



## Cognitive behavioral therapy for quality of life in patients with prostate cancer, a narrative review of the literature

### Terapia cognitivo conductual para calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata, una revisión narrativa de la literatura

 Marcos Espinoza-Bello,<sup>1,2\*</sup>  Oscar Galindo-Vázquez,<sup>2</sup>  Frank J. Penedo,<sup>3</sup>  
 Miguel Ángel Jiménez-Ríos,<sup>2</sup>  Patricia Ortega-Andeane,<sup>1</sup>  Anna Scavuzzo,<sup>2</sup>  
 Mirna García-Méndez,<sup>1</sup>  Abelardo Meneses-García.<sup>2</sup>

#### Abstract

**Introduction:** Prostate cancer (PCa) has a high incidence worldwide, generates various alterations in patients, therefore, it is important to evaluate whether cognitive behavioral therapy (CBT) has positive effects in this group of patients.

**Objective:** to know the effects of CBT on Quality of Life (QoL) in patients with PCa.

**Method:** The Medline, APA PsycInfo, Web of Science and Cochrane Library databases were reviewed, using the PIO method, MESH, text words and Boolean terms were used to make the crosses, from the year 2000 to 2020.

**Results:** 800 articles were found, the results of 11 publications were analyzed in which the CBT used was identified. It was found that CBT has positive effects on the QoL of patients with PCa; Furthermore, the modality, the psychological variables measured, and the techniques used in the treatment were found.

**Conclusions:** The available evidence suggests that it is necessary to extend the use of CBT to improve QoL in patients with PCa, in addition to developing these investigations in other populations, for example, Latin American patients.

#### Keywords:

Prostate Cancer, quality of life, cognitive behavioral therapy, review, psychological treatment

#### Autor de correspondencia:

\*Marcos Espinoza Bello. Dirección: Av. Universidad 3000, Ciudad Universitaria, Coyoacán, Ciudad de México, C.P 04510. Correo electrónico: psic.espinoza.bello@gmail.com

**Citación:** Espinoza-Bello M., Galindo-Vázquez O., Penedo F. J., Jiménez-Ríos M. Á., Ortega-Andeane P., Scavuzzo A, et al. *Terapia cognitivo conductual para calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata, una revisión narrativa de la literatura. Rev Mex Urol.* 2023;83(5):pp. 1-14

<sup>1</sup> Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.

<sup>2</sup> Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Cancerología, Ciudad de México, México.

<sup>3</sup> University of Miami Health Systems, Sylvester Comprehensive Cancer Center Survivorship Program, Florida, Estados Unidos.

**Recepción:** 14 de julio de 2022

**Aceptación:** 28 de septiembre de 2023



## Resumen

**Introducción:** el cáncer de próstata (CaP) tiene alta incidencia a nivel mundial, genera diversas alteraciones en los pacientes, por ello es importante evaluar si la terapia cognitivo conductual (TCC) puede resultar efectiva para mejorar su calidad de vida (CaV).

**Objetivo:** conocer los efectos de la TCC sobre la CaV en pacientes con cáncer de próstata.

**Métodos:** se revisaron las bases de datos Medline, APA PsycInfo, Web of Science y Biblioteca Cochrane, mediante la metodología PIO, se utilizaron términos MESH, text words y booleanos para realizar los cruces, del año 2000 a 2020.

**Resultados:** se identificaron 800 artículos de los cuales se analizaron los resultados de 11 publicaciones con texto completo en los que se evidenció la aplicación de la TCC. Se encontró que tiene efectos positivos en la CaV; además se identificó la modalidad, las variables evaluadas y las técnicas empleadas en el tratamiento.

**Conclusiones:** La evidencia disponible sugiere que es necesario extender el empleo de la TCC para mejorar la CaV de los pacientes con CaP, además de desarrollar estas investigaciones en otras poblaciones, por ejemplo, pacientes latinoamericanos.

### Palabras clave:

Cáncer de próstata, calidad de vida, terapia cognitivo conductual, revisión, tratamiento psicológico

## Introducción

El cáncer de próstata (CaP) tiene una incidencia estimada a nivel mundial de 1 414 259 casos, con una mortalidad de 3.8 por cada 100 000 habitantes, y una prevalencia a 5 años de 4 956 901 casos, que representan 126.13 por cada 100 000 habitantes.<sup>(1)</sup> En Estados Unidos se estima que 17 600 hombres hispanos/latinos, es decir un 22% de los casos nuevos estimados tiene CaP ubicándose como el primer cáncer más diagnosticado en esta población, 66% de estos nuevos caso se diagnostican con CaP localizado, y 9% avanzado.<sup>(2)</sup>

La calidad de vida (CaV) de estas personas presenta muchas complejidades, ésta puede definirse de la siguiente manera: “la percepción

que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”. Este es un concepto influenciado por factores como la salud física, el estado mental, la independencia, las relaciones sociales y el entorno de vida.<sup>(3)</sup> Otra forma de definirla es “el grado en que se ven afectados el bienestar habitual físico, emocional y social debido a una condición médica o su tratamiento”.<sup>(4)</sup> Al integrar ambos conceptos la CaV puede ser descrita por la persona en diversos aspectos de la vida, tomando en consideración el cómo se ha visto afectada su salud.<sup>(5)</sup>

