

Avances hacia una psicología científica en oncología

Progress towards a scientific psychology in oncology

Jessica Mejía-Castrejón,¹ Edith Rojas-Castillo,² Virginia Balarezo-Jaramillo,³ Carolina Núñez-Valencia,¹ Gina Carrillo-Navarrete¹

▷ RESUMEN

La psicología en sus inicios se caracterizó por su subjetividad, era una rama de la filosofía y su objeto de estudio era el alma. Con el tiempo adquirió un carácter empírico apoyándose en el método científico; fue la terapia conductual la que proporcionó los primeros elementos para impulsar su desarrollo científico. Actualmente la terapia cognitivo conductual ha proporcionado mayor evidencia y ha demostrado efectividad en una variedad de trastornos mentales mediante el uso de criterios que rigen a la psicología basada en evidencia, cuyo objetivo es la aplicación, estudio y difusión de tratamientos psicológicos que hayan sido sometidos a validación científica para apoyar decisiones clínicas. Como parte del avance hacia una psicología científica se promueve el desarrollo y uso de guías clínicas, revisiones sistemáticas, meta-análisis y ensayos clínicos de acuerdo a los criterios CONSORT. En el área oncológica disciplinas como la medicina conductual desarrollan investigaciones bajo los criterios de la psicología basada en evidencia contribuyendo con tratamientos que mejoran la calidad de vida del paciente. La aportación del psicólogo que labora con pacientes oncológicos seguirá en aumento en la medida que continúe el desarrollo científico en esta área.

Palabras clave: Psicología basada en evidencia, científica, terapia cognitivo conductual, México.

▷ ABSTRACT

Psychology in its beginning, was characterized by subjectivity, was a branch of philosophy and its subject was the soul. Over time it acquired an empirical character based on the scientific method but it was the behavioral therapy that provided the first elements to promote the development of scientific psychology. Today, Cognitive Behavioral Therapy is the most important source of evidence and has demonstrated to be effective in mental illness by using evidence-based psychology whose aim is the implementation, review and promotion of validated psychological treatments. In order to advance scientific psychology it is necessary to make and use clinical guidelines, systematic reviews, meta-analysis and clinical trials according to the CONSORT criteria. In Oncology, disciplines such as cognitive medicine develop investigations under the criteria of evidence-based psychology, contributing with treatments that improve the quality of life of the patient. The contribution of the psychologist that works with oncological patients will grow as scientific development continues in this area.

Keywords: Evidence-based psychology, science, cognitive behavioral therapy, Mexico.

1Universidad Nacional Autónoma de México.

2Instituto Nacional de Cancerología. México.

3Universidad del Azuay. Ecuador.

Correspondencia: Jessica Mejía Castrejón. Residente de la Maestría en Medicina Conductual. Psicooncología. Av. San Fernando No. 22, Col. Sección XVI Delegación Tlalpan, 14080. México, D. F. Teléfono: 5628 0400. Correo electrónico: j.mejiacastrejon@gmail.com

▷ INTRODUCCIÓN

La palabra “psicología” proviene de dos voces griegas: *psique*, que significa alma o espíritu y *logos*, que significa estudio o tratado, entonces, etimológicamente psicología quiere decir estudio del alma. Durante mucho tiempo, la psicología fue una rama de la filosofía, cuyo objeto de estudio era el alma, pero a partir del renacimiento algunos filósofos encaminaron sus esfuerzos a convertirla en una ciencia empírica; es decir, basada en los hechos y elaborada a partir de ellos.¹

