

## ABORDAJE DE LA ANSIEDAD EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER

### TREATMENT OF ANXIETY IN PATIENTS WITH CANCER

María José Muñoz Algar<sup>1</sup> y Patricia Bernal García<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Instituto Psiquiátrico Montreal. El Plantío, Majadahonda. Madrid, España

<sup>2</sup> Hospital Dr. Rodríguez Lafora. Madrid, España

#### Resumen

**Objetivo:** El diagnóstico de cáncer puede ser considerado como un potente estresor que puede provocar reacciones emocionales e incluso trastornos emocionales como por ejemplo, trastornos de ansiedad, del estado de ánimo o trastornos adaptativos. Dada la elevada frecuencia de patología ansiosa en pacientes con diagnóstico de cáncer, nuestro objetivo es revisar la eficacia de los tratamientos psicológicos utilizados para el abordaje de la sintomatología ansiosa en pacientes con cáncer.

**Método:** Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en la base de datos PubMed mediante los términos: <anxiety treatment AND cancer>. Se analizaron artículos científicos publicados desde febrero de 2007 hasta febrero de 2016, con pacientes oncológicos como población diana.

**Resultados:** Se han analizado un total de 40 artículos, con homogeneidad en cuanto a diagnóstico, tipo de cáncer y sexo (mayoritariamente mujeres). 34 de los artículos demuestran ser efectivos en la reducción de la ansiedad. Las más utilizadas fueron el mindfulness, los enfoques cognitivo-conductuales y la relajación. Las terapias complementarias han demostrado resultados variables. Técnicas como el yoga fueron ineficaces.

**Conclusiones:** Existen múltiples opciones no farmacológicas para lograr una reducción de la ansiedad en pacientes oncológicos. La

#### Abstract

**Objective:** The diagnosis of cancer can be considered as a high stressor which produce emotional reactions and emotional disorders like anxiety disorder, mood disorder or adjustment disorder. Given the high frequency of anxious symptoms in patients with diagnosis of cancer, our objective is to review the effectiveness of the psychological treatments used to approach the anxiety in cancer patients.

**Method:** We performed a bibliographic review in PubMed database with the terms: <anxiety treatment AND cancer>. We analyzed scientific articles published since February 2007 to February 2016 with a sample of cancer patients.

**Results:** We analyzed 40 articles with homogeneity in terms of diagnosis, kind of cancer and sex (most common females). 34 of them demonstrated to be effective in reduction of anxiety (the most used were mindfulness, cognitive behavioral approaches and relaxation). The complementary therapies have demonstrated variable results. Techniques like yoga were ineffective.

**Conclusion:** There are multiple non pharmacological options to reduce the anxiety in oncological patients. Most of techniques studied shown to be effectiveness in reduction of anxiety and achieve other benefits as reduction of depressive symptoms associated

---

#### Correspondencia:

María José Muñoz Algar  
Instituto Psiquiátrico Montreal. Calle Carlos Ruiz, 4.  
El Plantío, 28023 Madrid, España  
E-mail: maria\_jose\_m@msn.com

**mayoría de técnicas evaluadas demuestran eficacia para reducir la ansiedad e incluso conseguir otros beneficios como la reducción de sintomatología depresiva asociado al nuevo diagnóstico de cáncer o asociado a las intervenciones relacionadas con el cáncer.**

**Palabras clave:** Ansiedad, cáncer, tratamiento, abordaje psicológico.

**with a new diagnosis of cancer or associated with medical interventions.**

**Keywords:** Anxiety, cancer, treatment, psychological approach.

## INTRODUCCIÓN

El término angustia, “angor” y “angina”, provienen de una misma raíz griega o latina, y significan constricción, sofocación, estrechez u opresión, y se refieren a la sensación de opresión precordial y epigástrica con desasosiego que la caracteriza<sup>(1)</sup>. La angustia es una manifestación emocional caracterizada por un temor a lo desconocido o a lo amenazante. Existe una angustia que puede ser considerada normal, pues aparece frente a diversos estímulos estresantes, que implican una amenaza real e imponen un desafío. Si por el contrario, la valoración de una amenaza es errónea o distorsionada o el estímulo es imaginario, se genera una angustia que tiende a persistir, transformándose en anormal o patológica. Es decir, la angustia normal se basa en preocupaciones presentes o del futuro inmediato y desaparece al resolver los problemas mientras que la angustia patológica, antes llamada neurótica, es desmedida y persistente, planeando un futuro incierto o amenazante y va restringiendo la autonomía y desarrollo personal de quien la sufre<sup>(1)</sup>.

### *Ansiedad y cáncer*

El impacto que produce la palabra cáncer sobre el enfermo y su entorno familiar-social es enorme. Se trata por tanto, de

una enfermedad estigmatizante, que genera sufrimientos y cambios en la vida de las personas<sup>(2)</sup>.

Los pacientes que han sido diagnosticados de cáncer experimentan una variedad de estados afectivos, incluyendo ansiedad y depresión que pueden verse afectados por el dolor y otros síntomas físicos derivados del cáncer y sus tratamientos<sup>(3)</sup>.

En general, el desarrollo de consecuencias emocionales negativas se van sucediendo a medida que se van comunicando los resultados de pruebas médicas (de ahí la importancia de aprender a dar malas noticias). A corto plazo, se incrementa la ansiedad de manera importante en casi un 50% de los pacientes que tienen que repetirse una prueba médica, o hacer otra que descarte el diagnóstico de cáncer. Si las nuevas pruebas arrojan resultados negativos, la ansiedad disminuirá significativamente; mientras que si hay resultados positivos (o se continúan realizando más pruebas), se mantienen los niveles altos de ansiedad. Cuando se ha confirmado el diagnóstico y se inicia el tratamiento se inicia un proceso en el cual la ansiedad suele mantenerse elevada en el tiempo. Con frecuencia, el paciente presenta un estado de alerta o amenaza y ansiedad que puede llegar a ser patológica<sup>(4)</sup>.

La prevalencia de los trastornos psicológicos en los pacientes con cáncer

varía dependiendo de la metodología empleada en los estudios, siendo mayor que en la población general<sup>(5)</sup>. El DSM-IV-TR recoge unas cifras de prevalencia que varía entre el 5 y el 20%<sup>(6)</sup>.

Sin embargo, en un metaanálisis realizado por Mitchell et al.<sup>(7)</sup> sobre 52 estudios analizados utilizando los criterios DSM, encuentran una prevalencia de trastornos adaptativos del 19,4% (14,5-24,8), trastornos de ansiedad el 10,3% (5,1-17,0) y el 2,7% de distimia (1,7-4,0). La prevalencia de cualquier tipo de depresión (mayor o distimia) combinada fue del 20,7% (12,9-29,8), depresión o trastornos adaptativos 31.6% (25,0-38,7) y cualquier trastorno del ánimo, incluyendo la ansiedad, del 38,2% (28,4-48,6).

Por otro lado, Patsy et al.<sup>(8)</sup> han encontrado en su estudio varios factores que pueden influir también los niveles de ansiedad que padece el paciente. Podría verse incrementado el riesgo de ansiedad durante el tratamiento del cáncer cuando existen los siguientes factores: historia de trastorno de ansiedad, dolor severo, ansiedad en el momento del diagnóstico, limitaciones funcionales, descenso de apoyo social, avance del trastorno o historia de trauma.

### *Etiología de la ansiedad*

Siguiendo a Maté et al.<sup>(9)</sup>, entre las causas psicológicas más frecuentes de la sintomatología ansiógena encontramos la percepción de cercanía de la muerte; el miedo a la evolución de la enfermedad y las falsas creencias asociadas a la misma; problemas emocionales como la anticipación del sufrimiento propio y de los allegados, la dificultad para ventilar y expresar sentimientos, los temores y preocupaciones, la sensación de pérdida de control, problemas de índole espiritual y existencial, crisis de creencias, necesidad de trascendencia; y problemas del entorno

como pueden ser la privación o el exceso de estimulación, el aburrimiento, la falta de cuidados o la sobreprotección familiar. También los problemas sociales de tipo económico, como son la pérdida del empleo, la situación de baja por larga enfermedad e incapacidad laboral; problemas familiares, de relación interpersonal, son una fuente importante de distrés. Sin embargo, no podemos restar importancia a las diferentes condiciones médicas como posible causa: la pérdida de vitalidad originada por la deficiencia del estado nutricional generada por los citostáticos, así como la mucositis, náuseas, anorexia y vómitos, desencadenan en los pacientes el temor a no volver a recuperar nunca el estado de salud previo.

Por último, algunos tumores cerebrales, tumores secretores de hormonas y los que por su localización invaden núcleos de síntesis hormonal, están entre los más relacionados con la generación de alteraciones afectivas y de ansiedad<sup>(9)</sup>.

### *Tratamiento de la ansiedad en pacientes con cáncer*

Los tratamientos recomendados para el tratamiento de la ansiedad engloban medidas farmacológicas (basadas en la administración de ansiolíticos, especialmente las benzodiazepinas, cuya elección debe realizarse en función de su vida media y su potencia ansiolítica) y no farmacológicas (basadas en la psicoterapia de soporte emocional y las técnicas cognitivo-conductuales).

### *Tratamiento psicológico*

El tratamiento psicológico es considerado como tratamiento intermedio a la intervención terapéutica propia del cáncer<sup>(10)</sup>.

Fawzy et al.<sup>(11)</sup> señalan que el objetivo de las intervenciones psicológicas es ayudar a los pacientes de cáncer a soportar

mejor su diagnóstico y tratamiento, disminuir los sentimientos de alienación, aislamiento, indefensión, y abandono; reducir la ansiedad en relación a los tratamientos, y clarificar percepciones e informaciones erróneas. Estas intervenciones que se diseñan para disminuir la indefensión y desesperanza tienen además la ventaja de que animan a la persona para que adopte más responsabilidad en volver a estar bien y en colaborar con los tratamientos médicos<sup>(12)</sup>.

