

Artículo original - Metanálisis

USO DE LA PSICOTERAPIA COMO MANEJO COADYUVANTE DEL DOLOR Y OTROS SÍNTOMAS ASOCIADOS AL CÁNCER

Juan Carlos Hernández Grosso

MD. Máster Cuidados Paliativos - Universidad de Valladolid - Docente Fundación Universitaria Sanitas.

RESUMEN

Introducción: Esta es una revisión bibliográfica que pretende mostrar que existe un vacío del conocimiento en cuanto al manejo no farmacológico de los síntomas asociados al cáncer, existiendo en la evidencia suficientes recomendaciones para el uso de psicoterapia como parte de este manejo. **Materiales y métodos:** se realizó una revisión sistemática de la literatura de 25 artículos con nivel de evidencia de I a III de los últimos 5 años. **Resultados:** se encontró que la psicoterapia con técnicas como la hipnosis, la relajación muscular progresiva, la visualización, la re-estructuración de ideas y pensamientos, la educación, la meditación, el yoga, las terapias grupales colaborativas, entre otras, ayudan a establecer mejores herramientas de afrontamiento de la enfermedad y disminuye el estrés emocional, mejorando síntomas como el dolor neuropático y crónico, las náuseas y el vómito asociados a la quimioterapia, la ansiedad asociada a disnea e insomnio. Como hallazgo asociado se encontró que sirve al manejo de agotamiento asociado al cáncer produciendo alivio. **Conclusión:** hay evidencia que recomienda el uso de intervenciones psicoterapéuticas como manejo coadyuvante de síntomas asociados al cáncer.

Palabras clave: psicoterapia, hipnosis, terapias grupales, estrés emocional, agotamiento asociado al cáncer, dolor.

ABSTRACT

Introduction: this is a literature review that aims to show how there is a gap of knowledge regarding nonpharmacologic management of symptoms associated with cancer, there is sufficient evidence recommendations for the use of psychotherapy as part of this treatment. **Methods:** we conducted a systematic literature review of 25 articles with evidence level I to III of the past 5 years. **Results:** we found that psychotherapy using techniques such as hypnosis, progressive muscle relaxation, visualization, re-structuring of ideas and thoughts, education, meditation, yoga, group therapy collaborative among others, help to develop better tools for coping with the disease and decreases emotional distress, improving symptoms such as, chronic neuropathic pain, nausea and vomiting associated with chemotherapy, anxiety and insomnia associated with dyspnea. In addition, was found that it helps to decrease the exhaustion associated with cancer producing relief. **Conclusion:** there is evidence to recommend the use of psychotherapeutic interventions as adjunctive management of symptoms associated with cancer.

Keywords: psychotherapy, hypnosis, group therapy, emotional distress, fatigue associated with cancer, pain.

*Correspondencia: uachernandez@unisanitas.edu.co

Fecha de recepción: 14 de julio de 2012 - Fecha de aceptación: 18 de julio de 2012

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad que por su carácter progresivo y curso variable genera consecuencias físicas y emocionales devastadoras. Una de estas es el síndrome de distrés emocional, que ha sido definido por entidades como la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) como: “Una experiencia desagradable y multifactorial de índole psicológico, social y/o espiritual que interfiere en la capacidad de afrontar el cáncer, sus síntomas físicos y lo derivado de su tratamiento” (1)(2)(3)(4)(5).

Uno de estos síntomas físicos es el dolor por cáncer que es definido también como: “Una experiencia desagradable de origen sensorial y emocional”, que demostraría en principio una relación entre síntomas físicos y el síndrome de distrés emocional por cáncer (6). Esta relación ha cobrado mayor importancia en los últimos años y se origina de las expectativas del paciente de la enfermedad, la incertidumbre de lo que le pasará y el temor de perder la autonomía posterior al diagnóstico. Sin embargo, en un alto porcentaje de los casos esto es poco valorado y subestimado por el equipo médico, quienes se enfocan más en el tratamiento de la enfermedad y los síntomas físicos asociados, dejando de lado los síntomas emocionales, sociales y espirituales que hacen parte también de la enfermedad y que podrían ser detectados y manejados con anticipación como parte de los cuidados paliativos (3)(5).

En la práctica de la medicina paliativa, en cuanto al manejo farmacológico de síntomas físicos el conocimiento existente es amplio; sin embargo, esto no ocurre en el manejo no farmacológico donde aún existen vacíos sobre las intervenciones que podrían ayudar a un mejor control

del distrés emocional asociado al cáncer, que se relaciona muchas veces con el difícil control de síntomas físicos. Una de estas intervenciones no farmacológicas es la psicoterapia que se define como un proceso (Greenberg & Pinsoff, 1986), con el fin de generar recursos apropiados de afrontamiento de una situación difícil valorando el componente subjetivo cognitivo (creencias) y emocional (emociones) de la situación. Por esta razón podría ser una medida terapéutica favorable para el manejo del distrés emocional asociado al cáncer.

Con el conocimiento de la eficacia del uso de la psicoterapia por parte de los equipos de cuidados paliativos y pretendiendo que se generen alternativas para el manejo y control de síntomas, utilizando estas intervenciones como coadyuvantes al manejo farmacológico, se planteó la siguiente pregunta: ¿Cuál es la evidencia y las recomendaciones actuales del uso de técnicas psicoterapéuticas como terapia coadyuvante no farmacológica para el manejo del síndrome de distrés emocional relacionado al cáncer?