En su afán por adquirir un estatus científico, la psicología se apoyó en el método científico a través del experimento en el laboratorio. Su principal interés fue demostrar que los fenómenos mentales eran susceptibles de ser medidos sistemáticamente, fue así como la psicología científica se distanció de la llamada psicología filosófica. La nueva psicología quería obtener datos empíricos para fundamentar sus teorías, lo que condujo al trabajo en el laboratorio donde podía obtener medidas experimentales. Fue en el experimento donde encontró la mejor forma de recolectar datos y controlar, al máximo, los factores subjetivos y aquellas variables que podían interferir en los resultados. Así, la psicología estableció mayor rigor en el análisis y pudo variar sistemáticamente las condiciones experimentales y replicar sus experimentos, lo que le permitió la generalización de sus resultados y homologarla con otras ciencias. Se coloca así al nacimiento de la psicología como ciencia en 1879, año de la fundación del primer laboratorio de psicología experimental del mundo, fundado por Wundt en Leipzig. Este laboratorio tuvo reconocimiento institucional y contó con instrumentos similares a los utilizados por los laboratorios fisiológicos.²

Posteriormente, en 1912, John B. Watson declaró que la psicología tiene como objeto el estudio de la conducta. Por la misma época el neurólogo ruso Bechterev elaboró una psicología objetiva a partir de su teoría reflexológica y el fisiólogo ruso Pavlov construyó una teoría objetiva basada en reflejos condicionados (condicionamiento clásico). Alrededor de 1938 Skinner propuso una variante del condicionamiento descrito por Pavlov llamado condicionamiento operante.¹ Estos planteamientos formaron las bases de la terapia conductual, que de acuerdo a Yela,³ es el intento más ambicioso y tenaz en la historia de la psicología de construir un sistema científico estrictamente lógico y objetivo.

La terapia conductual comprende una variedad de técnicas específicas que emplean principios psicológicos (particularmente sobre aprendizaje) para tratar la conducta humana desadaptativa. Algunas de sus premisas básicas son:⁴

1. Se centra en la conducta desadaptativa, más que en alguna supuesta causa subyacente.
2. Asume que las conductas desadaptativas son aprendidas, igual que cualquier conducta.
3. Establece con precisión cómo el ambiente influye en las personas en términos de aprendizaje.
4. Implica la especificación claramente definida de los objetivos de tratamiento y el plazo para cumplirlos (regularmente a corto o mediano plazo).
5. El terapeuta conductual adapta su método de tratamiento al problema del paciente.
6. Asume que las técnicas de tratamiento han sido sometidas a verificaciones empíricas y se ha encontrado que son efectivas.

Posteriormente un nuevo grupo de terapeutas conductuales usó el concepto de cognición para denotar su aproximación a procedimientos de intervención, en los cuales se enfatiza la importancia de los procesos cognitivos (de pensamiento) como mediadores del cambio conductual. A este tipo de terapia se le conoce como terapia cognitivo-conductual (TCC) y se basa en distintos modelos conceptuales cuyo interés se centra en la modificación de las cogniciones del paciente y el uso de procedimientos derivados de la terapia conductual para suscitar el cambio.⁴

La TCC se ha convertido en un elemento clave para el desarrollo de la psicología científica, ya que por medio de varios principios busca especificar y guiar el actuar del psicólogo tanto en la investigación como en la clínica de una manera objetiva y clara.

▷ PSICOLOGÍA BASADA EN EVIDENCIA (PBE)

En esta última década ha aumentado el interés por demostrar la eficacia de los tratamientos psicológicos debido a la creciente demanda de los ciudadanos a los servicios de salud mental y a la alta prevalencia de trastornos mentales que generan gran deterioro social, personal, laboral y familiar conllevando sufrimiento tanto para el paciente como para quienes le rodean. Un ejemplo es el surgimiento de la PBE cuyo objetivo es la aplicación, estudio y difusión de tratamientos psicológicos que hayan sido sometidos a validación científica para apoyar decisiones clínicas.