Muchos programas de psicoterapia individual y grupal enseñan habilidades de afrontamiento específicamente diseñadas para ayudar a los pacientes a reducir síntomas asociados al cáncer como ansiedad, náuseas anticipatorias, vómitos y dolor que pueden exacerbar la respuesta emocional del paciente<sup>(13)</sup>.

A continuación, explicaremos los diferentes abordajes realizados en la actualidad para el tratamiento de la ansiedad. Analizaremos intervenciones tanto de corte psicológico como terapias alternativas.

### *Terapia cognitiva*

Esta terapia pretende favorecer un cambio de pensamiento enfocado hacia el positivismo y la esperanza, en la manera de interpretar y entender la enfermedad por el paciente de cáncer, siempre y cuando, el paciente se encuentre invadido por pensamientos, creencias, ideas o conceptos deformados, irracionales o inapropiados acerca de su enfermedad y su verdadera situación.

En el caso de los enfermos de cáncer, los pensamientos irracionales suelen interferir en su aceptación del diagnóstico, dificultándoles seguir las prescripciones médicas y obstaculizando en algunos de ellos el participar activamente en la batalla contra la enfermedad<sup>(10)</sup>.

Vinci et al.<sup>(14)</sup> reconocen numerosas ventajas respecto a otras terapias, ya que

es limitada en el tiempo (generalmente 9-12 semanas) que trabaja en base a objetivos concretos y desarrollo de habilidades.

### *Relajación*

Es una técnica que utiliza para contrarrestar los efectos nocivos del estrés y provocar cambios fisiológicos opuestos a los producidos en el organismo en situaciones de fuerte contenido ansiógeno<sup>(15)</sup>. La relajación puede aprenderse mediante la práctica de diversas técnicas:

1. Respiración profunda: Según Song et al.<sup>(16)</sup>, la respiración profunda durante la quimioterapia ayuda a disminuir la ansiedad y la náusea. Es un método sencillo que ayuda a disminuir el dolor y adquirir autocontrol. Enfoca la atención, reduce la tensión muscular, relaja el diafragma y oxigena el cuerpo. Dicha técnica de relajación consiste en tensar y relajar sucesivamente distintos grupos de músculos en posición de decúbito, es una técnica útil que se puede combinar con respiración profunda y sugestión<sup>(17)</sup>.
2. Relajación muscular progresiva: Varios estudios han demostrado que la relajación muscular progresiva es efectiva para disminuir la sintomatología ansiosa, depresiva y controlar el dolor<sup>(15)</sup>. El máximo efecto se ha visto cuando se practica antes de empezar la quimioterapia<sup>(18)</sup>. El propósito es relajar los músculos progresivamente durante alternaciones de contracción y relajación de grupos de músculos aislados.
3. Imaginación guiada: Algunos estudios han demostrado que esta práctica reduce los síntomas de ansiedad, depresión y fatiga con sólo practicar tres veces por semana. En esta técnica, también conocida

como visualización, la persona se imagina escenas, sonidos, u olores asociados con un determinado ambiente<sup>(15)</sup>. Se basa en la idea de que la repetición continuada de aquello que queremos conseguir facilita su consecución. Combinada con otra técnicas de relajación, el empleo de la visualización es primordial en cualquier tratamiento de soporte orientado a potenciar los tratamientos contra el cáncer, evitar tanto los efectos nocivos de la enfermedad (el dolor) como los efectos del tratamiento (náuseas, vómitos, fatiga...) y favorecer la recuperación de la salud<sup>(10)</sup>.

#### Otras

- La hipnosis<sup>(19)</sup> se usa ampliamente para el control del dolor y la ansiedad en cáncer para atenuar la experiencia de sufrimiento. Consiste en lograr un estado de conciencia alterado, en focalizar la atención, disociarse de la conciencia periférica y mejorar la responsabilidad de las señales sociales. Es efectiva en el control de síntomas somáticos como el dolor y la ansiedad, y puede permitir facilitar la participación de los pacientes en procedimientos médicos.
- Reducción del estrés basado en mindfulness (MBSR): es una técnica de manejo de estrés desarrollado por Kabat-Zinn, Lipworth y Burney<sup>(20)</sup> que se realiza en grupo por un instructor entrenado en 8 sesiones semanales de 2-2,5 horas con práctica de meditación mindfulness, suaves ejercicios de yoga y enseñanza psicológica y fisiológica del estrés<sup>(21)</sup>. Dicha técnica tiene origen en la filosofía budista. Su práctica regular permite cultivar la autoaceptación, mejorar las estrategias de regulación emocional y mejorar la calidad de vida, reducir pensamientos intrusivos, ansiedad y depresión<sup>(22)</sup>. El programa incluye un día completo de retiro de silencio y la recomendación de práctica diaria en casa de 45 minutos entre sesiones. El objetivo es incrementar la capacidad de los participantes para experimentar pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales que puedan surgir, contrarrestando la evitación y desarrollando mayor tolerancia emocional. El objetivo de la práctica formal (meditación, ejercicios de respiración y yoga) e informal (meditación caminando, contemplación) del mindfulness es incrementar las habilidades de atención en los participantes para permitirles reconocer la activación automática del proceso disfuncional de pensamiento y desacoplarles de dicho proceso para redirigir su atención a la experiencia del momento presente<sup>(21)</sup>.
- Intervenciones basadas en uso de tecnología asistida<sup>(23)</sup>: son altamente efectivos. Herramientas de apoyo a pacientes basados en uso de ordenador proporciona información, apoyo en la toma de decisiones e interacción con otros pacientes y un rendimiento no solo con aumento de conocimientos sino también mejor interacción médico-paciente y mejora el apoyo social.
- Musicoterapia: Uso de música controlada, sus elementos y sus influencias en el ser humano para ayudar en la integración fisiológica, psicológica y emocionales en el individuo durante el tratamiento de la enfermedad<sup>(22)</sup>.

### *Tratamiento farmacológico*

Si las intervenciones psicoeducativas y psicosociales no son suficientes para tratar la ansiedad de los pacientes, puede ser necesario utilizar tratamientos farmacológicos. Desde 1980, los estudios han evaluado gran variedad de fármacos. Tras revisar la evidencia en la literatura, aquellos que probablemente sean efectivos en combinación con intervenciones psicosociales son los ansiolíticos, los antidepresivos, los antihistamínicos y los neurolépticos atípicos. Dicha recomendación es avalada por la opinión de expertos (NCCN, 2008) como por la bibliografía revisada<sup>(24)</sup>.

Los antidepresivos son útiles en el tratamiento de la depresión en general y de aquella en contexto de un cáncer. Su utilidad es disminuir los síntomas depresivos (aunque puede administrarse en personas sin amplio rango de síntomas depresivos), mejorar la capacidad funcional, reducir la caquexia, aminorar los síntomas menopáusicos y reducir el dolor. Algunos de ellos tienen también propiedades ansiolíticas y pueden usarse eficazmente en trastornos ansioso-depresivos<sup>(13)</sup> o como tratamiento adyuvante para el dolor, náuseas y vómitos asociados al cáncer. Varios investigadores han encontrado significativa mejoría con mirtazapina, fluvoxamina o duloxetina<sup>(8)</sup>. En el caso de pacientes con insomnio también pueden beneficiarse de antidepresivos como la mirtazapina, amitriptilina o la trazodona<sup>(25)</sup>.

Por otro lado, las benzodiazepinas pueden producir alivio a corto plazo de los síntomas ansiosos, pero no es una buena estrategia en tratamientos a largo plazo dada la elevada probabilidad de habituación o dependencia<sup>(13)</sup>.

Las benzodiazepinas tienen efecto ansiolítico, sedativo y relajante muscular. Las más usadas en el paciente oncológico

son el alprazolam, lorazepam y clonazepam. Su elección debe realizarse en función de su vida media y su potencia ansiolítica. El efecto secundario más común es la sedación y la somnolencia, así como también en personas mayores o con estados somáticos comprometidos, puede asociarse a ataxia, disartria, inestabilidad, confusión, dificultades de concentración y torpeza. Las benzodiazepinas están contraindicadas en la insuficiencia respiratoria, en el síndrome de apnea del sueño, en miastenia gravis y en determinadas encefalopatías. En pacientes con Delirium o riesgo de aparición, es preferible la utilización de neurolépticos: haloperidol 2,5-5mg/VO (la mitad por vía parenteral) o tioridazina 10-50mg/8-12h/VO<sup>(9)</sup>.

Por último lugar, los antipsicóticos de perfil sedativo a bajas dosis, como la olanzapina o la quetiapina son efectivos en pacientes con ansiedad severa no controlada con benzodiazepinas o que no pueden tomarlas. También son útiles para pacientes con complicaciones respiratorias sin producir los efectos de depresión respiratoria que producen las benzodiazepinas<sup>(25)</sup>.

Dada la evidencia encontrada en la bibliografía de diferentes técnicas no farmacológicas para reducir la ansiedad en población oncológica, y no habiendo sido establecidas como recomendación terapéutica, planteamos un estudio que demuestre la utilidad de dichas técnicas y los beneficios en población oncológica.

### **METODOLOGÍA**

En este trabajo se lleva a cabo una búsqueda bibliográfica en la base de datos PubMed utilizando los términos: <anxiety treatment AND cancer>. Inicialmente, se obtuvieron 8.188 referencias. De ellas, se excluyeron aquellas que no cumplían los criterios de inclusión propuestos en este

estudio: artículos científicos escritos en lengua inglesa o castellana, publicados entre febrero de 2007 y febrero de 2016, estudios realizados en población oncológica, estudios experimentales y que aparecieran a texto completo, quedando un total de 299 artículos. De esta selección, se excluyeron los artículos que abordaban el manejo de la ansiedad con terapias farmacológicas, aquellas que evaluaban síntomas distintos a la ansiedad y los que estudiaban el efecto de la intervención en familiares o cuidadores de pacientes oncológicos como población diana, resultando un total de 40 artículos susceptibles de revisión.

