



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**EFICACIA DEL TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA
EL TRASTORNO DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS
ONCOLÓGICOS**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

AUTOR: DAYRA JANELA VEGA ROMERO

DIRECTOR: MÓNICA DEL CARMEN TAMAYO PIEDRA

CUENCA - ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLL



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**EFICACIA DEL TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA
EL TRASTORNO DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS
ONCOLÓGICOS**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICÓLOGÍA CLÍNICA**

AUTOR: DAYRA JANELA VEGA ROMERO

DIRECTOR: MÓNICA DEL CARMEN TAMAYO PIEDRA

CUENCA – ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Dayra Janela Vega Romero portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **1104916141**. Declaro ser el autor de la obra: **“Eficacia del tratamiento cognitivo conductual para el trastorno de la depresión en pacientes adultos oncológicos”** sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **12 de febrero de 2025**

F:

Dayra Janela Vega Romero

C.I. 1104916141

Cuenca, 06 de febrero de 2025

CERTIFICACIÓN

Yo **Mónica del Carmen Tamayo Piedra**, con cédula de identidad N° 0101951200 en calidad de directora del Trabajo de Titulación con el tema: **“EFICACIA DEL TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL TRASTORNO DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS ONCOLÓGICOS”**, certifico que el presente trabajo fue desarrollado por Dayra Janela Vega Romero, bajo mi supervisión.

Atentamente:



Dra. Mónica del Carmen Tamayo Piedra
DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Agradecimientos

Con el corazón lleno de alegría y nostalgia, elevo mi primer agradecimiento a Dios, quien ha guiado cada uno de mis pasos y me ha dado la fuerza para llegar hasta aquí. Sin su amor y providencia, este momento no sería posible.

A mis amados padres, Amparito y Marco, no existen palabras suficientes para expresar mi gratitud. Gracias por construirme unas alas fuertes y firmes, aquellas que me han permitido volar y vivir mis sueños en una ciudad lejana a la nuestra. Su apoyo incondicional y la formación en valores que me han sido la base sobre la que se edifica mi vida. Eternas gracias por enseñarme que la distancia nunca será un obstáculo cuando el amor y los principios son el cimiento de todo.

A Alfredo, gracias por tu compañía y apoyo en este proceso, eso se lleva en el corazón.

A mi querido Rector de la Universidad Católica de Cuenca, Dr. Enrique Pozo, le expreso mi más sincero agradecimiento por su confianza y apertura, que me han permitido estudiar y crecer en el servicio a nuestra Universidad, a la cual guardo un cariño y gratitud inmenso. También agradezco a nuestra Vicerrectora Académica, Dra. Vanessa Bermeo, por su apoyo y respaldo en mi formación.

Un reconocimiento especial a mi directora de tesis, Dra. Mónica Tamayo, por su dedicación y guía sabia, no solo en este proyecto, sino a lo largo de mi trayectoria académica y personal. Su acompañamiento en momentos de triunfo y sobre todo en los difíciles, su paciencia y compromiso han sido pilares en mi crecimiento. Más que una mentora, ha sido una de las primeras y mejores amigas que esta hermosa profesión me ha dado, y por ello le guardo un profundo cariño, gratitud y admiración.

A las autoridades de mi facultad, Dra. Ivonne Carpio, Dr. Galo Bravo y Dr. Juan Pablo Mazón, así como a mis queridos docentes, gracias por cada enseñanza, palabra de aliento y por los conocimientos otorgados que hoy me permite dar este gran paso. Su labor ha sido mi inspiración para servir con pasión y seguir aprendiendo cada día más. De manera muy especial, agradezco

a la Dra. Elizabeth León por su enseñanza y calidez humana, con quien pude conectar en los momentos imprescindibles

A mis compañeros de carrera y ahora entrañables amigos, Diana, Keiner y Priscila, gracias por compartir conmigo este camino, por los momentos de aprendizaje y por los recuerdos que hoy atesoro con cariño. A mi querida amiga, Hna. Nancy, por su constante preocupación y apoyo invaluable, siempre presente, incluso en la distancia.

A la Dra. Elisabeth Ríos, a quien conocí al final de mi carrera y cuya generosidad y sabiduría han sido un regalo. Gracias por escucharme, aconsejarme y abrirme las puertas de su hogar en momentos clave, brindándome un espacio de acogida y amistad sincera.

Finalmente, a todas aquellas personas que han sido "personas vitamina" en mi vida, aquellas que han sumado luz y alegría, que han estado en los días felices y en los días difíciles, a quienes creyeron en mí y apoyaron mis sueños: gracias.

Sé que hay muchas más personas a quienes quisiera nombrar, pero sería imposible mencionarlas a todas. A cada una de ellas, les guardo un lugar especial en mi corazón con gratitud.

Este logro no es solo mío, sino de todos ustedes. Gracias por ser parte de mi historia y de mi vocación.

Dedicatoria

Dedico esta tesis con todo mi amor y gratitud a mis queridos padres. A mi padre, Marco, por ser un hombre noble, trabajador, honrado, responsable y cariñoso, cuyo ejemplo ha sido una guía inquebrantable en mi vida. Y de manera muy especial, a mi madre, Amparito, mi inspiración, quien me enseñó el verdadero significado de la valentía y la resiliencia.

A mi madre, a ella, con quien compartí una realidad que hasta el año 2019 desconocíamos: su experiencia como paciente oncológica. A su lado comprendí la importancia del acompañamiento emocional en los procesos de enfermedad y el impacto que tiene en la vida de quienes atraviesan esta realidad.

Dedico esta tesis a todos los pacientes oncológicos, a sus familias, al personal de salud y a los cuidadores que los acompañan con dedicación y cariño. De manera especial, expreso mi reconocimiento a SOLCA y al IESS, así como a los médicos Dra. Gina Ludeña y Dr. Hernán Garrido. También agradezco a FASEC – Cuenca, representada por la Dra. Sofía Venegas y la Dra. Anita Vélez, instituciones y profesionales que he tenido el privilegio de conocer de cerca y cuya labor en el ámbito de la salud integral es invaluable.

Esta investigación surge del convencimiento de que la salud mental es un pilar fundamental en la atención médica y que su integración puede transformar la manera en que las personas viven y afrontan su diagnóstico.

Dedico esta tesis también a mi yo de 2021, aquella joven que decidió empacar sus sueños en una maleta y salir por primera vez de su hogar hacia un destino desconocido, sin recursos económicos y con una madre en tratamiento oncológico. A ella, porque no se detuvo, porque se aferró a una meta y convirtió cada ciclo académico en una oportunidad de crecimiento. No fue solo estudiante, sino que participó activamente en proyectos de su carrera, recorrió cada laboratorio del CIITT de nuestra Universidad, y en una tierra distante logró ser presidenta de una carrera que la apasiona. A ella, a la pequeña pero valiente Day, que con determinación sigue construyendo su futuro, cuidando cada paso en su presente.

Esta tesis es un testimonio de resiliencia, servicio, amor y esperanza.

Con todo mi corazón,

Dayra

Resumen

Introducción: La terapia cognitivo-conductual (TCC) es una de las técnicas más utilizadas para tratar la sintomatología depresiva en personas con diagnóstico oncológico. Este grupo presenta una alta incidencia de trastornos psicológicos debido al impacto físico y emocional de la enfermedad y los tratamientos iatrogénicos. Este artículo debate sobre la TCC en oncología, enfocándose en intervenciones de segunda y tercera generación, con especial énfasis en la reducción de los síntomas depresivos. **Objetivo:** Analizar la efectividad comparativa entre terapias de segunda generación (centradas en la modificación de pensamientos disfuncionales) y tratamientos psicológicos de tercera ola (orientados al reconocimiento y adaptabilidad de procesos cognitivos específicos). **Metodología:** Se realizó una revisión bibliográfica y un análisis cualitativo de estudios de tipo Ensayo Clínico Aleatorizado (ECA) y revisiones sistemáticas. La búsqueda abarcó estudios publicados entre 2014 y 2024 en bases de datos relevantes, seleccionando aquellos que evaluaban la TCC en pacientes oncológicos con síntomas depresivos. **Resultados:** Los estudios muestran que tanto la TCC de segunda como la de tercera generación son efectivas para reducir la sintomatología depresiva. Sin embargo, las terapias de tercera generación, como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT), tienen ventajas a largo plazo en el bienestar general y la adaptación emocional de los pacientes. **Conclusión:** Ambas generaciones de TCC son eficaces, pero las terapias de tercera generación destacan por sus beneficios duraderos. Se recomienda personalizar las intervenciones y realizar más estudios con diseños robustos

Palabras clave: Terapia cognitivo-conductual, cáncer, depresión, terapia de aceptación y compromiso, terapia basada en mindfulness.

Abstract

Introduction: Cognitive-behavioral therapy (CBT) is one of the most used techniques to treat depressive symptoms in people with an oncological diagnosis. This group has a high incidence of psychological disorders due to the physical and emotional impact of the disease and iatrogenic treatments. This article discusses CBT in oncology, focusing on second and third-generation interventions emphasizing reducing depressive symptoms. **Objective:** To analyze the comparative effectiveness between second-generation therapies (focused on modifying dysfunctional thoughts) and third-generation psychological treatments (oriented towards the recognition and adaptability of specific cognitive processes). **Methodology:** A literature review and qualitative analysis of Randomized Clinical Trial (RCT) type studies and systematic reviews were conducted. The search covered studies published between 2014 and 2024 in relevant databases, selecting those that evaluated CBT in cancer patients with depressive symptoms. **Results:** Studies show that both second and third-generation CBT are effective in reducing depressive symptoms. However, third-generation therapies, such as Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), have long-term advantages in patients' general wellness and emotional adjustment. **Conclusion:** Both generations of CBT are effective, but third-generation therapies stand out for their long-lasting benefits. It is recommended to personalize interventions and develop more studies with robust designs

Keywords: Cognitive-behavioral therapy, cancer, depression, acceptance and commitment therapy, mindfulness-based therapy

Contenido

Introducción	11
Conceptualización de las variables de estudio	11
Terapia Cognitivo Conductual	11
Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness.....	12
Características clínicas del paciente oncológico con depresión	15
Depresión en Pacientes Oncológicos	17
Planteamiento del Problema.....	18
Pregunta de investigación.....	20
Justificación.....	20
Objetivos	21
Objetivo General	21
Materiales y métodos	22
Diseño de Investigación	22
Estrategias de búsqueda.....	22
Criterios de selección	22
Extracción de datos	23
Análisis de datos.....	24
Desarrollo.....	25
Conclusiones	40
Referencias	41

Introducción

Conceptualización de las variables de estudio

Terapia Cognitivo Conductual

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es un abordaje psicoterapéutico derivado de los postulados cognitivos de Beck (1967) y ha evolucionado a lo largo de distintas generaciones dentro del campo del cognitivismo. En este trabajo se abordarán las terapias de segunda generación, centradas en la identificación y modificación de pensamientos disfuncionales, y las terapias de tercera generación enfocadas en técnicas como la aceptación y compromiso (Dobson, 2009; Ruíz, 2012; Segal, 2013) estas generaciones representan un conjunto de intervenciones específicas dentro del amplio espectro de la TCC, en los desarrollos más recientes de este enfoque, se enfatiza la relación de las personas con sus pensamientos y los significados que les atribuyen, utilizando técnicas como la aceptación, la flexibilidad cognitiva y el distanciamiento de pensamientos y sentimientos desagradables (Hayes, 2011; Twohig, 2020). Para este trabajo se comparará las terapias cognitivas o de segunda generación y las terapias contextuales o de tercera generación.

En este sentido, Chang (2023) postula que la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) se basa en un modelo teórico que afirma que la percepción humana de los eventos de la vida determina cómo se sienten, cómo se comportan y la respuesta fisiológica de los individuos; este modelo aborda tres áreas principales: a) pensamientos automáticos, definidos como interpretaciones inmediatas e inconscientes de eventos, reflejados en emociones y comportamientos, b) distorsiones cognitivas y creencias subyacentes, entendidas como falacias lógicas que incluyen patrones como el pensamiento dicotómico, la generalización, la minimización y la catastrofización, y c) creencias subyacentes conceptualizadas como aquellos esquemas cognitivos derivados de experiencias pasadas, que se dividen en creencias centrales (ideas fundamentales sobre uno mismo y el mundo) y creencias intermedias que consisten en supuestos, actitudes y reglas influenciadas por las creencias centrales.