En este sentido, dentro de las alteraciones que presentan los pacientes con CaP se encuentran: físicas, psicológicas y sociales dependiendo del estadio de su enfermedad y los diversos tratamientos que les son aplicados. En revisiones sistemáticas se han identificado cambios físicos: 25% con fatiga;<sup>(6)</sup> 10% a 15% presenta flujo de orina débil o flujo interrumpido, además problemas urinarios entre 50% a 60%, disfunción eréctil 15% y 70% dolor debido a metástasis,<sup>(7)</sup> 17% presenta depresión en pretratamiento y 18% en el postratamiento, ansiedad 27% en el pretratamiento y 18% en postratamiento,<sup>(8)</sup> en otro estudio 49.2% presentó menor calidad de vida global, 13.4% síntomas de depresión y 14.4% síntomas de ansiedad.<sup>(9)</sup>

El deterioro físico, la pérdida de independencia y la carga emocional inherentes al proceso del cáncer y sus tratamientos hacen que los pacientes se encuentren más propensos a ver mermada su CaV, y verse afectados en aspectos emocionales.<sup>(6-8,10,11)</sup> Por lo que es necesario contar con intervenciones psicológicas sustentadas en la evidencia científica.

Al identificar el grado de malestar que se genera en los pacientes con esta enfermedad, se han desarrollado diversos métodos para disminuir los síntomas en estos pacientes, entre ellos, la terapia cognitivo conductual (TCC) la cual es una forma de psicoterapia que integra las teorías de la cognición y aprendizaje y asume que la cognición, emoción y conducta están interrelacionadas funcionalmente, si dichas variables son desadaptativas, pueden ser modificables con diversas técnicas.<sup>(12)</sup> Dicha terapia ha mostrado efectos positivos de forma consistente en el bienestar psicológico de los pacientes con cáncer, en variables como: estrés, ansiedad, depresión, dolor, fatiga, insomnio y

promueve estrategias de afrontamiento más adaptativas.<sup>(13-15)</sup> Los objetivos de la TCC en pacientes oncológicos se pueden dividir en dos grupos: problemas psicológicos asociados al diagnóstico, tratamiento, periodo de seguimiento; manejo de efectos secundarios del tratamiento oncológico como: náusea, vómito, dolor, insomnio, incontinencia y disfunción sexual. Los hallazgos sugieren efectos positivos significativos en esta población.<sup>(13,16,17)</sup>

Revisiones recientes muestran que la TCC puede tener efectos positivos en la CaV de los pacientes con cáncer, mostrando mejoría estadísticamente significativa ( $p < 0.01$ ),<sup>(18,19)</sup> por lo que el presente estudio tuvo el objetivo de revisar de forma narrativa los efectos de intervenciones psicológicas con TCC para mejorar la CaV de pacientes con CaP. Se realizó mediante una búsqueda de la evidencia y la revisión narrativa de los hallazgos, con ello, la evidencia recabada indicará si los pacientes con CaP se han visto beneficiados.

## Metodología

### Estrategia de búsqueda

Se llevó a cabo una revisión de la literatura en bases de datos Medline vía Ovid, APA Psycinfo vía Ovid, Web of Science vía Clarivate y la Biblioteca Cochrane en marzo de 2019, durante el periodo del año 2000 a 2020. Se realizó la siguiente pregunta de investigación con la metodología PIO.<sup>(20)</sup> ¿para los pacientes con cáncer de próstata en etapas clínicas I a IV es efectiva la TCC para mejorar la calidad de vida?

Para la búsqueda se emplearon los siguientes términos: *prostatic neoplasms* (MESH), *prostatic cancer* (Tw), *psychotherapy* (MESH), *behavi\**

therapy (Tw), cognitive therapy (Tw), cognitive behavi\* therapy (Tw), quality of life (MESH), health related quality of life (Tw), HRQOL (Tw), QOL (Tw). Se combinaron con los operadores booleanos AND y OR.

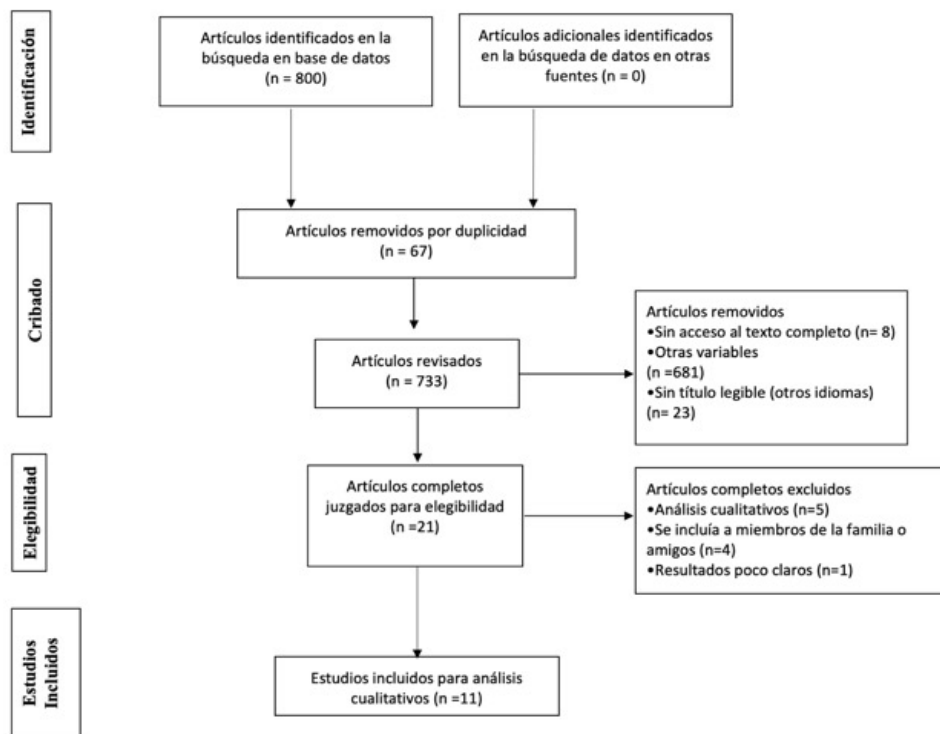
Se consideraron intervenciones que empleen solo una o una combinación de las siguientes modalidades: terapia cognitiva, terapia cognitiva conductual, terapia conductual. Se incluyeron intervenciones grupales, individuales o de pareja; vía telefónica, por internet, visita clínica o una combinación de estas, siempre supervisadas por personal entrenado en los procedimientos de la TCC.