## RESULTADOS

La mayoría de estudios analizan muestras homogéneas en cuanto a diagnóstico y tipo de cáncer. La edad de los pacientes está comprendida en rangos de edad adulta (18-89 años de edad). Todos los estudios tienen un diseño experimental (36 de ellos utilizan un diseño tipo ensayo clínico aleatorizado prospectivo, uno realiza un estudio con diseño de casos y control, dos cuasiexperimentales y un estudio clínico pragmático).

Las terapias que estudian las diferentes publicaciones revisadas en este estudio son las siguientes:

- Intervención en Mindfulness: Encontramos 7 artículos publicados<sup>(20,22,26-30)</sup>, de los cuales solo 5 de ellos analizan exclusivamente el efecto de la Reducción de Estrés basada en Mindfulness siguiendo el modelo de Kabat-Zinn de 8 semanas de duración (uno de ellos solo se administra durante 6 semanas). Otro estudio compara dicha técnica combinada con un programa de educación nutricional versus trata-

miento estándar, frente a otro de ellos en el que se compara la técnica de Mindfulness con consultas telefónicas psicooncológicas con orientación cognitivo conductual.

- Terapia cognitivo-conductual (asociada o no a relajación): Encontramos 11 estudios que demuestran efectividad<sup>(31-40)</sup>, ya que todas ellas reducen significativamente la ansiedad. Entre las estrategias utilizadas encontramos una basada en expresión escrita de Pennebaker que permite mejorar el estrés postraumático y el miedo a la progresión del cáncer.
- Intervención psicosocial (terapia de apoyo y expresión de emociones)<sup>(41,42)</sup>: se reduce la ansiedad y la depresión, mejora calidad de vida y la salud global. Otro estudio demostró que las estrategias psicoeducativas no eran efectivas para reducir la ansiedad<sup>(43)</sup>.
- Intervención psicológica de apoyo a corto plazo<sup>(44)</sup>: Dos estudios abordan dicha terapia, concluyendo que reducen las cifras de ansiedad y depresión. En otro de los estudios que estudiaba una intervención psicoterapéutica breve aparecían beneficios a corto plazo pero no se mantenían los efectos.
- Terapia de resolución de problemas<sup>(45)</sup>: disminuye la ansiedad y el estrés.
- Intervención de apoyo diádica entre pares: Encontramos dos estudios que abordan esta terapia<sup>(46,47)</sup>. En uno de los estudios mejora la autoeficacia, pese a que mejora la ansiedad y depresión en ambos grupos, no se atribuyó dicha mejoría a la intervención. Sin embargo, en otro estudio si aparece una mejoría en la ansiedad y depresión, con

- beneficios en el trabajo con díadas (paciente-cuidador).
- Intervención enfocada en la narrativa<sup>(48)</sup> (en la que se trabaja con las narrativas del paciente sobre su estado físico o sufrimiento asociado a la enfermedad): Mejora tanto las cifras de ansiedad como de depresión.
  - Psicoterapia centrada en el significado vs terapia de apoyo<sup>(49)</sup>: mejora ansiedad, bienestar emocional y sentido de la vida.
  - El uso de terapias complementarias y alternativas se aborda en uno de los estudios<sup>(50)</sup> (los pacientes reciben una sola terapia semanal de arteterapia/musicoterapia/imaginación guiada/reiki/shiatsu, etc). Dicho estudio demostró eficacia al igual que otros 2 que encuentran beneficios para reducir la ansiedad mediante la hipnosis y los masajes con aromaterapia<sup>(19,51)</sup>.
  - Programa de ejercicios de yoga: Tres estudios analizan la eficacia del yoga<sup>(52-54)</sup> (uno de ellos en modalidad Hatha), encontrando en ellos una mejoría la ansiedad, la depresión y la calidad de vida. Además, mejoró el dolor y la flexibilidad. Uno de ellos redujo la fatiga pero no modificó las cifras de ansiedad ni depresión. Sin embargo, la técnica de respiración de yoga (Pranayama): se ha encontrado que mejora la ansiedad, calidad de vida y del sueño, pero no se han comprobado una reducción significativa.
  - Musicoterapia (asociada o no a relajación muscular progresiva): En tres estudios que analizan su eficacia<sup>(55-57)</sup> encontramos que en todos ellos se produce reducción significativa de la ansiedad. Ambas estrategias combinadas aportan una mejoría del estado físico y psicológico del paciente durante la administración del tratamiento y una reducción de los días de estancia en el hospital.
  - Entrenamiento en el manejo de estrés versus práctica de ejercicio versus estrategia combinada<sup>(58)</sup>: Solo el tratamiento combinado demostró ser eficaz en la reducción de la respuesta de ansiedad y depresión, pero no se acompañaba de una mejora de la calidad de vida a nivel físico.
  - Entrenamiento en el manejo de estrés (con relajación y estrategias de afrontamiento): Encontramos dos estudios que experimentan resultados contradictorios<sup>(37,59)</sup>, uno mejoraba la depresión y fatiga a corto plazo (no la ansiedad o insomnio), mientras que otro mejoraba la ansiedad, el estrés, la calidad de vida y la resiliencia.
  - Intervención mediante grupo de apoyo complementada con relajación, ejercicio físico y danza<sup>(60)</sup>: demostró ser efectiva en la reducción de la ansiedad pero no modificó los síntomas depresivos. Sin embargo, dicha intervención de apoyo realizada de forma aislada en momentos puntuales del tratamiento del paciente no demostró efecto alguno en la respuesta de ansiedad.
  - Por último, sólo un estudio abordó la realización de ejercicio en el hogar basado en caminar<sup>(61)</sup> con buenos resultados en las cifras de ansiedad.
- En la tabla 1 presentamos un resumen con los estudios revisados. En ella, se recoge un análisis sobre la efectividad de las diferentes intervenciones sobre la respuesta de ansiedad. Además, se analizan también otros efectos beneficiosos asociados a cada una de ellas.



Tabla 1. Resultados de los estudios revisados

ARTÍCULO REVISIÓN	ESTRATEGIA EVALUADA	MUESTRA A ESTUDIO	TIPO DE ESTUDIO	CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN EN GRUPO EXPERIMENTAL	CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN EN GRUPO CONTROL	RESULTADOS OBTENIDOS POST-INTERVENCIÓN
Wilkinson et al. 2007 <sup>(51)</sup>	Masaje con aromaterapia	288 pacientes diagnosticados de cáncer, de los cuales 144 recibieron intervención y 144 fueron al grupo control. Edad media: 51 años.	Ensayo clínico multicéntrico aleatorizado controlado	Recibieron un curso semanal durante 4 semanas consecutivas, con sesiones de masaje con aromaterapia durante 1 hora cada una.	Tratamiento estándar	El masaje con aromaterapia no pareció beneficioso para reducir la ansiedad y/o depresión en pacientes con cáncer a largo plazo, pero se asocia con un importante beneficio clínico 2 semanas después de la intervención.
Elkins et al. 2008 <sup>(19)</sup>	Intervención en hipnosis	60 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en tratamiento con tamoxifeno, >18 años de edad.	Ensayo clínico prospectivo aleatorizado.	5 sesiones semanales de hipnosis durante aproximadamente 50 minutos cada una. Se administraban instrucciones para poder practicar autohipnosis en casa.	Tratamiento estándar	El grupo que recibió hipnosis presentó una mejoría en la ansiedad, depresión, en la interferencia de los sofocos en las actividades diarias y el sueño respecto al grupo control.
Antoni et al. 2009 <sup>(40)</sup>	Manejo cognitivo conductual del estrés	128 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en estadio I-III, entre 4-8 semanas post-cirugía (63 recibieron la intervención, 65 eran controles). Edad: 18-70 años.	Ensayo clínico prospectivo aleatorizado	Se administró durante un período de 10 semanas. Se realizaron técnicas de reducción de estrés mediante explicaciones didácticas, ejercicios experienciales de role playing y relajación (2h c/u).	1 día de psicoeducación concentrada en 5-6 horas.	Mejor adaptación psicológica y psicosocial (reducción de la ansiedad y de los marcadores específicos de cáncer) en el grupo de intervención. Se ha visto que facilita un "mantenimiento de la recuperación".
Pitceathly et al 2009 <sup>(41)</sup>	Intervención psicológica breve	465 pacientes diagnosticados de cáncer: 154 controles, 156 intervención inmediata (al inicio de tto del cáncer), 155 intervención tardía (8 semanas tras inicio del tto del cáncer). Edad: 18-70 años	Ensayo clínico prospectivo controlado randomizado	Se administraron 3 sesiones estructuradas durante un período de 6 semanas. Los primeros 90 minutos de la sesión eran cara a cara con el terapeuta, las siguientes sesiones (2 y 6 semanas más tarde), se realizaron telefónicamente en 45min.	Tratamiento estándar	Los pacientes de alto riesgo de sufrir ansiedad y los que recibieron la intervención era menos probable que desarrollaran ansiedad o depresión comparado con tto estándar. En pacientes de bajo riesgo, no hubo diferencias entre ambos grupos.
Girgis et al. 2009 <sup>(42)</sup>	Intervención de apoyo (entrevista con asistente social versus médico oncólogo/general versus tto estándar)	356 pacientes con cáncer de mama y colorrectal no localizado (117 controles, 120 entrevista telefónica asistida por ordenador y 119 con oncólogo o médico general). Edad: 28-75 años.	Ensayo clínico aleatorizado controlado	Los pacientes reciben una llamada enfocada en counseling por parte de enfermeras de oncología que separan a pacientes en los 3 grupos: asistente social, oncólogo o médico familia o grupo control. Se realizan 3 mediciones o feedback en cada grupo: basal, a los 3 y a los 6 meses.	Tratamiento estándar	No se observó ningún efecto en las intervenciones (respecto a la ansiedad o calidad de vida). Los participantes del grupo de asistentes sociales era más probable que hablaran de sus necesidades y pensaban que esto permitía mejorar la comunicación con el equipo que le trata.
Breitbart et al. 2010 <sup>(49)</sup>	Psicoterapia centrada en el significado versus psicoterapia de apoyo	90 pacientes con tumores sólidos avanzados o Linfoma no Hodgkin (estadio III-IV), con edad: 21-84 años. 49 recibieron intervención y 41 se asignaron al grupo control.	Ensayo clínico aleatorizado controlado	La intervención duró 8 semanas, una psicoterapia influenciada por los trabajos de Viktor Frankl que utiliza didáctica, discusión y ejercicios experienciales enfocados en temas sobre el significado y cáncer avanzado.	Grupo de psicoterapia de apoyo.	El grupo de psicoterapia centrada en el significado produjo beneficios significativos en el bienestar espiritual y sentido de la vida. Mejoró significativamente la ansiedad. En el grupo control no tuvo cambios significativos.