Esto es lo que Beck (2022) argumenta, que realmente no es la situación en sí, sino cómo uno la interpreta en relación con las propias emociones. Los comportamientos son desencadenados por pensamientos automáticos que surgen de creencias centrales que se desarrollaron a lo largo de la vida, que se estructuran desde la infancia, estas creencias centrales, a menudo inconscientes, generan creencias de nivel medio, que luego se traducen en supuestos y actitudes.

La terapia cognitivo-conductual se centra en identificar estos pensamientos automáticos y alterar creencias disfuncionales para mejorar el bienestar emocional y conductual. En cuanto a la organización de las sesiones, el mismo autor menciona la relación terapéutica como un elemento clave para desarrollar confianza y empatía con el paciente. Al mismo tiempo, este enlace influiría positivamente en los resultados y encuentros futuros del tratamiento. En torno a esto, la relación terapéutica solo podría ser construida a través de habilidades de orientación, desarrollo conjunto de planes de tratamiento, toma de decisiones conjuntas, retroalimentación continua y cambios en el estilo terapéutico basado en esta retroalimentación.

Igualmente, Beck (2022) expone que las actividades específicas que el terapeuta puede asignar al cliente fuera de sesiones tienen un papel importante para fortalecer los aprendizajes obtenidos dentro del contexto terapéutico con el fin último de cambiar su comportamiento. En cuanto a la organización del tratamiento, implica dividir las sesiones en tres componentes básicos. El primero restablece la relación terapéutica y definición de la agenda; el segundo aborda problemas y enseña habilidades cognitivas y conductuales; mientras que el tercer componente establece responsabilidades y resume lo más importante. Una técnica clave en TCC es cuestionar las ideas irrelevantes mediante experimentos conductuales. El desarrollo de nuevas habilidades por parte de los pacientes y el examen de pensamiento disfuncional son el objetivo de las actividades asignadas, en este sentido, se examinarán estas tareas en la próxima sesión para asegurarse de que sean efectivas y cumplan con los objetivos terapéuticos.

Al tratar el cáncer, estas variables cobran una relevancia de peso, sin embargo, aunque existen métodos farmacológicos dirigidas al manejo del dolor, estas no abordan completamente los problemas complejos que tienen los pacientes oncológicos como la menopausia prematura o un cuadro del cuerpo distorsionado, fatiga o depresión (Li, 2022). La TCC ha sido adoptada como una forma recurrente de tratamiento para la sintomatología depresiva en pacientes con cáncer debido a su eficacia en cambiar patrones conductuales no-adaptativos (Kilkus, 2022).

Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness

La Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) es un enfoque clínico de grupo y de duración restringida, cuyo objetivo principal es disminuir la recaída de la depresión. Es una de las múltiples Intervenciones Basadas en Mindfulness (MBI) que tienen un fuerte componente psicoeducativo y se utilizan extensamente como terapia adicional para afecciones médicas y psicológicas primarias, tales como el estrés, la depresión, el cáncer y los trastornos relacionados con el consumo de sustancias (Lewis, 2016). Estas acciones se fundamentan en la

idea de que el uso activo de técnicas derivadas en gran parte de las tradiciones de meditación disminuye la reacción a los factores de estrés internos y externos negativos y promueve el balance psicológico positivo (Hofmann, 2017).

Mediante algunas técnicas esenciales, se pretende prevenir la reactivación de la depresión. Los participantes son primero entrenados en cómo reconocer y prevenir la recurrencia de patrones de pensamiento negativos, permitiéndole a la persona desarrollar esta habilidad de empezar a soltar esos pensamientos. Woods (2019) menciona que un objetivo de la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT) es evitar la recaída de la depresión en el paciente debido a pensamientos de rumiación.

Un punto igualmente importante en MBCT Según Woods (2019), es localizar el origen de los pensamientos automáticos. Los participantes aprenden el ciclo de pensamientos que suelen predisponer y mantener la depresión y como evitar esos pensamientos recurrentes automáticos, para así disminuir las probabilidades de recaídas depresivas. Este punto abarca el concepto básico del enfoque, el cual es, que el paciente pueda aceptar los fenómenos y sus ideas tal como son con el caer del sobre pensar. En este caso, los asistentes son acompañados en el ejercicio de dejar fluir libremente sus ideas sin estancarse en ninguna, esto ayuda al fomento de la auto amabilidad y la autocompasión. Por lo tanto, una medida de este tipo ayuda a mitigar el problema de la autocrítica (esencial característica en la depresión). De una forma particular, la MBCT intenta reemplazar la apatía con el interés del individuo por su propio *fluir*. Por lo tanto, se les anima a ejercer su juicio y adaptarse al entorno en el que se encuentran en lugar de cumplir de manera rígida con las instrucciones del programa.

En MBCT, el aprendizaje es experiencial lo que significa que las barreras en la práctica no son más que oportunidades para el desarrollo. Por lo tanto, este tipo de programa proporciona un entrenamiento completo sobre cómo interpretar los desafíos como una parte integral de la actividad de aprendizaje que fomenta una mejor resiliencia para aquellos que gusten de participar en él. Finalmente, el MBCT muestra cómo los pensamientos negativos asociados con la depresión pueden ser respondidos sabiamente, como explicando que ser negativo no es raro ni automáticamente significa estar abatido. El objetivo principal del MBCT es entrenar en la detección de pensamientos sin el uso de etiquetas, lo que ayuda en la reducción del dolor y las reacciones automáticas que mantienen la depresión y mejora la paz mental y la estabilidad emocional.

El enfoque de MBCT implica ocho encuentros cuya finalidad es reducir posibilidades

de una nueva explosión depresiva mediante la incorporación de la técnica de mindfulness en la cotidianidad de las personas. Generalmente, Salmon (2024) organiza los temas para cada una de las sesiones de la siguiente manera:

El uso de la meditación y técnicas como el “body scan” o saborear una uva pasa son prácticas que se dan en la primera sesión titulada como “conciencia y piloto automático”, en la cual se enseñará a los asistentes cómo practicar la meditación plena. El objetivo de ello es abandonar el automatismo y volver a tomar conciencia durante el desarrollo de actividades cotidianas, contribuyendo así a ser más activos en la vida diaria. La segunda sesión llamada “viviendo en nuestras cabezas”, se enfoca en cómo los participantes de este tipo de terapia deben abordar ruidos mentales que solo distraen y les hacen perder el tiempo. También, se les invita a escribir actividades placenteras, redirigiendo y alejando la atención de los participantes de lo no deseado asociado mayormente con la depresión.

Las sesiones son descritas por los instructores y debidamente analizadas por los asistentes. En la tercera sesión llamada “reuniendo la mente dispersa”, se abordan técnicas sensoriales y la práctica del 3MBS (respiración de tres minutos) para el control del pensamiento negativo y la conciencia del momento presente. Estas alternativas permiten a los participantes recuperar la atención y mejorar el enfoque mental. En la cuarta sesión titulada “reconociendo la aversión”, los sujetos se entrenan en la detección de las emociones complejas hacia las cuales se experimenta un deseo de evitar algo, como el enfado o el miedo, pero no se permite actuar. También se presenta el caminar con atención como complemento en el tratamiento de costumbres obsesivas y la regulación de emociones complejas.

La quinta sesión llamada “permitir/dejar ser” trata sobre estar presente en la manera en la que se experimenta el ahora, incluso si el presente es incómodo. A los participantes se les instruye en la práctica de la meditación para permitirles aceptar que cualquier idea que se les pueda pasar por la mente no posee error y no debe ser negada su existencia. En la sesión seis titulada “relacionarse de manera diferente con los pensamientos”, se realiza una técnica llamada “descentramiento” que consiste en observar pensamientos sin identificarse con ellos. También, en cómo se podría incorporar la meditación en la rutina diaria de los practicantes de modo que empiecen a aprender a comportarse de esta forma en su vida cotidiana.

En la séptima sesión nombrada “¿cómo puedo cuidarme mejor?”, el enfoque será lograr que los participantes reconozcan y planifiquen actividades que les brinden felicidad y que logren crear estrategias personales para el avance de estados de ánimo negativos. En este

contexto, el uso habitual de 3MBS como un recurso o técnica de posterior aprendizaje favorece a las personas a cambiar hábitos que tomen parte de su vida cotidiana. Finalmente, en la octava sesión llamada “mantener y extender el nuevo aprendizaje”, los asistentes reflexionan acerca de su aprendizaje y se les incentiva a seguir fomentando la aplicación del mindfulness en su cotidianidad. Para respaldar su práctica constante, se les proporciona un libro y un pequeño recuerdo, con el objetivo de consolidar su dedicación al mindfulness a largo plazo.

Características clínicas del paciente oncológico con depresión

Los pacientes oncológicos con depresión presentan características clínicas específicas que difieren en algunos aspectos de los pacientes que sufren depresión sin un diagnóstico de cáncer, en este sentido, Rodríguez (2015) indica que estos pacientes a nivel psicológico suelen experimentar un malestar emocional relacionado tanto con el diagnóstico de la enfermedad como con los efectos secundarios de los tratamientos oncológicos (Battat, 2024).

Entre los síntomas más frecuentes en personas con diagnóstico de cáncer y que además presentan sintomatología depresiva, se destacan aspectos emocionales, cognitivos, somáticos y conductuales. Estos aspectos pueden manifestarse en episodios de tristeza profunda que los pacientes pueden experimentar relacionada con el miedo al pronóstico, a las modificaciones en el estilo de vida y la incertidumbre sobre el futuro. Otra variante que puede manifestarse en la anhedonia, intensificada por las limitaciones físicas de la enfermedad. Además, es común la irritabilidad y ansiedad, especialmente cuando el cáncer requiere tratamientos intensivos como quimioterapia o radioterapia (Chen, 2024).

A nivel cognitivo, los pacientes pueden enfrentar dificultades de concentración y toma de decisiones, además de experimentar ralentización mental, una sensación de sobrecarga y falta de energía, así como problemas de memoria, que pueden confundirse con las reacciones colaterales a las intervenciones (Shalata, 2024). En cuanto a la sintomatología somática, la fatiga extrema es un síntoma tanto de la depresión como de la enfermedad oncológica, dificultando las actividades diarias. También son frecuentes alteraciones del sueño, como insomnio o hipersomnio, causadas tanto por la ansiedad como por los efectos secundarios del tratamiento. La pérdida o aumento del apetito, derivada tanto de la depresión como de la enfermedad o la medicación, puede llevar a una alteración del peso corporal (Smith, 2015).

Además, los pacientes pueden experimentar dolor generalizado, que se ve intensificado por la depresión, aumentando la percepción del malestar. En el ámbito conductual, es común el retiro social, ya que los pacientes deprimidos tienden a evitar el contacto social debido a la

tristeza, fatiga o la sensación de ser una carga para sus seres queridos. También se observa desinterés por el autocuidado, lo que puede reflejarse en la falta de preocupación por la higiene personal y otras actividades relacionadas con el cuidado. En casos graves, algunos pacientes pueden experimentar pensamientos suicidas o incluso intentar suicidarse, especialmente si no reciben un tratamiento adecuado para la depresión (Hassan, 2022).

Por otra parte, en el estudio realizado por Siegel (2018), en colaboración con la American Cancer Society en Estados Unidos se identificaron varias características clínicas en pacientes con cáncer, destacándose la prevalencia de cáncer de mama, gastrointestinal, linfoma, genitourinario, de pulmón y cervical, por otra parte, Bray (2018) basándose en las estimaciones estadísticas de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) destacó que las principales causas de mortalidad por cáncer fueron el cáncer colorrectal, de estómago e hígado, otro estudio relevante en esta línea argumentativa es el realizado por Torre (2015) que basándose en datos del Observatorio Global del Cáncer (GCO) expuso que en países menos desarrollados el cáncer es a menudo detectado en estadios avanzados (III y IV) de la enfermedad, lo que sugiere un pronóstico menos favorable.

El dolor moderado a severo fue común entre los pacientes, reflejando la naturaleza avanzada de sus enfermedades y la necesidad de un manejo efectivo del dolor (van den Beuken, 2016 y Greco, 2014). Aunque la quimioterapia es el tratamiento que comúnmente se asocia al cáncer, esta no es la única forma de terapia adyuvante disponible para los pacientes con cáncer. Las terapias adyuvantes pueden incluir quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal, terapia dirigida e inmunoterapia, se utilizan para eliminar la enfermedad residual mínima y prevenir recurrencias tempranas y metástasis. La elección de la terapia adyuvante adecuada depende del tipo de cáncer, su estadio y las características individuales del paciente (Knaul, 2018).

