

## EFFECTOS DE INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN SUPERVIVIENTES DE CÁNCER: UNA REVISIÓN

### EFFECTS OF PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS IN CANCER SURVIVORS: A REVIEW

Oscar Galindo Vázquez<sup>1,2</sup>, Edith Rojas Castillo<sup>2</sup>, Corina Benjet<sup>3</sup>, Abelardo Meneses García<sup>4</sup>, José Luis Aguilar Ponce<sup>5</sup> y Salvador Alvarado Aguilar<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México UNAM. México.

<sup>2</sup> Servicio de Psico-oncología, Instituto Nacional de Cancerología INCAN. México.

<sup>3</sup> Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México.

<sup>4</sup> Dirección General, Instituto Nacional de Cancerología INCAN. México.

<sup>5</sup> Subdirección de Medicina Interna, Instituto Nacional de Cancerología INCAN. México.

#### Resumen

**Introducción:** Durante las últimas décadas la detección temprana y tratamientos eficaces contra el cáncer han producido un aumento en el número de supervivientes de cáncer. Lo que representa un amplio grupo de pacientes susceptibles de presentar afectaciones psicológicas, físicas y sociales posteriores al tratamiento oncológico.

**Objetivo:** Hacer una revisión de la literatura sobre los efectos de las terapias psicológicas en el manejo de aspectos psicológicos y/o síntomas de los supervivientes de cáncer.

**Método:** Se realizó una revisión de la literatura reportada en MEDLINE, PsycINFO, CINAHL, MedLatina y Psychology and Behavioral Sciences Collection en el periodo de Enero de 2009 a Diciembre de 2013. Resultados: Se identificaron 24 artículos. Solo 22 cumplieron con los criterios de selección, en 2 casos no se tuvo acceso a los artículos completos, por lo que solo se incluyeron 19.

Se identificaron efectos estadísticamente significativos en afectaciones del sueño, bienestar emocional, fatiga, calidad de vida, y síntomas post menopáusicos; y tamaños del efecto entre 0,00 -1,40.

#### Abstract

**Introduction:** During the past decades early detection and effective cancer treatments have produced an increase in the number of cancer survivors. This represents a large group of patients susceptible to psychological, physical and social impairments after cancer treatment.

**Objective:** To review the literature on the effects of psychological therapies in the management of psychological and / or somatic symptoms of cancer survivors.

**Method:** A review of the literature reported in MEDLINE, PsycINFO, CINAHL, and MedLatina Psychology and Behavioral Sciences Collection in the period January 2009 to December 2013 was conducted. Results: 24 articles were identified. Only 22 met the selection criteria; in 2 cases no access to the full articles was obtained, so only 19 were included. Statistically significant effects were identified in sleep difficulties, emotional symptoms, fatigue, quality of life, and post menopausal symptoms. Effect sizes were mostly small to moderate ranging from 0.00 - 1.40.

**Conclusions:** The effects of most psychological interventions were positive whether independent or in combination with other

---

#### Correspondencia:

Mtro. Oscar Galindo Vázquez

Servicio de Psicooncología. Instituto Nacional de Cancerología

Av. San Fernando No. 22, Colonia. Sección XVI. México D.F., C.P. 14080

E-mail: psigalindo@yahoo.com.mx

**Conclusiones:** Los efectos de la mayoría de las intervenciones psicológicas fueron positivos tanto en modalidad única como en combinación con otras modalidades de tratamiento así como las intervenciones telefónicas y modalidades terapéuticas en línea.

**Palabras clave:** Cáncer, efectividad terapéutica, terapias psicológicas, supervivientes.

**treatment modalities. Interventions via telephone and online therapeutic modalities also showed positive results.**

**Key words:** Cancer, treatment effectiveness, psychological therapy, survivors.

## INTRODUCCIÓN

Como resultado de una mayor detección temprana y tratamientos eficaces contra el cáncer, durante las últimas décadas, el número de supervivientes de cáncer ha aumentado<sup>(1)</sup>. Se calcula que existen en el mundo 24 millones de personas supervivientes del cáncer. Estimaciones recientes en Estados Unidos sugieren que actualmente hay 9,8 millones de supervivientes de cáncer, aproximadamente 3,5% de la población estadounidense<sup>(2,3)</sup>.