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo integrativo de tipo revisión sistemática, que partió de la búsqueda progresiva de la mejor evidencia científica en las bases de datos PUBMed-Medline, Cochrane, Hinari, EBSCO, Scielo y Trip Data Base con el objeto de responder la pregunta de la presente investigación, sobre el uso de psicoterapia en el manejo coadyuvante de síntomas asociados al cáncer. Los criterios de inclusión y exclusión utilizados son expuestos en la siguiente tabla.

Se obtuvieron inicialmente 150 referencias en las bases de datos consultadas entre artículos y resúmenes, de los

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	
Inclusión	Exclusión
Artículos completos, que tuvieran relación con la pregunta del estudio.	Resúmenes de artículos o abstract.
Artículos que mencionaran la palabra psicoterapia y cáncer más uno de los síntomas asociados al cáncer mencionados en este estudio.	Artículos que mencionaban terapias alternativas, tipo acupuntura, aromaterapia, masajes, esencias florales, homeopatía y terapia neural.
Artículos que en su análisis cumplieran requisitos de nivel de evidencia I, II y III.	Artículos con niveles de evidencia IV.
Bibliografía de los últimos 5 años.	Artículos de tipo reportes de caso.
	Bibliografía con mayor antigüedad a 5 años (2005 para atrás).

1. Se realizó una traducción al español adaptándola al contexto clínico de la palabra “Distress” y su definición del NCCN en inglés.

cuales solo se tuvieron en cuenta 25 artículos completos que cumplieran con los criterios de inclusión. Los términos de búsqueda que se utilizaron fueron: “*dolor, cáncer, psicoterapia, manejo de síntomas digestivos en cáncer, manejo del insomnio por cáncer, agotamiento físico relacionada al cáncer*. Se combinaron así: *dolor por cáncer y psicoterapia, síntomas digestivos del cáncer y psicoterapia, manejo de ansiedad asociada a disnea en cáncer y psicoterapia, insomnio en distrés por cáncer y psicoterapia, manejo psicológico de síntomas en cuidados paliativos*” en español. En inglés se usaron términos como: *cancer, pain, psychotherapy, cancer digestive symptoms, cancer symptoms and management, palliative care*, y se combinaron así: *cancer pain AND psychotherapy, cancer digestive symptoms AND psychotherapy, psychotherapy AND cancer causes management AND palliative care, insomnia AND emotional distress AND psychotherapy*. Se limitó la búsqueda de información a los últimos 5 años, solo estudios clínicos, revisiones de la literatura o metanálisis, no reportes de caso.

RESULTADOS

Se revisaron 25 artículos de los cuales 6 eran revisiones y 17 eran estudios clínicos con niveles de evidencia II en su gran mayoría por problemas metodológicos en el diseño y muy pocos con nivel de evidencia I. Además, se encontraron 2 estudios con otro tipo de evidencia con diseños cualitativos.

Distrés emocional asociado al cáncer

Se encontraron 2 estudios clínicos nivel de evidencia I acerca de los efectos del manejo del distrés con psicoterapia individual y grupal en pacientes con cáncer. En el primer estudio se evaluaron pacientes con cáncer de seno sometidas a diferentes tratamientos (n = 502) y a quienes se le hizo seguimiento durante una parte del curso de su enfermedad, fueron repartidas en dos grupos aleatorizados, al grupo 1 se le realizaron intervenciones psicoterapéuticas específicas y se comparó con un grupo de control al que se le realizó solamente educación sobre su enfermedad. Se demostró que intervenciones psicológicas y psicosociales como la relajación muscular progresiva, la imaginación guiada y la hipnosis, mejoran significativamente la adaptación psicológica a la enfermedad y su tratamiento, aportando al paciente más herramientas de afrontamiento cognitivo, disminuyendo la ansiedad, las emociones negativas y la depresión; mejorando la respuesta fisiológica al estrés medidos por la disminución

significativa de los niveles de cortisol ($p < 0.01$) y modulando la producción de citoquinas como IFN γ ($p = 0.028$), IL2 ($p = 0.045$) e IL4 (que no hubo una reducción significativa estadísticamente) estimulando la respuesta inmunológica celular (TH1 y TH2) en el grupo intervenido. Adicionalmente, se demostró que estos efectos se mantenían en el tiempo hasta los primeros 12 meses (9).

En el segundo estudio (n = 128) se evaluaron mujeres también con diagnóstico de cáncer de seno y se implementó una metodología similar al primero. Se demostró como la psicoterapia realizada con relajación muscular y meditación disminuyó los niveles de cortisol en suero ($p < 0.05$) sobre todo en las tardes en el grupo de mujeres a los cuales se les realizó la intervención comparado con el grupo al cual solo se le realizó educación de su enfermedad ($p = 0.05$). También se demostró que había una significativa disminución del estrés en pacientes con cáncer porque aumentó la percepción de relajación durante los primeros 6 meses posterior a la psicoterapia ($p < 0.05$) (10).

