración cognitiva o las terapias de exposición, son inadecuadas para pacientes con cáncer cuyos miedos y temores, en relación al tratamiento diagnóstico, son en efecto reales, especialmente para aquellos pacientes con expectativa de vida corta, como es el caso de los pacientes con cáncer avanzado. En este sentido, Greer et al (2010) consideran que las terapias cognitivo conductuales deben adaptarse a las condiciones de pacientes oncológicos y, por eso, proponen un modelo para el manejo de la ansiedad, específicamente en pacientes con cáncer avanzado, el cual se divide en 4 módulos: psicoeducación y establecimiento de metas; entrenamiento en relajación; afrontamiento de los temores, miedos relacionados al cáncer y planeación de actividades. Dichos investigadores pilotearon su modelo en tres casos de pacientes terminales, y los resultados fueron favorables en el sentido en que en el pos-test, los niveles de ansiedad medidos con las escalas Hamilton Anxiety Ratings scale y Beck Anxiety Inventory, disminuyeron.

Brothers, Yang, Strunk & Andersen (2011) tienen una posición similar a Greer et al (2010) pero en relación con la depresión. Cabe mencionar que el manejo de la depresión en pacientes oncológicos es de vital importancia, pues genera una visión pesimista del mundo, además de una disminución en la autoconfianza para aliviar y controlar estados de ánimo negativos, lo cual se convierte en un sistema de retroalimentación que incrementa la misma depresión y aumenta también los niveles de ansiedad de los pacientes, afectando la capacidad para el manejo de situaciones estresantes (Sucala, M. Y Szentagotai Tatar, A., 2010). A pesar de que la TCC está en la primera línea de intervención para trastornos de depresión (Szentagotai, David, Lupu y Cosman, 2008) según Brothers et al (2011) no hay una intervención diseñada

específicamente para pacientes con cáncer que presenten depresión mayor. Según estos autores la adaptación de la terapia cognitiva conductual dirigida al manejo de la depresión en el caso de los pacientes oncológicos ha aportado a la disminución de los síntomas asociados a este trastorno. En ese orden de ideas, Brothers et al (2011) proponen fusionar la terapia cognitiva conductual y la bioconductual para atender de manera adecuada a estos pacientes oncológicos que presentan concomitantemente un trastorno depresivo mayor, pues el estrés específico del cáncer interfiere con la adaptación a la enfermedad, según lo plantea Andersen, Kiecolt-Glaser & Glaser (1994, en Brothers et. al., 2011). En orden de estudiar la efectividad de la terapia propuesta, Brothers et. al. (2011) realizaron un estudio pre-post, en el cual participaron 36 individuos diagnosticados con cáncer, ya fuera en la actualidad o años atrás, y que además presentaran trastorno depresivo mayor. Dichos participantes recibieron terapia individual la cual oscilaba entre 12 y 20 sesiones, cada una de 75min de acuerdo a lo requerido por cada paciente para ser dado de alta del tratamiento psicológico. En las terapias individuales se combinó la terapia bioconductual con la terapia cognitivo conductual y se evaluó el cambio en los pacientes a través de las escalas Beck, Escala de depresión de Hamilton, Inventario de síntomas de fatiga y Cuestionario de dolor de duelo. Se encontró que, en promedio, los pacientes alcanzaban la remisión después de 11 sesiones individuales. Los síntomas de depresión mejoraron significativamente en un 61% de acuerdo a los resultados postest utilizando la prueba BDI y 69% utilizando HSRD. 19 de 21 pacientes (90%) logró la remisión al finalizar la intervención. En la evaluación posterior al tratamiento se encontraron mejoras importantes en cuanto a la fatiga y a la salud mental relacionada con la calidad de vida en comparación con la línea de base. Sin embargo, los autores afirman que deben hacerse más investigaciones con respecto a la efectividad de esta terapia. Es importante destacar, en cuanto al manejo

psicológico de los pacientes oncológicos con depresión, la importancia de la visión ideográfica, pues aunque la efectividad de las terapias está dada de acuerdo a estudios nomotéticos, hay diferencias individuales importantes que dejan de ser reconocidos en dichos estudios (Hopko & Colman, 2010).