Según Miller (2019) existen en los pacientes oncológicos comorbilidades como diabetes mellitus, hipertensión y HIV/SIDA, que complican el manejo del cáncer y la tolerancia al tratamiento, anudado a esto, Wang (2022) expone que el paciente con cáncer puede enfrentar retos en la dimensión psicosocial en su cotidianidad, estos retos van desde una percepción de minusvalía de sí mismo, afecciones en el autoestima, imagen corporal y autoevaluación debido a las alteraciones corporales y emocionales derivadas del diagnóstico oncológico, sentimientos de soledad, aislamiento o estigma relacionado con la enfermedad, miedo a la recurrencia (temor a que el cáncer regrese o progrese), problemas financieros y de acceso a la atención médica, angustia emocional significativa (Tack, 2022)

Por todo lo mencionado, Se resalta la relevancia de una mirada multidisciplinaria en el abordaje de los cuadros clínicos oncológicos, abordando tanto la enfermedad como los síntomas asociados y comorbilidades, para mejorar el bienestar general de los pacientes (Pirl, 2014 y Knaul, 2018)

Las terapias adyuvantes, ya sean parte del tratamiento activo o utilizadas en cuidados paliativos, juegan un rol crucial en el manejo integral del cáncer. Mientras que el tratamiento activo busca combatir y controlar el cáncer directamente, los cuidados paliativos se centran en aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida, proporcionando apoyo tanto al paciente como a su familia (Liu, 2024). La recomendación y selección de terapias adyuvantes sigue siendo un desafío debido a la diversidad biológica de los cánceres humanos (Sposito, 2023), además de que en esta labor se necesitan estrategias terapéuticas precisas donde los beneficios anticipados deben equilibrarse con la tolerabilidad (Dong, 2022)

Depresión en Pacientes Oncológicos

La depresión en personas con cáncer tiene características únicas debido a la interacción entre los síntomas físicos del cáncer y las consecuencias bioquímicas del tratamiento, lo que puede complicar el diagnóstico y agravar la experiencia del paciente (Schellekens, 2020). Además de afectar el bienestar psicológico, la depresión en sujetos con diagnóstico de cáncer está influenciada por cambios neuroquímicos, síntomas físicos, ansiedad, estrés, baja autoestima, aislamiento social, estigma, efectos secundarios de medicamentos, adherencia al tratamiento e inactividad (Ramezani, 2023).

Las intervenciones para abordar la depresión en personas con cáncer incluyen la terapia cognitivo-conductual (CBT), que se utiliza para la reestructuración cognitiva y la activación conductual con el propósito de aliviar los síntomas depresivos (Hirayama, 2023). También es crucial implementar programas de detección temprana y proporcionar apoyo psicosocial adaptado a las particularidades de las personas con cáncer para abordar los factores que perpetúan la depresión (Naser, 2021).

El tratamiento de la depresión en pacientes oncológicos se aborda de manera integral, combinando psicofarmacología y psicoterapia para optimizar los resultados. En cuanto a la psicofarmacología, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y noradrenalina (ISRN) son los fármacos de elección, aunque se deben considerar las interacciones con los tratamientos oncológicos. Medicamentos como la fluoxetina y sertralina pueden interferir con la eficacia de los tratamientos antineoplásicos, por lo que se prefieren

fármacos con menos interacciones, como el citalopram o la venlafaxina (Rodríguez, 2015).

Desde el enfoque psicoterapéutico, se destacan varias técnicas efectivas. Mindfulness o estar plenamente presente, derivada de prácticas meditativas, ayuda a los pacientes a centrarse en el momento presente, reduciendo el estrés y modificando patrones de pensamiento ansiosos-depresivos. Programas como la Reducción de Estrés Basado en Mindfulness (MBSR) y la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT) son particularmente útiles para pacientes oncológicos, mejorando la ansiedad y el malestar emocional (Ninivaggi, 2018).

El mindfulness y la defusión cognitiva son técnicas valiosas en enfoques cognitivo-conductuales de tercera generación. El mindfulness, implica centrarse en el momento presente sin juicio alguno, mientras que la defusión cognitiva, permite distanciarse de los pensamientos negativos al verlos como eventos mentales transitorios, ambas técnicas ayudan a reducir el estrés, la ansiedad y los síntomas depresivos, por tanto, también permiten modificar creencias sobre las emociones y los pensamientos, promoviendo una mayor flexibilidad psicológica y una respuesta más adaptativa ante las dificultades emocionales (Salmon, 2024).

Planteamiento del Problema

Las personas con diagnóstico de cáncer están predispuestos a la depresión debido a una combinación de factores biopsicosociales (Remes, 2021). El impacto biológico del cáncer y sus tratamientos conlleva cambios neuroquímicos que pueden contribuir a la depresión, además de los efectos de la cirugía, quimioterapia, radioterapia y corticosteroides (Montazeri, 2020). Los síntomas físicos del cáncer, como el dolor crónico y la fatiga severa, limitan las capacidades diarias del paciente, contribuyendo a sentimientos de desesperanza y tristeza (Habimana, 2023). En este sentido, los tipos de cáncer con mayores prevalencias de depresión son el cáncer de pulmón (21.0%), el cáncer de riñón/vías urinarias/vejiga (20.9%) y el cáncer cerebral (21.3%), lo que refleja la complejidad y los desafíos adicionales que enfrentan estos pacientes en su bienestar emocional. Por el contrario, los pacientes con cáncer de mama, cáncer de testículo y cáncer hematológico presentaron menores tasas de depresión, sugiriendo que el tipo de cáncer puede influir en la gravedad de los trastornos psicológicos asociados (Zeilinger, 2022).

Además de los factores biológicos y psicológicos, Wang (2024) enfatiza que las condiciones socioculturales juegan un rol primordial en los sujetos que reciben un diagnóstico de cáncer, provocando este a menudo un aislamiento social debido a la fatiga, el dolor o la vergüenza que sienten los pacientes por su condición física, este aislamiento puede ser agravado además por la pérdida de roles sociales y laborales, y la reducción de actividades sociales, lo

que incrementa la sensación de soledad y desamparo. El estigma asociado al cáncer y las posibles dificultades económicas derivadas del tratamiento también contribuyen significativamente a la depresión. Las redes de apoyo social insuficientes y la falta de acceso a recursos comunitarios pueden exacerbar los sentimientos de aislamiento y desesperanza en estos pacientes (Montazeri, 2020).

Otro estudio realizado por Majareh (2021) tuvo por objetivo determinar la prevalencia global de la depresión entre pacientes con cáncer en diferentes partes del mundo. Se encontró que, de los 182,521 pacientes con cáncer examinados en 183 estudios incluidos, aproximadamente el 27% (49,280 pacientes) presentaban depresión (IC del 95% = 24%–30%). La prevalencia más alta de depresión se observó entre sujetos con diagnóstico de cáncer colorrectal (32%) y cáncer de pulmón (31%). La depresión fue más prevalente entre las mujeres (31%) que entre los hombres (26%). También se observaron divergencias en torno a la sintomatología depresiva según las regiones y los continentes, siendo más alta en África (36%) y más baja en Europa (25%).

El diagnóstico de cáncer es extremadamente estresante, generando altos niveles de ansiedad por la incertidumbre sobre el pronóstico y el impacto de los tratamientos (Fardell, 2023). Las repercusiones en la imagen corporal, como la caída de cabello y cicatrices quirúrgicas, afectan gravemente la autoestima y la autoeficacia del paciente, factores relacionados con la depresión (Habimana, 2023). El aislamiento social debido a la fatiga, el dolor o la vergüenza y el estigma asociado al cáncer también contribuyen significativamente a la depresión (Naser, 2021).

La historia de depresión en el grupo familiar es un elemento importante en el diagnóstico de depresión en personas con diagnóstico de cáncer. Aquellos con familiares que han sufrido depresión tienen una mayor probabilidad de experimentar síntomas depresivos durante su enfermedad (Karimi, 2023). Un estudio encontró que los pacientes con un mayor riesgo genético e historia familiar de depresión tenían una peor calidad de vida postratamiento (Henry, 2023). La depresión puede promover la progresión del cáncer, como se observó en un estudio donde la depresión inducida en ratones con cáncer de mama aumentó el crecimiento tumoral y la metástasis pulmonar (Lin, 2024).

Un análisis cuantitativo de Lin (2022) sobre la TCC y su relación con el cáncer mostró un aumento en las publicaciones hasta 2020, destacando a Estados Unidos como el país con más publicaciones y citas. La TCC se establece como una intervención con mucho soporte

bibliográfico y empírico para la depresión en personas con diagnóstico cancerológicas, para el abordaje de la sintomatología depresiva.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la eficacia de las terapias cognitivas de segunda generación en comparación con las terapias cognitivas de tercera generación en la reducción de la sintomatología depresiva en pacientes adultos oncológicos?

Justificación

La necesidad de tratar la depresión en personas con diagnóstico de cáncer es fundamental para mejorar el transcurso de la enfermedad oncológica, que a menudo se presenta acompañada de estrés y ansiedad (Ramezani, 2023). Además del dolor intenso (Bamonti, 2018), es crucial abordar otros factores que afectan el bienestar del paciente, como la fatiga, el aislamiento social y la pérdida de roles sociales y laborales. El estigma asociado al cáncer y las dificultades económicas derivadas del tratamiento también contribuyen a la depresión, subrayando la importancia de explorar intervenciones psicológicas más actuales como la TCC (Li, 2022).

Los pacientes con cáncer que tienen depresión son sometidos a muchas terapias cognitivo-conductuales como la TCC resultando en notables mejorías de los síntomas (Li, 2022). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), una opción efectiva para tratar problemas emocionales derivada de la Terapia Conductual tradicional, mejora significativamente el bienestar general de los enfermos oncológicos (García, 2023).

Esta línea discursiva encuentra sustento en un estudio realizado por Kisane (2014) donde el autor destaca varias consecuencias importantes en los pacientes oncológicos que no se adhieren a algún tratamiento psicológico para disminuir la sintomatología depresiva, a saber; una reducción en sus probabilidades supervivencia, aumento de la probabilidad de mostrar conductas suicidas, pone en riesgo la adherencia al tratamiento del cáncer, la solicitud de eutanasia es cuatro veces más común en pacientes deprimidos en comparación con los no deprimidos.

En esta misma línea Sancassiani (2023) propone un estudio cuyo objetivo fue explorar la relación entre episodios depresivos y muerte prematura en personas con cáncer, y si la adherencia al tratamiento mediaba esta relación. Fue un estudio de cohorte de 9 meses con pacientes de cáncer tratados en clínicas italianas. Los resultados mostraron que tanto la depresión como la baja adherencia al tratamiento aumentaban el riesgo de muerte prematura.

La depresión y la baja adherencia fueron factores de riesgo independientes, sin que la adherencia mediara la relación entre depresión y muerte prematura.

Esta revisión bibliográfica contribuye a un marco conceptual y referencial para futuras intervenciones en TCC para personas con diagnóstico oncológicos, ofreciendo información actualizada y seleccionada con los mejores criterios de impacto científico. Esto puede contribuir a la optimización de futuros abordajes de TCC en personas con diagnósticos de cáncer asociados a sintomatología depresiva, complementando la interacción profesional transdisciplinar centrado en el abordaje clínico de la neoplasia maligna.

El tratamiento de depresión en pacientes de cáncer es importante para mejorar su calidad de vida, así como para dinamizar algunos factores que van a influir en su tratamiento. La terapia cognitivo conductual y la terapia cognitiva con base en mindfulness son eficaces en la reducción de la depresión, ansiedad y cansancio para esta población. Esto se traduce en un aumento en el bienestar subjetivo por la mejora en el estrés y control de pensamientos intrusivos mediante la identificación y modificación de pensamientos negativos. De la misma manera, la MBCT incluye el ejercicio del mindfulness, misma que permite a los enfermos no reaccionar a lo que les sucede cuando aprenden a controlar el modo en que sienten las cosas y eso ayuda a reducir síntomas afectivos (Sheikhzadeh, 2021).