Se encontraron tres estudios clínicos controlados y aleatorizados sobre este tema con nivel de evidencia II, en uno se evaluó la disminución del distrés con técnicas de hipnosis en pacientes llevadas a cirugía como parte del tratamiento del cáncer de mama (n = 90). En este estudio se realizó una aleatorización en dos grupos en uno se realizó una hipnosis breve de relajación de 15 minutos en el pre quirúrgico y en el otro donde no se realizó. Se midieron por medio de una encuesta (versión acortada de los perfiles del estado de ánimo) diferentes variables como el nivel de ansiedad pre y postquirúrgica, insatisfacción posterior al procedimiento, tristeza, sensación de agotamiento, hostilidad y anhedonia. Por otra parte, se valoró por Escala Visual Análoga (EVA) la intensidad del dolor y la sensación de relajación; para finalmente compararlo con el número de complicaciones presentadas y el uso de medicación ansiolítica en el postoperatorio. Finalmente, se encontró que esta intervención era efectiva en un 75% de los pacientes solamente en el control del distrés emocional dado por mayor sensación de relajación en el grupo de hipnosis breve ($p = 0.001$), y que mejoraba el estado de ansiedad en el pre quirúrgico superando el efecto de las benzodiazepinas y la acupuntura en cuanto al tiempo de duración del beneficio. Y en otros dos estudios en donde se realizó, en uno la evaluación de los mediadores que intervenían en la mejoría del distrés emocional en pacientes llevadas a biopsia excisional de mama por cáncer cuando se les

realizaba como intervención una hipnosis también (n = 200) y en el otro, se quiso comparar dos procedimientos uno era una corta autosugestión telefónica y el otro una intervención presencial breve de tipo cognitivo conductual (n = 140). Se valoraron variables como intensidad de dolor, náuseas, sensación de agotamiento físico y estrés. Y los hallazgos fueron similares a los del anterior estudio comentado; por lo cual, me permito enfatizar que la psicoterapia fue considerada como una intervención beneficiosa, fácil y económica, para la mayoría de los participantes incluidos en los tres estudios sin importar los niveles de sugestión hipnótica usadas, aunque se recomendó el uso de un tiempo mayor de sugestión hipnótica para que los resultados fueran más efectivos (11) (12) (13).

Manejo coadyuvante del dolor

Se puede hablar de diferentes tipos de dolor dependiendo del compromiso del cáncer; existe dolor nociceptivo somático, visceral y dolor neuropático. En la literatura revisada se encontró que el manejo con psicoterapia como coadyuvante del manejo farmacológico, se realiza en diferentes tipos de dolor así:

Dolor neuropático por cáncer

Existen varios estudios que relacionan factores de tipo psicológico y psicosocial con la persistencia en el tiempo del dolor neuropático o con el aumento de la intensidad del dolor (14) (Figura 2), por lo que se ha estudiado el efecto de diferentes técnicas psicoterapéuticas para manejar estos factores como: técnicas e intervenciones desde el punto de vista mente-cuerpo y cognitivo-conductual, encontrando beneficios importantes.

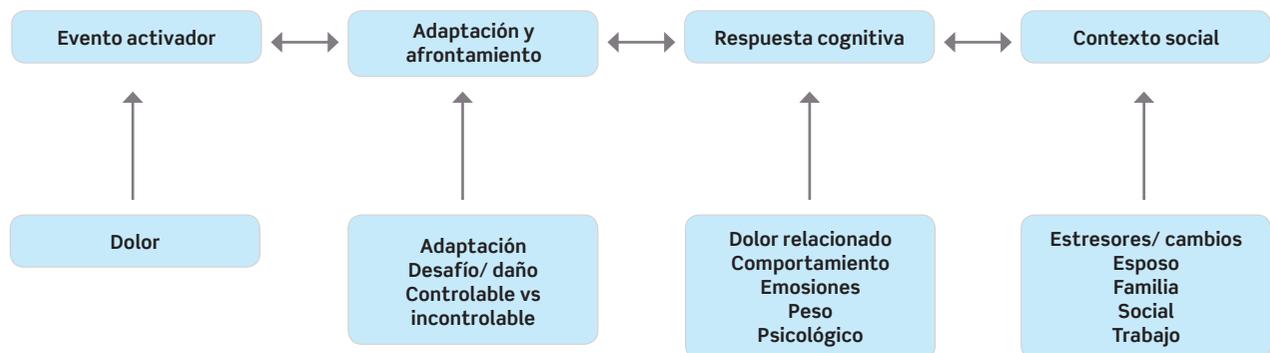
Dentro de mi trabajo se evaluó un artículo de revisión de la literatura sobre el manejo del dolor neuropático por cáncer con varias de estas técnicas de intervención, como:

- Técnicas mente-cuerpo: musicoterapia, meditación.
- Intervenciones psicológicas y comportamentales: que tienen dos componentes básicos.
 - a. Educación orientada a cómo los factores psicológicos (pensamientos, sentimientos, comportamientos) pueden influir y ser influenciados por el dolor.
 - b. Entrenamiento para estructurar uno o más aspectos cognitivos o conductuales, para mejorar las habilidades de afrontamiento del dolor, usando entre otros; imaginación guiada, hipnosis, re-estructuración de los pensamientos negativos, estrategias de distracción, actividad pasiva, fijación de objetivos de comportamiento, entrenamiento en relajación muscular progresiva (15) (16).

En este artículo se concluyó que estas técnicas de intervención, además de ser seguras, económicas y no invasivas, no presentan efectos colaterales en contraposición al manejo farmacológico del dolor. Adicionalmente, se logró demostrar que la re-estructuración cognitiva basada en la reorganización de las ideas negativas tuvo un gran impacto en la reducción de la intensidad del dolor más que las intervenciones de autocontrol. Aunque la efectividad de estas técnicas psicoterapéuticas aún no posee una fuerte evidencia, se está en este proceso actualmente (15).