Para determinar la eficacia de los tratamientos psicológicos en los trastornos mentales y establecer un directorio de terapias de eficacia probada, se creó la *Task Force on the Promotion and Dissemination of Psychological Procedure*, dirigida por Chambless y auspiciada por la *American Psychological Association* (APA). Según el Comité de Expertos de la APA, la eficacia de un tratamiento estaría avalada por tres criterios:^{5,6}

1. La existencia de dos o más estudios rigurosos, realizados por investigadores distintos, con diseños experimentales intergrupales de al menos 30 sujetos por grupo.
2. Contar con un manual que describa claramente el tratamiento.
3. Haberse probado en pacientes diagnosticados según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) o la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Y consideran que para que un tratamiento se incluya en las diferentes categorías de apoyo empírico, ha de cumplir las siguientes condiciones:^{5,6}

1. *Tratamiento bien establecido.* Al menos dos estudios con diseño de grupo llevados a cabo por investigadores diferentes deben haber demostrado la eficacia del tratamiento (el tratamiento psicológico es superior a otro tratamiento psicológico, al farmacológico o al placebo). Demostrar su eficacia mediante una amplia serie de estudios de caso único, que tengan buen diseño experimental y en los que se haya comparado la intervención dentro del modelo de caso único con el placebo, la intervención farmacológica o psicológica.
2. *Tratamiento probablemente eficaz.* Dos estudios han mostrado que el tratamiento es más eficaz que un grupo control en lista de espera. En dos estudios se cumplen los criterios de tratamiento bien establecido pero son llevados a cabo por un mismo investigador. Al menos dos estudios demuestran la efectividad del tratamiento pero muestran una gran heterogeneidad en las muestras de clientes. Se demuestra la eficacia usando la metodología de caso único pero la serie de estudios es de menos de tres.
3. *Tratamiento en fase experimental.* No cumplen los requisitos anteriores aunque existen bases experimentales prometedoras de que se pueden alcanzar los niveles de eficacia requeridos.

Por otro lado la PBE tiene varios principios:⁷

1. Las decisiones clínicas deben basarse en la mejor evidencia científica posible.
2. El problema clínico debe determinar el tipo de evidencia que ha de buscarse.
3. Identificar la mejor evidencia significa utilizar estrategias de razonamiento estadísticas, biomédicas y epidemiológicas.
4. Las conclusiones derivadas de identificar y evaluar críticamente la evidencia son útiles solo si se

usan en el manejo de pacientes o en la toma de decisiones sobre el cuidado de la salud.

5. El rendimiento de estas prácticas y decisiones basadas en la evidencia debe ser constantemente evaluado.

Otra parte fundamental de la PBE es el uso de guías clínicas es decir protocolos sistemáticos de intervención psicológica basados en la mejor evidencia disponible que ofrecen información sobre diagnóstico, tratamiento, resultados, recaídas, trastornos, objetivos de tratamiento que permiten controlar los resultados. Estas guías son imprescindibles tanto en la práctica clínica como en la investigación, para evitar el actuar de aquellos psicólogos que manejan técnicas de intervención tomadas de diferentes corrientes teóricas, o inventan las propias, generando variabilidad en el modo de proceder ante un mismo problema, provocando consecuencias negativas en la atención al paciente y aumentando el costo de los sistemas de salud frente a cuidados que no son efectivos, son inadecuados o incluso pueden provocar iatrogenia psicológica.⁷

Para que las guías clínicas puedan ser utilizadas en intervenciones psicológicas deberán:⁷

1. Especificar a qué población clínica está dirigida basándose en distintos criterios (prevalencia, posibilidades de prevención, variabilidad de la práctica, costos del tratamiento, etc.).
2. Identificar la evidencia disponible, evaluar su relevancia clínica y posibles sesgos para lo cual, existen grupos de colaboración que efectúan revisiones sistemáticas.
3. Organizar grupos de expertos de carácter multidisciplinar sobre el tema en cuestión con el objetivo de evitar sesgos en la evaluación de la evidencia disponible.
4. Valorar la viabilidad para extrapolar y generalizar la evidencia disponible a la población a la que está dirigida la guía clínica.
5. Actualizarse periódicamente.