Otra variable relevante relacionada a la depresión en pacientes con diagnóstico de cáncer es el miedo a la muerte, en este sentido un estudio realizado por Magill (2022) investigó cómo el miedo a la muerte se relaciona con la depresión en pacientes con cáncer en los últimos meses de vida. Los resultados mostraron que, a medida que los pacientes se acercaban a su muerte, especialmente a partir de los 6 meses previos, los niveles de depresión aumentaban significativamente. Este aumento en la depresión fue más pronunciado que en la ansiedad, y estuvo asociado con la conciencia de la proximidad de la muerte, lo que sugiere que el temor a la muerte puede intensificar los síntomas depresivos. Los pacientes que completaron evaluaciones más cercanas a la muerte mostraron cambios significativos en sus puntuaciones de depresión, destacando la importancia de monitorear y tratar estos síntomas en este periodo crítico de su enfermedad.

Objetivos

Objetivo General

Evaluar la efectividad de las terapias cognitivas de segunda generación en comparación con las terapias cognitivas de tercera generación para reducir la sintomatología

depresiva en pacientes adultos con cáncer a través de una revisión bibliográfica de artículos científicos.

Materiales y métodos

Diseño de Investigación

El diseño de investigación de tipo documental de revisión bibliográfica narrativa-cualitativa.

Estrategias de búsqueda

Los términos de búsqueda de artículos fueron en español e inglés, enfocados en depresión, cáncer y terapia cognitivo-conductual. Se dio preferencia a los descriptores y calificadores de los tesauros como MeSH (Medical Subject Headings) y DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud). Algunas palabras clave incluyen "depresión", "cáncer", "trastorno depresivo", "depresión", "terapia cognitivo-conductual", "TCC", "CBT", "ACT", "terapia de aceptación y compromiso", "terapia racional emotiva conductual", "TREC", "*rational emotive behavior therapy*", "REBT", "pacientes oncológicos", "oncología", "*psychological treatment*", "*cognitive behavioral therapy*", "*cancer patients*", "*oncology*", entre otras. Estas palabras clave se combinaron utilizando operadores booleanos como AND, OR y NOT para refinar la búsqueda y obtener resultados relevantes. Las bases de datos utilizadas incluyeron Scopus, Web of Science, PubMed, Taylor & Francis y Sciencedirect, con preferencia por el acceso a través de la biblioteca de la Universidad Católica de Cuenca en función de que garantice la disponibilidad y accesibilidad de los recursos bibliográficos. De esta manera se determinó las siguientes ecuaciones de búsquedas; (depresión OR "trastorno depresivo" OR "*depression*" OR "*depressive disorder*") AND ("cáncer" OR "neoplasia" OR "*cancer*" OR "*neoplasm*") AND ("terapia cognitivo-conductual" OR "TCC" OR "*cognitive behavioral therapy*" OR "CBT" OR "terapia de aceptación y compromiso" OR "ACT" OR "*psychological treatment*") AND ("pacientes oncológicos" OR "oncología" OR "*cancer patients*" OR "*oncology*") y "NOT" ("trastorno psicótico" OR "psicosis" OR "schizophrenia" OR "trastorno bipolar" OR "bipolar disorder"), para excluir artículos relacionados con trastornos psiquiátricos que no se enfocan en la depresión asociada al cáncer.

Criterios de selección

Para esta investigación, se establecieron los siguientes criterios que garanticen la relevancia y calidad de la información obtenida. Estos criterios incluyeron:

- Intervalo de tiempo: Se seleccionó literatura científica publicada en un intervalo que comprendía desde el 1 de enero del 2014 hasta el 30 de noviembre del 2024, esto

debido a la cantidad de trabajos hallados en este intervalo temporal durante la realización de este documento,

- Idiomas: Se incluyeron estudios publicados en español e inglés dada la amplitud y relevancia de la literatura en ambos idiomas en el ámbito científico.
- Tipos de estudio: Se consideró metodologías como la de Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA), de abordajes cuasiexperimentales, pre y post test, así como también estudios empíricos con el objetivo de obtener un abanico bibliográfico que respalde la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en pacientes con cáncer y depresión. Se priorizaron los artículos científicos originales revisados por pares, entre estos se incluyeron, revisiones sistemáticas y metaanálisis, normativas y guías clínicas en caso de necesitar ampliar información.
- Población del estudio: Los criterios abarcaron a todos los pacientes mayores que cumplan con el diagnóstico de cáncer y la condición de tener depresión. No hubo restricciones sobre el rango de edad, género o tipo de cáncer.
- Ubicación geográfica: Esta parte de la información no tiene limitación, sin embargo, se prefieren las partes que otorgan más valor al objeto de la investigación.
- Cumplimiento de objetivos: Se incluyeron solo los documentos que estaban en algún aspecto logrados de los objetivos y contenían información relacionada con la pregunta planteada.
- Área de estudio Se dio preferencia a estudios realizados en áreas relacionadas con la psicología clínica, la psicoterapia, la psiquiatría y psicooncología, en donde se evidencie la eficacia del tratamiento cognitivo conductual de segunda y/o de tercera generación en pacientes oncológicos y sus correspondientes técnicas; mindfulness, defusión cognitiva, reestructuración cognitiva, entre otras.

Extracción de datos

Para las publicaciones seleccionadas se ejecutó un sistema de promoción que aseguraba la obtención de todos los datos que resultaban relevantes y que eran útiles para el contenido. El objeto de este propósito era el uso de un formulario que capturara la información bibliográfica del artículo haciendo uso de las siguientes categorías: características de identificación del estudio, autores del estudio, motivo del estudio, metodología, población del estudio, materiales y herramientas utilizadas, tratamiento, cantidad de sesiones requeridas, variables, limitaciones, conclusiones y resultados.

- Se aplicaron los siguientes procesos de manera iterativa a través de esta etapa de la revisión.
- - Eliminación de duplicados: Inicialmente, se utilizó la búsqueda bibliográfica con el uso de palabras clave para encontrar estudios duplicados que luego fueron eliminados.
- - Evaluación de títulos y resúmenes: Los títulos y resúmenes de los documentos adquiridos fueron procesados en la primera etapa. Se descartaron los estudios que claramente no cumplían con los criterios de inclusión establecidos de antemano.
- Revisión individual del texto completo: Toda la literatura que cumplía con los criterios de inclusión fue revisada para asegurar que todos los formularios de extracción de datos se completaran con precisión.

Este mismo proceso se realizó para cada artículo con el fin de garantizar la integridad y validez de la información recopilada; finalmente tuvimos un conjunto de datos que proporcionó información valiosa sobre la síntesis y análisis de la literatura revisada.

Análisis de datos

Los autores asumen su relación capta con su contexto social e histórico mediante el Enfoque Cualitativo para el análisis de datos que formulan como propósito y pregunta de investigación, lo que conllevaba a:

- Análisis Temático: Se utilizó una variación de análisis temático a la que denominé análisis de patrones, ya que se busca identificar, analizar e informar de patrones o temas dentro de los datos con el propósito de revelar significados y percepciones que son comunes en varios estudios; además, utiliza datos cualitativos de los artículos seleccionados.
- Codificación: Para poder identificar cuál era la categoría y subcategoría emergente, se realizó una codificación sistemática. Este paso fue relevante para la organización y comprensión de datos cualitativos. Se realizó una lectura minuciosa de cada artículo y se tomó nota de su contenido relevante para luego proceder a la categorización.

Con la finalidad de garantizar una información de documentos analizados con la extracción de información exhaustiva y precisa, la información procesada se sistematizó en una ficha que estuvo diseñada para este proceso de análisis. Esta estrategia integral apoya el elaborado análisis cualitativo y la rigurosa revisión de la literatura sintetizada y permite la

recuperación eficiente y la robusta interpretación de los resultados obtenidos.

Desarrollo

La terapia cognitivo conductual es un enfoque psicoterapéutico que se focaliza en el problema y consiste en un enfoque integrado que incluye intervenciones conductuales tales como: estimulación de la conducta, entrenamiento de habilidades sociales mediante el uso de juegos de roles, técnicas de resolución de problemas, destrezas de afrontamiento, asistencia en la percepción de formas diferentes de mediación autocontrolada, la terapia de exposición y el adiestramiento en regulación de emociones y relajación. La TCC durante más de 60 años ha ido avanzando desde la simple terapia de tipo presencial a una serie de intervenciones tales como las intervenciones cognitivo-conductuales basadas en internet. Hasta la actualidad, existen cada vez más investigaciones clínicas sobre la TCC y sus beneficios para el tratamiento de pacientes con cáncer, las intervenciones incluyen estudios empíricos y ensayos controlados aleatorizados (ECA), a continuación, se mostrarán investigaciones sobre estas dos variables.

Se abre este apartado con el estudio de Sheikhzadeh (2021), cuyo objetivo fue comparar la eficacia de la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) y la Terapia Cognitivo-Conductual (CBT) en la reducción de la ansiedad, depresión y fatiga en pacientes con cáncer. Se realizó un ensayo clínico aleatorizado con 60 pacientes diagnosticados con cáncer en tratamiento activo, excluyendo a aquellos en fase terminal o paliativa. La muestra incluyó diversos tipos de cáncer, siendo el más común el de mama (67.2%), seguido por el de colon (8.6%) y linfoma (24.1%). Los pacientes fueron asignados a tres grupos: MBCT, CBT y un grupo control en lista de espera (WLG), sin diferencias significativas en el tipo de cáncer entre los grupos.

La aplicación del Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck y la Escala de Fatiga Relacionada con el Cáncer se utilizaron para obtener datos de referencia, antes, durante y después del estudio. A lo largo de ocho sesiones, a los sujetos que se sometían a tratamiento terapéutico se les dio un tiempo extendido de 90 minutos. Si bien tanto la MBCT como la CBT fueron efectivas para reducir los niveles de depresión y ansiedad en comparación con el otro grupo de control, fueron más efectivas, sin embargo, la diferencia no fue estadísticamente significativa. Al final del estudio se estableció que la CBT fue más efectiva para tratar la fatiga en comparación con la MCBT.

Similar a la práctica del mindfulness en MBCT, los participantes aprendieron a evitar

juicios sobre sus sentimientos y pensamientos comenzando por escaneos corporales hasta diversas formas de meditación. Al igual que con las situaciones de recaída, a pesar de que lucharon con la identificación de pensamientos disfuncionales, tanto el cumplimiento como las estrategias de resolución de problemas fueron puntos focales. El progreso de los diversos síntomas tratados acompañado de un filtrado no instruido fue evaluado regularmente como herramientas para confirmar si se estaba siguiendo el plan de tratamiento administrado.

Los pacientes del grupo WLG no contaron con asistencia en sus terapias psicológicas, sin embargo, en otras áreas continuaron su tratamiento con medicamentos. Al finalizar la intervención, los participantes en el estudio pudieron acceder de manera gratuita a terapia cognitiva. Una observación al análisis de covarianza hizo notar que en el caso de los grupos de CBP y de MBCT, había síntomas que sí estaban atenuados, en comparación con su grupo de control. Por lo tanto, a estos pacientes se les recomienda el uso de psicoterapias en función de mejorar en su depresión y ansiedad, sin dejar los tratamientos farmacológicos o habituales en los que ya estén adheridos. Pero a pesar de la efectividad de ambos tratamientos queda bastante claro que el interés por tratar radicalmente con CBP a los pacientes oncológicos es debido a su estructura más simple que puede ser más efectiva para tratar procesos físicos lo que plantea la conveniencia de administrar tratamientos conforme a las exigencias del paciente.

Ham (2019) realizó otro estudio de interés que pretende examinar una aplicación para teléfonos móviles llamada HARUtoday, para pacientes deprimidos y ansiosos que han sido diagnosticados con cáncer. La investigación dividió a los sujetos en tres grupos, al primero se le proporcionó la aplicación de CBT, el segundo fue el grupo de control que se le ofreció información de referencia, y el tercero fue colocado en lista de espera. En un periodo de diez semanas, un total de 63 encuestados se sometieron a evaluaciones pre y post-intervención, que incluyeron cuestionarios de autoinforme, así como tareas informáticas que midieron depresión, ansiedad y calidad de vida. Los pacientes seleccionados para este estudio ya habían sido diagnosticados con cáncer.

Entre estos participantes, un total del 86% eran pacientes femeninos que sufrían de alguna forma de cáncer. Sin embargo, no se proporcionaron detalles específicos sobre el tipo o etapa del cáncer que estaban sufriendo. Se confirma que estos pacientes estaban en tratamiento para el cáncer lo que indica que pueden estar en tratamiento activo o en remisión, pero no se define claramente si eran sobrevivientes o pacientes paliativos.