Vale la pena mencionar un reporte de dos casos sobre manejo de dolor neuropático con terapia con espejos, por los hallazgos y lo novedoso de la intervención psicoterapéutica realizada, en donde se logró alivio importante del dolor (16).

Figura 2. Perspectiva psicosocial del dolor.



Adaptado de: La percepción del dolor influenciada por diversos factores psicosociales (15).

Dolor crónico por cáncer

En este tipo de dolor existen estudios y revisiones que lo abordan de manera múltiple, la idea es lograr un consenso que permita dar algunas recomendaciones al respecto.

- a. **Manejo alternativo del dolor crónico por cáncer:** se encontró solo una revisión reciente de la literatura, donde se compararon técnicas de psicoterapia de soporte grupal basado en hipnosis con el manejo convencional, demostrando que la psicoterapia de soporte basada en hipnosis grupal, reducía significativamente la intensidad del dolor comparado con el grupo de control. Otro estudio comparó la hipnosis vs otras técnicas mente-cuerpo y se demostró que la hipnosis era más eficaz en el manejo del dolor que las técnicas mente-cuerpo.

Además se revisaron otros estudios que compararon, por ejemplo, las técnicas de relajación y la imaginación guiada vs manejo convencional y se demostró que reducen significativamente la intensidad del dolor, lo que se corroboró en otro estudio que concluyó que las técnicas de relajación más la imaginación guiada y más la intervención cognitivo conductual disminuía la intensidad del dolor con mayor eficacia que por separado (17).

- b. **Autocuidado y educación para manejo del dolor crónico:** Se revisaron 5 artículos al respecto, 2 revisiones sistemáticas, 2 estudios clínicos y 1 estudio con diseño cualitativo. En una de las revisiones sistemáticas de la literatura se pretendió mediante un análisis respuesta, identificar las diferencias de la respuesta de los pacientes intervenidos con medidas de autocuidado y educación en el manejo del dolor por cáncer.

Concluyendo que realizando educación al paciente sobre su tratamiento del dolor y realizando medidas psicoterapéuticas sencillas de autocuidado, se redujo significativamente la intensidad del dolor, lo cual repercutió en mejorar la prescripción de opioides a los pacientes (18). En la otra revisión se evaluó la efectividad de la hipnosis en el manejo del dolor crónico en general, pero se puntualizó sobre el dolor por cáncer.

Se encontró que la hipnoterapia es más efectiva para el control del dolor crónico por cáncer que el estado de no tratamiento, que su efecto es duradero en el tiempo (por varios meses posterior a la intervención), aunque se evidenció la falta de estandarización de las técnicas hipnóticas en los diferentes estudios, sugiriendo que una hipnosis debe incluir como mínimo lo siguiente: enfoque

de atención y relajación, sugestión temprana, sugestión a los 20 minutos y de 4 a 7 sesiones mínimo de hipnosis breve(19).

En los estudios clínicos se evaluó la efectividad de dos intervenciones psicoterapéuticas cognitivo-conductuales que son la relajación muscular progresiva y la imaginación guiada para el manejo del dolor, en uno se valoró la percepción de los pacientes por medio de un diseño cualitativo basado en entrevistas y en el otro se valoró la efectividad junto a las variables individuales que producían el efecto analgésico. Comenzando por el estudio cualitativo. Se concluyó que estas intervenciones están recomendadas como manejo coadyuvante al manejo farmacológico, debido a que se aplicaron en los pacientes que ya tenían manejo con opioides para el dolor y se encontró que estas ayudaron a maximizar el efecto analgésico de los medicamentos e hicieron más efectivo el control del dolor. Sin embargo, los investigadores se encontraron con inconvenientes como quejas por parte de los pacientes, ya que estos preferían escoger tanto el tipo de intervención como el contenido de estas y no que se lo impusieran, lo cual pudo influir en los resultados. Por lo cual se recomienda que para hacer el resultado de estas intervenciones más efectivo es importante que las personas que realicen las intervenciones pregunte al paciente previamente por sus preferencias y así escoger la intervención más indicada (20). Otro estudio que tuvo problemas metodológicos de diseño por dificultades de reclutamiento de pacientes, concluyó que la relajación muscular progresiva y la imaginación de analgesia guiada podrían ser efectivas para el manejo del dolor por cáncer, incluso en episodios agudos de dolor, y que el efecto se relaciona con variables como la respuesta a las expectativas y la distracción del dolor, aunque la respuesta fue limitada por variables como la capacidad de imaginación y el conocimiento previo que se tenga de estas técnicas por parte de los pacientes (21).

Finalmente, el estudio que más respondió a la pregunta de investigación con respecto al manejo del dolor, realizó comparativamente una breve intervención cognitivo-conductual en audiocassette y una breve intervención por terapeuta (n = 59) comparando un grupo con intervenciones y uno de control. Se midieron la efectividad de técnicas como la relajación, la distracción y el positivismo de manera individual en pacientes que tenían ya instaurado el manejo farmacológico para el dolor y no estaban bien controlados. Se concluyó

que la distracción y la relajación produjeron una transitoria disminución del dolor ($p = 0.004$), que fue inmediata pero no duradera en el tiempo ($p = 0.023$). Hubo más efectividad en las intervenciones realizadas por un terapeuta que las realizadas con audiocassette, independiente si era relajación, distracción o positivismo. Se requiere de un riguroso entrenamiento y constancia en el uso de estas técnicas para que haya mayor efectividad. No fue atractivo para los pacientes el uso de estas técnicas para el manejo del dolor. Sin embargo, soportados por el hallazgo en otros estudios se pudo concluir que las intervenciones cognitivos-conductuales deben estar acompañadas primero de manejo farmacológico, segundo de educación al paciente sobre el manejo del dolor, y tercero, de estrategias de re-estructuración cognitiva y de afrontamiento de la situación para garantizar un buen resultado en el control del dolor por cáncer (22).