Una buena parte de los supervivientes a largo plazo regresan a su funcionamiento normal y son capaces de vivir relativamente libres de síntomas después de completar el tratamiento; sin embargo otro grupo de pacientes presenta numerosos problemas físicos y psicológicos que no remiten con el tiempo<sup>(4)</sup>.

De ahí la importancia de documentar aquellas intervenciones psicológicas que han mostrado efecto en este grupo de pacientes.

### Afectaciones en el paciente sobreviviente de cáncer

Los supervivientes de cáncer están en mayor riesgo de morbilidad y mortalidad prematura, relacionado directamente con el cáncer en sí mismo, comorbilidades preexistentes, y haber recibido un tratamiento oncológico<sup>(1,5)</sup>.

Los supervivientes de cáncer presentan síntomas y afectaciones en su calidad de

vida que tienen un impacto negativo en su bienestar<sup>(6-8)</sup>, miedo a la recurrencia<sup>(9)</sup>, necesidades de información y apoyo<sup>(10)</sup> en el aspecto laboral<sup>(11)</sup>.

La prevalencia de depresión en supervivientes ha sido estimada entre 0 y 58%<sup>(12-14)</sup> de ansiedad entre 6 y 23%<sup>(15)</sup> y de estrés postraumático entre 0 y 32%<sup>(16)</sup>.

Fatiga, insomnio, neuropatía y dolor son algunos de los síntomas más comunes<sup>(7)</sup>. Otras afectaciones incluyen: alteraciones sexuales como la menopausia inducida por el tratamiento, función gonadal alterada, y desfiguración quirúrgica significativa<sup>(17)</sup>.

En comparación con individuos sin antecedentes de cáncer, los supervivientes de cáncer informaron mayor atención por un profesional de la salud mental (7,2% vs 5,7%); 1,6 veces más el uso de servicios de salud mental, siendo mayor entre menores de 65 años, diagnosticados en edades jóvenes, divorciados y con otras enfermedades crónicas concomitantes<sup>(14)</sup>.

En este contexto es importante identificar factores de riesgo y de protección para la calidad de vida durante la supervivencia. La atención psicosocial puede contribuir en al menos dos formas: 1) la atención psicosocial puede dirigirse a los supervivientes de cáncer que más lo necesitan (p.ej. jóvenes o supervivientes aislados socialmente) y 2) pueden desarrollarse técnicas de intervención que promuevan habilidades para mejorar la calidad de vida y la salud (p.ej. estrategias de afrontamiento activo)<sup>(5)</sup>.

Estos datos ponen de relieve la magnitud en la salud pública de las afectaciones en supervivientes del cáncer y la importancia de los esfuerzos para abordar los problemas de salud de este grupo de pacientes<sup>(1)</sup>.

En un meta-análisis Osborn, Demoncada y Feuerstein (2006) señalan efectos positivos de terapias cognitivo conductuales en depresión y ansiedad a corto plazo; y a largo plazo en calidad de vida, identificando mayores beneficios en terapias individuales que grupales<sup>(18)</sup>.

En este contexto el objetivo del presente trabajo fue revisar los efectos de la terapia psicológica reportados en la literatura en supervivientes de cáncer, la importancia de este trabajo radica en que solo se consideran diseños clínicos aleatorizados recientes, lo cual representa la mejor evidencia utilizando la metodología más rigurosa.

## MÉTODO

Se realizó una revisión de la literatura de acuerdo al sistema PICO<sup>(19)</sup> para identificar los elementos principales de los artículos reportados en MEDLINE, PsycINFO, CINAHL, MedLatina y Psychology and Behavioral Sciences Collection en el periodo de Enero de 2009 a Diciembre de 2013. La revisión fue conducida en idioma inglés y español.

Las palabras clave empleadas en diferentes combinaciones fueron: cáncer, supervivientes, terapias psicológicas, intervenciones psicológicas, terapia cognitivo conductual; cancer survivors, psychological therapies, psychological interventions, cognitive behavioral therapy.