Antes de las intervenciones, los pacientes fueron evaluados mediante el Beck Depression Inventory (BDI-II) y el State-Trait Anxiety Inventory (STAI) para medir la depresión y la ansiedad, respectivamente, con puntuaciones mínimas de 16 y 39 puntos para ser incluidos en el estudio. Además, esta muestra de personas debía estar libre de medicamentos como antidepresivos. Para evaluar los resultados y la mejoría, se utilizaron medidas psicológicas (BDI-II, STAI, DAS, SF-36) y tareas computacionales (Dot Probe Task e IAT) que midieron el sesgo atencional y las asociaciones implícitas. También se aplicó una encuesta de satisfacción para evaluar la efectividad del programa.

La intervención consistió en evaluar la efectividad de un programa basado en terapia cognitivo-conductual (TCC) a través de una aplicación móvil llamada HARUToday, utilizada por los participantes del grupo experimental. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a tres grupos: el grupo de intervención HARUToday, el grupo de control de atención HARUCard y el grupo de control de lista de espera. Los del grupo HARUToday usaron la aplicación durante 10 semanas, completando 48 sesiones diarias de aproximadamente 10-15 minutos, que incluían fases de valoración del estado de ánimo, lecciones de habilidades para afrontar la depresión y la ansiedad, un resumen de la sesión y cuestionarios de comprensión. Además, el programa incorporaba un sistema de recompensas basado en puntos, incentivando la participación y el rendimiento.

Por otro lado, el grupo HARUCard utilizó una aplicación similar pero centrada solo en la provisión de información sobre la depresión, la ansiedad y actividades placenteras, sin los componentes terapéuticos de HARUToday. Finalmente, el grupo de lista de espera no recibió intervención alguna durante las 10 semanas, pero después de ese periodo, tuvo la opción de acceder al programa elegido. Tanto los participantes en los grupos de intervención como en el de control completaron evaluaciones antes y después de la intervención, que incluyeron cuestionarios sobre depresión, ansiedad, calidad de vida y actitudes disfuncionales, así como tareas en computadora.

Este estudio mostró que los participantes del grupo de TCC tenían la mayor reducción en las puntuaciones de ansiedad y depresión comparadas con otras personas en todos los demás grupos, aunque no hubo cambios notables en la calidad de vida. Esto fue establecido a través de diferencias entre las puntuaciones correlacionadas antes y después del tratamiento directamente enfocado sobre estos aspectos, el cual podría haber indicado así los efectos terapéuticos sobre la depresión y la ansiedad, además del cambio positivo en términos de

calidad de vida.

Este formato de CBT hace que su administración sea más accesible a los pacientes que necesitan terapia, pero no pueden moverse debido a algún problema físico o viven en lugares remotos donde hay pocos servicios disponibles. El estudio expone una notable reducción de los niveles de depresión y ansiedad, a los usuarios de este tipo de intervenciones lo que abre la puerta a explorar nuevas formas de aplicar la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) fuera del entorno clínico convencional. Esta disminución significativa en los síntomas emocionales en quienes utilizaron la aplicación destaca la efectividad de la TCC, incluso en contextos no presenciales, lo que podría representar una nueva vía para la atención psicológica, ampliando las posibilidades de acceso y tratamiento.

El estudio realizado en Australia por Murphy (2020) tuvo como objetivo evaluar la efectividad de la terapia cognitivo-conductual entregada por internet (iCBT) para tratar la depresión clínica y/o ansiedad en sobrevivientes de cáncer en etapas tempranas de la enfermedad, quienes habían recibido tratamientos con intención curativa o se encontraban en el periodo posterior del mismo. No se incluyeron pacientes hospitalizados, con metástasis o ciertos tipos de neoplasias, como el cáncer primario de cerebro. El 67% de los pacientes que forman la muestra tenía cáncer de mama.

El estudio fue un ensayo clínico aleatorizado con 114 participantes, distribuidos en dos grupos: uno que recibió el tratamiento estándar (TAU) y otro que recibió iCBT durante 16 semanas. Antes de comenzar la intervención, los pacientes de la muestra fueron evaluados utilizando la Escala de Ansiedad y Depresión del Hospital (HADS), con un puntaje ≥ 6 en el HADS-Total, que indicaba la presencia de trastornos emocionales significativos como depresión mayor o trastorno de ansiedad generalizada. Además, se realizaron entrevistas diagnósticas, con instrumentos como el ADIS-5, para confirmar los diagnósticos de trastornos comórbidos.

El grupo de intervención utilizó un iCBT, en este caso, un programa que se llamó 'iCanADAPT Early' que se traduce a "yo puedo adaptarme de forma temprana". Este fue un formato de tratamiento interactivo que se divide en 8 lecciones de supervisión clínica para los supervivientes de neoplasia maligna. Estas lecciones brindan una forma concreta de promover interacciones y abordar los problemas de ansiedad y depresión, esta intervención se complementó con elementos audiovisuales además de videos de relajación y mindfulness. Los participantes del experimento podían acceder a médicos primarios y otros colectivos en

contacto con ellos, mientras que el otro grupo de estudio solo contaba con el tratamiento convencional habitual.

Culminado el tratamiento, los pacientes participaron realizando diferentes tipos de encuestas utilizando escalas como; Fear of Cancer Recurrence Inventory (FCRI), Functional Assessment of Cancer Therapy—General (FACT G), Hospital Anxiety and Depression Scale HADS y Kessler-10 Psychological Distress Scale (K10). Los resultados estadísticos muestran que el grupo iCBT tuvo un progreso significativamente positivo en todos las variables e indicadores de estudio. El impacto que se vio tres meses tras el tratamiento se espera que perdure en el tiempo por el efecto que tuvo la asistencia iCBT.

Este estudio destaca la eficacia de la terapia cognitivo-conductual entregada por internet (iCBT) en sobrevivientes de cáncer. Este formato ofrece flexibilidad en comparación con el modelo tradicional de terapia, permitiendo a los participantes recibir tratamiento desde la comodidad de su hogar y a su propio ritmo, lo que ayuda a reducir el estigma y la ansiedad asociados con la búsqueda de ayuda. Los resultados sugieren que integrar este tipo de intervenciones en los programas de salud institucionales podría mejorar los resultados y reducir significativamente los costos de intervención en pacientes oncológicos.

Jelvehzadeh (2022) por su parte, realizó un estudio con el objetivo de evaluar el efecto de la terapia cognitivo-conductual en grupo (CBT) sobre el trastorno emocional en mujeres con cáncer de mama. Este fue un ensayo clínico controlado y aleatorizado que incluyó a 48 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que habían recibido mastectomía y quimioterapia. Las participantes fueron divididas en dos grupos: uno de intervención, que recibió ocho sesiones de CBT, y un grupo de control, que no recibió ninguna intervención.

Las sesiones de CBT comenzaron después de que los trastornos emocionales se hubieran evaluado con la escala DASS-21. En este caso, se utilizó un programa basado en el acercamiento Simonton y desarrollado para reducir las perturbaciones emocionales de la sintomatología depresiva. A lo largo de ocho semanas consecutivas, se llevaron a cabo en un hospital general en Teherán ocho sesiones grupales, cada una de las cuales duró 120 minutos. Estas fueron lideradas por un psicoterapeuta clínico especializado en CBT y fue asistido por un oncólogo y un psicoterapeuta calificados. El contenido del grupo abordaba la modificación del pensamiento disfuncional relacionada con el cáncer, desarrollo de habilidades de afrontamiento, regulación emocional, y manejo del estrés, así como apoyo social además del tratamiento del miedo a la muerte y recurrencia del cáncer.

Una segunda evaluación tuvo lugar al finalizar la octava sesión. Comparando los momentos, antes-durante-después de la intervención, se notaron diferencias que fueron confirmadas mediante análisis estadísticos utilizando ANOVA de medidas repetidas para comparar puntajes de estos tiempos. Los controles mostraron una disminución significativa en los puntajes de ansiedad durante el período de investigación post-intervención, contrario al grupo de control experimental a los 12 meses después de la intervención.

Este estudio muestra que CBT es efectiva en el abordaje de síntomas depresivos en pacientes con cáncer de mama, mientras que el grupo de control no experimentó cambios significativos. Esto subraya la necesidad de introducir programas psicológicos para el tratamiento del cáncer. Se resalta, además, que los grupos de control que no recibieron psicoterapia se beneficiaron colateralmente de un sentido de comunidad y respaldo social, de los colectivos a los que fueron adheridos, algo particularmente relevante para pacientes que enfrentan solos su lucha contra el cáncer. En este contexto, capacitar a profesionales y crear ubicaciones adecuadas para estas reuniones grupales son elementos clave en las políticas sanitarias.

Una revisión sistemática realizada por Wieland (2024), revisa la efectividad del tratamiento cognitivo-conductual (TCC) para la depresión en mujeres con cáncer de mama, basado en investigaciones realizadas entre 1999 y 2019 sustentadas en el modelo de TCC de Beck (1979) con intervenciones de entre 8 a 12 semanas, con usuarios de 47 a 57 años en diferentes etapas del cáncer (I-IV) lo que implica que algunas de las participantes se encontraban en cuidados paliativos y otros eran supervivientes de cáncer.

El método incluyó ensayos clínicos aleatorizados y un meta-análisis de los resultados post-intervención, con un seguimiento de 4 a 6 meses. A grandes rasgos, las evaluaciones de la muestra participante antes de la aplicación de las sesiones de TCC, valorar la depresión en estos pacientes, para esto se utilizaron los siguientes instrumentos: Escala de Hamilton para la depresión (HDRS), Escala de Depresión de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D), Inventario de Depresión de Beck (BDI y BDI-II). La depresión se midió en términos de la severidad de los síntomas y, en algunos casos, se requirió que las participantes presentaran un nivel mínimo de síntomas depresivos para ser incluidas en los estudios.

Las mujeres recibieron terapia cognitivo-conductual (TCC), alineada con el protocolo de Beck para tratar la depresión. El contenido de las sesiones se basó en los principios de la TCC, e intervenciones adicionales como: entrenamiento en asertividad y técnicas de relajación

y re-definición de metas vitales. Los hallazgos de esta investigación indican que los síntomas de depresión mejoraron considerablemente, con una diferencia de medias estándar (SMD) de $-0,93$ a corto plazo y $-0,65$ a largo plazo, aunque la tasa de finalización y la efectividad fueron mixtas para las pacientes con cáncer avanzado, especialmente en mujeres,

La mejoría en los síntomas de depresión se confirmó mediante las mediciones post-intervención con las escalas de depresión mencionadas anteriormente (como el BDI, HDRS, HADS-D). Los resultados mostraron una mejora significativa en las puntuaciones de estas escalas en el grupo que recibió TCC en comparación con los controles, tanto en el corto como en el largo plazo (4–6 meses).

Fitriyanti (2019), realizó una revisión sistemática que tuvo por objetivo evaluar el efecto de la terapia cognitivo-conductual en grupo (CBT) sobre la sintomatología depresiva en mujeres con cáncer. La muestra participante estaba compuesta por pacientes femeninas con cáncer, específicamente cáncer de mama y cáncer cervical. La muestra incluía tanto a mujeres en tratamiento activo como a aquellas en cuidados paliativos.

Antes de la aplicación de las sesiones de TCC, se evaluaron los niveles de depresión de las pacientes utilizando las siguientes escalas: Escala de Depresión de Hamilton (HDRS), Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II), Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D). Los resultados mostraron una disminución significativa en los niveles de depresión en los grupos que recibieron la TCC en comparación con los grupos de control (que solo recibieron atención habitual). Esta mejoría fue confirmada mediante la comparación de las mediciones pre y post-intervención. Las diferencias en las puntuaciones de las escalas de depresión (como el BDI y CES-D) entre el grupo de intervención y el grupo de control fueron estadísticamente significativas.

Watson (2017) realizó un estudio comparando la efectividad de la terapia cognitivo-conductual telefónica (T-CBT) con la terapia cognitivo-conductual convencional cara a cara (TAU-CBT) en pacientes con cáncer, con el objetivo de reducir la ansiedad y la depresión. La muestra incluyó 60 pacientes, quienes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos: el grupo T-CBT, que recibió la intervención telefónica, y el grupo TAU-CBT, que recibió la intervención presencial. La intervención se basó en un enfoque estructurado y manualizado, adaptado para las sesiones telefónicas, dado que no se podían usar señales no verbales. Las sesiones fueron supervisadas semanalmente y se incluyeron técnicas como cuestionamiento socrático, relajación, reestructuración cognitiva y estrategias de afrontamiento.