Beard et al. 2011 <sup>(39)</sup>	Terapia de relajación con reestructuración cognitiva versus Reiki vs tto estándar.	54 hombres diagnosticados de cáncer de próstata, con más de 30 años. Fueron randomizados en 3 grupos: 18 en grupo de terapia, 18 en grupo de Reiki y 18 controles.	Ensayo clínico prospectivo randomizado con 2 ramas de tratamiento y una de control.	Las sesiones de Reiki se realizan dos veces por semana durante 8 semanas consecutivas (máximo de 16 sesiones). La terapia de relajación se realiza una vez por semana durante 8 semanas (aunque se recomienda la práctica diaria de relajación). La terapia cognitiva es realizada por un psicólogo.	Tratamiento estándar	Ambos grupos que reciben intervención redujeron sus niveles de ansiedad, se redujeron cifras depresivas aquellos pacientes que estaban deprimidos al inicio y también se produjo una mejoría en el sentido de bienestar emocional.
Loprinzi et al. 2011 <sup>(39)</sup>	Entrenamiento en estrés y resiliencia (SMART)	24 pacientes con cáncer de mama: 12 pacientes recibiendo intervención y 12 controles. Edad: 46-75 años.	Ensayo prospectivo aleatorizado controlado simple ciego.	El programa consiste en 2 sesiones de entrenamiento de 90 minutos (intervención estructurada breve en relajación-meditación), una sesión individual breve y 3 llamadas telefónicas de seguimiento.	Tratamiento estándar	Mejoría de las medidas de ansiedad, estrés, resiliencia y calidad de vida en el grupo experimental.
Goerling, et al. 2011 <sup>(43)</sup>	Intervención psicooncológica de apoyo a corto plazo	131 pacientes oncológicos divididos en dos grupos de alto y bajo riesgo de recurrencia de cáncer, que a su vez se randomizan en grupo experimental y control. Edad: 18-79 años	Ensayo prospectivo aleatorizado controlado	4 intervenciones de promedio en cada paciente de unos 40 minutos de duración durante el ingreso hospitalario.	Tratamiento estándar	Reducción de niveles de ansiedad y depresión en pacientes de alto riesgo tras la intervención psicológica y 1 año tras el alta.
Lee et al. 2012 <sup>(37)</sup>	Musico terapia versus relajación muscular progresiva.	40 mujeres con cáncer de mama y ginecológicos (ovario y cervical) que reciben quimioterapia, aleatorizados en dos grupos de 20 pacientes. Edad: 27-65 años.	Estudio piloto aleatorizado en 2 ramas de tratamiento.	Se administraban las instrucciones para la relajación muscular progresiva durante un período de 30 minutos encontrándose en posición supina con los ojos cerrados. Estas se administraban tras cada quimioterapia, por un mínimo de 6 veces (cada 3 semanas) hasta 9 veces (cada 2 semanas).	En posición supina se administraba la musicoterapia durante 30 minutos tras cada quimioterapia, por un mínimo de 6-9 veces (cada 2-3 semanas).	Ambas estrategias son útiles en la reducción de la ansiedad. Ambas estrategias mejoran los estados físicos y psicológicos durante la quimioterapia.
Hoffman, et al. 2012 <sup>(29)</sup>	Mindfulness (MBSR)	229 mujeres con cáncer de mama tras 2-24 meses de recibir Cx, Qt y Rt (estadios 0-III) (18-80 años). 114 grupo experimental y 115 grupo control.	Ensayo aleatorizado controlado	8 semanas de sesiones. Grupos de 12-20 pacientes. Duración de 2 horas aproximadamente cada sesión + 45min/día en casa.	Tratamiento estándar	Mejoría significativa en ansiedad, síntomas depresivos, fatiga y calidad de vida en el grupo experimental.
Hirai et al. 2012 <sup>(45)</sup>	Terapia de resolución de problemas	36 mujeres con cáncer de mama postcirugía de entre 20-70 años de edad.	Ensayo clínico fase II.	5 sesiones semanales de 1 hora de duración en las que se enseña estrategias estructuradas para la resolución de problemas (evaluar problemas, establecer metas, generar soluciones y evaluar resultados).	No hay grupo control	Se produjo disminución de los síntomas de ansiedad y estrés. Significativa reducción del malestar psicológico.

Lix et al 2012 <sup>(56)</sup>	Musicoterapia	120 mujeres con cáncer de mama tras mastectomía radical, 60 fueron asignadas al grupo experimental y 60 al control. Edad: 25-65 años.	Ensayo prospectivo aleatorizado controlado	La musicoterapia se administra desde el primer día postmastectomía radical hasta el tercer ingreso para administración de quimioterapia en el hospital, 2 veces/día (30 minutos por sesión), temprano de 6-8a.m. y en la tarde 9-11p.m. La música comprende: músicas del mundo, folk, recomendadas por Asociación Americana de Musicoterapia y de relajación.	Tratamiento estándar	Reducción significativa de la ansiedad con musicoterapia.
Granstam et al. 2012 <sup>(60)</sup>	Intervención mediante grupo de apoyo	382 mujeres con cáncer de mama, 191 fueron asignadas al grupo experimental (81 con Qt y 110 sin Qt) y 191 al grupo control (80 con Qt y 111 sin Qt). Edad: 30-84 años	Ensayo prospectivo aleatorizado controlado (4 ramas de tratamiento)	Es un programa de apoyo complementada con relajación, Qi-gong, danza liberadora y ejercicio físico. La rehabilitación se llevo a cabo durante una semana en una zona residencial seguido de 4 días de seguimiento dos meses más tarde.	Tratamiento estándar	Reducción en los niveles de ansiedad en el tiempo en el grupo de intervención. No hubo cambios en depresión.
Bränström et al. 2012 <sup>(30)</sup>	Mindfulness	71 pacientes diagnosticados de cáncer: 32 en el grupo de intervención y 39 en el grupo control. Edad: 30-65 años	Ensayo prospectivo aleatorizado controlado	La intervención se realizó en sesiones semanales de 2 horas de duración. Consiste en ejercicios en grupo experiencial (versión modificada de programa desarrollado por Jon Kabat-Zinn y colegas.	Tratamiento estándar	Notable tendencia de gran reducción en el estrés percibido y ansiedad. La práctica de meditación continuada se asocia con reducción significativa de síntomas de estrés post-traumático y evitación.
Greer et al. 2012 <sup>(38)</sup>	Terapia Cognitivo-Conductual Breve	40 pacientes diagnosticados de un tumor sólido incurable con elevada ansiedad, se aleatorizan 20 pacientes al grupo experimental y 20 al grupo control. Edad: 31-81 años.	Estudio piloto aleatorizado controlado.	Se administraron 6-7 sesiones de terapia cognitivo-conductual administradas semanalmente siempre que fuera posible (la 7ª era opcional) y según las necesidades de los pacientes. Consta de 4 módulos en los cuales se da información sobre el concepto de ansiedad, entrenamiento en relajación, afrontamiento del miedo al cáncer y planear/estimular para realizar actividades.	Tratamiento estándar	La TCC breve produjo mejoría significativa en cifras de ansiedad. No hay cambios respecto a la depresión.
Dhruva et al. 2012 <sup>(54)</sup>	Técnicas de respiración de yoga (Pranayama)	16 pacientes con cáncer: 8 pacientes en grupo experimental y 8 grupo control.	Estudio piloto aleatorizado controlado.	La intervención Pranayama consiste en 4 técnicas de respiración en clases semanales practicadas en el domicilio (60minutos una vez a la semana y dos veces al día en domicilio durante 20-30min/día). Los pacientes recibieron esta técnica durante 2 ciclos consecutivos de quimioterapia. El grupo control recibe cuidados habituales y pranayama solo durante el 2º ciclo de quimioterapia.	Tratamiento estándar	La técnica de yoga podría mejorar las alteraciones del sueño, la ansiedad y calidad de vida.