**Criterios de inclusión:** Los criterios de inclusión fueron estudios que incluyeron: 1). Pacientes supervivientes de cualquier tipo de cáncer, 2). Terapias centradas en el manejo de aspectos psicológicos y/o síntomas 3). Descripción de la terapia psicológi-

ca sola o en combinación con otras estrategias y 4). Evaluación de aspectos psicológicos por medio de instrumentos válidos y confiables y con base en los criterios diagnósticos vigentes a la fecha (APA y OMS).

**Criterios de exclusión:** Criterios de exclusión fueron estudios que incluyeron: 1) Pacientes con evidencia de enfermedad y/o en recurrencia y 2) terapias que no describieran el grupo de comparación y/o control.

## RESULTADOS

Como se puede observar en el cuadro I se identificaron 24 artículos. Solo 22 cumplieron con los criterios de selección, en 2 casos no se tuvo acceso a los artículos completos, por lo que solo se incluyeron 19. El grupo de pacientes supervivientes más representado fue el de cáncer de mama. El origen de la mayoría de los estudios fue de Estados Unidos y Europa.

De acuerdo al sistema PICO los principales problemas (P) son depresión y ansiedad; así como afectaciones adicionales en la calidad de vida como fatiga y afectaciones del sueño. La mayoría de las intervenciones (I) consideran a la psicoeducación y/o elementos cognitivo conductuales en combinación con algunas estrategias como rehabilitación física y modificación de la dieta; comparados (C) en la mayor parte de los estudios con tratamiento usual.

Se identificaron resultados estadísticamente significativos (O) en ansiedad, depresión, afectaciones del sueño, fatiga, calidad de vida, y síntomas post menopáusicos.

Sin embargo algunos estudios no identificaron los mismos efectos estadísticamente significativos en calidad de vida, fatiga, ingesta de fibra, fruta, alcohol y tabaco<sup>(21)</sup>. También en algunos indicadores de bienestar emocional y social<sup>(31)</sup>, satisfacción en la relación de pareja, bienestar espiritual y distress<sup>(35)</sup> esto supone que