Los pacientes fueron evaluados antes y después de la intervención utilizando varias escalas validadas: la Escala de Ansiedad y Depresión del Hospital (HADS), el Mental Adjustment to Cancer (MAC-H/H), el Cancer Concerns Checklist (CLCC) y el Cancer Coping Questionnaire (CCQ). Los resultados mostraron una mejora significativa en los síntomas de ansiedad y depresión en ambos grupos, con cambios notables en las mediciones pre y post-intervención. El análisis indicó que ambos grupos experimentaron una disminución considerable de los síntomas clínicos de ansiedad y depresión. El estudio resalta la viabilidad de la T-CBT como alternativa accesible para pacientes que no pueden asistir a sesiones presenciales, sugiriendo que la modalidad de tratamiento debe adaptarse a las preferencias del paciente.

Otro estudio realizado por Serfaty (2019) analizó la efectividad clínica y costo-efectividad de la terapia cognitivo-conductual (TCC) combinada con el tratamiento habitual (TAU) frente al TAU solo en pacientes con cáncer avanzado y depresión. Participaron 230 pacientes, distribuidos aleatoriamente en dos grupos (115 en cada uno), con cáncer incurable y diagnóstico de trastorno depresivo según el Mini-International Neuropsychiatric Interview. Se excluyeron pacientes con una esperanza de vida menor a 4 meses, riesgo alto de suicidio y aquellos que hubieran recibido intervención psicológica reciente recomendada por NICE (National Institute for Health and Care Excellence). Los participantes recibieron hasta 12 sesiones de TCC individualizada o solo TAU.

Se utilizaron medidas de evaluación como el Beck Depression Inventory (BDI-II) y el Patient Health Questionnaire-9 para evaluar la depresión en varios puntos temporales (semanas 6, 12, 18 y 24). Los resultados mostraron que la TCC no fue clínicamente efectiva en el grupo total, con una diferencia no significativa en la puntuación del BDI-II ($p = 0.39$). Sin embargo, un subgrupo de pacientes viudos, divorciados o separados mostró un efecto positivo significativo de la TCC ($p < 0.001$). En términos económicos, la TCC fue más costosa, pero produjo más años de vida ajustados por calidad (QALYs). No hubo diferencias significativas en la calidad de vida (EQ-5D) ni en los QALYs a las 24 semanas. Aunque el 64% de los participantes aceptaron la TCC, los hallazgos sugieren que, en general, la TCC no ofrece beneficios clínicos en pacientes con cáncer avanzado, y se recomienda explorar tratamientos alternativos, especialmente para aquellos en situaciones personales específicas como viudez, divorcio o separación.

Otro estudio realizado por Zhang (2023) evaluó Este estudio evaluó la viabilidad y

eficacia preliminar de un tratamiento de terapia cognitivo-conductual asistida por tecnología (tCBT) denominado Mind Your Total Health (MYTH) para adolescentes y jóvenes adultos (AYAs) sobrevivientes de cáncer con depresión. Diecisiete participantes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos: el grupo de intervención (MYTH) y el grupo de control (BeatingtheBlues, BtB). El grupo MYTH recibió ocho sesiones semanales de 30 a 35 minutos de tCBT asistida por un terapeuta, mientras que el grupo BtB recibió un control activo.

Los resultados mostraron que el 80% de los participantes en el grupo MYTH completaron al menos seis de las ocho sesiones, lo que indica una alta viabilidad del programa. En cuanto a la eficacia, los participantes del grupo MYTH reportaron una reducción significativa en los niveles de depresión ($t(9) = 5.25, p < 0.001$) y ansiedad ($t(9) = 5.07, p < 0.001$) entre las mediciones pre y post tratamiento. Además, los participantes del grupo MYTH tuvieron una depresión post-tratamiento significativamente más baja que los del grupo BtB ($t(15) = 2.40, p < 0.05$), con un tamaño del efecto significativo entre los grupos, $d = 1.12, p < 0.05$. En conclusión, la intervención tCBT asistida por terapeuta y personalizable muestra ser prometedora para aliviar la depresión y la ansiedad en sobrevivientes jóvenes de cáncer, aunque se sugiere la inclusión de muestras más grandes y diversas en futuras investigaciones.

Getu (2023) llevó a cabo un estudio para investigar la aceptabilidad, viabilidad y eficacia de una intervención combinada de terapia cognitivo-conductual y control de actividad (CBT-AP) para pacientes con cáncer de mama que experimentan fatiga durante la quimioterapia. Participaron 10 pacientes de un total de 27 elegibles, lo que representa una tasa de aceptación del 37.03%. La viabilidad se evaluó mediante la tasa de participación, tasa de abandono (10%), fidelidad y cumplimiento de la intervención, y las evaluaciones tanto de los terapeutas como de los participantes.

Los resultados mostraron que la CBT-AP fue aceptable y viable para los pacientes fatigados, con una reducción significativa de la fatiga medida con el Inventario Breve de Fatiga (BFI) en el 77.77% de los participantes entre el inicio y las 6 semanas de intervención. Además, la calidad de vida global y las escalas de funcionamiento físico, emocional y social mejoraron, mientras que la depresión, medida con el Cuestionario de Salud Pública (PHQ-9), se redujo en el 55.55% de los participantes. En conclusión, la CBT-AP demostró ser una intervención prometedora para reducir la fatiga y mejorar la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama, y su eficacia será evaluada en ensayos clínicos aleatorizados de mayor tamaño en el futuro.

En otro estudio, Qiu (2018) evaluó la efectividad de la terapia cognitivo-conductual (CBT) para reducir los síntomas depresivos en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama en China. La muestra consistió en mujeres que se habían sometido a una mastectomía radical en el último año y estaban en seguimiento postquirúrgico, excluyendo a aquellas en cuidados paliativos. Se evaluaron los síntomas depresivos y ansiosos antes de la intervención utilizando la Escala de Depresión de Hamilton (HAMD) y la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAMA), y aquellas con puntuaciones de 8 o más en cualquiera de las escalas fueron incluidas.

Las participantes fueron asignadas aleatoriamente a tres grupos: CBT, autocuidado (SCM) y control con atención habitual (UC). El grupo CBT recibió un programa de nueve sesiones durante 12 semanas que combinaba estrategias cognitivas y conductuales para abordar los pensamientos negativos y el malestar emocional relacionado con la enfermedad. Los resultados mostraron una mejora significativa en los síntomas depresivos en el grupo CBT en comparación con los grupos SCM y UC, con una reducción considerable en los puntajes de la HAMD-17.

El análisis de medidas repetidas indicó que la mejora fue sostenible, con una disminución continua de los puntajes de HAMD-17 durante las semanas 4, 12 y 24, lo que sugiere que los efectos de la CBT fueron duraderos. En resumen, el estudio confirma que la CBT es altamente efectiva para reducir los síntomas depresivos en sobrevivientes de cáncer de mama, con mejoras inmediatas y sostenibles a largo plazo.

Otro estudio realizado por Onyedibe (2020) evaluó la efectividad de la Terapia Cognitivo-Conductual en Grupo (TCCG) para reducir la ansiedad y depresión en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. La muestra consistió en 31 mujeres de entre 30 y 60 años, con estadios I a III de cáncer de mama, que recibían tratamiento ambulatorio en el Lagos University Teaching Hospital (LUTH). El diseño fue experimental y controlado aleatoriamente, con dos grupos: uno experimental, que recibió 12 sesiones de TCCG, y otro control, que solo recibió folletos informativos.

Las evaluaciones se realizaron al inicio, al final de la intervención y a los dos meses de seguimiento. Se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión del Hospital (HADS) para evaluar los niveles de ansiedad y depresión. Los resultados iniciales no mostraron diferencias significativas entre los grupos. La intervención consistió en 12 sesiones semanales de 90 minutos, donde se enseñaron estrategias para identificar y modificar pensamientos disfuncionales, técnicas de relajación y habilidades de afrontamiento.

Al final del estudio, el grupo experimental mostró una reducción significativa en los niveles de ansiedad y depresión en comparación con el grupo control, y los efectos se mantuvieron durante el seguimiento. Estos hallazgos sugieren que la TCCG es una intervención efectiva para mejorar la salud mental de las mujeres con cáncer de mama, y su implementación podría ser beneficiosa en el contexto oncológico de Nigeria.

Otro estudio realizado por Landa (2020) abordó el efecto de una adaptación cultural de la terapia cognitivo-conductual (TCC) para la depresión y la ansiedad en pacientes mexicanos con cáncer terminal, quienes presentaban un bajo nivel de atención psicológica, la muestra participante se conformó de 9 pacientes mexicanos con cáncer terminal, 3 hombres y 6 mujeres, todos con cáncer en etapa IV, cuyas edades oscilaban entre los 40 y 83 años. La metodología utilizada es de un diseño de línea base múltiple A-B no concurrente con 9 pacientes distribuidos en cohortes de 3, los instrumentos usados para medir la depresión y la ansiedad fueron las escalas (HADS) y registros auto reportados de actividades, pensamientos y estado de ánimo.

Los resultados más significativos se obtuvieron en la etapa post-tratamiento para la mayoría de los pacientes. El número promedio de puntos de depresión y ansiedad descendió en 3.16 y 2.82 puntos, respectivamente, además se pudo evidenciar que el número de actividades recreativas aumentó y los pensamientos negativos disminuyeron, especialmente en aquellos con un nivel educativo más alto. El autor demuestra que la TCC adaptada culturalmente resulta ser viable para reducir los síntomas de depresión y ansiedad en pacientes terminales con cáncer en México, esto pone de relieve que se requiere de adaptaciones culturales y la participación de los cuidadores, subrayando la necesidad de más investigaciones y mejorar la infraestructura para la entrega de cuidados paliativos.

Otro aporte interesante es un ensayo clínico controlado y aleatorizado de diseño paralelo, realizado por Serfaty (2020), este autor buscó evaluar la eficacia del programa CanTalk, que combina la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) manualizada con el “treatment as usual” (TAU) en la reducción de la depresión en pacientes con cáncer avanzado. La muestra incluyó a 230 pacientes diagnosticados con cáncer avanzado y depresión, quienes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos: uno recibió el tratamiento habitual (TAU), con consistía en limitar a estos pacientes a los tratamientos convencionales en el contexto de su enfermedad y tratamiento médico sin acceso a terapia psicológica estructurada o adaptada, y el otro grupo, que fue asignado al programa CanTalk, que combinó TAU y TCC. La variable principal de medición fue la depresión, evaluada mediante el Beck Depression Inventory-II (BDI-II),

mientras que la calidad de vida, la satisfacción con la atención y el funcionamiento físico fueron tratados como resultados secundarios.

La intervención CanTalk consistió en una TCC adaptada para pacientes con cáncer avanzado, implementada junto con el tratamiento habitual. El equipo de investigación desarrolló un manual específico basado en estudios previos, y los terapeutas, capacitados mediante un curso de un día, ofrecieron hasta 12 sesiones individuales (presenciales o telefónicas) durante tres meses. La formación consistió en cómo adaptar las técnicas de CBT a las limitaciones físicas de los pacientes, abordar pensamientos negativos y tratar miedos relacionados con la muerte y la morbilidad. Además, en algunos casos, se incluyó a los cuidadores en la intervención.

El tratamiento se aplicó a través de la red IAPT (Improving Access to Psychological Therapies) de Inglaterra, con terapeutas de alta intensidad, con al menos dos años de experiencia en TCC. Para asegurar la calidad del tratamiento, los terapeutas recibieron supervisión regular de supervisores de IAPT y podían consultar al equipo de investigación para obtener orientación especializada sobre la aplicación de TCC en pacientes con cáncer.

Los resultados del estudio indicaron que no hubo diferencias significativas entre los grupos de TCC y TAU en cuanto a la reducción de los síntomas depresivos. Aunque ambos grupos mostraron una ligera mejora en los síntomas, el cambio fue clínicamente irrelevante según las puntuaciones del BDI-II. El análisis exploratorio reveló que ciertos subgrupos, como los participantes viudos o separados, podrían beneficiarse más de intervenciones específicas. En conclusión, los hallazgos sugieren que el programa CanTalk no fue eficaz para reducir la depresión en pacientes con cáncer avanzado. Esto apunta a la necesidad de enfoques más integrados y colaborativos para el manejo de la depresión en esta población.

