

# ACTIVACIÓN CONDUCTUAL EN CÁNCER: REVISIÓN DE TRATAMIENTOS Y EVIDENCIAS

## BEHAVIORAL ACTIVATION IN CANCER: REVIEW OF TREATMENTS AND EVIDENCES

Sonia González Fernández<sup>1</sup>, Concepción Fernández Rodríguez<sup>1</sup>,  
Celina Padierna Sánchez<sup>2</sup>, José Luis Besteiro González<sup>1</sup>  
y Marino Pérez Álvarez<sup>1</sup>

### Resumen

*Objetivo:* Analizar los estudios publicados en los que se ha investigado la utilidad de la activación conductual en el tratamiento de pacientes oncológicos. *Método:* Revisión sistemática en la Web of Science (2004-2014). *Resultados:* Dos grupos de investigadores publicaron los artículos revisados. Los pacientes que recibieron intervenciones basadas en activación conductual presentaron mejor estado emocional, condición física y calidad de vida. Se detectaron diferencias entre los trabajos de ambos grupos. *Conclusiones:* La activación conductual es útil para la prevención y el tratamiento de trastornos emocionales en pacientes oncológicos. No obstante, la heterogeneidad y las limitaciones de los estudios hacen necesario desarrollar nuevos trabajos que permitan conocer qué características de los pacientes y/o de la intervención mejorarían los resultados de la misma.

**Palabras clave:** Depresión, calidad de vida, cáncer, activación conductual, terapia de conducta.

### Abstract

*Objective:* To analyze published studies that investigated the usefulness of behavioral activation in the treatment of cancer patients. *Method:* A systematic review in the Web of Science (2004-2014). *Results:* The articles reviewed were published by two groups of researchers. Patients who received interventions based on behavioral activation showed better emotional state, physical condition and quality of life. Differences were detected between the work of both groups. *Conclusions:* Behavioral activation is useful for the prevention and treatment of emotional disorders in cancer patients. However, the heterogeneity and limitations of the studies require the development of new studies allowing to know which characteristics of the patients and /or the intervention would improve results.

**Key words:** Depression, quality of life, cancer, behavioral activation, behavior therapy.

Recibido: 18-09-15 | Aceptado: 30-11-16

## INTRODUCCIÓN

El proceso oncológico supone una serie de dificultades y cambios en la vida de las personas que se relacionan con la presencia de alteraciones emocionales en algún momento del proceso. Los trastornos depresivos son las más prevalentes, con cifras que varían, según los estudios, entre el 3,7% y el 49% (Mitchell et al., 2011; Ng, Boks, Zainal y de Wit, 2011; Padierna et al., 2004).

El cáncer conlleva la exposición a situaciones aversivas, se asocia a la pérdida de gratificaciones y, en ocasiones, dificulta el mantenimiento de actividades valiosas. Tras recibir el diagnóstico de cáncer, las personas inician un periodo de pruebas, intervenciones y tratamientos médicos, con frecuencia desagradables, cuando no dolorosos. Durante este periodo es probable que las personas se aparten de actividades relevantes y/o agradables para ellas. Varias condiciones influyen en este hecho. Por un lado, el tiempo que requiere el tratamiento de la enfermedad, además de las limitaciones y malestar físico de la persona que interfieren en el mantenimiento de las actividades de la vida coti-

<sup>1</sup> Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo, <sup>2</sup> Servicio de Salud del Principado de Asturias.

E-Mail: soniaglezdez@gmail.com

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXVIII p.p. 140-153

© 2019 Fundación AIGLÉ.