Mattsson et al. 2013 <sup>(23)</sup>	U-CARE versus TCC	Cáncer de mama, colorrectal y de próstata. Se randomizan 20 pacientes en grupo experimental y grupo control.	Ensayo prospectivo aleatorizado controlado	24 meses usando programa U-CARE (plataforma de internet psicoeducativa: técnicas de relajación, ejercicio físico, dieta saludable y hábitos de sueño/act. saludables) La TCC se administró en 10 sesiones administradas durante 24 meses.	No hay grupo control	Ambos grupos presentan mejoría en ansiedad y depresión.
Guo et al. 2013 <sup>(24)</sup>	Intervención psicosocial (Psicoeducación, TCC y terapia de apoyo y expresión de emociones)	178 pacientes con cáncer no metastásicos: nasofaríngeo, mama, ginecológicos, pulmón y otros (89 pacientes en grupo experimental, 89 en grupo control). Edad comprendidas entre 20-79 años	Ensayo prospectivo aleatorizado controlado	Se lleva a cabo en grupos de 5-8 pacientes durante 60 minutos en entrevistas cara a casa semanales. En total: 8-12 horas de terapia.	Tratamiento estándar	Reducción significativa de los niveles de ansiedad y depresión frente al grupo control. También mejoró la calidad de vida, nivel de salud global y funcionamiento físico y emocional.
Sudarshan et al. 2013 <sup>(53)</sup>	Terapia de yoga	14 mujeres con cáncer de mama estadio I-III postcirugía. Edad: 18-70 años.	Estudio cuasiexperimental	12 sesiones de yoga semanales, de 1 hora de duración cada una. Se utilizó la modalidad Hatha yoga.	No hay grupo control	El yoga produjo mejoría de ansiedad, depresión y calidad de vida. También mejoró la flexibilidad y dolor.
Qiu, et al. 2013 <sup>(55)</sup>	Grupo de terapia cognitivo conductual	62 mujeres con cáncer de mama en estadio 0-IV y depresión. 31 fueron asignadas al grupo experimental y 31 controles Edad: 49-57 años.	Ensayo prospectivo aleatorizado controlado	Se administraron 10 sesiones semanales de 2 horas cada una. El protocolo de intervención fue desarrollado y modificado respecto al manual de Aaron y Judith Beck.	El folleto que se daba a los pacientes estaba cubierto de tópicos sobre hechos del cáncer de mama, el tratamiento y efectos secundarios de los mismos.	La Terapia cognitivo conductual demostró efectividad para el tratamiento de la depresión mayor. No hubo diferencia significativa entre ambos grupos respecto a mejoría de la ansiedad.
Groarke, 2013 <sup>(36)</sup>	Manejo cognitivo-conductual del estrés	241 mujeres con cáncer de mama tras 4 meses de ser intervenidas quirúrgicamente (118 recibieron intervención psicológica y 123 recibieron solo los cuidados habituales). Edad: 18-75 años.	Ensayo prospectivo aleatorizado controlado	Dicha intervención trabaja aspectos como relajación, manejo del estrés, imaginación guiada y reestructuración cognitiva. Se realizó una intervención a corto plazo: 5 semanas con 3horas cada una. Después se completaba con trabajo en casa diario. Los grupos se componen de 8-12 pacientes.	Tratamiento estándar	Se produjo descenso de niveles de ansiedad y estrés en el grupo experimental, pero no marcó estabilidad en el tiempo. Estrategia especialmente efectiva en pacientes con aumento del estrés global.
Jacobsen et al. 2013 <sup>(58)</sup>	Entrenamiento autodirigido para el manejo del estrés, ejercicio y tratamiento combinado.	286 pacientes oncológicos aleatorizados en 4 ramas de tratamiento: Entrenamiento en manejo de estrés (69 pacientes), ejercicio (62 pacientes), ambos (77 pacientes) o tratamiento habitual (78 pacientes). Edad: 47-68 años.	Ensayo prospectivo aleatorizado controlado (4 ramas de tratamiento).	El grupo de entrenamiento en manejo de estrés recibió 15 min de video, 12 hojas de folleto explicativo y 30min un audio sobre afrontamiento (incluían información, imaginación guiada, ejercicios de relajación muscular, etc). El grupo de ejercicio recibió 12 min video y folleto de 14 hojas con guía sobre ejercicio durante la Qt (recomienda ejercicios en casa, como andar durante 3-5 veces/semana, de 20-30 minutos). El grupo de ambas intervenciones recibía 20 min de video y 20 hojas de folleto con información mixta.	No hay grupo control	Solo el tratamiento combinado demuestra mejoría en la calidad de vida, exclusivamente en cifras de ansiedad y depresión. No mejora la calidad de vida a nivel físico o mental.

Lee et al. 2013 <sup>(47)</sup>	Intervención de apoyo diádica entre pares.	129 pacientes diagnosticados de cáncer de mama (estadio I-III), siendo 64 pacientes del grupo experimental y 65 del grupo control. Edad: 20-64 años.	Ensayo prospectivo aleatorizado controlado	Intervención basada en la teoría de la autoeficacia. Cada diada se encuentra una vez a la semana cara a cara o por teléfono, durante al menos 20 minutos cada vez. Se encuentran en cafeterías o en su domicilio para llevar a cabo conversaciones sobre sentimientos (ambiente de apoyo para discutir problemas, malestar emocional y físico). Cada pareja enfocará sus propios intercambios.	Tratamiento estándar	El grupo de intervención experimentó una mejoría significativa en sentimiento de autoeficacia y autogestión. La ansiedad y depresión mejoran en ambos grupos, no atribuible a la intervención.
Garssen et al. 2013 <sup>(37)</sup>	Entrenamiento en el manejo del estrés	70 mujeres con cáncer de mama estadio I-III (34 pacientes fueron asignadas al grupo de intervención y 36 al grupo control). Edad: 18-75 años.	Ensayo prospectivo aleatorizado controlado	Comprende 4 sesiones en total durante 35 días: al 5º y 1º precirugía y después de la misma, a los 2 días y al mes. Los pacientes también reciben un CD audio con ejercicios de relajación y habilidades de afrontamiento. Cada sesión tenía una duración de 45-60 minutos.	Tratamiento estándar	El grupo experimental presentó disminución de la depresión y fatiga, pero son efectos de corta duración (tras cirugía). No mejoran la ansiedad, dolor y problemas de sueño en el grupo de intervención.
Lloyd-William, et al. 2013 <sup>(48)</sup>	Intervención enfocada en la narrativa	100 pacientes con cáncer avanzado grave, de los cuales 49 fueron al grupo experimental y 51 al grupo control. Edad: 31-89 años.	Estudio piloto aleatorizado controlado.	La entrevista enfocada en la narrativa consiste en que el investigador solicita al paciente la discusión sobre su estado de bienestar o sufrimiento fisiológico, físico, social y espiritual. Se realiza en 1 día. El énfasis se pone en lograr que el paciente cuente su propia historia. Se alentaba a los pacientes a compartir sus sentimientos.	Tratamiento estándar	La intervención produjo mejora de las cifras de ansiedad y depresión.
Henderson, et al. 2013 <sup>(28)</sup>	Mindfulness versus programa educación nutricional versus tratamiento estándar.	163 mujeres con cáncer de mama estadio I-II: 53 pacientes en grupo mindfulness, 52 recibiendo educación nutricional y 58 estándar. Edad: 20-65 años.	Ensayo prospectivo aleatorizado controlado en 3 brazos de intervención	El mindfulness consiste en 7 sesiones semanales de 2,5-3,5 horas/ cada una y una sesión intensiva de 7,5h de sesión para un retiro de silencio en la 6ª semana. La educación nutricional se enfoca en cambio de dieta y grupo de preparación de comidas. Sigue los principios de cognición social y asesoramiento centrado en el paciente.	No hay grupo control	El grupo de mindfulness experimenta reducción de ansiedad, depresión y hostilidad. Mejora el manejo del estrés, control emocional y calidad de vida.
Taso et al. 2014 <sup>(52)</sup>	Programa de ejercicios de yoga	60 mujeres con cáncer de mama no metastásico en tratamiento con quimioterapia (30 pacientes en cada grupo). Edad: 20-70 años.	Ensayo prospectivo aleatorizado controlado	Programa de ejercicios de yoga dos veces en semana durante 60 minutos cada sesión (total de 13-16 sesiones administradas en 8 semanas).	Tratamiento estándar	El yoga no reduce la ansiedad ni la depresión. Si se redujo la fatiga

Goerling et al. 2014 <sup>(44)</sup>	Intervención psicooncológica a corto plazo vs. relajación entre día 3-6 postoperación.	45 mujeres con cáncer ginecológico (17 pacientes reciben única sesión de terapia psicooncológica versus 18 pacientes con única sesión de relajación). Edad: 23-79 años.	Ensayo prospectivo aleatorizado controlado	En la sesión de terapia se hablaba sobre temas importantes para la paciente, sobre la relación con familiares, amigos y proyectos futuros durante 30 minutos.	Técnicas de relajación de Jacobson, en procedimiento estándar de 30 minutos.	Descenso de ansiedad en ambos grupos. Descenso de depresión y distrés en el grupo de terapia psicooncológica.
Seitz, et al. 2014 <sup>(31)</sup>	Intervención cognitivo-conductual basada en Internet (ONCOSTEP)	20 pacientes con diagnóstico de cáncer en la adolescencia, actualmente en remisión. Edad: 15-19 años.	Estudio piloto con una sola rama de intervención	Basado en principios de expresión escrita desarrollados por Pennebaker. Consiste en 10 sesiones con 2 módulos: para reprocessar la experiencia traumática del cáncer y construir estrategias de afrontamiento para los miedos relacionados con el cáncer. Se realiza vía mensajes escritos en una plataforma de Internet segura, mediante 2 sesiones semanales de 45 minutos cada una, durante 3 meses.	Tratamiento estándar	El grupo experimental redujo los síntomas de ansiedad, estrés posttraumático y el miedo a la progresión del cáncer.
Fleming et al. 2014 <sup>(32)</sup>	Terapia cognitivo-conductual	113 pacientes con insomnio y diagnóstico de cáncer de mama, próstata, vejiga o ginecológico (73 pacientes en grupo experimental y 40 en grupo control). Edad: 54-69 años.	Ensayo prospectivo aleatorizado controlado	Comprende 5 sesiones semanales en pequeños grupos de pacientes durante semanas consecutivas siguiendo un protocolo.	Tratamiento estándar	Disminuyen los síntomas de ansiedad, depresión, fatiga e insomnio asociados al cáncer.
Font et al. 2014 <sup>(33)</sup>	Terapia de grupo psicoeducativo (con TCC)	142 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama no metastásico en tratamiento o en seguimiento (73 fueron al grupo control y 69 recibieron terapia). Edad: 34-65 años.	Ensayo controlado no aleatorizado	Se realizaron cuatro módulos a lo largo de 20 sesiones: ansiedad, depresión, autoestima e imagen corporal, relaciones afectivas y sexualidad. Los grupos son de 5-10p.	Tratamiento estándar	Disminución significativa de niveles de depresión y la ilusión por las cosas en el grupo experimental. No disminuyeron significativamente la ansiedad y el miedo.
Lengacher et al. 2014 <sup>(27)</sup>	Mindfulness	82 mujeres con cáncer de mama post-tratamiento (estadio 0-III): 40 en grupo experimental y 42 en grupo control. Edad: >55 años.	Ensayo prospectivo aleatorizado controlado	Sesiones de 2 horas semanales incluyendo 4 grabaciones de audio para trabajar en casa (meditación sentado, andando, escáner corporal y yoga). Los ejercicios se realizan durante 15-45 minutos al día durante 6 días/semana. Está basado en el programa de Kabat-Zinn.	Tratamiento estándar	La técnica de mindfulness redujo la ansiedad y estrés percibido. Mejora el funcionamiento físico. Reduce el miedo a la recurrencia.
Eyles et al. 2015 <sup>(22)</sup>	Mindfulness (MBSR)	19 mujeres con cáncer de mama metastásico estable (37-65 años), con esperanza de vida de al menos 6 meses.	Estudio clínico pragmático	Una sesión semanal a lo largo de 8 semanas. Asisten a un curso de 7-10 personas/grupo. Duración de 2 horas aproximadamente cada sesión + 45min/día en casa.	Tratamiento estándar	Mejoría de la ansiedad, síntomas de depresión, distrés emocional y calidad de vida en grupo experimental.