El estudio realizado por Tregnago (2019) busca evaluar la efectividad de la terapia cognitivo-conductual (TCC) sobre los niveles de ansiedad, depresión y angustia en pacientes con cáncer. El muestreo total se compuso de 43 pacientes, de los cuales el 88% tenía cáncer de mama y el 12% cáncer de pulmón, con una edad promedio de 49 años. La metodología del estudio se basa en un ensayo abierto en el que se aplicaron cuestionarios validados, entre estos: la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y el Termómetro de Angustia (DT), para medir los niveles de ansiedad, depresión y angustia antes y después del tratamiento con TCC, estas escalas fueron analizadas estadísticamente con los procesos Wilcoxon Mann-Whitney y los coeficientes de correlación por rangos de Spearman.

Los resultados del estudio indicaron que al inicio del estudio los participantes mostraban niveles anormales en ansiedad (62.8%), depresión (34.9%), angustia (30.2%), todas estas variables correlacionan positivamente. Después de 6 meses de tratamiento con TCC, solo el 7% y el 5% mantuvieron niveles anormales de ansiedad y depresión; el 58% y el 40% presentaron niveles en el límite. Finalmente, los niveles de ansiedad, depresión y angustia postratamiento fueron significativamente más bajos en comparación con la evaluación inicial ($p < 0.001$).

Los resultados también mostraron que, entre los pacientes con cáncer de mama, los niveles de ansiedad y angustia fueron determinados por el índice de masa corporal (IMC) y la actividad física. A largo plazo, los resultados apuntan a la necesidad de un cribado psicológico estándar centrado en la ansiedad, depresión y angustia en los pacientes con cáncer, con una intervención psicológica adecuada por parte de profesionales de la psico-oncología entrenados.

Estos estudios aportan un sustento epistemológico para afirmar la eficacia del tratamiento con enfoque en Terapia Cognitivo Conductual para la reducción sintomatológica de la depresión en pacientes con cáncer. La selección de estas investigaciones muestra abordajes tanto presenciales (Sheikhzadeh, 2021) (Jelvehzadeh, 2022) (Fitriyanti, 2019) (Watson, 2017) (Serfaty M. K., 2020) (Getu, 2023) (Sutanto, 2021) (Qiu, 2018) (Onyedibe, 2020) (Landa, 2020) (Tregnago, 2019) como por medio de aplicaciones virtuales (Ham, 2019) (Wieland, 2024) (Zhang, 2023) (Serfaty M. K., 2020) (Serfaty M. K., 2019) mostrando la variedad de modalidades efectivas para este cuadro clínico. Por otra parte, existen ciertas limitaciones de estos estudios, a saber; la muestra que utilizan puede no ser representativa para la población general que padece de cáncer, dificultando la generalización de resultados.

Otra limitación puede darse por la dependencia de autoinformes en la evaluación de resultados de pre test y post test de la intervención, esto puede no ser suficiente pues la vulnerabilidad de los pacientes oncológicos puede sesgar las respuestas dadas en este tipo de instrumentos. Por otra parte, la falta de diferencias significativas entre ciertas modalidades de tratamiento sugiere que se necesita más investigación para identificar las características que pueden hacer que una terapia sea más adecuada para un subgrupo específico de pacientes. Esto podría incluir estudios que evalúen factores como la gravedad de los síntomas, el tipo de cáncer y las características demográficas, que pueden influir en la respuesta al tratamiento.

Tabla 1

Cuadro de resumen

Autores	Tipo de Estudio	Resultados
Sheikhzadeh, Zanjani, Baari (2021) ¹	ECA	CBT: d = 1.83 (>75% de remisión) MBCT: d = 1.50 (>50% de remisión)
Kyunghee et al. (2019) ²	ECA	BDI-II = Pretest - 25.29 (M), 9.83 (DE) Postest - 15.90 (M), 8.89 (DE) (>50% de remisión)
Jelvehzadeh et al. (2022) ³	ECA	Depresión = Pretest 26.26 (M), 4.94 (DE), Postest 16.80 (M), 9.15 (DE) (>50% de remisión)
Murphy (2020)	ECA	iCBT Pretest 8.64(M) 1.99 (DE), Postest 4.88(M) 3.02(DE), (>75% de remisión)
Wieland (2024) ⁴	ECA y meta análisis	CBT (a corto plazo): SMD = -0,93. (80% de remisión) CBT (a largo plazo): SMD = -0,6 (60% de remisión)
Fitriyanti (2019) ⁵	ECA	CBT: SMD = 0.53 (50% de remisión)
Watson (2017) ⁶	ECA	CBT: SMD = 0.43 (35%-45% de remisión)
Zhang (2023) ⁷	ECA	MYTH: SMD = 1.59 (60-70% de mejora, 30-50% de remisión)
Serfaty (2019) ⁸	ECA	

¹ Comparó la eficacia de la MBCT y la CBT en pacientes con cáncer para reducir la ansiedad, depresión y fatiga.

² Evaluó la efectividad de un programa CBT basado en app móvil para reducir la depresión y ansiedad en pacientes con cáncer.

³ Evaluó el efecto de CBT en grupo en la calidad de vida y el trastorno emocional en el cáncer de mama

⁴ Evaluó la efectividad del tratamiento cognitivo-conductual (TCC) en la reducción de la depresión en mujeres con cáncer de mama, basado en investigaciones realizadas entre 1999 y 2019.

⁵ Evaluó el efecto de la terapia cognitivo-conductual en grupo (CBT) sobre la calidad de vida y la sintomatología depresiva en mujeres con cáncer de mama.

⁶ Comparó la eficacia de la T-CBT (terapia cognitivo-conductual individual por teléfono) frente a la CBT habitual cara a cara en la reducción de la ansiedad y la depresión en pacientes con cáncer.

⁷ Evaluó la viabilidad, la aceptabilidad y la efectividad de programas de TCBT, como "Mind Your Total Health" (MYTH), en comparación con un programa tradicional, "BeatingtheBlues" (BtB), en jóvenes sobrevivientes de cáncer

⁸ Evaluó la efectividad clínica y costo-efectividad de la terapia cognitivo-conductual (CBT) en comparación con el tratamiento habitual (TAU) para pacientes con cáncer avanzado y depresión.

Serfaty (2019) ⁹	ECA	CBT & TAU: SMD = -0.088 (aproximadamente 50% de remisión)
Getu (2023) ¹⁰	ECA	Depresión (PHQ-9): SMD = 0.77 (55.55% de remisión)
Sutanto (2021) ¹¹	ECA	CBT + TAU: SMD = -1.07 (aproximadamente 50% de remisión de la depresión)
Qiu (2018) ¹²	ECA	CBT: SMD = 0.87 (>50% de remisión) SCM: SMD = 0.30 (~30% de remisión) UC: SMD = 0.12 (~20% de remisión)
Onyedibe (2020) ¹³	ECA	TCCG: SMD = 1.92 (>75% de remisión) 2-month follow-up: SMD = 2.87 (>75% de remisión)
Landa (2020) ¹⁴	ECA	SMD = 0.76 (22.22% de remisión)
Serfaty (2020)	ECA	SMD = 0.42 (22.7% de remisión)
Tregnago ¹⁵ (2019)	ECA	SMD = 0.65 (55.8% de remisión en ansiedad y 39.2% de remisión en depresión)

Nota: Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT), Terapia Cognitiva Conductual (CBT), Ensayo Clínico Aleatorizado (ECA), Terapia cognitivo conductual entregada por internet (iCBT).

El objetivo principal de esta investigación es evaluar la efectividad de las terapias cognitivas de segunda generación en comparación con las terapias cognitivas de tercera, específicamente para los pacientes adultos oncológicos en relación a la reducción de sintomatología depresiva del paciente mediante una revisión sistemática. Esta revisión es oportuna para investigadores y profesionales enfocados en este tema porque, no solo ofrece un estado del arte sobre las actividades contemporáneas en relación a la investigación en terapia cognitiva sino también orienta sobre aspectos que podrían ser mejorados. Dentro de esta área clínica específica, es crítico señalar que esta revisión será beneficiosa para aquellos que están interesados en la mejora de las actividades intelectuales e investigativas.

⁹ Evaluar la efectividad clínica y costo-efectividad de la terapia cognitivo-conductual (CBT) en comparación con el tratamiento habitual (TAU) para pacientes con cáncer avanzado y depresión.

¹⁰ Investigar el efecto de la terapia cognitivo-conductual integrada con ritmo de actividad (CBT-AP) sobre la fatiga y las consecuencias emocionales en pacientes con cáncer de mama en tratamiento de quimioterapia.

¹¹ Examinar el efecto de la terapia cognitivo-conductual (CBT) sobre los niveles de ansiedad, depresión y la calidad de vida en pacientes con sospecha de cáncer de pulmón.

¹² Evaluar la efectividad del tratamiento cognitivo-conductual (CBT) en la depresión y el insomnio en sobrevivientes de cáncer de mama chinos, y su impacto en la calidad de vida.

¹³ Evaluar la efectividad de la Terapia Cognitivo-Conductual en Grupo (TCCG) en la reducción de la ansiedad y la depresión en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.

¹⁴ Evaluar el efecto de una adaptación cultural de la terapia cognitivo-conductual (TCC) para la depresión y la ansiedad en pacientes mexicanos con cáncer terminal.

¹⁵ Evaluar la efectividad de la terapia cognitivo-conductual (TCC) sobre los niveles de ansiedad, depresión y angustia en pacientes con cáncer.

Conclusiones

Los hallazgos evidencian que las terapias de segunda generación, centradas en la modificación de pensamientos disfuncionales y la reestructuración cognitiva, han mostrado resultados positivos en la reducción inmediata de síntomas depresivos. Sin embargo, las terapias de tercera generación, como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT), destacan por su impacto a largo plazo, promoviendo una mayor flexibilidad psicológica y mejorando la adaptación emocional de los pacientes ante la enfermedad.

Si bien ambas intervenciones han sido validadas en múltiples estudios, se observa que las terapias de tercera generación ofrecen ventajas en términos de prevención de recaídas, reducción de la rumiación cognitiva y mejora del bienestar general, aspectos cruciales en pacientes oncológicos que enfrentan altos niveles de depresión y estrés crónico. No obstante, la elección del tipo de terapia debe estar sujeta a las características individuales del paciente, su respuesta al tratamiento y la fase en la que se encuentra dentro del proceso oncológico.

Dado que las diferencias en efectividad entre ambas generaciones de terapias dependen de múltiples factores, es recomendable que futuras investigaciones se enfoquen en estudios longitudinales con mayor representatividad poblacional. Asimismo, es necesario considerar intervenciones combinadas que integren elementos de ambas generaciones de TCC para maximizar los beneficios terapéuticos en pacientes con cáncer y depresión.

En conclusión, tanto la TCC de segunda como de tercera generación son herramientas fundamentales para el abordaje de la sintomatología depresiva en pacientes oncológicos. Sin embargo, las terapias de tercera generación emergen como enfoques más integrales y sostenibles en el tiempo, facilitando un mejor afrontamiento de la enfermedad y sus implicaciones en las diferentes áreas de la vida del sujeto.