diana. Por otro lado, juega un papel destacado la importancia que se otorga en el contexto social al descanso en aras del cuidado de la salud. Con frecuencia, este descanso pasa por reducir la implicación e incluso abandonar actividades centrales para la persona. Algo que, aun con la mejor intención, en ocasiones favorecen y refuerzan profesionales sanitarios y seres queridos del paciente. Este abandono de tareas y responsabilidades puede producir alivio de forma inmediata. Sin embargo, al apartarse de las actividades cotidianas se están también reduciendo las posibilidades de mantener el contacto con las situaciones gratificantes y las condiciones valiosas de la vida. En diferentes estudios sobre la calidad de vida del enfermo oncológico se ha observado que, durante la fase de tratamiento, las actividades cotidianas en las que un mayor número de enfermos oncológicos indican cambios son las domésticas, las laborales y las de ocio. En particular, los cambios en las relaciones con los amigos y en el ocio se han relacionado, de forma consistente, con un estado de ánimo deprimido, valoraciones negativas de la calidad de vida, cansancio, insomnio y dolor. Al concluir el tratamiento, aunque se observa una recuperación paulatina de la mayoría de las actividades cotidianas, es siempre menor entre los pacientes con un estado depresivo más acentuado (Cataldo y Brodsky, 2013; Espantoso et al., 2007).

Asimismo, en torno al proceso oncológico surgen preocupaciones y emociones. Una reacción habitual a estas experiencias, con el propósito de aliviar el malestar asociado a las mismas, es intentar evitarlas. Pero esta reacción, lejos de servir al propósito con el que se realiza, suele complicar el problema. Los intentos de controlar las preocupaciones y emociones no sólo son infructuosos, sino que generan más malestar y alejan a la persona aún más de aquello relevante para ella.

En definitiva, la progresiva inhibición comportamental del paciente oncológico, que limita las posibilidades de mantener el contacto con las situaciones gratificantes y valiosas de la vida de la persona, unida al incremento de situaciones aversivas relacionadas con la enfermedad y tratamiento y la estrategia de evitación de tales experiencias, pueden fácilmente ponerse en relación con el mantenimiento de conductas depresivas (Hopko et al., 2008).

De entre los tratamientos empírica-

mente validados para la depresión, la activación conductual (en lo sucesivo AC) podría ser especialmente adecuada para el tratamiento de la depresión de pacientes oncológicos. Esta terapia va dirigida a aumentar la implicación y el compromiso del paciente con aquello que tiene valor para él, y a reducir o eliminar la evitación que dificulta la activación. Además, permite tener en cuenta las limitaciones que pueden presentar los pacientes con cáncer (Ciaramella y Poli, 2001; Parker, Baile, DeMoor y Cohen, 2003; citados en Hopko, Bell, Armento, Hunt y Lejuez, 2005). El ajuste entre los objetivos y el procedimiento de la AC, y las dificultades y necesidades de los pacientes oncológicos, nos lleva a plantear la posibilidad de que ésta sea un tratamiento idóneo para la depresión de estos pacientes.

En base a la alta prevalencia de depresión en pacientes oncológicos, y a la posible idoneidad de la AC para su tratamiento, se desarrolla este trabajo de revisión con el objetivo de analizar los estudios publicados en los que se ha investigado la utilidad de la AC en el tratamiento de pacientes oncológicos.

## MÉTODO

Se realizó una búsqueda en las siguientes bases de datos de la Web of Science: Colección principal de Web of Science, KCI-Korean Journal Database, MEDLINE, SciELO Citation Index; y en Dialnet. Para la búsqueda en la Web of Science se emplearon como palabras clave "behavioral activation treatment cancer", se acotó la búsqueda al periodo comprendido entre los años 2004 y 2014, y se excluyeron las patentes. En Dialnet se emplearon como palabras clave los términos "activación conductual cáncer" y "activación conductual oncología". Se revisaron todas las publicaciones en inglés y castellano.