Psicoterapia en el manejo de las náuseas y vómito asociados al cáncer

Las náuseas y el vómito asociado al cáncer son síntomas que generalmente se presentan relacionados a medicamentos, pero lo más frecuente y molesto es la presentación asociada a la quimioterapia que terminan siendo una de las causas de deserción o fracasos terapéuticos.

Se revisaron dos estudios clínicos uno donde se valoran las intervenciones de tipo psicoeducacional (nivel evidencia III) y otro donde se evalúa el efecto de intervenciones psicoterapéuticas cognitivo-conductuales (nivel evidencia I) para el control de las náuseas y el vómito pos quimioterapia. En los dos se demostró la relación de la ansiedad y la propensión a desarrollar mayores náuseas y vómito en el periodo pos quimioterapia. Se concluyó que la psicoterapia como la relajación muscular progresiva, las técnicas de respiración, la imaginación guiada y la educación, reducen la duración y la intensidad tanto de las náuseas como del vómito pos quimioterapia y, además, comparado con los resultados de estos estudios ayudan para retardar la aparición de estos síntomas por 24 horas en promedio y la duración de las náuseas y el vómito también se reducen comparados con los grupos de control (12) (26) (27).

Ansiedad e insomnio asociado al cáncer

En el caso particular de la ansiedad existen factores predictores que podrían desencadenarla y estos son orgánicos, como la disnea maligna e hipoxia; emocionales como estrés

emocional por el diagnóstico, tratamiento y por el final de la vida, y psicosociales, como estrés, falta de apoyo familiar, situación económica carente, etc (9). En el caso del insomnio los factores predictores demostrados en uno de los estudios revisados fueron la depresión, el dolor y el estrés a los 12 meses del estudio y que el insomnio empeoró asociado a la depresión y el aumento de la intensidad del dolor en mujeres con cáncer de mama metastásico. Además, se concluyó que la psicoterapia grupal de apoyo asociado al tratamiento farmacológico fue una medida efectiva para mejorar estos factores predisponentes y evitar la aparición y el empeoramiento del insomnio (28).

Con respecto a la ansiedad, se revisaron 2 artículos; en uno de ellos los investigadores querían demostrar que una breve intervención psicoterapéutica, realizada por personal no especialista entrenado, podría ser superior al cuidado usual para prevenir la ansiedad y desórdenes depresivos durante el año después de terminar el tratamiento para el cáncer.

Lograron demostrar que 3 sesiones eran suficientes para prevenir la ansiedad en los pacientes con alto riesgo de desarrollarlas. El 13% de los pacientes con psicoterapia cognitivo conductual sencilla logró prevenir la ansiedad. No hubo diferencias entre las intervenciones tempranas y tardías, y estas no produjeron más episodios ansiosos (29).

El otro artículo fue una revisión de la literatura de intervenciones no farmacológicas basadas en la evidencia para el manejo de la disnea, en donde solo se obtuvo la información sobre el manejo no farmacológico de la ansiedad. No se encontró suficiente evidencia que demostrara el beneficio de las intervenciones psicoterapéuticas por si solas en la disnea, pero sí se encontró beneficio en el manejo de la ansiedad asociada a la disnea. Pero lo que más impactó sobre el manejo de la disnea fue combinar estrategias de psico-educación, re-entrenamiento en la forma de respirar y las técnicas psicoterapéuticas en pacientes con cáncer de pulmón (30).

Agotamiento asociado al cáncer (Cancer -related Fatigue CRF)

Se encontraron 4 artículos en donde como hallazgo adicional se mencionó este cuadro clínico que se caracteriza por una sensación subjetiva persistente de agotamiento y cansancio físico relacionado al diagnóstico de cáncer y/o a sus tratamientos, que interfiere con la funcionalidad. Se presenta en el 65-99% de los pacientes y su fisiopatología es aún poco