Otros autores han estudiado la eficacia de la TCC, integrándola con otras técnicas, como es el caso de Montgomery, Kangas, David, Hallquist, Green, Bovbjerg & Schnur (2009) quienes realizaron un estudio desde el enfoque cognitivo conductual en combinación con la hipnosis para tratar la fatiga relacionada con la radioterapia en los pacientes oncológicos. Para ello, se contó con una muestra de 42 mujeres con cáncer de seno, a quienes se dividió en dos grupos: al grupo 1, compuesto por 20 mujeres, se le atendió solamente con servicio médico estándar mientras que al grupo 2 con 22 mujeres además, del mismo tratamiento que recibió el grupo 1, también éstas participantes recibieron una intervención cognitivo conductual con hipnosis. Las mujeres del grupo 2, a diferencia de las mujeres del grupo 1, no mostraron incremento en la fatiga en relación al tratamiento de radioterapia, mientras que en las mujeres del grupo 1, el crecimiento de la fatiga fue lineal. En ese sentido, la investigación sugiere que la terapia cognitivo conductual hipnótica es un medio muy efectivo para el control y la prevención de la fatiga en pacientes con cáncer de seno que son sometidas a radioterapia. En consonancia con el estudio anterior, Schnur y Montgomery (2008) presentaron el caso de dos pacientes con cáncer, donde solo uno de ellos recibió un tratamiento combinado con la TCC e hipnosis con el fin de mejorar los síntomas que éste presentaba durante la radioterapia. A lo largo del proceso, se llevó a cabo la hipnosis durante 15 minutos, con el fin de realizar procesos de relajación mental y física; imaginación guiada de un lugar tranquilo y seguro para la persona, así como sugerencias para disminuir las molestias de la piel, la fatiga y el estrés. También, se trabajó la parte emocional, el comportamiento

y la cognición de la persona, por medio de técnicas como la reestructuración cognitiva, estrategias de comportamiento y tareas que le permitieran a la persona adquirir pensamientos racionales funcionales para su vida. Para este estudio se realizó la escala análoga visual VAS que mide el grado de fatiga con el cual cuenta el paciente. Los resultados del estudio mostraron por medio de la VAS un decremento en la fatiga experimentada por el paciente después de la TCC y la hipnosis; puesto que durante las primeras tres semanas la escala VAS reporta un puntaje de 37 y en la semana 6 un puntaje de 31 identificando de esta manera, un decremento de la fatiga que es producida por el cáncer. El paciente el cual recibió estos procedimientos, expresó su conformidad con respecto a la TCC, y como esta fue útil para el manejo de la radioterapia, la estabilidad emocional y el autocontrol. El otro paciente, el cual no recibió intervención reportó que durante la quimioterapia se encontraba más volátil emocionalmente, y sus niveles de fatiga a causa del cáncer, el paciente consideró que aumentaron.

Magill Levin y Spodek (2008) Mostraron la eficacia de la TCC, siendo complementada con la musicoterapia, con el fin de que los pacientes con cáncer avanzado tengan un mejor manejo de la angustia por el dolor. La Musicoterapia favorece a la comunicación, el autocontrol, la relajación. Al mismo tiempo, disminuye el aislamiento y aumenta la integración social. La TCC ha demostrado su eficacia para la depresión y la ansiedad, donde su hipótesis central expone que la reformulación de percepciones distorsionadas mejoran las emociones que se asocian a dichas percepciones. La TCC una terapia realista y optimista; no es neutral y por lo tanto es adecuada para el manejo de la oncológica donde la vida y la muerte son conceptos constantes de manejo. La TCC, en compañía de la musicoterapia, permite ser desarrollada en un contexto grupal donde por medio de las canciones se comparta con

los demás, y se trabaje de mano con las distorsiones cognoscitivas que pueda tener el paciente acerca de su vida, así como el afrontamiento del paciente frente a la enfermedad. El programa se llevó a cabo a 39 pacientes con cáncer en estado crítico, los resultados se midieron por medio de una escala likert validada de 10 puntos para medir la fatiga ocasionada por el cáncer, la cual fue presentada a los participantes antes y después de la intervención. El promedio de fatiga antes de la intervención fue de 4,6. Esta se redujo después de la intervención a una media de 2, 5, lo cual representa un mejoramiento del 46%. Cualitativamente, se observó un cambio significativamente positivo en relación al sentido de la vida, la fe, la creatividad, la unión con la familia y otros pacientes, entre otras cosas. Este estudio demuestra la óptima eficacia de la TCC con la musicoterapia en pacientes con cáncer en un estadio avanzado. (Magill Levin y Spodek, 2008)