Como parte del avance de la PBE, se promueve el desarrollo de ensayos clínicos controlados, aleatorizados de acuerdo a los criterios propuestos por la *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT) para mejorar la calidad de la publicación,⁸ así como la elaboración y uso de revisiones sistemáticas y meta-análisis, que constituyen un modo rápido y seguro de conocer las últimas evidencias y pruebas científicas sobre cualquier tema relacionado con la práctica profesional. Actualmente, éstas son las mejores herramientas para sintetizar las pruebas científicas

respecto a qué tratamientos, intervenciones o programas de prevención deberían aplicarse para un determinado problema psicológico.⁹

▷ HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN EN PSICOLOGÍA

Un elemento importante en el desarrollo científico de la psicología consiste en la medición de los fenómenos psicológicos, pues generalmente hay problemas para encontrar buenas medidas de resultados, ya que el área de psicología es más compleja y con parámetros menos objetivables que en el área de medicina, además las intervenciones psicológicas tienen fuentes de variación mayor que los ensayos clínicos con fármacos.⁷ Las herramientas de evaluación usadas en la TCC buscan recolectar datos que permitan identificar, precisar y medir aspectos pertinentes de los comportamientos valorados como problemáticos, esto con la finalidad de precisar la conducta, seleccionar el programa de tratamiento y determinar claramente si éste ha producido el cambio deseado. Estos instrumentos pueden ser directos, que son los que registran el comportamiento justo cuando se está produciendo o poco tiempo después de haberse producido, por ejemplo el automonitoreo, el autorreporte, medidas análogas, medidas fisiológicas (frecuencia cardíaca, temperatura periférica de la piel, variabilidad de la frecuencia cardíaca, conductancia de la piel, indicadores bioquímicos, etc.) o indirectos, que registran el comportamiento después de haberse emitido, como los inventarios, los cuestionarios y las listas de cotejo, los cuales deben estar bien diseñados, adaptados para la población a la que se va a evaluar, tener validez y confiabilidad. Además está la observación directa (se puede medir su topografía, frecuencia, duración, cantidad, intensidad, control del estímulo, latencia y calidad).^{10,11} En este sentido la TCC y áreas de la psicología como la medicina conductual buscan usar tanto instrumentos como observación directa, datos “duros” que puedan brindar evidencia empírica de la eficacia de sus intervenciones.

▷ PSICOLOGÍA Y CÁNCER

La relación entre la psicología y el cáncer es relativamente reciente; los primeros estudios psicológicos en relación al cáncer se dieron principalmente después de la segunda guerra mundial. Fue hasta la década de 1975 a 1985 que se dio a conocer la psicooncología en la mayoría de los países,¹² en México nace en 1980 y en 1987 se funda la Sociedad Mexicana de Psicooncología.^{13,14}

Actualmente, junto con la psicooncología, distintas disciplinas enmarcadas dentro de la ciencia cognitivo-conductual abordan la problemática oncológica,

por ejemplo la *psiconeuroendocrinoinmunología*, la psicología de la salud y la medicina conductual entre otras. Estas disciplinas hacen un esfuerzo importante por realizar investigaciones empíricas e intervenciones psicológicas basadas en evidencia, usando guías clínicas, métodos de evaluación objetivos o datos “duros” y experimentos en laboratorio y apegándose al código ético del psicólogo.

▷ EJEMPLOS DE INVESTIGACIÓN EN ONCOLOGÍA

Una muestra de una investigación experimental realizada en el campo de la psiconeuroendocrinoinmunología es el estudio de Thaker y colaboradores,¹⁵ quienes trataron de corroborar la hipótesis de que mediadores de estrés del sistema nervioso simpático (SNS) podrían influir en el comportamiento maligno de las células tumorales, independientemente de los efectos sobre el sistema inmunológico. Utilizaron un modelo ortotópico con ratones hembra atímicos (con edad entre 10 y 12 semanas) en el que inocularon células de cáncer de ovario en la cavidad peritoneal, siete días después de inducir estrés en todos los animales. El estrés se provocó experimentalmente con un sistema de inmovilización física periódica que generaba altos niveles de activación del eje HPA y SAM. Los ratones recibieron cero, dos o seis horas de inmovilización al día durante 21 días. Se encontró que el número de nódulos tumorales aumentaron un 259% en el grupo de dos horas ($p = 0.005$) y 356% en el grupo con seis horas de estrés ($p < 0.001$). El peso promedio del tumor aumentó 242% en el grupo de dos horas ($p = 0.01$) y 275% en el grupo de seis horas ($p = 0.005$). En todos los ratones control el crecimiento del tumor se limitó a la cavidad peritoneal, pero se difundió hacia el parénquima del hígado o del bazo en 50% de los ratones estresados ($p = 0.01$). El número y peso de nódulos tumorales no difirió entre los grupos con dos y seis horas de estrés.