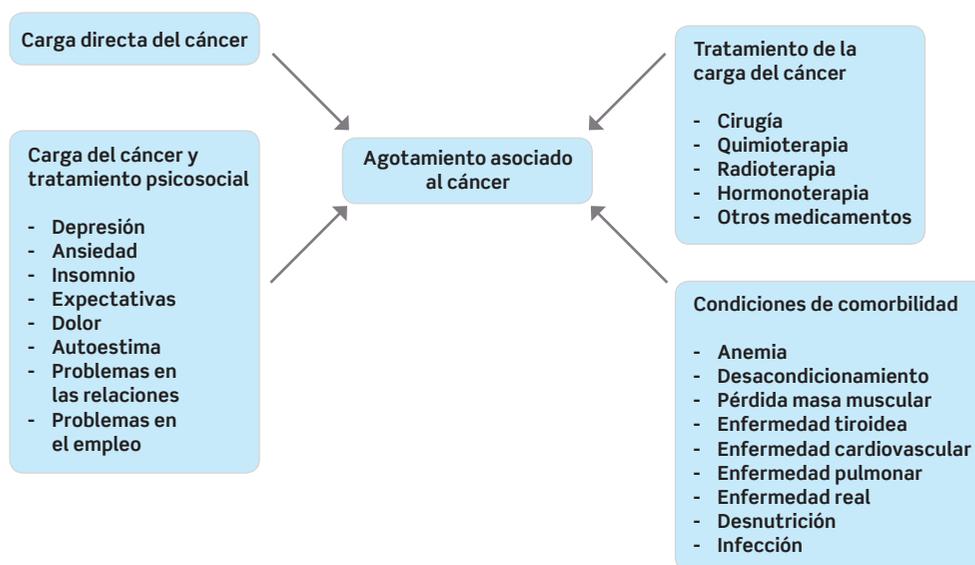
conocida por ser compleja y multifactorial (Figura 1), se asocia generalmente a distrés emocional y al incremento en la severidad de síntomas como el dolor, las náuseas, el vómito, el insomnio y la ansiedad, y se presenta antes, durante y después de las intervenciones terapéuticas (cirugía, quimioterapia y radioterapia). Adicionalmente, se relaciona con las expectativas previas de los pacientes (ideas, pensamientos y sentimientos) hacia el futuro, en especial previo a los procedimientos terapéuticos (7).

Este cuadro es muchas veces subvalorado y subtratado por el personal de salud y su manejo muchas veces se limita a ordenar reposo y descanso. Se encontró evidencia, que soportada en diferentes revisiones y estudios clínicos, que intervenciones psicoterapéuticas cognitivo-conductuales (educación sobre técnicas de afrontamiento y orientadas a cambios de conducta, re-estructuración del significado de la enfermedad y de la sensación de cansancio y agotamiento, auto-imagen, re-estructuración de ideas negativas hacia la enfermedad etc.) mejoran la funcionalidad del paciente, sin aliviar significativamente el síntoma de agotamiento; solo se demostró una escasa tendencia a mejorarlo (7).

Adicionalmente, se encontró una revisión donde se describen tres intervenciones no farmacológicas para el manejo del agotamiento relacionado con el cáncer (8), estas fueron el ejercicio, la psicoterapia cognitivo-conductual y las terapias integrativas mente-cuerpo. En esta revisión se demostró que el ejercicio aeróbico tiene efectos positivos significativos

sobre el agotamiento, durante y después de los tratamientos como quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia y postoperatorios, encontrando además que los pacientes con cáncer mostraban una buena tolerancia al ejercicio, pero por diferentes motivos secundarios a la enfermedad evidentemente se contraindicaba para otros. Se recomienda ejercicio aeróbico moderado a intenso, alrededor de 10 a 90 minutos de duración, mínimo por 3 a 7 días por semana, para una mejoría efectiva del agotamiento asociado al cáncer; sin embargo, el estudio no cumplió con los requisitos de diseño para ser de un nivel de evidencia I. Con respecto a la psicoterapia, se encontró que estaba indicada en aquellos pacientes con contraindicación al ejercicio, y que es efectiva como manejo del agotamiento, independientemente si es grupal e individual. Se revisaron artículos que mencionaban intervenciones tales como: educación, manejo del estrés, estrategias de afrontamiento e intervenciones de tipo conductual, pues se sugiere que son efectivas en la reducción del agotamiento en los pacientes y que como ventajas estas intervenciones son costo efectivas, ya que requieren de personal entrenado, pero no necesariamente profesionales (psiquiatras o psicólogos). Además, se encontró que los resultados se mantienen en el tiempo por varios meses después de realizada la intervención. Como desventajas encontraron que para garantizar efectividad se requieren de muy largas y múltiples sesiones, lo cual podría interferir con los tratamientos de la enfermedad. Finalmente, se mencionan las terapias integrativas

Figura 1. Dimensiones psicosociales múltiples del agotamiento asociado al cáncer. Traducción al español (7)



mente-cuerpo que mostraron reducción del estrés basado en la atención plena, para lo que se usaron intervenciones como: hatha yoga, terapias de entrenamiento en enfocar la atención (relajación, meditación) y procesos grupales de discusión; mostrando una mejoría significativa en el agotamiento asociado al cáncer.

Otras técnicas encontradas

Se analizó un artículo que evaluó los efectos de las terapias expresivas grupales sobre la supervivencia de pacientes con cáncer de mama metastásico, pero solo se pudo demostrar un gran beneficio a nivel emocional en estos pacientes que impactó en la calidad de vida. Otra técnica psicoterapéutica estudiada por otros investigadores fue el cuidado colaborativo entre los pacientes con cáncer, que mostró que disminuía síntomas depresivos, mejoraba el dolor y mejoraba la calidad de vida (31) (32).

CONCLUSIONES

Esta revisión puede concluir y recomendar lo siguiente a la luz de la evidencia encontrada:

En general, todas las técnicas psicoterapéuticas mostraron ser beneficiosas para los pacientes con diferentes tipos de cáncer; su efectividad y adherencia aumentan si se combinan con un manejo farmacológico indicado y estrategias de educación, atención empática y comunicación.

Como ventajas, este manejo psicoterapéutico es poco costoso, podría reducir costos en atención por reducir dosis y requerimientos de uso de algunos medicamentos, no son invasivos ni tienen efectos adversos o colaterales y, además, su efecto se mantiene en el tiempo en promedio de 3 a 12 meses después de la intervención. Como desventajas, se requieren de varias sesiones (en promedio 3 - 4 como mínimo) y algunas técnicas requieren de tiempo, lo cual podría interferir con otros tratamientos programados para el paciente, aumentar la no adherencia al tratamiento o empeorar la calidad de vida de los pacientes.