Por su parte Foley, Huxter, Baillie, Price & Sinclair (2010) realizaron un estudio donde se evaluó la efectividad de la terapia cognitivo conductual basada en “conciencia plena” en pacientes diagnosticados con cáncer. Los investigadores contaron con 115 participantes a quienes dividieron en dos grupos: uno al que se le intervendría con la terapia anteriormente mencionada y otro al que no. La evaluación post intervención mostró una mejoría importante y significativa en el grupo donde se intervino con terapia cognitivo conductual en relación a la ansiedad, depresión y angustia en comparación con otro grupo en donde no se realizó la intervención. Cabe mencionar que el grupo control fue intervenido posteriormente y se obtuvo también un cambio significativo similar al del primer grupo. En ese sentido los investigadores Foley et al (2010) afirman que con estudios como el suyo se presenta evidencia de la efectividad de la terapia cognitivo conductual basada en conciencia plena para el manejo de pacientes oncológicos, por lo cual se sugiere sea introducida en el manejo de estos pacientes.

Por otro lado, la intervención basada en terapia grupal es otra alternativa para el manejo psicológico de pacientes oncológicos. La TCC ha mostrado ser eficaz como lo muestra Bellver (2007), quien realizó un estudio cuyo objetivo era analizar la eficacia de la intervención de terapia grupal. Para ello trabajó con mujeres con cáncer de mama que ya hubiesen terminado tratamiento médico, y comparo mediante un experimento pre-post el nivel de calidad de vida y el estado emocional de las pacientes antes de la terapia grupal, con relación al proceso posterior a la intervención. La muestra con la cual se trabajó constaba de 91 mujeres cuya edad promedio era de 49.5 años y de la cual el 82% estaban casadas. Para la realización del estudio las 91 mujeres fueron distribuidas en dos grupos: uno donde se trabajaría la autoestima y las habilidades de comunicación y otro donde se entrenaría a las pacientes con técnicas cognitivo-conductuales para manejo de estados emocionales. Los instrumentos utilizados para evaluar calidad de vida y distrés psicológico en la presente investigación, cuyo diseño experimental es pre-post, fueron FACT-B (functional assesment of cáncer therapy-breast) y la escala HADS (escala hospitalaria de ansiedad y depresión). Los resultados mostraron que la terapia grupal no solo disminuyo significativamente los niveles de ansiedad y depresión sino que además se mantuvieron durante los 3 siguientes meses. Así mismo, los indicadores de calidad de vida incrementaron después del trabajo grupal. En ese sentido, el investigador concluye que en ambos grupos se encontraron beneficios significativos para las mujeres que recibieron la terapia grupal, mejorando tanto las puntuaciones de calidad de vida como de manejo de estados de ánimo. De acuerdo a lo anterior, el autor afirma que este estudio demuestra la efectividad de los grupos de trabajo en mujeres con cáncer de mama.

La TCC también es una herramienta poderosa para manejar efectos secundarios una vez terminado el tratamiento médico como en el caso del insomnio. Según Tremblay,