En el caso de las investigaciones derivadas de la medicina conductual y de la psicología de la salud se presentan varios ejemplos de evidencia científica de calidad que se apegan a los principios antes mencionados, en este caso Cruces y colaboradores¹⁶ realizaron un estudio con mujeres con cáncer de mama en estadio I o II que fueron asignadas aleatoriamente a una intervención CC para manejo de estrés de 10 semanas ($n = 24$) realizada dentro de las ocho semanas después de una cirugía o a un grupo en lista de espera ($n = 10$). Los resultados indican una diferencia significativa de los niveles de cortisol (evaluado por medio de un radioinmunoensayo de muestras de sangre recolectados justo antes del inicio de la intervención y justo después de finalizar) después de la intervención entre el grupo CC (media = 4.66, DS = 2.08) y el grupo en lista de espera (media = 6.15, DS = 2.49), en comparación

con los niveles de cortisol al inicio de la intervención (CBSM: media = 6.14, DS = 3.12; control: media = 6.68, DS = 3.44). Estos resultados sugieren que el empleo de la intervención durante cierto tiempo, puede influenciar en los parámetros fisiológicos como el cortisol en mujeres en estadio temprano de cáncer de mama.

Otro ejemplo de una investigación rigurosa realizada en el campo de la medicina conductual es la de Carlson y Garland¹⁷ quienes realizaron un estudio para examinar el efecto del programa *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) de 90 minutos por ocho semanas en la calidad del sueño, síntomas de estrés, humor y fatiga en una muestra heterogénea de 63 pacientes con cáncer. Se encontró un cambio significativo en la calidad del sueño global después de la intervención ($p < 0.001$) y en todas las sub-escalas (calidad subjetiva del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia del sueño, alteraciones de sueño, uso de medicación para dormir, disfunción diurna) del índice de calidad del sueño de Pittsburg ($p < 0.05$), hubo una reducción en casi todos los síntomas de estrés ($p < 0.001$) y en todas las sub-escalas (manifestaciones periféricas, neurológico centrales, gastrointestinales, de tensión muscular, patrones habituales, depresión, ansiedad/miedo, irritabilidad emocional, desorganización cognitiva) del inventario de síntomas de estrés ($p < 0.05$), hubo reducción estadísticamente significativa de la perturbación en el estado de ánimo ($p < 0.001$), lo que indica que el programa produce efectos positivos en la calidad de sueño, síntomas de estrés, perturbación de estado de ánimo y niveles de fatiga.

Una muestra más, consiste en la intervención en pacientes con tumores sólidos acudiendo a primera línea de tratamiento ($n = 237$); estos fueron reclutados, entrevistados y asignados aleatoriamente a la intervención experimental CC para reducir severidad de los síntomas ($n = 118$) o al cuidado convencional ($n = 119$). Los pacientes en el grupo experimental con alta severidad de los síntomas (medido por un índice de severidad de síntomas basado en una suma de puntuaciones de severidad de 15 síntomas) reportó reducción significativa de la severidad a las 10 y 20 semanas.¹⁸ Por último, Brotto y colaboradores,¹⁹ en una intervención de tres sesiones (de una hora) realizada con 22 mujeres (con cáncer cervical o endometrial en remisión y con histerectomía previa) que incluía psicoeducación, modificación de creencias sexuales cognitivas poco adaptativas, imagen corporal, dificultades sexuales derivadas del tratamiento, videos y lecturas sobre la técnica y los síntomas de disfunción de excitación sexual en mujeres, *mindfulness*, ejercicios para casa y discusiones sobre intimidad y relación de pareja obtuvieron

como resultado aumento en el deseo sexual, la excitación y la satisfacción de orgasmos; mejora en la calidad de vida, disminución del estrés sexual, de la depresión; y una tendencia a mejorar significativamente la excitación genital fisiológica (medida con un registro psicofisiológico de la amplitud del pulso de la vagina por medio de un pletismógrafo vaginal) y la excitación genital percibida.