En el caso del síndrome de distrés emocional y agotamiento relacionado al cáncer, se recomienda el uso de estas terapias debido a que mejoran significativamente la funcio-

nalidad del paciente, el afrontamiento de la situación de la enfermedad y ayudan a prevenir la aparición o el empeoramiento de otros síntomas asociados. Se recomienda el uso de la psicoterapia en las fases tempranas del diagnóstico de la enfermedad para mejorar el distrés emocional, proporcionando mayor tranquilidad y confort para afrontar la enfermedad y mejorar el funcionamiento del sistema inmune celular (TH1 y TH2) que ayuda a enfrentar fisiológicamente el cáncer.

Para el dolor, sirve el uso de la psicoterapia siempre y cuando sea un manejo conjunto con el manejo analgésico farmacológico. Es más fuerte la evidencia de la efectividad, sobretodo de la hipnosis en dolor neuropático por disminución del distrés emocional asociado. Evidencia, además, que la psicoterapia muchas veces logra responder a las expectativas del paciente con respecto de lo que vendrá en el futuro. En el dolor crónico, aunque no es tan fuerte la evidencia, la hipnosis en particular es una técnica que puede ayudar a disminuir la intensidad del dolor efectivamente y las técnicas cognitivo conductuales y las mente-cuerpo; en general, pueden servir para el manejo coadyuvante del dolor crónico, siempre y cuando se realice conjuntamente con educación al paciente acerca del dolor y su manejo.

Para las náuseas y vómito no hay evidencia que soporte el uso de psicoterapia en todo tipo de circunstancias asociadas al cáncer, solo se puede recomendar en náuseas y vómito post quimioterapia porque retarda la aparición y el tiempo de duración de los mismos. Sin embargo, la psicoterapia debe estar acompañada de antieméticos.

En los síntomas neuro-psiquiátricos se recomienda la psicoterapia para prevenir la aparición de insomnio en pacientes con factores predictores como estrés, depresión y dolor no controlado. En ansiedad asociada a disnea, se corrobora que la psicoterapia la mejora utilizando estrategias de educación en la forma de respirar y el manejo farmacológico. Lo más importante de los resultados de esta revisión es que promueve el manejo integral de los síntomas asociados al cáncer que van en favor de una aproximación más humana y de calidad para estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shennan C, Payne S, Fenlon D. What is the evidence for the use of mindfulness-based interventions in cancer care? A review. *Psychooncology*. 2010; 4.
2. Breitbart W, Rosenfeld B, Gibson C, Pessin H, Poppito S, Nelson C et al. Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. *Psychooncology*. 2010; 19(1):21-8.
3. Fritzsche K, Sandholzer H, Wetzler-Burmeister E, Hartmann A, Cierpka M, Deter H. et al. Symptom Presentation, Interventions, and Outcome of Emotionally-Distressed Patients in Primary Care. *Psychosomatics* 2010; 51:386 –94.
4. Velikova G. Patient Benefits From Psychosocial Care: Screening for Distress and Models of Care. *Journal of Clinical Oncology*. 2011; Feb: 4871-73.
5. Cerezo MB, Ortiz-Tallo M, Cardenal V. Expresión de emociones y bienestar en un grupo de mujeres con cáncer de mama: una intervención psicológica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 2009; 41(1): 131-140.
6. Quintner JL, Cohen ML, Buchanan D, Katz JD, Williamson OD. Pain medicine and its models: helping or hindering? *Pain Med*. 2008; 9(7): 824-34.
7. Arnes J, Chadler T, Addington-Hall J, Richardson A, Hotopf M. A Randomized Controlled Trial to Evaluate the Effectiveness of a Brief, Behaviorally Oriented Intervention for Cancer-related Fatigue. *Cancer*, September 15, 2007; 110 (6): 1385-94.
8. Mustian K, Morrow G, Carroll J, Figueroa-Moseley C, Jean-Pierre P, Williams G. Integrative Nonpharmacologic Behavioral Interventions for the Management of Cancer-Related Fatigue, *The Oncologist* 2007;12(suppl 1):52–67.
9. Antoni M, Lechner S, Diaz A, Vargas S, Holley H, Phillips K, McGregor B, Carver C, Blomberg B. Cognitive behavioral stress management effects on Psychosocial and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer, *Brain Behav Immun*. 2009 July ; 23(5): 580–591.
10. Phillips K, Antoni M, Lechner S, Blomberg B, Llabre M, Avisar E. et al. Stress Management Intervention Reduces Serum Cortisol and Increases Relaxation During Treatment for Nonmetastatic Breast Cancer, *Psychosomatic Medicine* 2008; 70:1044–1049.
11. Schnur J, Bovbjerg D, David D, Tatrow K, Goldfarb A, Silverstein J, Weltz C, Montgomery G. Hypnosis Decreases Presurgical Distress in Excisional Breast Biopsy Patients, *Anesthesia and Analgesia*, 2008; 106(2): 440-444.
12. Montgomery G, Hallquist M, Schnur J, David D, Silverstein J, Bovbjerg D. Mediators of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients: Response expectancies and emotional distress, *J Consult Clin Psychol*. 2010 February ; 78(1): 80–88.
13. Chambers S, Girgis A, Occhipinti S, Hutchison S, Turner J, Carter R, Dunn J. Beating the blues after Cancer: randomised controlled trial of a tele-based psychological intervention for high distress patients and carers, *BMC Cancer*, 2009, 9: 189.
14. Zaza C, Baine N. Cancer pain and psychosocial factors: A Critical Review of Literature. *J Pain Symptom Manage*. 2002; 24:526-542.
15. Cassileth B, Keefe F. Integrative and Behavioral Approaches to the Treatment of Cancer-Related Neuropathic Pain. *The Oncologist*, 2010, 15(suppl 2): 19-23.