Se añadieron artículos que tuvieran sesiones semanales, o divididos en módulos de entrenamiento en técnicas terapéuticas de la TCC. De estos tratamientos, se incluyeron los artículos que en sus intervenciones realizaran una técnica, algunas, o combinación de ellas, aunque no estuvieran explícitamente definidas o el procedimiento fuera descrito de manera exhaustiva en los artículos revisados.

Se excluyeron estudios que involucraron: intervenciones quirúrgicas o farmacológicas, terapias alternativas como acupuntura, masajes o medicina alternativa, otros tipos de cáncer y personal que no haya sido entrenado en la intervención psicológica para otorgar el tratamiento, esto se identificó por mención directa de los autores.

En la Figura 1 se muestra el diagrama de flujo de selección de estudios:

Figura 1. Diagrama de flujo del estudio



## Resultados

Se realizó una descripción general de los artículos para generar la Tabla 1.

**Tabla 1. Artículos revisados sobre intervenciones psicológicas en calidad de vida**

Autores/año/país	Objetivo(s)	Participantes	Intervenciones	Resultados	Conclusiones
1. Lepore <i>et al.</i> (21)	Determinar los efectos de un tratamiento con educación TE con material impreso, otro grupo tuvo educación más discusión del material TED.	n=250	TE (seis sesiones semanales de 1 hora)	Se identificaron diferencias en componentes de CaV entre TE y de la TED ( $p<0.05$ ).	Se identificó que la TED tuvo un efecto en mejorar la CaV en hombres con CaP localizado, mejora la adopción de estrategias saludables, mejor estabilidad laboral y función física en general.
Estados Unidos		Etapa clínica I-III	TED (seis sesiones semanales de 1 hora más 45 minutos de discusión del material (lecturas) en el grupo. Se revisaron aspectos biológicos del cáncer, efectos secundarios, nutrición, manejo de estrés, afrontamiento y sexualidad.		
			Instrumentos: SF-36, además de preguntas creadas por los mismos autores.		
2. Penedo <i>et al.</i> (22)	Determinar los efectos de la TCC <sup>2</sup> para el manejo del estrés en hombres con cáncer de próstata localizado que no han recibido tratamiento en 18 meses.	n=92	Intervención grupal (10 sesiones: 1/semanal 90 minutos de didáctica y 30 de relajación).	El GI presentó mejorías en CaV ( $p<0.01$ ), en contraste con el grupo control, en el cual no hubo cambios.	La TCC para el manejo del estrés ayudó a mejorar la calidad de los pacientes con CaP localizado.

Estados Unidos			GF <sup>3</sup> n=52	GI: Reestructuración cognitiva, afrontamiento, entrenamiento en asertividad, respiración diafragmática, relajación muscular progresiva e imaginaria.			
			GC <sup>4</sup> n=40	GC: Seminario de una sesión de cuatro horas.			
			Etapa clínica I-II	Instrumentos: FACT-G, MOCS.			
<b>3. Penedo et al.</b> <sup>(23)</sup>	Determinar los efectos de una TCC <sup>2</sup> para el manejo del estrés en hombres en recuperación de tratamiento médico para cáncer localizado	n=191	Intervención grupal (10 sesiones: 1/semanal de dos horas).	El GI presentó mejoras en CaV (p<0.01) se controlaron variables como el ingreso económico, etnicidad, años de educación. GC no mostró cambios significativos.	El GI con TCC mejora la CaV de los pacientes con CaP en recuperación del tratamiento con localizado.		
Estados Unidos		GF <sup>3</sup> n=107	GI: Reestructuración cognitiva, afrontamiento, entrenamiento en asertividad, respiración diafragmática, relajación muscular progresiva e imaginaria.				
		GC <sup>4</sup> n=84	GC: Seminario psicoeducativo de una sesión de cuatro horas.				
		Etapa clínica I-II	Instrumentos: MOCS, FACT-G, PCS				
<b>4. Daubenmier et al.</b> <sup>(24)</sup>	Evaluar los efectos de una intervención con cambios en el estilo de vida ICEV <sup>7</sup> en pacientes con vigilancia activa.	n=93	GI: Intervención individual con dieta vegana, tres horas a la semana de ejercicio y una hora diaria de manejo de estrés con estiramientos, técnicas de respiración, meditación, visualización y relajación progresiva, después se realizó semanalmente una sesión de apoyo.	Se identificaron mejoras en la CaV de los pacientes antes y después de la intervención (p<0.05) y en comparación con el GC en el estilo de vida (p<0.001)	A partir del ICEV, los pacientes adoptaron prácticas saludables (mejor estilo de vida) y una mejora en su CaV, sin embargo, no hubo diferencias en la función sexual o en su estrés percibido.		
Estados Unidos		GF <sup>3</sup> n=44	GC: Tratamiento habitual				
		GC <sup>4</sup> n=49	Instrumentos: SF-36, PSS, UCLA-PCI				
		Etapa clínica: solo se reporta nivel de antígeno específico					