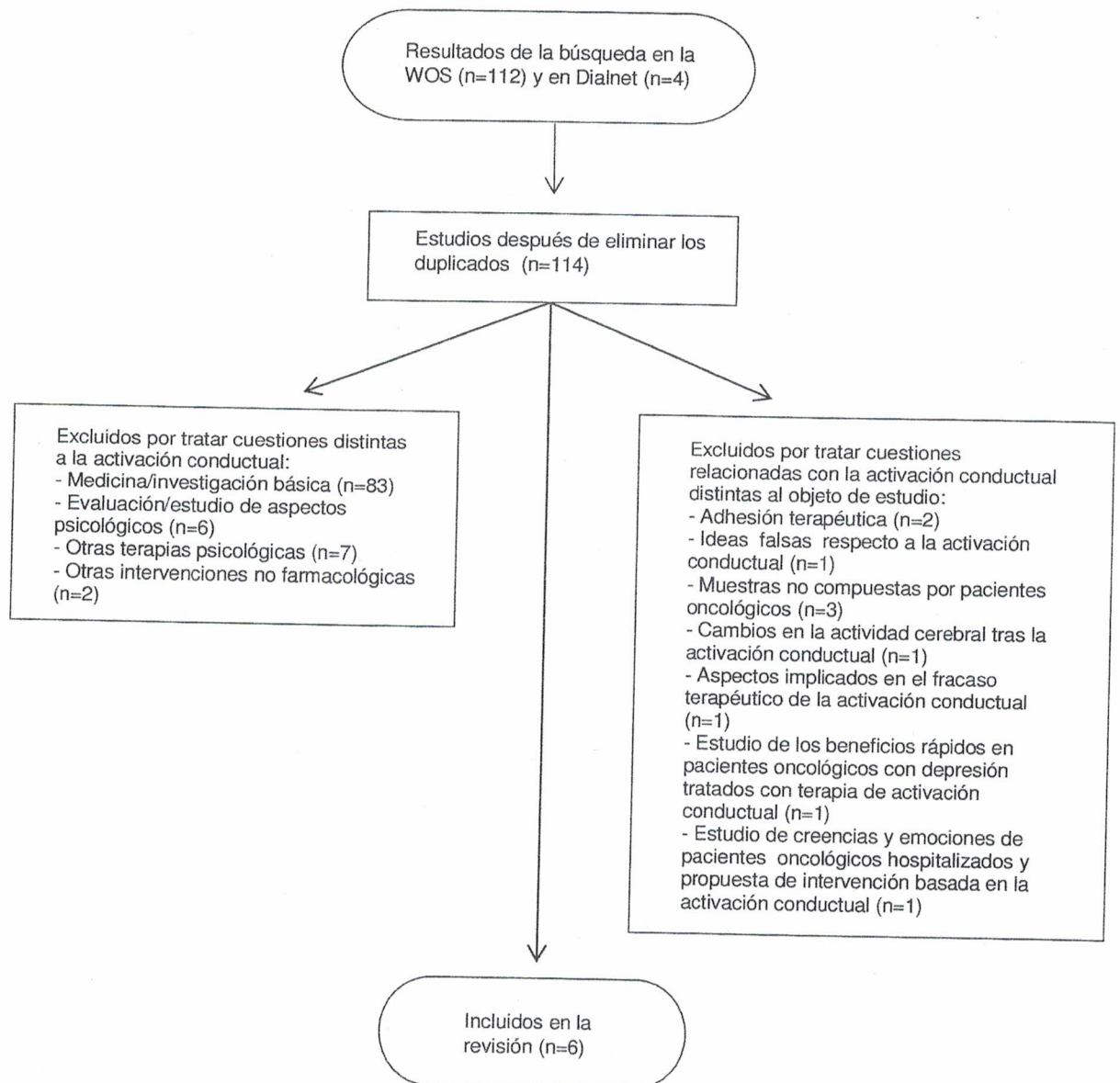
Con estos criterios de búsqueda se obtuvieron 116 resultados, de entre los cuales 16 artículos abordaban cuestiones relacionadas con la AC. Los demás trabajos trataban acerca de cuestiones médicas, investigación básica, evaluación/estudio de aspectos psicológicos e intervenciones no farmacológicas diferentes a la AC.

De los 16 trabajos sobre AC, se seleccionaron para la revisión aquellos que reflejaban los resultados de intervencio-

nes basadas en la AC aplicadas a pacientes oncológicos. En base a estos criterios de inclusión, de los 16 trabajos se

seleccionaron para la revisión 6. En la Figura 1 se refleja el proceso de selección de trabajos.

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de trabajos para la revisión.



## RESULTADOS

En los siguientes apartados se analizan las características de las muestras, el proce-

dimiento experimental, los resultados y las limitaciones de los estudios revisados. En la Tabla 1 se recogen los datos más importantes de cada uno de los artículos.