Savard y Ivers (2009) la terapia cognitiva conductual en el tratamiento del insomnio en pacientes con cáncer de seno ha demostrado incrementar los niveles de sueño hasta por 6 meses después de la terapia, gracias a la reestructuración cognitiva de creencias irracionales, demostrando ser eficaz. Por su parte Colin (2008) desarrolló un estudio con la TCC, el cual pretendía mostrar que tan eficaz era esta terapia en 150 pacientes que terminaron su tratamiento del cáncer y presentaron insomnio. Los pacientes que formaron parte del estudio fueron distribuidos en dos grupos. Un primer conjunto de pacientes fue dirigido por un especialista en la TCC, el cual no conocía de tratamientos médicos relacionados con trastornos del sueño a diferencia del segundo grupo, el cual recibió un tratamiento médico rutinario. El grupo que fue intervenido con la TCC, reportó un promedio de 55 minutos de estado de vigilia durante las noches después de recibir la intervención; demostrando de esta manera, el decremento del insomnio con relación al que presentaban los pacientes antes de recibir la terapia, ya que estas personas expresaban anteriormente que su tiempo de vigilia durante las noches era constante. Los participantes del estudio que recibieron la terapia también reportaron una disminución en la ansiedad y la depresión que experimentaban. En contraste, el segundo grupo de los participantes no reportó ningún cambio en los síntomas. Las personas que recibieron la intervención con la TCC, fueron distribuidas en cinco grupos con seis participantes cada uno durante cinco semanas consecutivas y, de acuerdo a los reportes de los pacientes, se pudo concluir que la TCC fue eficaz en mejorar los trastornos del sueño en pacientes con cáncer, contribuyendo así, positivamente a una mejor calidad de vida. Adicionalmente, Fiorentino, et. al., (2010) llevaron a cabo un estudio, el cual tenía como objetivo disminuir el insomnio en 14 pacientes sobrevivientes al cáncer de mama, utilizando la TCC. La metodología constó de seis semanas donde cada paciente que era intervenida asistía a una sesión durante la semana; en este proceso se trabajaron

métodos de relajación, establecimiento de normas con relación a higiene del sueño como lo es el control de estímulos, reestructuración cognitiva con relación al significado del sueño y diarios del sueño donde los pacientes escribían acerca de sus experiencias a la hora de dormir. Para analizar los resultados el estudio contó con una escala likert donde las pacientes que puntuaran de 0 a 8 se encontraban con un insomnio leve, las que puntuaban de 9 a 15 un insomnio moderado y de 16 a 22 un insomnio severo de acuerdo a los ítems que ésta escala contemplaba; los cuales, evaluaban aspectos como: la dificultad para conciliar el sueño, deterioro del funcionamiento diurno, el insomnio de despertar temprano y de conciliación, entre otros aspectos. En los resultados del pre-test todas las mujeres del estudio se encontraban de acuerdo a la escala likert con un insomnio severo. Finalmente, los resultados después de la intervención con la TCC, revelaron por medio de la escala Likert que todas las pacientes puntuaban un insomnio leve, resultado que fue reforzado con los diarios de las pacientes los cuales reportaban que las mujeres ya podían dormir continuamente durante la noche, expresando de esta forma una mejor calidad de vida y demostrando, una vez más, la eficacia de la TCC en los efectos secundarios, como es el caso del insomnio en pacientes que tuvieron cáncer.

Conclusiones

Después de contar con una numerosa recopilación de artículos científicos que demuestran la eficacia de la terapia cognitivo conductual en la fatiga experimentada por los pacientes con cáncer, cabe resaltar la importancia de esta terapia en dicha población, donde los pacientes con cáncer requieren de una intervención lo suficientemente integral que cubra todas sus necesidades.

Puntualmente, en el estudio realizado por Giellissen, Verhagen, Witjes y Bleijenberg (2006) el cual tenía como objetivo demostrar la eficacia de la terapia cognitivo conductual para disminuir la fatiga en pacientes con cáncer, cabe concluir, cómo este enfoque de la psicología es útil y lo suficientemente eficaz, para el manejo de esta problemática. Al mismo tiempo, Anderson, Watson y Davidson (2008) y Prieto (2004) exponen como la intervención con cogniciones, emociones y comportamientos contribuye efectivamente en pacientes oncológicos que presentan ansiedad y depresión, concluyendo así, la relevancia e importancia de intervenir en dichos aspectos de la persona que atraviesa por la problemática expuesta.

De acuerdo con las investigaciones realizadas por Colin (2008) y Fiorentino, et. al., (2010) se demuestra también que la TCC es útil para manejar los efectos secundarios del cáncer, como es el caso del insomnio, aspecto que afecta la calidad de vida de los pacientes con cáncer, lo cual, se convierte en una característica que debe ser intervenida por el equipo multidisciplinar que interviene a los pacientes oncológicos.