De acuerdo con la guía de tratamientos psicológicos eficaces en cáncer desarrollada por Font-Guiteras²⁰ que toma en cuenta el rigor metodológico de las investigaciones revisadas, concluye que las técnicas conductuales de tipo educativo-informativas, individuales y de grupo son las que demuestran un mayor efecto generando aumento de conocimiento de la enfermedad, conductas de autocuidado, ajuste a la enfermedad, calidad de vida y sobrevida. Además provocan mejorías funcionales, de estados afectivos, del afrontamiento al tratamiento, del control de síntomas, estado afectivo, calidad de vida y estado inmunitario. Asimismo disminuyen ansiedad, depresión, tensión, cansancio, confusión, dolor, miedo, indefensión, fatalismo, conductas fóbicas, problemas relacionados con el tratamiento, molestias somáticas, pensamientos intrusivos, síntomas físicos, *distress* y síntomas psicológicos. De acuerdo a Burish,²¹ la ciencia conductual y psicosocial tiene el potencial de contribuir a la eficacia general para reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

► CONCLUSIONES

Podemos mencionar que la reciente aplicación de la psicología al tratamiento de pacientes oncológicos, los constantes avances en cuanto a los tratamientos y la necesidad de mejora de los puntos que se mencionaron previamente aumentan quehacer del psicólogo en oncología, por lo cual es responsabilidad de los psicólogos que laboramos en el ámbito clínico con pacientes oncológicos mejorar varios aspectos.

Un primer punto es la actualización constante del psicólogo, es nuestra responsabilidad estar al pendiente de las publicaciones más recientes en revistas de divulgación científica serias, saber hacer lectura crítica de las revisiones sistemáticas, meta-análisis y de otros tipos de estudios que aportan evidencias sobre el trabajo que realiza el psicólogo.²²

Es importante generar posibilidades de investigación, pues es poca la investigación psicológica que se realiza en oncología, por ejemplo, un artículo de Piña²³ presenta una revisión de la psicología de la salud en México en el periodo 2000-2004. El autor estudió revistas en español que contaran con registro ISSN y que estuvieran

indizadas en al menos una base de datos y encontró que de los 81 trabajos publicados sólo siete fueron sobre cáncer.

Es trascendental tomar en cuenta la calidad de las investigaciones, evitando errores metodológicos como el uso de instrumentos inadecuados para evaluar resultados, hacer una adecuada aleatorización de pacientes a las condiciones clínicas, insuficiencia de datos en artículos científicos, discrepancia entre lo prescrito en el diseño y los procedimientos clínicos aplicados, sesgos del investigador, efectos de acarreo, número inadecuado de pacientes, grupos no equivalentes, mala elección del diseño de investigación o de los análisis estadísticos, grupos no equivalentes, efectos de artefactos, etc.

La investigación deberá ser de calidad y apegarse a los parámetros científicos, contar con un estricto control metodológico, un buen uso de los instrumentos de medición, un claro diseño de intervención, una cuidadosa selección de la muestra, y un preciso análisis de los resultados. Deberá observar los principios de la PBE y publicarse en la medida de lo posible de acuerdo a los criterios propuestos por CONSORT.

Es indispensable el uso de guías clínicas (como las promovidas por la *Task Force on the Promotion and Dissemination of Psychological Procedure*) o manuales de tratamiento psicológico que han demostrado empíricamente su eficacia en la práctica clínica. Pasar por alto la elaboración de manuales de las técnicas psicológicas usadas en las investigaciones puede ser una falta ética importante pues deja abierta la puerta a intervenciones pseudocientíficas o invalidas.