<b>5. Penedo et al.</b> <sup>(25)</sup>	Determinar los efectos de la TCC <sup>2</sup> para el manejo del estrés, adaptada a la cultura y lenguaje en pacientes hispanos.	n=93  GI <sup>3</sup> n=53	Intervención grupal (10 sesiones: 1/semanal de dos horas)  GI: Reestructuración cognitiva, estrategias de afrontamiento, entrenamiento en asertividad, respiración diafragmática, relajación muscular progresiva e imaginaria.  GCI: Seminario psicoeducativo de una sesión de cuatro horas. Instrumentos: FACT-G, EPIC	El GI presentó mejoras en CaV (p<0.01), en contraste con el GC no hubo cambios.	La participación en la adaptación cultural y lingüística de la TCC para el manejo del estrés mejoró la CaV en hombres hispanos con CaP localizado.
Estados Unidos		GC <sup>4</sup> n=40  Etapa clínica I-II	GI: individual de dos sesiones de 60 a 90 minutos, estrategias de afrontamiento e información sobre el cáncer de próstata.  AA: intervención individual de dos sesiones de 60 a 90 minutos que consistió en apoyo en el que se discutían sus preocupaciones y se aplicó escucha reflexiva.  CH: Solo atención médica de rutina Instrumentos: POMS, IES, SF-36, UCLA-PCI	El GI mostró menos perturbación emocional que el CH (p<0.006).	Es eficaz un manejo breve del estrés previo a la cirugía ya que mejora los resultados a corto y largo plazo, los hombres, previo a la cirugía, pueden beneficiarse de estos hallazgos de forma habitual.
<b>6. Parker et al.</b> <sup>(26)</sup>	Determinar los efectos de tratamiento con TCC <sup>2</sup> para el manejo del estrés en hombres en etapa temprana que se someterían a prostatectomía radical	GI <sup>3</sup> n=53  AA <sup>8</sup> n=54 CH <sup>9</sup> n=52  Estadio clínico I-III	GI (10 sesiones: 1/semanal de dos horas de duración).  Estrategias para el manejo del estrés como reestructuración cognitiva, afrontamiento, entrenamiento en asertividad, respiración diafragmática, relajación muscular progresiva e imaginaria.  GC: Seminario psicoeducativo de una sesión de medio día.	El GI mostró mejor estado físico que aquellos que solo estuvieron CH (p<0.0009).	Los hombres pueden encontrar beneficios modestos de la TCC para el control de estrés mejorando su comprensión y la sensación de control sobre la enfermedad.
Estados Unidos	Determinar los efectos de la TCC <sup>2</sup> para el manejo del estrés con cáncer localizado que no han recibido tratamiento médico en 18 meses	GI <sup>3</sup> n=122  GC <sup>4</sup> n=92		El GI mostró mejorías en el bienestar emocional (p<0.05), en el caso del grupo control no hubo diferencias significativas.	
<b>7. Traeger et al.</b> <sup>(27)</sup>					

	Etapa clínica I-II	Instrumentos: FACT-G, IPQ-R, EPIC, PSS	El GI mejoró el bienestar emocional de los pacientes con niveles elevados de estrés, considerando la línea base de los pacientes tratados y puede ser más efectiva que en aquellos que reportan mayores niveles después del tratamiento.
8. Traeger et al. <sup>(27)</sup>	Determinar los efectos de una TCC2 para el manejo del estrés en sobrevivientes además de un seguimiento de 12 semanas.	Intervención grupal (10 sesiones: 1/semanal de dos horas de duración).	El GI mostró mejoría estadísticamente significativa en bienestar emocional en comparación con el GC.
Estados Unidos	Etapa clínica I-II n=257	GI: Reestructuración cognitiva, afrontamiento, entrenamiento en asertividad, respiración diafragmática, relajación muscular progresiva e imaginaria. GC: Seminario dónde se dio una introducción de los temas de la intervención sin discusión o práctica.	
Estados Unidos	Etapa clínica I-II con prostatectomía radical o radioterapia que hubiera sido recibida hace 18 meses GI3 n=148 GC4 n=109	Instrumentos: FACT-G, IPQ-R, EPIC, PSS	
9. Yanez et al. <sup>(28)</sup>	Determinar la factibilidad y la eficacia preliminar de una TCC2 para el manejo del estrés, asistida con tecnología, en diferentes grupos étnicos con CaP avanzado y seguimiento a 6 meses.	Intervención grupal vía plataforma web (10 sesiones: 1/semanal 30 minutos de relajación y 60 minutos de intervención).	Los hallazgos sugieren apoyo para la factibilidad, aceptabilidad y eficacia preliminar de la TCC para el manejo del estrés vía web, en hombres de origen racial diverso con CaP avanzado.
Estados Unidos	Etapa clínica I-II n=74	GI: Reestructuración cognitiva, afrontamiento, entrenamiento en asertividad, respiración diafragmática, relajación muscular progresiva e imaginaria. GC: 10 semanas de 60 minutos de información sobre salud.	En el seguimiento a seis meses, el GI reportó mejorías en el malestar emocional y su funcionalidad (p<0.05).
Estados Unidos	Estadio clínico III-IV como diagnóstico inicial. n=37	Instrumentos: FACT-G, PROMIS, IES-R, MOCS.	