Cabe resaltar, que a pesar de que la TCC es empíricamente validada para el manejo de diversos trastornos tal y como lo demostraron Giellissen, Verhagen, Witjes y Bleijenberg (2006), para potencializar la terapia cognitivo conductual y ajustarla a las complejas necesidades de los pacientes oncológicos, es de vital importancia hacer adaptaciones tales como las propuestas por Schnur, J. Montgomery, G. (2008), Greer, Park, Prigerson & Safren (2010), Brothers, Yang, Strunk & Andersen (2011) & Montgomery, Kangas, David, Hallquist, Green, Bovbjerg & Schnur (2009) entre otros, donde terapias alternas como la musicoterapia, la terapia bioconductual o hasta la hipnosis, que a pesar de no estar empíricamente validadas, sirven como elementos potencializadores que han demostrado ser benéficos para el manejo psicológico en pacientes oncológicos.

Finalmente, aunque el presente estudio es de corte teórico, deja abierta la posibilidad para que en un futuro se realice un estudio de tipo experimental donde pueda observarse de manera empírica y controlada, cuales de las terapias adaptadas que aquí se presentan, demuestran ser la más eficaces, en orden de trabajarla y lograr establecerla como un protocolo de intervención para pacientes oncológicos.

Referencias

Anderson, T. Watson, M. y Davidson, R. (2008) The use of cognitive behavioural therapy techniques for anxiety and depression in hospice patients : a feasibility study. *Palliative Medicine*, 22, 814-821. Recuperado el 25 de Abril de 2011 de <http://www.encognitive.com/files/The%20use%20of%20cognitive%20behavioural%20therapy%20techniques%20for%20anxiety%20and%20depression%20in%20hospice%20patients--%20a%20feasibility%20study.pdf>.

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. Recuperado 3-03-2011

Brothers, B. M., Yang, H.-C., Strunk, D. R & Andersen, B. L. (2011) Cáncer Patients With Major Depressive Disorder: Testing a Biobehavioral/Cognitive Behavior Intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Advance Online publication. Doi: 10.1037/a0022566

Colin, A. (2008). CBT Improves quality of sleep and reduces depression in cáncer survivors. *Oncology Times* 5, 21. Recuperado el 10 de Mayo de 2011 de http://journals.lww.com/oncotimesuk/Fulltext/2008/12000/CBT_improves_quality_of_sleep_and_reduces.17.aspx#P9.

Eccleston, C. Williams, A. and Morley, S. (2009). Psychological therapies for the management of chronic pain excluding headache in adults. *The Cochrane Collaboration*. Recuperado el 23 de Mayo de 2011 de http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/CD007407/pdf_fs.html.

Fiorentino, L., McQuaid, J., Liu, L., Natarajan, L., He, F., Cornejo, M., Lawton, S., Parker, B., Sadler, G., Ancoli, S. (2010). Individual cognitive behavioral therapy for

insomnia in breast cancer survivors: a randomized controlled crossover pilot study. *Pubmed Central Journalist 1*, 1-8. Recuperado el 12 de junio de 2011 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2953254/>.

Foley, E., Baillie, A., Huxter, M., Price, M., & Sinclair, E. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy for individuals whose lives have been affected by cancer: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(1), 72-79. doi:10.1037/a0017566.

Giellissen, M., Verhagen, S., Witjes, J., Bleijenberg, G. (2006). Effects of cognitive behavior therapy in severely fatigued disease-free cancer patients compared with patients waiting for cognitive behavior therapy: a randomized controlled trial. *Pubmed Central Journalist 24(30):4882-4887*. Recuperado el 13 de junio de 2011 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17050873>.

Greer, J., Park, E., Prigerson, H. & Safren, S. (2010) Tailoring Cognitive-Behavioral Therapy to Treat Anxiety Comorbid With Advanced Cancer. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 24(4), 294-313

Hopko, D., & Colman, L., (2010) The Impact of Cognitive Interventions in Treating depressed Breast Cancer Patients. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. 24(4), 314-328.

Ledley, D., Marx, B., & Heimberg, R. (2010) Making Cognitive-Behavioral Therapy Work: Clinical Process for New Practitioners. The Guildford Press: New York, USA.