## Muestras

### *Tamaño y datos relativos a la enfermedad*

En dos de los seis estudios revisados las muestras son pequeñas y están compuestas por pacientes con diferentes tipos de cáncer (Hopko et al., 2005, 2008). Los cuatro estudios restantes cuentan con muestras más grandes compuestas por pacientes con cáncer de mama (Hopko et al., 2011, 2013), cáncer de pulmón (Fernández, Villoria, Fernández y González, 2014), y ambos tipos de cáncer (Fernández et al., 2011).

La situación clínica de los pacientes difiere entre estudios, aunque no todos ofrecen información completa al respecto. Tres de los seis trabajos recogen información sobre el tiempo transcurrido desde el diagnóstico. El estudio de Fernández et al. (2014) se realizó con pacientes de diagnóstico reciente, mientras que en dos estudios del grupo de Hopko, la media de tiempo transcurrido desde el diagnóstico fue año y medio (Hopko et al., 2008) y 3,2 años (Hopko et al., 2011).

Respecto al estadio de la enfermedad reflejan información cinco de los seis trabajos. Todos los pacientes tenían cáncer en estadio 1 ó 2 en el estudio de Hopko et al. (2008). En varios estudios se incluyeron pacientes con cáncer en diferentes estadios (Fernández et al., 2011; Hopko et al., 2011, 2013). Y en el estudio de Fernández et al. (2014) la mayoría de los pacientes se encontraban en estadios avanzados.

Por otro lado, tres de los seis estudios informan acerca de si los pacientes estaban bajo tratamiento oncológico. En el estudio de Hopko et al. (2008), de los 13 pacientes que componen la muestra, 3 estaban bajo tratamiento con quimioterapia o radioterapia durante la intervención psicológica. Sin embargo, en los estudios de Fernández et al. (2011, 2014) todos los pacientes estaban en tratamiento con quimioterapia.

### *Presencia de trastorno mental y tratamiento psicofarmacológico*

En los estudios del grupo de Hopko (Hopko et al., 2005, 2008, 2011, 2013), todos los pacientes presentaban depresión mayor de gravedad moderada en la pre-evaluación, y estar bajo tratamiento con anti-depresivos y/o ansiolíticos no fue un criterio de exclusión. En tres de estos estudios (Hopko et al., 2008, 2011, 2013), algunos pacientes de la muestra presentaban trastornos de ansiedad comórbidos. Y en dos (Hopko et al., 2011, 2013), el 43% de los pacientes tenían antecedentes de trata-

miento psicológico y el 11% habían estado ingresados para el tratamiento de la depresión. En los demás estudios revisados (Fernández et al., 2011, 2014), en general, los pacientes no presentaban patología ansiosa o depresiva clínicamente significativa, y no se ofrecen datos sobre tratamiento psicofarmacológico.

### *Captación y selección*

Los criterios y procedimientos de captación y selección fueron diferentes según el grupo de investigación. En los estudios de Hopko (Hopko et al., 2005, 2008, 2011, 2013), los pacientes se seleccionaron fundamentalmente mediante screening y/o evaluación psicológica.

Para el screening se empleó la Harvard Department of Psychiatry National Depression Screening scale (HANDS; Baer et al. 2000), y los instrumentos más empleados en la evaluación fueron la Escala de Hamilton para la Evaluación de la Depresión (HRSD; Hamilton, 1960), el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck, Steer, Brown, 1996) y la Escala de Depresión de Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D Radloff, 1977).

En los estudios de Fernández et al. (2011, 2014) se seleccionaron de forma consecutiva todos los pacientes con cáncer de mama y/o cáncer de pulmón que acudían por primera vez a una Unidad de Oncología Médica, independientemente del estadio inicial de la enfermedad y siempre y cuando el tratamiento oncológico a seguir fuera quimioterapia. En la primera consulta el oncólogo solicitó a cada paciente la colaboración para el estudio.