Bar-Sela et al. 2015 <sup>(50)</sup>	Medicina complementaria y alternativa	135 pacientes con cáncer primario y metastásico (mama, colon, pulmón, páncreas y otros) con edades comprendidas entre 18 y >60 años.	Ensayo clínico no aleatorizado	Los pacientes reciben 1 terapia semanal de uno solo de los tratamientos durante 6 semanas, de acuerdo a la lista de espera y su preferencia (arteterapia, musicoterapia, imaginación guiada, reiki, shiatsu, terapia de curación cráneo-sacral y unción de aceite).	Tratamiento estándar	Se redujeron de niveles moderados a bajos la ansiedad, depresión, fatiga y calidad de vida en el grupo experimental.
Lengacher et al. 2015 <sup>(520)</sup>	Mindfulness (MBSR)	104 mujeres con cáncer de mama estadio 0-III. Edad: 23-80 años.	Ensayo prospectivo aleatorizado controlado	Programa de Kabat-Zinn y colegas, que condensa el programa habitual en 6 semanas excluyendo el día 1 y las 8 horas de retiro de silencio. Son 6 sesiones semanales de 2h cada una.	Tratamiento estándar	Disminuye la ansiedad, depresión y mejora la calidad de vida post-intervención. También reduce la fatiga, el miedo a la recurrencia.
Grossman et al. 2015 <sup>(26)</sup>	Mindfulness vs. consultas telefónicas psicooncológicas con orientación cognitivo-conductual (grupo control)	62 pacientes supervivientes de un trasplante de células madre hematopoyéticas. Edad: 38-66años.	Ensayo prospectivo aleatorizado controlado	Programa de entrenamiento de 8 semanas de duración, con grupos de unos 15 participantes y clases de 2,5h durante 6 días a la semana. Además se asigna trabajo para casa de 40min/día.	Se reciben llamadas telefónicas del psicooncólogo con orientación psicosocial 2 veces/mes (15-30 min cada una). Se habla de tópicos como problemas emocionales, familiares, de autocuidado y salud psicosocial.	El Mindfulness disminuye la ansiedad y depresión en pacientes supervivientes posttrasplante. También mejora la calidad de vida y bienestar
Zhou et al. 2015 <sup>(55)</sup>	Musicoterapia y entrenamiento en relajación muscular progresiva	170 mujeres con cáncer de mama postmastectomía radical, randomizadas en dos grupos de 85 cada uno. Edad comprendida entre 25-65 años.	Ensayo prospectivo aleatorizado controlado	La musicoterapia se administra dos veces al día dentro de las 48 horas de la cirugía de mactemomía radical (en la mañana entre las 6-9 a.m. y en la tarde de 9-11 p.m.) con 30 minutos por sesión hasta ser dadas de alta del hospital.	La relajación se administra dos veces al día dentro de las 48 horas de la cirugía de mactemomía radical (en la mañana entre las 6-9 a.m. y en la tarde de 9-11 p.m.) con 30 minutos por sesión hasta ser dadas de alta del hospital.	Ambas intervenciones reducen de forma importante la ansiedad y estrés. También se reduce la duración de la estancia en el hospital.
Chen et al. 2015 <sup>(61)</sup>	Ejercicio en el hogar basado en caminar	116 pacientes con cáncer de pulmón: 58 pacientes en el grupo de ejercicio y 58 en grupo control. Edad: 37-88 años.	Ensayo prospectivo aleatorizado controlado	El programa de ejercicio que se realiza en el domicilio, caminando con una intensidad moderada durante 40 minutos al día, 3 días a la semana y asesoramiento del ejercicio semanalmente.	Tratamiento estándar	Mejoría significativa en los niveles de ansiedad y depresión en el grupo experimental.
Badr et al. 2015 <sup>(46)</sup>	Intervención psicosocial diádica	39 pacientes con cáncer de pulmón avanzado de entre 35-87 años y sus familiares: 20 en grupo experimental y 19 en grupo control.	Estudio piloto aleatorizado controlado.	Los manuales utilizados se dividen en 6 secciones: autocuidado, estrés y afrontamiento, manejo de síntomas, comunicación, resolución de problemas y mantenimiento/mejora de relaciones. Se participa conjuntamente cada semana durante unas 6 en total en sesiones de asesoramiento telefónico de 60 minutos de duración con personal preparado. Durante las sesiones se revisa el trabajo para casa y contenido del manual, guiando a los participantes, asignando nuevas tareas semanales y reforzando las habilidades adquiridas.	Tratamiento estándar	Se ha encontrado beneficioso el trabajo con diádas (paciente-cuidador) ya que mejora significativamente la ansiedad y depresión de los pacientes. También aparece mejoría en funcionamiento psicosocial de cuidadores.

## DISCUSIÓN

A lo largo del estudio hemos encontrado que en pacientes oncológicos se detectan elevadas prevalencias de ansiedad. De hecho, como menciona Mehnert et al.<sup>(3)</sup> es frecuente encontrar una elevada proporción de pacientes oncológicos que padecen uno o más trastornos mentales. Estos hallazgos enfatizan la importancia de proveer de intervenciones psicológicas específicas orientadas a pacientes con cáncer. El objetivo de nuestro estudio va enfocado a analizar y resumir los resultados sobre eficacia de las terapias utilizadas para la reducir la ansiedad en pacientes diagnosticados de cáncer (quedando excluidas las terapias farmacológicas).

Las estrategias terapéuticas no farmacológicas más utilizadas son: el entrenamiento en estrategias para manejar la ansiedad, la exposición gradual a los estímulos temidos, la exposición interoceptiva, las técnicas de distracción, el entrenamiento en resolución de problemas, habilidades de comunicación, reestructuración cognitiva, ventilación emocional y escucha activa<sup>(9)</sup>. La capacidad de afrontamiento de la enfermedad en pacientes con cáncer y los tratamientos médicos a los que tienen que someterse tienen profundas implicaciones en los individuos. Por ello, varias intervenciones psicológicas están enfocadas a reducir los niveles de ansiedad con el objetivo de incrementar el nivel de funcionamiento, calidad de vida y cumplimiento terapéutico<sup>(30)</sup>.

Hemos analizado 40 estudios, encontrando que sólo 34 de ellos indicaban resultados a favor del uso de técnicas para la reducción de ansiedad en pacientes oncológicos frente a 6 que informaban de la no eficacia de las intervenciones puestas a estudio.

El estudio publicado por Patsy et al.<sup>(8)</sup>, en el que se estudia la efectividad de las terapias disponibles en la actualidad para el tratamiento de la ansiedad, indica que

no existe nada escrito en la bibliografía por el momento que apoye claramente recomendaciones para la práctica clínica.

En nuestra revisión, a nivel psicoterapéutico hemos podido revisar múltiples opciones terapéuticas, interesantes por la sencillez y facilidad en la administración, así como el bajo coste que pueden suponer la mayoría de ellos. Hoy en día, la técnica de Reducción de Estrés basado en Mindfulness (MBSR) se encuentra en auge y de hecho es la técnica más analizada en nuestro estudio. Dicha estrategia se ha utilizado para mejorar la aceptación de los síntomas, incrementar la capacidad meta-reflexiva y mejorar la libertad de los pacientes, la práctica del mindfulness potencia cambios en la percepción, patrones de comportamiento y de este modo la experiencia de los síntomas<sup>(21)</sup>. Nuestros resultados destacan su eficacia para lograr una mejoría significativa de la ansiedad y de los síntomas depresivos<sup>(20,22,26-30)</sup>. Como beneficios secundarios se han encontrado mejoría de la calidad de vida, del bienestar psicológico, mejor control emocional y disminución de la fatiga.

Respecto a la terapia cognitivo-conductual, tratamiento que se administra habitualmente en pacientes con ansiedad y depresión, hemos encontrado 11 estudios que encuentran efectividad cuando se utiliza en pacientes con cáncer<sup>(23,31-40)</sup>. En todos ellos se ha encontrado también otros beneficios secundarios como son mejoría de la fatiga, síntomas cognitivos y de la calidad de vida en general.