<p><b>10 Stefanopoulou et al.<sup>(29)</sup></b></p>	<p>Evaluar los efectos de una TCC2 para el control de los bochornos en pacientes que están sometidos a tratamiento de privación de andrógenos.</p>	<p>n=68</p>	<p>GI: intervención individual vía telefónica de entre 20 a 60 minutos con una duración de cuatro semanas en las cuales se les brindaba información sobre los bochornos, modificación de hábitos, reestructuración cognitiva, técnicas conductuales, técnicas de relajación, higiene de sueño y pautas de mantenimiento.</p>	<p>Existen diferencias en la reducción del puntaje en bochornos (<math>p&lt;0.001</math>), encontrándose mejor el GI, además de una reducción de la frecuencia (<math>p&lt;0.02</math>) a seis semanas, la mejoría se mantiene 32 semanas, sin embargo, en este tiempo, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos.</p>	<p>La TCC parece ser un tratamiento breve y efectivo para el control de los bochornos en pacientes que están bajo el bloqueo androgénico.</p>
<p>Reino Unido</p>		<p>GI<sup>3</sup> n=33</p>	<p>El CH consistía en el acceso al personal clínico y se proveía información sobre el cáncer y servicios de apoyo con información sobre los bochornos.</p>		
		<p>CH<sup>9</sup> n=35</p>	<p>Instrumentos: HFRS, EORTC QLQ-30, EORTC QLQ-PR25, CMS, LOT-R, HFBS.</p>		
<p><b>11. Chambers et al.<sup>(30)</sup></b></p>	<p>Evaluar el efecto de la TCC<sup>2</sup> basada en <i>mindfulness</i> en pacientes con CaP avanzado.</p>	<p>Estadio clínico: Localizado, localmente avanzado y metastásicos n=189</p>	<p>GI: vía teleconferencia grupal, ocho sesiones semanales de 1.25 horas de duración más meditación por 15 minutos, además de una llamada previa a la intervención.</p>	<p>El <i>mindfulness</i> vía teleconferencia no ayudó a mejorar los aspectos psicológicos o de CaV en los pacientes en comparación con el cuidado habitual, tampoco mejoró las habilidades de atención plena (<math>p&gt;0.05</math>).</p>	<p>Los resultados de esta investigación sugieren que por el momento no se tiene evidencia suficiente para aplicar este tratamiento vía teleconferencia a hombres con CaP avanzado.</p>
<p>Australia</p>		<p>GI<sup>3</sup> n=94</p>	<p>Se realizó seguimiento en tres, seis y nueve meses después de la intervención.</p>		
		<p>GC<sup>4</sup> n=95</p>	<p>GC: se les dio el tratamiento habitual.</p>		
		<p>Estadio clínico: metastásico a la castración o progresión bioquímica.</p>	<p>Instrumentos: BSI-18, IES, MAX-PC, FACT-P, PTGI, FFMQ.</p>		

Nota. 1. ECA: Ensayo controlado aleatorizado, 2. TCC: Terapia cognitivo conductual, 3. GI: Grupo de Intervención, 4. GC: Grupo de control, 5. TE: Tratamiento de intervención educación, 6. TED: Tratamiento de educación más discusión, 7. ICEV: Intervención para cambios en el estilo de vida, 8. AA: Atención de apoyo, 9. CH: Cuidado habitual

### *Población y tratamiento médico*

Se identificó que la población tenía una etapa clínica I hasta III en siete artículos,<sup>(21-27)</sup> en tres artículos presentaron etapa IV.<sup>(28-30)</sup> Los tratamientos médicos considerados en general por los autores son los siguientes: prostatectomía, radioterapia externa, braquiterapia o una combinación de ambos, criocirugía, bloqueo hormonal, orquiectomía, vigilancia activa. En el caso de los pacientes con cáncer avanzado se optó por quimioterapia. Los participantes en los estudios tenían un rango de edad que iba desde los 63 años hasta los 71 años.<sup>(21-29,31)</sup>

### *Intervenciones TCC*

Modalidades de intervención: dos estudios realizaron intervenciones individuales,<sup>(24)</sup> en el resto de investigaciones se realizó intervención grupal,<sup>(21-25,28,29,31)</sup> se considera que el formato grupal presenta ventajas en la relación costo-beneficio además de que se han encontrado diferencias significativas entre el formato individual y grupal en términos de eficacia.