## Evaluación

### *Momentos de evaluación*

Todos los estudios revisados contemplaron evaluaciones pre-post tratamiento y de seguimiento: a los 3 meses (Fernández et al., 2011; Hopko et al., 2005, 2008); a los 3, 6, 9 y 12 meses (Hopko et al., 2011, 2013); y a los 3, 6, 9, 12 y 15 meses (Fernández et al., 2014). Además, en los estudios de Fernández et al. (2011, 2014) se recogieron los datos en cada sesión de tratamiento, y en el estudio de Hopko et al. (2013) se realizó un seguimiento telefónico a los dos años.

### *Variables e instrumentos*

La depresión se evaluó en todos los estudios revisados, y en la mayoría también se contemplaron la ansiedad, el estado de salud y la calidad de vida. Otras variables



evaluadas en algunos estudios fueron el apoyo social, el grado de recompensa recibida desde el entorno, el funcionamiento en la vida cotidiana y la satisfacción con la intervención. En la Tabla 1 se reflejan los instrumentos aplicados en cada uno de los estudios.

En los estudios del grupo de Hopko (Hopko et al., 2005, 2008, 2011, 2013), todas las variables se midieron mediante instrumentos estandarizados. Para evaluar el estado emocional se emplearon: un instrumento de screening, la HANDS; entrevistas estructuradas, la Entrevista Clínica Estructurada del DSM-IV (SCID-I/P; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1996) y la Entrevista para los Trastornos de Ansiedad del DSM-IV (ADIS-IV; Brown, DiNardo y Barlow, 1994); e instrumentos de autoinforme, la HRSD, el BDI-II, la CES-D y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck y Steer, 1990). Para evaluar el estado de salud y la calidad de vida se utilizaron el Cuestionario de Salud SF-36 (SF-36; Ware y Sherbourne, 1992) y el Inventario de Calidad de Vida (QOLI; Frisch, 1994). El apoyo social se midió mediante la Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social (MSPSS; Zimet, Dahlem, Zimet y Farley, 1988), el grado de recompensa recibida desde el entorno con la Escala de Observación de Recompensa desde el Entorno (EROS; Armento y Hopko, 2007) y la satisfacción con la intervención con el Cuestionario de Satisfacción del Cliente (CSQ; Larsen, Attkisson, Hargreaves y Nguyen, 1979). Todos los instrumentos, a excepción del CSQ, se utilizaron en la pre-evaluación. En la post-evaluación se aplicaron todos los instrumentos excepto la HANDS y las entrevistas. Y en los seguimientos se aplicaron los mismos instrumentos que en la post-evaluación, salvo el CSQ, que en dos de los tres estudios en los que se aplicó (Hopko et al. 2005, 2008) sólo se utilizó en la post-evaluación.

En todos los estudios del grupo de Fernández (Fernández et al., 2011, 2014) se emplearon tanto instrumentos estandarizados como no estandarizados para evaluar cada variable. Los instrumentos utilizados fueron: una entrevista semiestructurada diseñada para recoger información acerca de los síntomas de la enfermedad y tratamiento, estado emocional y funcionamiento del paciente en los distintos ámbitos de la vida cotidiana; el Cuestionario de calidad de vida de la EORTC QLQ-C30 (Aaronson et al., 1993); la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD) (Zigmond y Snaith,

1983); la Escala de Estado General (EG) y la Escala de Estado de Salud (SP) (Padierna, 2003); y la Escala de Karnofsky (IK) (Karnofsky, Abelman, Craver y Burchenal, 1948). Todas estas medidas se tomaron en cada una de las sesiones y en los seguimientos.

### Diseño

En todos los estudios se empleó el diseño de medidas repetidas. La variable intrasujetos fue el tiempo, y la variable entre sujetos, en aquellos estudios con diseño de medidas parcialmente repetidas, la condición de tratamiento. Los análisis estadísticos fueron adecuados al diseño experimental.

### Tratamientos psicológicos

Todas las intervenciones estudiadas fueron terapias breves, de entre cuatro y nueve sesiones, en formato individual. En dos de los seis estudios revisados se aplicó un solo tipo de intervención a todos los pacientes (Hopko et al., 2005, 2008). En los demás estudios los pacientes se asignaron aleatoriamente a dos grupos de intervención (Hopko et al., 2011, 2013) o a un grupo de intervención y a un grupo control (Fernández et al., 2011, 2014).