Cuadro 1. Características de los estudios revisados

Autor	Año y país	N Dx.	Intervención	N° de sesiones	Resultados	Tamaño del efecto	Conclusiones
Carlson et al. <sup>(20)</sup>	2013 Canadá	271 Ca. de mama	MBSR, terapia grupal de apoyo expresiva (SET) y 1 sesión de control de estrés.	18 horas	Menos estrés en MBSR y SET. Mejor calidad de vida y apoyo social en MBSR. (p<0,005)	0,00 – 0,26	SET y MBSR también dio lugar a perfiles diurnos de cortisol vs la condición de control.
Hawkes et al. <sup>(21)</sup>	2013 Australia	410 Ca. de colon	Intervención de modificación conductual telefónica vs Tx. usual.	11	A 12 meses mayor actividad física y energía, menor índice de masa corporal. A 6 meses mayor ingesta de vegetales. (p<0,005)	0,35	Eficaz para mejorar la actividad física, hábitos alimenticios, e índice de masa corporal.
Hoffman et al. <sup>(22)</sup>	2012 Inglaterra	229 Ca. de mama	MBSR vs Tx. usual.	8	A 8 y 12 semanas menor ansiedad, depresión, fatiga y confusión. Mayor bienestar funcional, social y físico. (p<0,005)	-----	MBSR disminuye efectos físicos y emocionales a largo plazo.
Ritterband et al. <sup>(23)</sup>	2012 EUA	28. Insomnio. Dx. mixto	Programa TCC-1 en línea para el insomnio. vs grupo de lista de espera.	9	Disminución de insomnio y fatiga. Mayor eficiencia, latencia y sensación restauradora del sueño. (p<0,005)	0,21 – 0,54	TCC-1 en línea es una opción de tratamiento viable para el insomnio.
Ho Yun et al. <sup>(24)</sup>	2012 Korea	273 Dx. mixto Fatiga	Programa psico-educativo en línea vs Tx. usual.	12	Disminución de fatiga, severidad y ansiedad Mejor calidad de vida global. (p<0,005)	0,01 – 0,33	El programa en línea disminuye la fatiga, ansiedad y mejora la calidad de vida.
Hegel et al. <sup>(25)</sup>	2011 USA	46 Ca. de mama	Solución de problemas y terapia ocupacional vía telefónica vs Tx. usual.	6	A 6 meses, mejor funcionamiento, calidad de vida y estado emocional en terapia ocupacional. (p<0,005)	0,00 – 0,14	PST-OT puede tener efectos positivos sobre la función, la calidad de vida y el estado emocional.
Van Weert et al. <sup>(26)</sup>	2010 Holanda	147 Dx. mixto	Terapia cognitivo + entrenamiento físico (EF) y EF solo en fatiga	12	En EF menor fatiga general, física y mental. Mayor activación conductual, en comparación con la TCC + EF. (p<0,005)	0,18 – 0,98	El EF es igual o más eficaz que el EF + TCC en la reducción de la fatiga.
DuHamel et al. <sup>(28)</sup>	2010 USA	81 Trasplante.	Efectos de consejería telefónica vs Tx. usual.	12	Menor estrés postraumático, estrés general, evitación, ideas intrusivas y depresión. (p<0,005)	0,52	La TCC telefónica disminuye el estrés postraumático y el estrés en general.
Florentino et al. <sup>(28)</sup>	2010 USA	44 Ca. de mama.	Terapia cognitivo conductual vs grupo control	12	Menor insomnio. Mejor calidad del sueño y medidas objetivas del sueño en TCC. (p<0,05)	0,40 – 1,40	La TCC-1 mejora disminuye el insomnio siendo más accesible en forma ambulatoria.
Lengacher et al. <sup>(29)</sup>	2009 USA	83 Ca. de mama	MBSR vs Tx. usual.	6	Menor depresión, ansiedad, miedo a la recurrencia, mayor energía y mejor rol físico en MBSR. (p<0,005)	0,63	El MBSR mejoró estado psicológico y calidad de vida.

Cuadro 1. Características de los estudios revisados (continuación)

Von Gruenigen et al. <sup>(30)</sup>	2009 EUA	45 Ca. de endometrio.	Consejería vs Tx. usual.	11	Mayor autoeficacia, bienestar emocional y mejor conducta alimenticia. Menor malestar físico. (p<0,005)	0,80	Mejoró la autoeficacia y conducta alimenticia.
May et al. <sup>(31)</sup>	2009 Holanda	147 Dx. mixto	Entrenamiento físico (EF) + TCC	12	EF y EF +TCC, en calidad de vida y la actividad física a 3 y 9 meses. (p<0,001)	0,50	EF + TCC no añade efectos beneficiosos. El EF debe aplicarse en la atención estándar.
Espie et al. <sup>(32)</sup>	2008 Escocia-UK	150 Dx. mixto	Terapia cognitivo Conductual vs Tx. usual.	5	A 6 meses menores trastornos del sueño y fatiga. Mejor calidad de vida. (p<0,005)	0,39 – 0,86	TCC puede ser clínicamente eficaz y viable en la práctica cotidiana.
Helkins et al. <sup>(33)</sup>	2008 EUA	60 Ca. de mama	Hipnosis vs grupo control.	5	Menor ansiedad, depresión, sofocos e interferencia en actividades diarias; y mejor calidad de sueño en comparación con el GC. (p<0,005)	0,47	Reduce los sofocos, ansiedad, depresión, y mejora el sueño.
Korstjens et al. <sup>(34)</sup>	2008 Holanda	209 Dx. mixto	Terapia cognitivo y rehabilitación física vs grupo control.	12	No hubo diferencias en ambas intervenciones. (p>0,05) Mejoras en funcionamiento físico, vitalidad y la salud en comparación con GC. (p<0,005)	0,66	En comparación con el GC, la rehabilitación mejora la calidad de vida.
Dirksen et al. <sup>(35)</sup>	2008 EUA	72 Ca. de mama	Terapia cognitivo vs grupo de comparación (educación e higiene del sueño)	10	Menor insomnio, fatiga, ansiedad, depresión y calidad de vida en el grupo de control en calidad de vida. (p<0,005)	0,06 – 0,43	Beneficios en calidad de vida y los síntomas.
Griessen et al. <sup>(36)</sup>	2006 Holanda	98 Dx. mixto	Terapia cognitivo vs grupo de lista de espera	12.5	Disminución en severidad de fatiga y deterioro del funcionamiento A seis meses menor severidad de la fatiga y deterioro funcional. (p<0,001)	-----	Efectos clínicos en la reducción de fatiga y el deterioro funcional.
Schover et al. <sup>(37)</sup>	2006 EUA	60 Ca. de mama	Consejería vs grupo de lista de espera	3	Mayor conocimiento de los problemas reproductivos. Menor malestar emocional y síntomas de la menopausia. (p<0,05)	0,14	Mayor conocimiento y menor malestar emocional asociado a afecciones reproductivas.
Mishel et al. <sup>(38)</sup>	2005 USA	509 Dx. mixto	Terapia cognitivo vs Tx. usual.	4	Mejor reformulación cognitiva, conocimiento del cancer, comunicación con el equipo de salud y afrontamiento. (p<0,005)	0,18 – 0,53	Las mujeres mayores se beneficiaron de la intervención para desarrollar estrategias de afrontamiento.