Variables evaluadas en CaV: las variables consideradas en los estudios fueron las siguientes: función física, limitaciones de funciones debido a problemas físicos, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, limitaciones de rol debido a problemas emocionales y salud mental,<sup>(21,26,27)</sup> aspectos físicos, social/familiar, emocional y bienestar funcional,<sup>(22,23,28,29,31)</sup> rol cognitivo y social, disnea, insomnio, pérdida de apetito, constipación, diarrea y dificultades económicas, aspectos urinarios, intestinales, sexuales y el cáncer además de estrés percibido, disfunción sexual, malestar emocional, ansiedad y depresión como aspectos comple-

mentarios de sus mediciones en los pacientes con cáncer de próstata.<sup>(22,23,26,27,29,31)</sup>

Principales hallazgos: existen diferencias significativas en CaV cuando se da un tratamiento educativo presentando material impreso y discusión del mismo entre los participantes ( $p < 0.05$ ), además los participantes adoptan prácticas saludables y mejoría en CaV cuando se les enseñan técnicas de relajación ( $p < 0.05$ ) y muestran mejor estado físico a un año después de una prostatectomía radical cuando se enseña el manejo de estrategias de afrontamiento ( $p < 0.0009$ ).<sup>(21,26,27)</sup> Por otro lado existe disminución de los niveles de estrés percibido, mejoran los roles social/familiar, se mantiene o se incrementa la función sexual, mejora su comprensión y sensación de control sobre la enfermedad y mejora su CaV en general ( $p < 0.05$ ).<sup>(22-25,28,31)</sup> También se puede emplear para el manejo de bochornos para reducir su frecuencia ( $p < 0.02$ ), por último, no hay suficiente evidencia para aplicar *mindfulness* vía teleconferencia en pacientes con CaP avanzado ( $p > 0.05$ ).<sup>(29)</sup>

Técnicas terapéuticas empleadas: las técnicas empleadas consistieron en relajación muscular, respiración diafragmática, meditación una hora diaria por doce meses. Se hizo un seguimiento semanal vía telefónica, después de tres meses se les llamaba una vez al mes.<sup>(27)</sup> En otro estudio se realizó psicoeducación mediante material impreso y disertación del material, entre los temas se encontró estrés, afrontamiento, relación de pareja, se realizaron seis sesiones semanales de una hora.<sup>(21)</sup> En otros seis estudios se aplicó una intervención manualizada con respiración profunda, relajación muscular progresiva, imaginación, reestructuración cognitiva, estrategias de afrontamiento, manejo de ira y estrés, meditación y repertorio sexual que

consisten en diez sesiones semanales de una a dos horas.<sup>(22,24,26,31)</sup> Un estudio adicional basado en este formato implementó la misma intervención pero vía web estudiando su viabilidad en una plataforma diseñada para ese propósito además de seguimiento telefónico.<sup>(28)</sup>

Otro estudio implementó relajación centrada en *mindfulness* con meditación guiada mediante audios grabados de treinta y cinco minutos de duración, además de teleconferencia de hora y media aproximadamente a la semana por ocho semanas.<sup>(29)</sup> Finalmente un último estudio implementó psicoeducación sobre sofocos además de modificación de conducta para reducirlos, relajación mediante respiración, manejo de estrés, modificación conductual para mejorar el sueño y reestructuración cognitiva en cuatro semanas con un seguimiento telefónico por dos semanas en las que la llamada duraba entre veinte y cuarenta minutos durante el tratamiento.<sup>(30)</sup>

## Discusión

De acuerdo con la revisión de la literatura, se identificaron cambios en las etapas pre y pos de la intervención y fueron significativos  $p < 0.001$  en CaV, los puntajes donde no hubo diferencia destacan que los pacientes elegidos tenían una alta CaV desde el principio, por lo que no hubo cambios.<sup>(27)</sup>

Los resultados sugieren que los cambios en los pacientes se deben a los componentes de la intervención con TCC, además de elegir personas con baja CaV para dichas intervenciones y un adecuado seguimiento de los pacientes intervenidos. Hubo diferencias significativas entre el grupo de pacientes intervenidos y el grupo control.<sup>(24)</sup> La intervención web puede ser una

alternativa ya que tuvo buenos resultados con los pacientes en aspectos como autoeficacia y bienestar pre y pos en seguimiento a seis meses.<sup>(28)</sup> Por otro lado, el número de sesiones y el nivel educativo distinto de los participantes fueron determinantes para que no se observaran los cambios esperados, sin embargo, existió una reducción del puntaje en las pruebas y de la frecuencia en los sofocos después de la intervención.<sup>(30)</sup>

Los hallazgos sugieren que la TCC ayuda a mejorar la CaV en áreas como son: control emocional, salud mental, función social, función sexual, función física, bienestar general, esto implica un cambio en los estilos de vida de los participantes y un adecuado manejo de los pensamientos y las emociones, además de estilos de vida saludables. Dichos cambios según los autores y los análisis realizados se deben a las intervenciones psicológicas empleadas, dentro de las mismas destaca la *cognitive behavioural stress management* (CBSM por sus siglas en inglés) ya que implica una reducción del estrés, afecto negativo y mejora de la CaV en las muestras de pacientes seleccionadas.