Los tratamientos psicológicos aplicados en los estudios de Hopko et al. tenían como objetivo reducir la depresión (Hopko et al., 2005, 2008, 2011, 2013), y reducir la idea de autolítica y aumentar la esperanza (Hopko et al., 2013). En todos los estudios se aplicó la AC mediante el siguiente procedimiento. Los pacientes empezaban registrando semanalmente sus actividades diarias con el objetivo de examinar las actividades en las que estaban implicados. Este registro proporcionaba una medida de línea base y permitía identificar potenciales actividades a establecer como objetivo a lo largo del tratamiento. Posteriormente se identificaban valores y objetivos personales en diferentes áreas que incluían relaciones familiares, sociales e íntimas, educación, empleo/carrera, voluntariado/caridad, cuestiones físicas/salud y espiritualidad. En base a los valores y objetivos identificados se construía una jerarquía de 15 actividades de menor a mayor dificultad. Empleando registros para monitorizar el progreso, los pacientes avanzaban a través de la jerarquía desde las conductas más fáciles a las más difíciles. Para cada actividad, terapeuta y paciente determinaban conjuntamente el objetivo final en términos de frecuencia y duración por semana. Esos objetivos queda-



ban reflejados en un registro que guardaba el terapeuta, y los objetivos semanales se reflejaban en un registro que el paciente llevaba a la terapia cada semana. Al comienzo de cada sesión se revisaba el registro y se establecían objetivos nuevos para la semana siguiente en función del éxito o las dificultades del paciente.

En los tratamientos de los primeros estudios de Hopko et al. (2005, 2008), las sesiones iniciales se dedicaron a evaluar la función del comportamiento depresivo, establecer la relación terapéutica e introducir la lógica del tratamiento. Después se intervenía con el objetivo de reducir el reforzamiento del comportamiento depresivo, y se iniciaba una aproximación sistemática dirigida a incrementar el comportamiento saludable aumentando el valor de los reforzadores de dicho comportamiento y devaluando los reforzadores del comportamiento depresivo. Ambos tratamientos incluían, además de AC, psicoeducación, presentación de la lógica del tratamiento y selección de actividades y objetivos. El tratamiento del estudio de Hopko et al. (2008) también incluía entrenamiento en relajación, terapia cognitiva, exposición conductual, entrenamiento en habilidades de solución de problemas, higiene del sueño y control de estímulos.

En los estudios posteriores de Hopko et al. (2011, 2013) se aplicaron la Terapia de Activación Conductual para la Depresión (TACD) y la Terapia de Solución de Problemas (TSP). Las sesiones iniciales de la TACD se dedicaron a evaluar la función del comportamiento depresivo, establecer la alianza terapéutica, realizar ejercicios de motivación centrados en los pros y contras del cambio de comportamiento, realizar psicoeducación sobre la depresión, explicar la relación entre depresión y cáncer de mama, y presentar el modelo de la terapia.

En el estudio de Hopko et al. (2011), se especifica que en la TACD, se les pedía a los pacientes que indicasen en el registro de actividades diarias, para cada conducta, su nivel de agrado o placer. Esta monitorización permitía detectar los comportamientos reforzantes y desagradables. En este estudio también se indica que, con el propósito de aliviar los problemas de ansiedad de las pacientes, además de incrementar el refuerzo ambiental, un foco del tratamiento fue reducir las experiencias aversivas. De acuerdo a este objetivo se incluyeron en la jerarquía estrategias para reducir la ansiedad: relajación muscular, entrenamiento en

asertividad y exposición gradual a estímulo generadores de ansiedad. En base al hecho de que recibir el diagnóstico y vivir con cáncer de mama produce ansiedad en muchas personas, todas las pacientes realizaron ejercicios de exposición relacionados con esta experiencia. La exposición implicó realizar tres ejercicios escritos diseñados para exponer a los pacientes con cáncer a la experiencia de ser diagnosticado y vivir con cáncer. Se alentó a las pacientes a escribir sobre los detalles de la situación y las experiencias emocionales (físicas, cognitivas y conductuales) asociadas al diagnóstico y la experiencia de vivir con cáncer. Después se abordaban esas experiencias en sesión con el terapeuta.