Nota: Grupo control = GC, Programa de atención plena Mindfulness = MBSR.

aunque hay efectos benéficos, los resultados no son totalmente homogéneos.

Los tamaños del efecto de mayor magnitud se identificaron en insomnio, fatiga, estrés, bienestar emocional, funcionamiento físico y afrontamiento, empleando terapia cognitivo conductual, consejería o mindfulness, entre 0,80 y 1,4, lo cual se considera como un tamaño de efecto grande según Cohen, en pacientes con diferentes diagnósticos y de endometrio. Solo el entrenamiento físico resulta con mayores beneficios en el caso de fatiga.

Por su parte los efectos menores se identificaron en algunos indicadores de calidad de vida, fatiga con diferentes diagnósticos y cáncer de mama.

Por su parte los instrumentos más empleados fueron la Escala hospitalaria de depresión y ansiedad (HADS), Escala de evaluación funcional de cáncer de mama (FACT-B) y el Inventario de Calidad de Vida (EORTC).

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La mayoría de la literatura es consistente en que las intervenciones psicológicas en pacientes supervivientes con cáncer son positivas solas o en combinación con otras modalidades de tratamiento. Intervenciones vía telefónica y modalidades terapéuticas en línea, muestran efectos benéficos que son prometedores, principalmente en pacientes cuyo contacto más estrecho con el equipo de salud a lo largo del periodo de seguimiento es necesario.

Respecto a la combinación de intervenciones psicológicas con otras modalidades como ejercicio físico y modificación de la dieta, se observa que coadyuvan en el control de peso, reducción de obesidad y sobrepeso, esto es relevante porque uno de los principales objetivos en el sobreviviente es disminuir las conductas que incrementen la posibilidad de recurrencia de la enfermedad.

El hecho de que los estudios empleen como diseño el ensayo clínico aleatorizado, garantiza un alto grado de validez y confiabilidad de los hallazgos reportados. Sin embargo algunos estudios muestran efectos menores, lo cual puede deberse a variables como la heterogeneidad de los participantes, habilidades clínicas de los terapeutas; así como una mayor necesidad de adaptar los programas terapéuticos al paciente.

El efecto de estas intervenciones es incorporar a los pacientes funcionalmente a la vida cotidiana lo cual supone para el superviviente un parámetro importante ya que, entre otras cosas, implica una estabilidad y "normalización" de su vida<sup>(38)</sup>.

A medida que el número de supervivientes de cáncer crece, la creación y aplicación de métodos eficaces para el registro y promoción de la salud y el bienestar de éstos es crítica<sup>(17)</sup> ya sea de forma universal o selectiva.