16. Selles R. Schreuders T. Stam H. Mirror therapy in patients with causalgia (complex regional pain syndrome type II) following peripheral nerve injury: Two cases, *J Rehabil Med* 2008; 40: 312–314.
17. Bardia A. Barton D. Prokop L. Bauer B. Moynihan T. Efficacy of Complementary and Alternative Medicine Therapies in Relieving Cancer Pain: A Systematic Review, *Journal of Clinical Oncology*, 2008; 24 (34): 5457- 5464.
18. Miaskowskia C. Dodda M. Westa C. Paula S. Schumacherb K. Tripathyc D. Kood P. The Use of a Responder Analysis to Identify Differences in Patient Outcomes Following a Self-Care Intervention to Improve Cancer Pain Management, *Pain*. 2007 May; 129(1-2): 55–63.
19. Elkins G. Jensen M. Patterson D. Hypnotherapy for the Management of Chronic Pain, *Int J Clin Exp Hypn*. 2007 July; 55(3): 275–287.
20. Kwekkeboom K. Hau H. Wanta B. Bumpus M. Patients' Perceptions of the Effectiveness of Guided Imagery and Progressive Muscle Relaxation Interventions Used for Cancer Pain, *Complement Ther Clin Pract*. 2008 August; 14(3): 185–194.
21. Kwekkeboom K. Wanta B. Bumpus M. Individual Difference Variables and the Effects of Progressive Muscle Relaxation and Analgesic Imagery Interventions on Cancer Pain, *J Pain Symptom Manage*. 2008 December; 36(6): 604–615.
22. Anderson K. Cohen M. Mendoza T. Guo H. Harle M. Cleeland C. Brief Cognitive-behavioral Audiotape Interventions for Cancer-Related Pain, *American Cancer Society*, 2006 July; 107(1): 207-214.
23. Lang E. Berbaum K. Pauker S. Faintuch S. Salazar G. Lutgendorf S. Laser E. Logan H. Spiegel D. Beneficial Effects of Hypnosis and Adverse Effects of Empathic Attention during Percutaneous Tumor Treatment: When Being Nice Does Not Suffice, *J Vasc Interv Radiol*. 2008 June; 19(6): 897–905.
24. Wang Z.H. Liu S.L. Sun C. H. Wang Q. Psychological intervention reduces postembolization pain during hepatic arterial chemoembolization therapy: A complementary approach to drug analgesia, *World J Gastroenterol* 2008 February 14; 14(6): 931-935.
25. Montgomery G. Bovbjerg D. Schnur J.B. David D. Goldfarb A. Weltz C. Schechter C. Graff-Zivin J. Tatrow K. Price D.D. Silverstein J.H. A Randomized Clinical Trial of a Brief Hypnosis Intervention to Control Side Effects in Breast Surgery Patients, *J Natl Cancer Inst* 2007; 99: 1304 – 12.
26. Molassiotis A. A Pilot study of the use of progressive muscle relaxation training in the management of post-chemotherapy nausea and vomiting, *European Journal of Cancer Care*; 9: 230-234.
27. Chan CWH. Cheng KKF. Lam LW. Li CK. Chik KW. Cheung JSS. Psycho- Educational intervention for chemotherapy-associated nausea and vomiting in paediatric oncology patients: a pilot study, *Hong Kong Med J* 2008; 14(Suppl 5):S32-5.
28. Palesh O. G. Collie K. Batiuchok D. Tilston J. Koopman C. Perlis M. L. Butler L. D. Carlson R. Spiegel D. A Longitudinal Study of Depression, Pain, and Stress as Predictors of Sleep Disturbance among Women with Metastatic Breast Cancer, *Biol Psychol*. 2007 April; 75(1): 37–44.
29. Pitceathly C. Maguire P. Fletcher I. Parle M. Tomenson B. Creed F. Can a brief psychological intervention prevent anxiety or depressive disorders in cancer patients? A randomised controlled trial, *Annals of Oncology*, 2009; 20: 928–934.
30. DiSalvo W. M. Joyce M. M. Tyson L. B. Culklin A. E. Mackay K. Evidence-Based Interventions for Cancer-Related Dyspnea, *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 2007; 12(2): 341-352.
31. Ell K. Xie B. Quon B. Quinn D. I. Dwight-Johnson M. Lee P. Y. Randomized Controlled Trial of Collaborative Care Management of Depression Among Low-Income Patients With Cancer, 2008 Septiembre; 26(27): 4488-4496.
32. Spiegel D. Butler L. Giese-Davis J. Koopman C. Miller E. DiMiceli S. et.al. Effects of Supportive-Expressive Group Therapy on Survival of Patients With Metastatic Breast Cancer, *American Cancer Society*, 2007 September; 110(5): 1130-1138.