Los pacientes de la condición de TSP recibieron un tratamiento adaptado del manual de TSP para ansiedad y depresión de Mynors-Wallis (Mynors-Wallis, 2005). Las sesiones iniciales se dedicaron a desarrollar la alianza terapéutica, realizar ejercicios de motivación centrados en los pros y contras del cambio conductual, realizar psicoeducación sobre depresión y cáncer de mama e introducir el modelo de la TSP. Los objetivos específicos del tratamiento eran: aumentar la comprensión de las pacientes de la relación entre los síntomas de depresión y ansiedad actuales y los problemas cotidianos; aumentar la capacidad para definir con precisión los problemas actuales, enseñar a las pacientes un método específico de solución de problemas, y conseguir que tuviesen experiencias más positivas mejorando sus habilidades para resolver problemas. En el estudio de Hopko et al. (2011), al igual que en la condición de la TACD, las pacientes realizaron ejercicios escritos de exposición sobre los detalles de la situación y experiencia emocionales (físicas, cognitivas y conductuales) asociadas al diagnóstico y a la experiencia de vivir con cáncer, y posteriormente abordaban esas experiencias en sesión con el terapeuta.

En los estudios de Fernández et al. (2011, 2014), la intervención tenía como objetivo prevenir los trastornos emocionales y promover la calidad de vida. El tratamiento se integró en la rutina de consultas médicas y sesiones de quimioterapia. Después de la consulta médica y antes de recibir cada ciclo de quimioterapia, todos los pacientes fueron atendidos individualmente por una psicóloga. El número de sesiones fue igual que el número de ciclos de quimioterapia.

En todas las sesiones del grupo control (G.C.) se siguió el mismo procedimiento. S



administró un protocolo de evaluación de síntomas, estado emocional y funcionalidad. Durante la sesión, el paciente cumplimentaba los instrumentos de evaluación estandarizados y describía su situación personal en cada uno de los ámbitos examinados. En ningún momento se prestó atención diferencial a los déficits o competencias de los pacientes en relación al afrontamiento de su situación actual, ni se les proporcionó entrenamiento en ningún procedimiento psicológico.

La intervención (AC) aplicada a los pacientes del grupo experimental (G.E.) se estructuró para proporcionar una explicación contextual-funcional de los problemas/limitaciones del paciente y para activar a la persona en la dirección de mantener/restablecer actividades relevantes y rutinas cotidianas, incrementar actividades gratificantes, eliminar conductas de enfermedad, y modificar el patrón de evitación experiencial. Durante las sesiones, el terapeuta enseñaba al paciente a analizar en términos contextuales su conducta (rutinas cotidianas, síntomas y limitaciones físicas, emociones y pensamientos/preocupaciones sobre la enfermedad y tratamiento). Se perseguía que la persona aprendiese a observar la relación entre lo que hace, siente, piensa y lo que ocurre en su entorno. Y, en consecuencia, a identificar los eventos/condiciones que mantienen y/o debilitan comportamientos concretos. Se analizaban tanto las conductas saludables como las conductas de enfermedad y de evitación (de pensamientos/emociones en relación a la enfermedad y tratamiento oncológico). El objetivo último era establecer, con el paciente (y allegados), un compromiso activo para fomentar sus propias competencias/habilidades y mantener las actividades relevantes y gratificantes de su vida.

El proceso de las sesiones, de acuerdo a la lógica de la AC, se ajustó siempre al caso particular. El análisis funcional de la conducta constituyó el procedimiento fundamental para determinar las metas y tareas de la intervención para cada caso y en cada sesión. Se estructuraron y programaron tareas para casa encaminadas al mantenimiento de rutinas cotidianas gratificantes, y que tuviesen una alta probabilidad de reforzamiento en el entorno personal y familiar del paciente. Se buscaba movilizar los propios recursos del paciente y también provocar un cambio de contingencias en el entorno. Así, durante la sesión, se solicitaba

al paciente/allegados que propusiesen posibles soluciones a sus problemas/limitaciones. Sólo cuando se carecía de repertorios adecuados, se entrenaban habilidades específicas. Se comprobaba que la persona no sólo supiese qué hacer y cómo, sino cuándo y dónde o en qué condiciones actuar. Es decir, que además de "saber qué hacer" supiese reconocer las "contingencias" que con alta probabilidad fortalecerían conductas saludables y relevantes para la persona. Entonces, se solicitaba su compromiso para actuar (a pesar de la enfermedad o el estado de ánimo) y observar los resultados. En cada sesión, la psicóloga y el paciente revisaban el cumplimiento y resultados de las tareas, y se analizaba la función que desempeñaban las actividades para la mejora de su calidad de vida y estado emocional.