Este problema se agudiza aún más en los países que no cuentan con un registro poblacional sobre cáncer; registro que cuando se tiene, además, debe ser confiable. De ahí que la mayoría de la información provenga de países desarrollados, y por ello muy poco se conoce de la epidemiología del cáncer en los países en desarrollo y que muy probablemente tengan aspectos propios, diferentes a los que hemos señalado, lo cual en sí es tema de investigación<sup>(38)</sup>. Dos diferencias de la población en países en desarrollo en comparación con la población en países desarrollados que podrían tener implicaciones para la efectividad de las intervenciones psicosociales son la etapa de la enfermedad en la cual llegan a servicios médicos y el tipo de la relación entre los pacientes y el equipo médico. En países en vías de desarrollo los pacientes tienden a llegar a la atención médica en estadios más avanzados<sup>(39)</sup>. En cuanto a la relación médico-paciente, en parte debido al menor nivel educativo de

la población, la relación tiende ser más directa<sup>(40)</sup> es decir los pacientes tienden a realizar un papel menos activo en la toma de decisiones. Debido a la escasez de ensayos clínicos aleatorizados en países en vías de desarrollo no sabemos cómo estos factores y otros influyen en la eficacia y/o implementación de las intervenciones psicosociales.

En este contexto la oncología psicosocial necesita aumentar la evidencia de la eficacia y la efectividad de las intervenciones. En el futuro, se tendrán que determinar prácticas más eficaces, desarrollo de guías clínicas y mejores procedimientos de proveer estos servicios de salud mental. Teniendo como objetivo final de los programas, un mayor acceso a la atención psicosocial en los pacientes supervivientes de cáncer.

### Limitaciones y sugerencias

Los resultados de esta revisión se limitan a las bases de datos consultadas y el periodo de tiempo especificado. Se sugiere realizar más estudios para incrementar la evidencia respecto a los efectos a largo plazo y en grupos de pacientes poco representados.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McCabe MS, Bhatia S, Oeffinger KC, Reaman GH, Tyne C, Wollins DS. Hudson M M. American Society of Clinical Oncology Statement: Achieving High-Quality Cancer Survivorship Care. *J Clin Oncol* 2013;31:631-40. Doi: 10.1200/JCO.2012.46.6854
2. Stein KD, Syrjala KL, Andrykowski MA. Physical and psychological long-term and late effects of cancer. *Cancer* 2008;112(S11), 2577-92. Doi: 10.1002/cncr.23448
3. Krouse R, Aziz NM. Cancer Survivorship. En: Alberts SA, Hess LM, editors. *Fundamentals of cancer prevention*. 2ª edición. Springer. España; 2008. p. 495-519.
4. Mullan F. Seasons of survival: reflections of a physician with cancer. *N Engl J Med* 1985;313:270-3.
5. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology Survivorship 2013.
6. Siegel R, DeSantis C, Virgo K, Stein K, Mariotto A, Smith T. et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2012; *CA Cancer J Clin* 62:220-41. Doi: 10.3322/caac.21149
7. Pachman DR, Barton DL, Swetz KM, Loprinzi CL. Troublesome symptoms in cancer survivors: Fatigue, insomnia, neuropathy, and pain. *J Clin Oncol* 2012;30:3687-96. Doi: 10.1200/JCO.2012.41.7238
8. Gotay CC, Muraoka MY. Quality of life in long-term survivors of adult-onset cancers. *J Natl Cancer Inst* 90:656-67, 1998. Doi: 10.1093/jnci/90.9.656
9. Harrison SE, Watson EK, Ward AM, Khan NF, Turner D, Adams E. et al. Primary health and supportive care needs of long-term cancer survivors: A questionnaire survey. *J Clin Oncol* 2011;29:2091-8. Doi: 10.1200/JCO.2010.32.5167
10. Lee-Jones C, Humphris G, Dixon R, Hatcher MB. Fear of cancer recurrence—a literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of recurrence fears. *Psychooncology* 1997;6:95-105. Doi: 10.1002/(SICI)1099-1611(199706)6:2<95::AID-PON250>3.0.CO;2-B
11. Vivar CG, McQueen A: Informational and emotional needs of long-term survivors of breast cancer. *J Adv Nurs* 51:520-8, 2005 Doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03524.x
12. Molina R, Feliú J. La reinserción laboral: un nuevo reto en el paciente con cáncer. *Psicooncología* 2011;8:45-51. Doi: 10.5209/rev\_PSIC.2011.v8.n1.4