Por último y no por ello menos importante es el apego al Código Ético de la APA y el Código Deontológico del Psicólogo. Se insta a todo psicólogo serio a promover la actualización y la certificación profesional ya que a diferencia de otras disciplinas, el psicólogo no requiere para su ejercicio la certificación de la calidad de sus conocimientos, habilidades y competencias lo que pone en riesgo la calidad de la profesión.

▷ REFERENCIAS

1. Velázquez JM. Curso elemental de psicología. México: Compañía General de Ediciones; 2001.
2. Sáiz M. Historia de la psicología. España: Editorial UOC; 2009.
3. Yela M. La evolución del conductismo. *Psicothema* 1996;8:165-186.
4. Reynoso L, Seligson I. Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual. México: El Manual Moderno; 2005.
5. Vera-Villaroel PE. Estrategias de intervención en psicología clínica: las intervenciones apoyadas en la evidencia. *Liberabit* 2006;10:4-10.
6. Vázquez C, Nieto M. Psicología (clínica) basada en la evidencia (PBE): Una revisión conceptual y metodológica. En JL Romero, Directores. *Psicópolis: paradigmas actuales y alternativas en la psicología contemporánea*. Barcelona: Kairos, 2003;pp:2-24.
7. Moher D, Schulz KF, Altman D. La declaración CONSORT: Recomendaciones revisadas para mejorar la calidad de los informes de ensayos aleatorizados de grupos parelos. *Revista de Sanidad Militar* 2006;56:23-28.
8. Sánchez-Meca J, Botella J. Revisiones sistemáticas y Meta-análisis: Herramientas para la práctica profesional. *Papeles del Psicólogo* 2010;31:7-17.
9. Landa P. El proceso de evaluación conductual: documento inédito de cierre de la unidad II de Psicología Clínica Teórica II, México: FES Iztacala; 2006.
10. Martin G, Pear J. Modificación de conducta; qué es y cómo aplicarla. Madrid: Prentice Hall; 1999.
11. Die trill M. Psicooncología. Madrid: ADES ediciones; 2003.
12. Alvarado S. Psicooncología en México; perspectiva histórica. *Gamo* 2004;3:82-85.
13. Alvarado S. El psicólogo y su contribución en oncología. *Gamo* 2008;7:27-28.
14. Carles MJ. Eficacia de la terapia y modificación de conducta: Una psicología basada en la evidencia. *Rev Asoc Prof Ter Modif Conducta* 2002;1.
15. Thaker PH, Han LY, Kamat AA, et al. Chronic stress promotes tumor growth and angiogenesis in a mouse model of ovarian carcinoma. *Nat Med* 2006;12:939-944.
16. Crues DG, Antoni MH, McGregor BA, et al. Cognitive-behavioral stress management reduces serum cortisol by enhancing benefit finding among women being treated for early stage breast cancer. *Psychosomatic Med* 2000;62:304-308.
17. Carlson LE, Garland S. Impact of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on sleep, mood, stress and fatigue symptoms in cancer outpatients. *Int J Behavioral Med* 2005;12:278-285.
18. Given C, Given B, Rahbar M, Jeon S, et al. Effect of a cognitive behavioral intervention on reducing symptom severity during chemotherapy. *J Clin Oncol* 2004;22:507-516.
19. Brotto LA, Heiman J, Goff B, et al. A Psychoeducational intervention for sexual dysfunction in women with gynecologic cancer. *Clin Case Report Series* 2008;37:317-329.
20. Font-Guiteras A. Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el cáncer. En: Pérez M, Fernández J, Amigo I, Eds. *Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces II*. Madrid: Ediciones Pirámide, 2009;pp:57-86.
21. Burish TG. The role of behavioral and psychosocial science in reducing cancer morbidity and mortality. *Oncologist* 2000;5:263-266.
22. Llobell JP, Frías MD, Monterde H. Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo* 2004;87:1-8.
23. Piña JA. Psicología de la salud en México en el periodo 2000-2004: Análisis, investigación y difusión. *Psicología y Salud* 2005;15:157-168.