Magill, L. Levin, T y Spodek, L. (2008). One-Session Music Therapy and CBT for Critically III Cancer Patients. *American Psychiatric Association 59*, 12-16.

Recuperado el 10 de Mayo de 2011 de

<http://psychservices.psychiatryonline.org/cgi/content/full/59/10/1216>.

Monsalve, V., Gomez-Carretero, P., y Soriano, J. (2006) Intervención psicológica en dolor oncológico: un estudio de revisión. *Psicooncología 3(1)*, 139-152.

Montgomery, G. H., Kangas, M., David, D., Hallquist, M. N., Green, S., Bovbjerg, D. H., & Schnur, J. B. (2009). Fatigue during breast cancer radiotherapy: An initial randomized study of cognitive-behavioral therapy plus hypnosis. *Health Psychology*, 28(3), 317-322. doi:10.1037/a0013582

Mundy, E. A., DuHamel, K. N., and Montgomery, G. H. (2003). The efficacy of behavioral interventions for cancer treatment - related side effects. *Semin. Clin. Neuropsychiatry* 8: 253–275.

Naaman, S., Radwan, K., Fergusson, D., y Johnson, S. (2009) Status of Psychological Trials in Breast Cancer Patients: A Report of Three Meta-Analyses. *72(1)*, 50-69.

National Comprehensive Cancer Network Distress Management Panel (2005, February 24). *Clinical practice guidelines in oncology: Distress management*, v. 1.2005 [Data file]. Disponible en <http://www.nccn.org>.

National Comprehensive Cancer Network. Clinical practice guidelines in oncology: Cancer-Related Fatigue, v. 1.2011 [Data file]. Disponible en <http://www.nccn.org>

Newell, S. A., Sanson-Fisher, R. W., and Savolainen, N. J. (2002) Systematic review of psychological therapies for cancer patients: Overview and recommendations for future research. *J. Natl. Cancer Inst.* 94: 558–584.

Prieto, A. (2004). Psicología Oncológica. *Revista Profesional de Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 2:107-120. Recuperado el 3 de Abril de 2011 de <http://www.aseteccs.com/revista/pdf/v02/psicologiaoncologica.pdf>.

Rivero, R., Piqueras, A., Rodríguez, J., Ramos, V., García, J., López, L., Martínez, E., y Oblitas A. (2008). Psicología y cáncer. (Spanish). *Suma Psicológica*, 15(1), 171-197.

Rodríguez, B. Ortiz, A. Palao, A. (2004). Atención psiquiátrica y psicológica al paciente oncológico en las etapas finales de la vida. *Psicooncología*. 1, 263-282. Recuperado el 3 de abril de 2011 de <http://revistas.ucm.es/psi/16967240/articulos/PSIC0404120263A.PDF>.

Sanz, J y Modolell, E. (2004). Oncología y Psicología; Un modelo de interacción. *Psicooncología* 1, 3-12. Recuperado el 3 de Abril de 2011 de <http://revistas.ucm.es/psi/16967240/articulos/PSIC0404110003A.PDF>.

Schnur, J., y Montgomery, G. (2008). Hypnosis and cognitive-behavioral therapy during breast cancer radiotherapy: A case report. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 209-215. Recuperado el 3 de Mayo de 2011 de <http://www.asch.net/portals/0/journallibrary/articles/ajch-50/50-3/schnur50-3.pdf>.

Sucala, M. Y Szentagotai, A. (2010) Optimism, Pessimism and Negative Mood Regulation Expectancies in Cancer Patients. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*. 10(1), 13-24.

Szentagotai, T., David, D., Lupu, V., y Cosman, D. (2008) Rational Emotive Behavior Therapy Versus Cognitive Therapy Versus Pharmacotherapy in treatment of Major Depressive Disorder: Mechanisms of Change Analysis. 45 (4), 523-538.

Tratow, K. y Montgomery, G. (2006) Cognitive Behavioral Therapy Techniques for Distress and Pain in Breast Cancer Patients: A Meta Analysis. 29(1), 17-27.

Tremblay, V., Savard, J., & Ivers, H. (2009) Predictors of the effect of cognitive Behavioral Therapy for Chronic Insomnia Comorbid with Breast Cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 77(4), 742-750