13. Bober SL, Varela VS. Sexuality in adult cancer survivors: Challenges and intervention. *J Clin Oncol* 2012;30:3712-9. Doi: 10.1200/JCO.2012.41.7915
14. Hewitt M, Rowland JH. Mental health service use among adult cancer survivors: Analyses of the National Health Interview Survey. *J Clin Oncol* 2002;20:4581-90. Doi: 10.1200/JCO.2002.03.077
15. Messin S, Milani M, Slachmuylder JL, Razavi D. Cancer patients' desire for psychological support: Prevalence and implications for screening patients' psychological needs. *Psychooncology* 2010;19:141-9. Doi: 10.1002/pon.1568
16. Palao Á, Rodríguez B, Priede A, Maeso A, Arranz, H. Cambios psicológicos e intervenciones basadas en mindfulness para los supervivientes de un cáncer. *Psicooncología* 2011;8:7-20. Doi: 10.5209/rev\_PSIC.2011.v8.n1.1
17. Stanton AL. What happens now? Psychosocial care for cancer survivors after medical treatment completion. *J Clin Oncol* 2012;30:1215-20. Doi: 10.1200/JCO.2011.39.7406
18. Osborn RL, Demoncada AC, Feuerstein, M. Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: Meta-analyses. *Int J Psychiatry Med* 2006;36:13-34. Doi: 10.2190/EUFN-RV1K-Y3TR-FK0L
19. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg, W, Haynes RB. Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM. New York: Churchill Livingstone; 1997.
20. Carlson LE, Doll R, Stephen J, Faris P, Tamagawa R, Drysdale E, et al. Randomized controlled trial of mindfulness-based cancer recovery versus supportive expressive group therapy for distressed survivors of breast cancer (MINDSET). *J Clin Oncol* 2013;31:3119-26. Doi: 10.1200/JCO.2012.47.5210
21. Hawkes AL, Chambers SK, Pakenham KI, Patrao TA, Baade PD, Lynch BM, et al. Effects of a telephone-delivered multiple health behavior change intervention (CanChange) on health and behavioral outcomes in survivors of colorectal cancer: A Randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2013;31:2313-21. Doi: 10.1200/JCO.2012.45.5873.
22. Hoffman CJ, Ersser SJ, Hopkinson JB, Nicholls PG, Harrington JE, Thomas PW. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction in mood, breast-and endocrine-related quality of life, and well-being in stage 0 to III breast cancer: A randomized, controlled trial. *J. Clin Oncol* 2012; 30:1335-42. Doi: 10.1200/JCO.2010.34.0331
23. Ritterband LM, Bailey ET, Thorndike FP, Lord HR, Farrell-Carnahan L, Baum LD. Initial evaluation of an Internet intervention to improve the sleep of cancer survivors with insomnia. *Psychooncology* 2012;21:695-705. Doi: 10.1002/pon.1969
24. Yun YH, Lee KS, Kim YW, Park SY, Lee ES, Noh DY. Web-based tailored education program for disease-free cancer survivors with cancer-related fatigue: A randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2012;30:1296-303. Doi: 10.1200/JCO.2011.37.2979
25. Hegel MT, Lyons KD, Hull J. G, Kaufman P, Urquhart L, Li Z, et al. Feasibility study of a randomized controlled trial of a telephone - delivered problem-solving-occupational therapy intervention to reduce participation restrictions in rural breast cancer survivors undergoing chemotherapy. *Psychooncology* 2011;20:1092-101. Doi: 10.1002/pon.1830
26. van Weert E, May AM, Korstjens I, Post WJ, van der Schans CP, van den Borne B, 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. *Phys Ther* 2010;90:1413-25. Doi: 10.2522/ptj.20090212