La musicoterapia es otra estrategia terapéutica utilizada con frecuencia en pacientes con cáncer. En estudios previos se ha visto que mejora la ansiedad, la depresión, la calidad de vida, la capacidad de afrontamiento de situaciones estresantes, reduce el miedo a la propia enfermedad oncológica (no incluyendo un impacto en aspectos físicos), factores que influyen sustancialmente la calidad de vida del pa-



ciente<sup>(62)</sup>. En nuestra revisión encontramos que es un abordaje terapéutico eficaz para reducir significativamente la ansiedad<sup>(56,57)</sup>. Cuando se combina con relajación muscular progresiva, aporta una mejoría del estado físico y psicológico durante la administración del tratamiento y una reducción de la duración de la estancia en el hospital<sup>(55)</sup>.

Otras estrategias útiles son aquellas técnicas psicoterapéuticas breves<sup>(44)</sup>, las centradas en la resolución de problemas<sup>(45)</sup> y aquellas centradas en el significado<sup>(49)</sup>.

Mientras que el estudio de Patsy et al.<sup>(8)</sup> encuentra que la medicina complementaria, alternativa y la meditación no son estrategias que hayan demostrado eficacia, los estudios revisados en este trabajo sobre esta temática sí parecen indicar la utilidad de estos abordajes para reducir los niveles de ansiedad, mejorar la depresión, fatiga y calidad de vida<sup>(50)</sup>. Sin embargo, el ejercicio físico también se ha encontrado eficaz para reducir la ansiedad, quizá por ser sencilla de realizar siempre que se administre de forma moderada y adaptada a la capacidad del paciente<sup>(61)</sup>. El masaje con aromaterapia también ha demostrado eficacia a corto plazo pero no se mantiene su efecto en el tiempo<sup>(51)</sup>. Por último, un estudio demuestra efectividad en la hipnosis para reducir la ansiedad, depresión, sofocos y el insomnio asociado al cáncer<sup>(19)</sup>.

Es importante destacar que seis estudios revisados<sup>(37,42,43,47,54,60)</sup> indican resultados negativos en cuanto a eficacia para lograr una reducción significativa de la ansiedad. Entre ellos, encontramos el yoga, que aunque es útil para mejorar condición física del paciente (p.ej., flexibilidad) y la calidad de vida, no reduce la ansiedad de forma significativa<sup>(54)</sup>. Lo mismo ocurrió con la técnica de intervención de apoyo diádica entre pares<sup>(57)</sup> y mediante entrevista telefónica<sup>(42)</sup>, terapia psicoeducativa<sup>(43)</sup> y el entrenamiento en el manejo del estrés con relajación<sup>(37)</sup>.

El cáncer es una enfermedad que demanda importantes recursos y requiere de

una optimización en la eficiencia de las intervenciones. El modo en que un individuo vivencia la experiencia asociada al cáncer está ciertamente ligado a sus experiencias personales y al contexto personal y social en que se encuentra el paciente al sobrevenir la enfermedad<sup>(63)</sup>. Asimismo, la experiencia asociada al cáncer está condicionada por los tratamientos posibles y por las creencias sociales respecto al cáncer en general y al tipo de cáncer en particular. Durante los últimos años el creciente conocimiento acerca de la influencia de los factores psicológicos y psicosociales en el paciente oncológico ha contribuido a generar una conciencia con respecto a su importancia en la prevención, detección y tratamiento de la enfermedad y a incluir las intervenciones psicosociales como parte integral del tratamiento oncológico<sup>(63)</sup>.

El interés del presente estudio se encuentra en la revisión de un problema muy frecuente en pacientes oncológicos y que hoy en día no tiene un tratamiento no farmacológico estandarizado. De hecho, hemos podido analizar intervenciones que son sencillas de administrar, inocuas, que suponen un bajo coste y trabajan directamente con técnicas de regulación emocional. No obstante, una de las principales limitaciones del estudio es el escaso número de publicaciones que se han encontrado. Hoy en día hay escasa evidencia y no existen recomendaciones para poder instaurarlas como otro tratamiento estándar complementario al tratamiento específico del cáncer pautado por el oncólogo. También destacar que los estudios encontrados se realizan mayoritariamente en muestras de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama (a lo largo de todo el proceso de y estadios). Es recomendable, por lo tanto, ampliar dichos estudios a otras poblaciones de pacientes oncológicos, afectados de cánceres con distinto origen y que también se ven afectados por niveles elevados de ansiedad.

En esta línea, sería adecuado realizar más estudios que analicen la eficacia de estas y otras técnicas en pacientes oncológicos que sufren ansiedad para poder realizar un tratamiento más adecuado y poder implementar de forma rutinaria aquellas que demuestren beneficios sustanciales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Virués RA. Estudio sobre ansiedad. *Revista Psicología Científica.com* 2005; 7(8).
2. Csizmar Carvalho C, Lopes Chaves E.C., Hollanda D, Prado Simão T, Silva Marciano Grasselli C, Giffoni Braga C. Effectiveness of prayer in reducing anxiety in cancer patients. *Rev Esc Enferm USP* 2014;48:684-90. Doi:10.1590/S0080-623420140000400016
3. Mehnert A, Brähler E, Faller H, Härter M, Keller M, Schulz H. Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. *J Clin Oncol* 2014;32:3540-6. Doi: 10.1200/JCO.2014.56.0086
4. Cano A. Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: Ansiedad y cáncer. *Psicooncología* 2005; 2:71-80.
5. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasefsky S, Schmale AM et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983;249:751-7. Doi: 10.1001/jama.249.6.751
6. American Psychiatric Association, versión española López-Ibor, J.J. y Valdés, M. (Dir.). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed. Texto revisado). Barcelona: Masson.2002
7. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol* 2011; 12: 160-74. Doi: 10.1016/S1470-2045(11)70002-X
8. Patsy RS, Cope D, Sherner TL, Walker DK. Update on research-based interventions for anxiety in patients with cancer. *Clin J Oncol Nurs* 2014;18:5-16. Doi: 10.1188/14.CJON.S3.5-16.
9. Maté J, Hollenstein MF, Gil FL. Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología* 2004; 1:211-30.
10. Prieto Fernández. *Psicología oncológica*. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual* 2004;2:107-20.
11. Fawzy FI. Psychosocial interventions for patients with cancer: What works and what doesn't. *Eur J Cancer* 1999;31:1559-64. Doi: 10.1016/S0959-8049(99)00191-4
12. Báñez M, Blasco T, Fernández Castro J. La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer. *Anales de psicología* 2003;19:235-46
13. Spiegel D, Riba MB. Managing anxiety and depression during treatment. *Breast J* 2015;21:97-103. Doi: 10.1111/tbj.12355
14. Vinci C, Coffey SF, Norquist GS. When to recommend cognitive behavioral therapy *J Fam Pract* 2015;64:232-7
15. García-Jiménez, M. La Relajación para personas con cáncer. 2015. En línea. [Acceso 15 de octubre 2016]. Disponible en: <http://www.cancer.net/es/node/32961>.
16. Song QH1, Xu RM, Zhang QH, Ma M, Zhao XP Relaxation training during chemotherapy for breast cancer improves mental health and lessens adverse events. *Int J Clin Exp Med* 2013;6:979-84.
17. Rodríguez Carlos, Barrantes José Carlos, Jiménez Gabriela, Putvinski Vladimir. Manejo del dolor en el paciente oncológico. *Acta Pediátr Costarric* [Internet]. 2004 Jan [Acceso 18 de octubre 2016]. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00902004000100001&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00902004000100001&lng=en).
18. Luebbert K, Dahme B, Hasenbring M. The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute non-surgical cancer treatment: A

- meta-analytical review. *Psychooncology* 2001;10:490-502. Doi: 10.1002/pon.537
19. 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
  20. Lengacher CA, Kip KE, Reich RR, Craigh BM, Mogos M, Ramesar S. A Cost-effective mindfulness stress reduction program: a randomized control trial for breast cancer survivors. *Nurs Econ* 2015;33:210-32.
  21. Würtzen H, Oksbjerg Dalton S, Christensen J, Andersen KK, Elsass P, et al. Effect of mindfulness-based stress reduction on somatic symptoms, distress, mindfulness and spiritual wellbeing in women with breast cancer: Results of a randomized controlled trial, *Acta Oncol* 2015;54:712-9. Doi: 10.3109/0284186X.2014.997371.
  22. Eyles C, Leydon G.M., Hoffman C.J., Copson ER, Prescott P, Chorozoglou M. et al. Mindfulness for the self-management of fatigue, anxiety, and depression in women with metastatic breast cancer: a mixed methods feasibility study. *Integr Cancer Ther* 2015;14:42-56. Doi: 10.1177/1534735414546567.
  23. Mattsson S, Alfnsson S, Carlsson M, Nygren P, Olsson E, Johansson B. U-CARE: Internet-based stepped care with interactive support and cognitive behavioral therapy for reduction of anxiety and depressive symptoms in cancer -a clinical trial protocol. *BMC Cancer* 2013;13:414. Doi: 10.1186/1471-2407-13-414.
  24. Kennedy Sheldon L, Swanson S, Dolce A, Marsh K, Summers J. Putting evidence into practice: evidence-based interventions for anxiety. *Clin J Oncol Nurs* 2008;12:789-97. Doi: 10.1188/08.CJON.789-797.
  25. Mehta RD, Roth AJ. Psychiatric considerations in the oncology setting. *CA Cancer J Clin* 2015;65:300-14. Doi: 10.3322/caac.21285.
  26. Grossman P, Zwaahlen D, Halter JP, Pasweg JR, Steiner C, Kiss A. A mindfulness-based program for improving quality of life among hematopoietic stem cell transplantation survivors: feasibility and preliminary findings. *Support Care Cancer* 2015;23:1105-12. Doi: 10.1007/s00520-014-2452-4.
  27. Lengacher CA, Shelton MM, Reich RR, Barta MK, Johnson-Mallard V, Moscoso MS. Mindfulness based stress reduction (MBSR (BC)) in breast cancer: evaluating fear of recurrence (for) as a mediator of psychological and physical symptoms in a randomized control trial (RCT). *J Behav Med* 2014;37:185-95. Doi: 10.1007/s10865-012-9473-6
  28. Henderson VP, Massion AO, Clemow L, Hurley TG, Druker S, Hébert JR. A randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction for women with early-stage breast cancer receiving radiotherapy. *Integr Cancer Ther* 2013;12:404-13.
  29. Hoffman CF, 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 wellbeing 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
  30. Bränström R, Kvillemo P, Moskowitz JT. A randomized study of the effects of mindfulness training on psychological wellbeing and symptoms of stress in patients treated for cancer at 6-month follow-up. *Int J Behav Med* 2012;19:535-42. Doi: 10.1007/s12529-011-9192-3
  31. Seitz DCM, Knaevelsrud C, Duran G, Waadt S, Loos S, Goldbeck L. Efficacy of an internet-based cognitive-behavioral intervention for long-term survivors of pediatric cancer: A pilot study. *Support Care Cancer* 2014;22:2075-83. Doi: 10.1007/s00520-014-2193-4
  32. Fleming L, Randell k, Harvey C-J, Espie CA. Does cognitive behaviour therapy for