Sin embargo, la mayor parte de los artículos considerados se aplicaron en pacientes de etapas clínicas tempranas, lo cual podría ser una limitación de los resultados encontrados, por lo que es necesario evaluar los efectos de estas intervenciones en pacientes con etapas avanzadas, además de contar con muestras más grandes. Por otra parte, se recomienda un mayor tiempo de seguimiento para evaluar el efecto a largo plazo, además de aplicarse a diferentes grupos étnicos, bajo nivel educativo y bajo estatus socioeconómico, a los cuales los estudios revisados no tuvieron acceso. El tratamiento vía telefónica debe brindarse bajo ciertos parámetros como por ejemplo, conocer

si los participantes candidatos al estudio pueden hacer las actividades sugeridas en sus casas.

## Conclusiones

La evidencia disponible sugiere que el empleo de la TCC puede mejorar la CaV de los pacientes con CaP, además muestra que es segura y puede emplearse desde etapas tempranas a etapas avanzadas. Es importante seleccionar de manera adecuada a los pacientes para que no se muestren efectos de piso o techo, es decir, que su CaV proporcione un sesgo a tal grado que no haya mejoría posible, además de un adecuado manejo de covarianzas en los análisis que provoquen una inadecuada interpretación de los datos y finalmente, ampliar estas investigaciones de la terapia psicológica a otras poblaciones como pacientes latinoamericanos.

## Limitaciones y sugerencias

Es importante para trabajos futuros en esta línea de investigación realizar revisiones sistemáticas o metaanálisis, considerando para ello no solo la TCC sino otro tipo de intervenciones psicológicas para considerar los efectos de terapias psicológicas en estos pacientes.

## Conflicto de intereses

Los autores de este trabajo declaran que no tienen conflictos de intereses.

## Financiación

Este proyecto de investigación fue financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) número de beca 697234.

## Referencias

1. **Chhikara B, Parang K.** Global Cancer Statistics 2022: The Trends Projection Analysis. *Pharmacy Faculty Articles and Research.* 2022;10(1).
2. **Miller KD, Ortiz AP, Pinheiro PS, Bandi P, Minihan A, Fuchs HE, et al.** Cancer statistics for the US Hispanic/Latino population, 2021. *CA A Cancer J Clinicians.* 2021;71(6):466–87. doi: <https://doi.org/10.3322/caac.21695>
3. **The Whoqol Group.** The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine.* 1998;46(12):1569–85. doi: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00009-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00009-4)
4. **Cella DF.** Measuring quality of life in palliative care. *Semin Oncol.* 1995;22(2 Suppl 3):73–81.
5. **Urzúa M A.** Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista médica de Chile.* 2010;138(3):358–65. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000300017>
6. **Monga U, Kerrigan AJ, Thornby J, Monga TN, Zimmermann KP.** Longitudinal study of quality of life in patients with localized prostate cancer undergoing radiotherapy. *J Rehabil Res Dev.* 2005;42(3):391–9. doi: <https://doi.org/10.1682/jrrd.2004.06.0071>
7. **Chen RC, Chang P, Vetter RJ, Lukka H, Stokes WA, Sanda MG, et al.** Recommended Patient-Reported Core Set of Symptoms to Measure in Prostate Cancer Treatment Trials. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute.* 2014;106(7). doi: <https://doi.org/10.1093/jnci/dju132>
8. **Watts S, Leydon G, Birch B, Prescott P, Lai L, Eardley S, et al.** Depression and anxiety in prostate cancer: a systematic review and meta-analysis of prevalence rates. *BMJ Open.* 2014;4(3):e003901. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003901>

9. Espinoza Bello M, Galindo Vázquez O, Jiménez Ríos M A, Lerma Talamantes A, Acosta Santos N, Álvarez Avitia M A, et al. Factores predictores de sintomatología de ansiedad, depresión y calidad de vida global en pacientes mexicanos con cáncer de próstata. *Psicología y Salud*. 2020;30(2):141–52. doi: <https://doi.org/10.25009/pys.v30i2.2649>
10. Bourke L, Boorjian SA, Briganti A, Klotz L, Mucci L, Resnick MJ, et al. Survivorship and Improving Quality of Life in Men with Prostate Cancer. *European Urology*. 2015;68(3):374–83. doi: <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2015.04.023>
11. Espinoza-Bello M, Galindo-Vázquez Ó, Jiménez-Ríos MA, Lerma A, Acosta-Santos NA, Meneses-García AA, et al. Propiedades psicométricas de la Escala de Evaluación Funcional para el Tratamiento del Cáncer, versión próstata (FACT-P), en pacientes mexicanos. *CIRU*. 2020;88(6):4913. doi: <https://doi.org/10.24875/ciru.19001755>
12. American Psychological Association. Cognitive behavior therapy (CBT). In: *APA Dictionary of Psychology*. 2018. [accessed 3 Oct 2023] Available from: <https://dictionary.apa.org/>
13. Galindo Vázquez O, Pérez Barrientos H, Alvarado Aguilar S, Rojas Castillo E, Alvarez Avitia MA, Aguilar Ponce JL. Efectos de la terapia cognitivo conductual en el paciente oncológico: una revisión. *Gaceta mexicana de oncología*. 2013;12(2):108–15.
14. Johnson JA, Rash JA, Campbell TS, Savard J, Gehrman PR, Perlis M, et al. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behavior therapy for insomnia (CBT-I) in cancer survivors. *Sleep Med Rev*. 2016;27:20–8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2015.07.001>
15. Ye M, Du K, Zhou J, Zhou Q, Shou M, Hu B, et al. A meta-analysis of the efficacy of cognitive behavior therapy on quality of life and psychological health of breast cancer survivors and patients. *Psycho-Oncology*. 2018;27(7):1695–703. doi: <https://doi.org/10.1002/pon.4687>
16. Redd WH, Montgomery GH, DuHamel KN. Behavioral intervention for cancer treatment side effects. *J Natl Cancer Inst*. 2001;93(11):810–23. doi: <https://doi.org/10.1093/jnci/93.11.810>
17. Meng FP, Zhou LN. Positive role of cognitive-behavioral therapy on sexual dysfunction and behavioral problems in prostate cancer-treated patients. *J Biol Regul Homeost Agents*. 2020;34(3):1049–52. doi: [roto](https://doi.org/10.1007/s11136-020-02665-5)
18. Getu MA, Chen C, Panpan W, Mboineki JF, Dhakal K, Du R. The effect of cognitive behavioral therapy on the quality of life of breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Qual Life Res*. 2021;30(2):367–84. doi: <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02665-5>
19. Peoples AR, Garland SN, Perlis ML, Savard J, Heckler CE, Kamen CS, et al. Effects of Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia and Armodafinil on Quality of Life in Cancer Survivors: A Randomized Placebo-Controlled Trial. *J Cancer Surviv*. 2017;11(3):401–9. doi: <https://doi.org/10.1007/s11764-017-0597-0>
20. Landa-Ramírez E, Arredondo-Pantaleón A de J. Herramienta pico para la formulación y búsqueda de preguntas clínicamente relevantes en la psicooncología basada en el evidencia. *Psicooncología (Pozuelo de Alarcón)*. 2014;259–70.
21. Lepore SJ, Helgeson VS, Eton DT, Schulz R. Improving quality of life in men with prostate cancer: A randomized controlled trial of group education interventions. *Health*