27. DuHame KN, Mosher CE, Winkel G, Labay LE, Rini C, Meschian YM, 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 Clin Oncol* 2010;28:3754-61. Doi: 10.1200/JCO.2009.26.8722
28. Fiorentino L, McQuaid JR, Liu L, Natarajan L, He F, Comejo M, et al. (2009). Individual cognitive behavioral therapy for insomnia in breast cancer survivors: A randomized controlled crossover pilot study. *Nat Sci Sleep* 2009;2:1-8. Doi: 10.2147/NSS.S8004
29. Lengacher CA, Johnson-Mallard V, Post-White J, Moscoso MS, Jacobsen PB, Klein TW, et al. Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer. *Psychooncology* 2009;18:1261-72. Doi: 10.1002/pon.1529.
30. von Gruenigen VE, Gibbons HE, Kavanagh MB, Janata JW, Lerner E., Courneya KS. A randomized trial of a lifestyle intervention in obese endometrial cancer survivors: Quality of life outcomes and mediators of behavior change. *Health Qual Life Out* 2009;7:17. Doi:10.1186/1477-7525-7-17
31. May AM, Korstjens I, van Weert E, van den Borne B, Hoekstra-Weebers JE, van der Schans CP, et al. Long-term effects on cancer survivors' quality of life of physical training versus physical training combined with cognitive-behavioral therapy: Results from a randomized trial. *Support Care Cancer* 2009;17:653-63. Doi: 10.1007/s00520-008-0519-9
32. Espie CA, Fleming L, Cassidy J, Samuel L, Taylor LM, White CA, et al. Randomized controlled clinical effectiveness trial of cognitive behavior therapy compared with treatment as usual for persistent insomnia in patients with cancer. *J Clin Oncol* 2008;26:4651-8. Doi: 10.1200/JCO.2007.13.9006
33. Elkins G, Marcus J, Stearns V, Perfect M, Rajab MH, Ruud C, et al. Randomized trial of a hypnosis intervention for treatment of hot flashes among breast cancer survivors. *J Clin Oncol* 2008;26: 5022-6. Doi:10.1200/JCO.2008.16.6389
34. Korstjens I, May AM, van Weert E, Mesters I, Tan F, Ros WJ, et al. Quality of life after self-management cancer rehabilitation: a randomized controlled trial comparing physical and cognitive-behavioral training versus physical training. *Psychosom Med* 2008;70:422-9. Doi: 10.1097/PSY.0b013e31816e038f
35. Dirksen SR, Epstein DR. Efficacy of an insomnia intervention on fatigue, mood and quality of life in breast cancer survivors. *J Adv Nurs* 2008;61:664-75. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04560.x
36. Gielissen MF, Verhagen S, Witjes F, Bleijenberg G. 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 Clin Oncol* 2006; 24:4882-7. Doi: 10.1200/JCO.2006.06.8270
37. Schover LR, Jenkins R, Sui D, Adams JH, Marion MS, Jackson KE. Randomized trial of peer counseling on reproductive health in African American breast cancer survivors. *J Clin Oncol* 2006;24:1620-6. Doi: 10.1200/JCO.2005.04.7159
38. Mishel MH, Germino BB, Gil KM, Belyea M, LaNey IC, Stewart J, et al. Benefits from an uncertainty management intervention for African-American and Caucasian older long-term breast cancer survivors. *Psychooncology* 2005;14:962-78. Doi: 10.1002/pon.909
39. Molina R, Feliu J. La reinserción laboral: un nuevo reto en el paciente con cáncer. *Psicooncología* 2011;8:45-51. Doi: 10.5209/rev\_PSIC.2011.v8.n1
40. León AL, Cáceres GE. Manejo de la axila en cáncer de mama precoz. *Acta Cáncerológica* 1999;1:9-25
41. García-Cerón MÁE, Alvarado-Aguilar S. La comunicación en la relación médico-paciente: perspectiva del paciente oncológico. *GAMO* 2009; 81: 119-26.