Referencias

- Bamonti, P. M. (2018). Pain is associated with continuing depression in cancer survivors. *Psychology, Health & Medicine*, *23*(10), 1182-1195. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1476723>.
- Battat, M. O. (2024). Assessment of depression symptoms among cancer patients: a cross-sectional study from a developing country. *Sci Rep* (14), 11934.
- Beck. (2022). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond (2nd ed.)*. Guilford Publications.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. <https://doi.org/10.1080/00029157.1974.10403697>.
- Bray, F. F. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *A Cancer Journal for Clinicians*, *68*(6), <https://doi.org/10.3322/caac.21492>.
- Chang, Y. C. (2023). Immediate impact of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) among women with breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *BMC women's health*, *23*(1), 331.
- Chen, X. Y. (2024). Factors associated with depressive symptoms among cancer patients: A nationwide cross-sectional study. *BMC Public Health*, *24*, 1443. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18898-9>.
- Dobson. (2009). *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. Guilford Press. <https://ravannews.com/wp-content/uploads/HANDBOOK-of-Cognitive-Behavioral-Therapies.pdf>.
- Dong, P. &. (2022). Risks and Benefits of Adjuvants to Cancer Therapies. *Frontiers in Oncology*, *12*, <https://doi.org/10.3389/fonc.2022.913626>.
- Fardell, J. E. (2023). Anxiety, depression, and concentration in cancer survivors: National Health and Nutrition Examination Survey results. *Supportive Care in Cancer*, *31*(5), 272, <https://doi.org/10.1007/s00520-023-07710-w>.
- Fitriyanti, D. M. (2019). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) To Decreased Depression in Woman Patients with Cancer included cervical cancer and breast cancer. *Jurnal Ners Dan Kebidanan Indonesia*, *6*(3), 27-34. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2024.100562>.
- Getu, M. A. (2023). The effect of cognitive behavioural therapy integrated with activity pacing on cancer-related fatigue, depression and quality of life among patients with breast

- cancer undergoing chemotherapy in Ethiopia: A randomised clinical trial. *International Journal of Cancer*, 152(12), <https://doi.org/10.1002/ijc.34452>.
- Greco, M. T. (2014). Quality of cancer pain management: an update of a systematic review of undertreatment of patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 32(36), 4149-4154. <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.56.0383>.
- Habimana, S. B. (2023). Prevalence and associated factors of depression and anxiety among patients with cancer seeking treatment at the Butaro Cancer Center of Excellence in Rwanda. *Frontiers in Public Health*, 11,, 972360. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.972360>.
- Ham, K. C. (2019). Preliminary results from a randomized controlled study for an app-based cognitive behavioral therapy program for depression and anxiety in cancer patients. *Frontiers in Psychology*, 10, 1592.
- Hassan, S. A. (2022). Clinical Parameters of Cancer Patients and their Relation with Depression Level. *Zagazig Nursing Journal*, 18(1), 81-92.
- Hayes, S. C. (2011). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. . *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, , 141–168. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449>.
- Henry, M. C. (2023). The impact of genetic predisposition to depression on quality of life in patients with head and neck cancer immediately post-treatment: A longitudinal study. https://doi.org/10.1200/JCO.2023.41.16_suppl.6063.
- Hirayama, T. O. (2023). Behavioral activation for depression in patients with advanced cancer: Study protocol for a multicenter randomized controlled trial. . *BMC Cancer*, 23(1), 42.
- Hofmann, S. G. (2017). Mindfulness-based interventions for anxiety and depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4), 739–749. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.008>.
- Jelvehzadeh, F. &. (2022). The effect of a group cognitive behavioral therapy on the quality of life and emotional disturbance of women with breast cancer. *Supportive Care in Cancer*, 30, 305–312. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06421-4>.
- Karimi, Z. R. (2023). Caregiving burden, depression, and anxiety among family caregivers of patients with cancer: An investigation of patient and caregiver factors. *Frontiers in Psychology*, 14, Article 1059605, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1059605>.
- Kilkus, J. L. (2022). Applications of cognitive behavioral therapy in cancer survivorship.

- Psychotherapy*, 59(2), 245. <https://doi.org/10.1037/pst0000390>.
- Kissane, D. W. (2014). Unrecognised and untreated depression in cancer care. *The Lancet Psychiatry*, 1(5), 320–321. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(14\)70345-1](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(14)70345-1).
- Knaul, F. M.-O.-C.-R. (2018). Avoidable mortality: The core of the global cancer divide. *Journal of Global Oncology*, 4, 1–12. <https://doi.org/10.1200/JGO.17.00190>.
- Landa, E. G.-R.-A.-E.-R. (2020). Tailoring Cognitive Behavioral Therapy for Depression and Anxiety Symptoms in Mexican Terminal Cancer Patients: A Multiple Baseline Study. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 27(1), <https://doi.org/10.1007/s10880-019-09620-8>.
- Lewis, D. J. (2016). Mindfulness-based interventions: Clinical psychology, Buddhhadharma, or both? In D. F. R. E. Purser, *Handbook of mindfulness: Culture, context, and social engagement* (pp. 243–268). Springer.
- Li, Y. (2022). Various interventions for cancer-related fatigue in patients with breast cancer: a systematic review and network meta-analysis. *Reviews in Breast Cancer*, <https://doi.org/10.3389/fonc.2024.1341927>.
- Lin. (2024). Depression promotes breast cancer progression by regulating amino acid neurotransmitter metabolism and gut microbial disturbance. *Clinical and Translational Oncology*, 1-12. <https://doi.org/10.1007/s12094-023-03367-3>.
- Liu, B. Z. (2024). Exploring treatment options in cancer: Tumor treatment strategies. *Signal Transduction and Targeted Therapy*, 9, 175. , <https://doi.org/10.1038/s41392-024-01856-7>.
- Magill, N. W. (2022). Depression and anxiety during the year before death from cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 158, 110922. <https://doi.org/10.1016/j.jpsy>.
- Mejareh, Z. N. (2021). Global, regional, and national prevalence of depression among cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Indian Journal of Psychiatry*, 63(6), 527-535. https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_77_21.
- Miller, K. D. (2019). Cancer treatment and survivorship statistics, 2019. *Cancer Journal for Clinicians*, 69(5), 363-385. <https://doi.org/10.3322/caac.21565>.
- Montazeri, A. (2020). Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2019. *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research*, 39, , 108. <https://doi.org/10.1186/s13046-020-01611-4>.
- Murphy, M. J. (2020). Randomised controlled trial of internet-delivered cognitive behaviour

- therapy for clinical depression and/or anxiety in cancer survivors (iCanADAPT Early). *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 29, 76–85. <https://doi.org/10.1002/pon.5267>.
- Naser, A. Y. (2021). Depression and anxiety in patients with cancer: a cross-sectional study. *Frontiers in Psychology*, 12, 585534. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.585534>.
- Ninivaggi, F. J. (2018, Abril). *Modern mindfulness: Mindfulness is about achieving authentic integrity*. *Psychology Today*. Retrieved from Recuperado de <https://www.psychologytoday.com/us/blog/envy/201804/modern-mindfulness>
- Onyedibe, M. C. (2020). Effectiveness of group cognitive-behavioral therapy on anxiety and depression in nigerian breast cancer patients. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 20(2).
- Pirl, W. F. (2014). Recommendations for the implementation of distress screening programs in cancer centers: Report from the American Psychosocial Oncology Society (APOS), Association of Oncology Social Work (AOSW), and Oncology Nursing Society (ONS) joint task force. *Cancer*, 120 (19), 2946–2954. <https://doi.org/10.1002/cncr.28750>.
- Qiu, H. R. (2018). Effects of cognitive behavioral therapy for depression on improving insomnia and quality of life in Chinese women with breast cancer: Results of a randomized, controlled, multicenter trial. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, <https://doi.org/10.2147/NDT.S171297>.
- Ramezani, N. &. (2023). The Role of Public Health in the Fight Against Cancer: Awareness, Prevention, and Early Detection. *arXiv preprint*, <https://arxiv.org/pdf/2311.08654>.
- Remes, O. M. (2021). Biological, psychological, and social determinants of depression: . A review of recent literature. *Brain Sciences*, 11(12), 1633. <https://doi.org/10.3390/brainsci11121633>.
- Rodríguez, V. M. (2015). Depresión y cáncer: Una revisión orientada a la práctica clínica. *Revista Colombiana de Cancerología*, 19(3), 166–172. <https://doi.org/10.1016/j.rccan.2015.04.005>.
- Ruíz, F. D. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales*. Madrid: Pirámide. Recuperado de <https://capacpsico.com.mx/wp-content/uploads/2021/06/Manual-de-t%C3%A9cnicas-de-intervenci%C3%B3n-cognitiva-conductuales.pdf>.
- Salmon, P. L. (2024). *Tasman's psychiatry*. Springer Nature Switzerland.

https://doi.org/10.1007/978-3-030-51366-5_7.

- Sancassiani, F. M. (2023). Low adherence to therapy and co-morbid depressive episodes are independent determinants of early death in people with cancer. *World Cancer Research Journal*, *10*, e2707, https://doi.org/10.32113/wcrj_202312_2707.
- Schellekens, M. P. (2020). Exploring the interconnectedness of fatigue, depression, anxiety and potential risk and protective factors in cancer patients: a network approach. *Journal of behavioral medicine*, *43*, 553-563. <https://doi.org/10.1007/s10865-019-00084-7>.
- Segal, Z. V. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression (2nd ed.)*. Guilford Press.
- Serfaty, M. K. (2019). Manualised cognitive-behavioural therapy in treating depression in advanced cancer: The CanTalk RCT. *Health Technology Assessment*, *23(19)*, <https://doi.org/10.3310/hta23190>.
- Serfaty, M. K. (2020). Effectiveness of cognitive-behavioural therapy for depression in advanced cancer: CanTalk randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *216(4)*, <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.207>.
- Shalata, W. G. (2024). Mental Health Challenges in Cancer Patients: A Cross-Sectional Analysis of Depression and Anxiety. *Cancers*, *16(16)*, 2827. <https://doi.org/10.3390/cancers16162827>.
- Sheikhzadeh, M. Z. (2021). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety, depression, and fatigue in cancer patients: A randomized clinical trial. *Iranian journal of psychiatry*, *16(3)*, 271. <https://doi.org/10.18502/ijps.v16i3.6252>.
- Siegel, R. L. (2018). Cancer statistics, 2018. *CA. A Cancer Journal for Clinicians*, *68(1)*, 7-30. <https://doi.org/10.3322/caac.21442>.
- Smith, H. R. (2015). Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment (Review). *Oncology Letters*, *9(4)*, 1509-1514. <https://doi.org/10.3892/ol.2015.2944>.
- Sposito, M. B. (2023). Adjuvant targeted therapy in solid cancers: Pioneers and new glories. *Journal of Personalized Medicine*, *13(10)*, 1427. <https://doi.org/10.3390/jpm13101427>.
- Sutanto, Y. S. (2021). Effect Of Cognitive Behavioral Therapy On Improving Anxiety, Depression, And Quality Of Life In Pre-Diagnosed Lung Cancer Patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, *22(11)*, <https://doi.org/10.31557/APJCP.2021.22.11.3455>.

- Tack, L. S. (2022). Psychosocial care after cancer diagnosis: Recent advances and challenges. *Cancers*, *14*(5882), <https://doi.org/10.3390/cancers14235882>.
- Torre, L. A.-T. (2015). Global cancer statistics, 2012. CA: *A Cancer Journal for Clinicians*, *65*(2), 87-108. <https://doi.org/10.3322/caac.21262>.
- Tregnago, D. C. (2019). Impact of cognitive-behavioral-therapy (CBT) on levels of anxiety, depression and distress in cancer patients (pts). *Annals of Oncology*, *30*, <https://doi.org/10.1093/annonc/mdz262.003>.
- Twohig, H. (2020). *ACT en la práctica clínica para la depresión y la ansiedad una guía sesión a sesión para maximizar los resultados*. Henao: Desclée De Brouwer, S.A.
- van den Beuken, M. H.-H. (2016). Update on prevalence of pain in patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, *51*(6), 1070-1090. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.12.340>.
- Wang, H.-Q. L. (2024). Research progress on the psychological burden and intervention measures in cancer patients. *Frontiers in Psychiatry*, *15*, <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1408762>.
- Wang, Y. &. (2022). Cancer-related psychosocial challenges. *General psychiatry*, *35*(5), <https://doi.org/10.1136/gpsych-2022-100871>.
- Watson, M. W. (2017). Telephone-delivered individual cognitive behavioural therapy for cancer patients: An equivalence randomised trial. *Psycho-Oncology*, *26*(3), <https://doi.org/10.1002/pon.4338>.
- Wieland, S. M. (2024). The effectiveness of cognitive behavioural therapy for depression in women with breast cancer: A systematic review and meta-Analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *52*(4), 394–413. <https://doi.org/10.1017/S1352465824000092>.
- Woods, S. L. (2019). *Mindfulness-based cognitive therapy: Embodied presence & inquiry in practice*. Context Press.
- Zeilinger, E. L. (2022). Prevalence of anxiety and depression in people with different types of cancer or hematologic malignancies: A cross-sectional study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *31*, e74, 1–7. <https://doi.org/10.1017/S204579602200>.
- Zhang, A. W. (2023). Evaluating an engaging and coach-assisted online cognitive behavioral therapy for depression among adolescent and young adult cancer survivors: A pilot feasibility trial. *Journal of Psychosocial Oncology*, *41*(1), 20–42,

<https://doi.org/10.1080/07347332.2021.2011530>.



Dayra Janela Vega Romero portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **1104916141**. En calidad de autora y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación “ **Eficacia del tratamiento cognitivo conductual para el trastorno de la depresión en pacientes adultos oncológicos**” de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **12 de febrero de 2025**

F:

Dayra Janela Vega Romero

C.I 1104916141