- Psychology. 2003;22(5):443–52. doi: <https://doi.org/10.1037/0278-6133.22.5.443>
22. **Penedo FJ, Dahn JR, Molton I, Gonzalez JS, Kinsinger D, Roos BA, et al.** Cognitive-behavioral stress management improves stress-management skills and quality of life in men recovering from treatment of prostate carcinoma. *Cancer*. 2004;100(1):192–200. doi: <https://doi.org/10.1002/cncr.11894>
  23. **Penedo FJ, Molton I, Dahn JR, Shen B-J, Kinsinger D, Traeger L, et al.** A randomized clinical trial of group-based cognitive-behavioral stress management in localized prostate cancer: Development of stress management skills improves quality of life and benefit finding. *Annals of Behavioral Medicine*. 2006;31(3):261–70. doi: [https://doi.org/10.1207/s15324796abm3103\\_8](https://doi.org/10.1207/s15324796abm3103_8)
  24. **Daubenmier JJ, Weidner G, Marlin R, Crutchfield L, Dunn-Emke S, Chi C, et al.** Lifestyle and health-related quality of life of men with prostate cancer managed with active surveillance. *Urology*. 2006;67(1):125–30. doi: <https://doi.org/10.1016/j.urology.2005.07.056>
  25. **Penedo FJ, Traeger L, Dahn J, Molton I, Gonzalez JS, Schneiderman N, et al.** Cognitive behavioral stress management intervention improves quality of life in spanish monolingual hispanic men treated for localized prostate cancer: Results of a randomized controlled trial. *Int J Behav Med*. 2007;14(3):164–72. doi: <https://doi.org/10.1007/bf03000188>
  26. **Parker PA, Pettaway CA, Babaian RJ, Pisters LL, Miles B, Fortier A, et al.** The Effects of a Presurgical Stress Management Intervention for Men With Prostate Cancer Undergoing Radical Prostatectomy. *JCO*. 2009;27(19):3169–76. doi: <https://doi.org/10.1200/jco.2007.16.0036>
  27. **Traeger L, Penedo FJ, Benedict C, Dahn JR, Lechner SC, Schneiderman N, et al.** Identifying how and for whom cognitive-behavioral stress management improves emotional well-being among recent prostate cancer survivors: CBSM and emotional well-being. *Psycho-Oncology*. 2011;n/a-n/a. doi: <https://doi.org/10.1002/pon.2074>
  28. **Yanez B, McGinty HL, Mohr DC, Begale MJ, Dahn JR, Flury S, et al.** Feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of a technology-assisted psychosocial intervention for racially diverse men with advanced prostate cancer. *Cancer*. 2015;121(24):4407–15. doi: <https://doi.org/10.1002/cncr.29658>
  29. **Stefanopoulou E, Yousaf O, Grunfeld EA, Hunter MS.** A randomised controlled trial of a brief cognitive behavioural intervention for men who have hot flushes following prostate cancer treatment (MANCAN). *Psycho-Oncology*. 2015;24(9):1159–66. doi: <https://doi.org/10.1002/pon.3794>
  30. **Chambers SK, Occhipinti S, Foley E, Clutton S, Legg M, Berry M, et al.** Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Advanced Prostate Cancer: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol*. 2017;35(3):291–7. doi: <https://doi.org/10.1200/jco.2016.68.8788>
  31. **Burlingame GM, Strauss B, Joyce AS.** Change mechanisms and effectiveness of small group treatments. In: *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Wiley; 2013.