- insomnia reduce clinical levels of fatigue, anxiety and depression in cancer patients? *Psychooncology* 2014;23:679-84. Doi: 10.1002/pon.3468.
33. Font A, Rodríguez E. Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: Variaciones en la calidad de vida. *Psicooncología* 2004;1:67-86.
  34. Guo Z, Tang H, Li H, Tan S, Feng K, Huang YC et al. The benefits of psychosocial interventions for cancer patients undergoing radiotherapy. *Health Qual Life Outcomes* 2013;11:121. Doi: 10.1186/1477-7525-11-121.
  35. Qiu J, Chen W, Gao X, Xu Y, Tong H, Yang M. A randomized controlled trial of group cognitive behavioral therapy for Chinese breast cancer patients with major depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2013;34:60-7. Doi: 10.3109/0167482X.2013.766791.
  36. Groarke AM, Curtis R, Kerin M. Cognitive-behavioural stress management enhances adjustment in women with breast cancer. *Br J Health Psychol* 2013;18:623-41. Doi: 10.1111/bjhp.12009
  37. Garssen B, Boomsma MF, Meezenbroek EJ, Porsild T, Berkhof J, Berbee M, et al. Stress management training for breast cancer surgery patients. *Psychooncology* 2013;22:572-80. Doi: 10.1002/pon.3034
  38. Greer JA, Traeger L, Bemis H, Solis J, Hendriksen ES, Park ER. A pilot randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral therapy for anxiety in patients with terminal cancer. *Oncologist* 2012; 17:1337-45 Doi: 10.1634/theoncologist.2012-0041.
  39. Beard C, Stason WB, Wang Q, Manola J, Dean-Clower E, Dusek JA et al. Effects of complementary therapies on clinical outcomes in patients being treated with radiation therapy for prostate cancer. *Cancer*. 2011;117:96-102. Doi: 10.1002/cncr.25291.
  40. Antoni MH, Lechner S, Diaz A, Vargas S, Holley H, Phillips K et al. Cognitive behavioral stress management effects on psychosocial and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. *Brain Behav Immun* 2009;23:580-91. Doi: 10.1016/j.bbi.2008.09.005
  41. Pitceathly C, Maguire P, Fletcher I, Parle M, Tomenson B, Creed F. Can a brief psychological intervention prevent anxiety or depressive disorders in cancer patients? A randomised controlled trial. *Ann Oncol* 2009;20:928-34. Doi: 10.1093/annonc/mdn708.
  42. Girgis A, Breen S, Stacey F, Lecathelinais C. Impact of two supportive care interventions on anxiety, depression, quality of life, and unmet needs in patients with nonlocalized breast and colorectal cancers. *J Clin Oncol* 2009;27:6180-90. Doi: 10.1200/JCO.2009.22.8718.
  43. Goerling U, Foerg A, Sander S, Schramm N, Schlag PM. The impact of short-term psycho-oncological interventions on the psychological outcome of cancer patients of a surgical oncology department – A randomised controlled study. *Eur J Cancer* 2014;47:2009-14. Doi: 10.1016/j.ejca.2011.04.031
  44. Goerling U, Jaeger C, Walz A, Stickel A, Mangler M, van der Meer E. The efficacy of short-term psycho-oncological interventions for women with gynaecological cancer: A randomized study. *Oncology* 2014;87:114-24. Doi: 10.1159/000362818
  45. Hirai K, Motooka H, Ito N, Wada N, Yoshizaki A, Shiozaki M. Problem-Solving Therapy for psychological distress in Japanese early-stage breast cancer patients. *Jpn J Clin Oncol* 2012;42:1168-74. Doi: 10.1093/jjco/hys158.
  46. Badr H, Smith CB, Goldstein NE, Gomez J, Redd WH. Dyadic Psychosocial intervention for advanced lung cancer patients and their family caregivers: results of a randomized pilot trial. *Cancer* 2015;121:150-8. Doi: 10.1097/NCC.0b013e3182642d7c.
  47. Lee R, Lee KS, Oh EG, Kim SH. A Randomized trial of dyadic peer support intervention

- for newly diagnosed breast cancer patients in Korea. *Cancer Nurs* 2013;36:E15-22. Doi: 10.1097/NCC.0b013e3182642d7c.
48. Lloyd-Williams M, Cobb M, O'Connor C, Dunn L, Shiels C. A pilot randomised controlled trial to reduce suffering and emotional distress inpatients with advanced cancer. *J Affect Disord* 2013;148:141-5. Doi: 10.1016/j.jad.2012.11.013.
  49. Breitbart W, Rosenfeld B, Gibson C, Pessin H, Poppito S, Nelson C et al. Centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. *Psychooncology* 2010;19:21-8. Doi: 10.1002/pon.1556.
  50. Bar-Sela G, Danos S, Visel B, Mashiach T, Mitnik I. The effect of complementary and alternative medicine on quality of life, depression, anxiety, and fatigue levels among cancer patients during active oncology treatment: phase II study. *Support Care Cancer* 2015;23:1979-85. Doi: 10.1007/s00520-014-2560-1
  51. Wilkinson SM, Love SB, Westcombe AM, Gambles MA, Burgess CC, Cargill A et al. Effectiveness of aromatherapy massage in the management of anxiety and depression in patients with cancer: a multicenter randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2007;25:532-9. doi: 10.1200/JCO.2006.08.9987
  52. Taso CJ1, Lin HS, Lin WL, Chen SM, Huang WT, Chen SW. The effect of yoga exercise on improving depression, anxiety, and fatigue in women with breast cancer: A randomized controlled trial. *J Nurs Res* 2014;22:155-64. Doi: 10.1097/jnr.0000000000000044.
  53. Sudarshan M, Petrucci A, Dumitra S, Duplisea J, Wexler S, Meterissian S. Yoga therapy for breast cancer patients: A prospective cohort study. *J Altern Complement Med* 2013;19:227-9 2012. Doi: 10.1089/acm.2011.0555
  54. Dhruva A, Miaskowski C, Abrams D, Acree M, Cooper B, Goodman S et al. Breathing for cancer chemotherapy-associated symptoms and quality of life: Results of a pilot randomized controlled trial. *J Altern Complement Med* 2012;18:473-9. Doi: 10.1089/acm.2011.0555
  55. Zhou K, Li X, Li J, Liu M, Dang S, Wang D, et al. A clinical randomized controlled trial of music therapy and progressive muscle relaxation training in female breast cancer patients after radical mastectomy: Results on depression, anxiety and length of hospital stay. *Eur J Oncol Nurs* 2015;19:54-9. Doi: 10.1016/j.ejon.2014.07.010.
  56. Li XM1, Zhou KN, Yan H, Wang DL, Zhang YP. Effects of music therapy on anxiety of patients with breast cancer after radical mastectomy: A randomized clinical trial. *J Adv Nurs* 2012;68:1145-55. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05824.x.
  57. Lee E-J, Bhattacharya J, Sohn C, Verres R. Monochord sounds and progressive muscle relaxation reduce anxiety and improve relaxation during chemotherapy: A pilot EEG study. *Compl Ther Med* 2012;20:409-16. Doi: 10.1016/j.ctim.2012.07.002
  58. Jacobsen PB, Phillips KM, Jim HSL, Small BJ, Faul LA, Meade CD. Effects of self-directed stress management training and home-based exercise on quality of life in cancer patients receiving chemotherapy: a randomized controlled trial. *Psychooncology* 2013;22:1229-35. Doi: 10.1002/pon.3122.
  59. Loprinzi CE, Prasad K, Schroeder DR, Sood A. Stress management and resilience training (SMART) program to decrease stress and enhance resilience among breast cancer survivors: a pilot randomized clinical trial. *Clin Breast Cancer* 2011;11,6:364-8. Doi: 10.1016/j.clbc.2011.06.008
  60. Granstam Björneklett H, Lindemalm C, Rosenblad A, Ojutkangas ML, Letocha H, Strang P et al. A randomised controlled trial of support group intervention after breast cancer treatment: Results on anxiety and depression, *Acta Oncol* 2012;51:198-207. Doi: 10.3109/0284186X.2011.610352

61. Chen HM<sup>1</sup>, Tsai CM<sup>2</sup>, Wu YC<sup>3</sup>, Lin KC<sup>4</sup>, Lin CC. Randomised controlled trial on the effectiveness of home-based walking exercise on anxiety, depression and cancer-related symptoms in patients with lung cancer. *Br J Cancer* 2015;112:438–45. Doi: 10.1038/bjc.2014.612.
62. Pichler A, Pichler M. Music therapy in cancer patients: fact or fiction? *Future Oncol* 2014;10:2409-11. Doi: 10.2217/fon.14.181.
63. Barroilhet S, Forjaz MJ, Garrido E. Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Esp Psiquiatr* 2005;33:390-7