Las técnicas más empleadas fueron la auto-observación y registro, el ensayo y modelado de conducta, la elaboración de jerarquías de actividad, la programación de conductas y el manejo de contingencias, la resolución de problemas, el entrenamiento en habilidades sociales, y el uso de metáforas y ejercicios experienciales para facilitar la aceptación y distanciamiento de emociones y pensamientos.

### Resultados de las intervenciones

En los estudios del grupo de Hopko en los que se aplicó un solo tipo de intervención (Hopko et al., 2005, 2008), los análisis estadísticos revelaron una mejoría significativa en la evaluación post-tratamiento respecto al pre-tratamiento en las medidas de depresión (CES-D, BDI-II, HRSD), ansiedad (BAI), calidad de vida (QOLI) y resultados médicos (SF-36). Estas mejorías fueron clínicamente significativas (tamaños del efecto de moderados a grandes) y se mantuvieron en el seguimiento a los 3 meses. El cambio clínico fue mayor en las medidas de depresión que en las demás medidas de resultado (QOLI, SF-36, BAI).

En los estudios en los que se aplicaron la TACD y la TSP (Hopko et al., 2011, 2013) se encontraron los siguientes resultados. En el estudio de Hopko et al. (2011) se produjeron mejorías post-tratamiento en depresión (BDI-II, HRSD), refuerzo ambiental (EROS), ansiedad somática (BAI), calidad de vida (QOLI), funcionamiento social (MSPSS) y en las ocho dimensiones de resultados médicos (SF-36). Las mejorías fueron clínicamente significativas (tamaños del efecto de moderados a grandes) en todas las variables de resultado (depresión, ansiedad y calidad de



vida). Los tamaños del efecto fueron también significativos, pero menos robustos en apoyo social (MSPSS) y resultados médicos (SF-36). No hubo diferencias significativas en los resultados en función de si las pacientes estaban bajo tratamiento con anti-depresivos o ansiolíticos, o no. El análisis de los datos de los seguimientos no mostró cambios en la dirección de los niveles del pre-tratamiento. Incluso varias pacientes de cada grupo continuaron mejorando a lo largo de los seguimientos. Las pacientes del grupo de la TACD continuaron mejoraron tras finalizar el tratamiento en mayor número de variables que las pacientes del grupo de la TSP.

Las ratios de respuesta y remisión combinadas basadas en el BDI-II fueron del 70% en la TACD y del 81% en la TSP, y las basadas en la HRSD fueron del 78% en la TACD y del 81% en la TSP. Estas ratios no guardaron relación con que las pacientes estuvieran tomando psicofármacos o no, y no hubo diferencias significativas entre los tratamientos en base a estas ratios.

En el estudio de Hopko et al. (2013), los análisis detectaron una reducción significativa de la depresión (CES-D) y de la ideación suicida (ítems de ideación suicida del BDI-II y de la HRSD) y un incremento significativo de la esperanza (ítem de esperanza de la CES-D) en el post-tratamiento, pero no se encontraron diferencias significativas entre los tratamientos. Estos cambios se mantuvieron en los 12 meses de seguimiento. Dos años después del estudio 76/78 pacientes seguían vivos y, en general, refirieron mantener la mejoría lograda con el tratamiento. Los dos pacientes restantes fallecieron por cáncer.

En los estudios de Fernández et al. (2011, 2014) los pacientes no presentaron sintomatología ansiosa ni depresiva (HAD) con significación clínica en ningún momento de medida. En el primer trabajo (Fernández et al., 2011) los pacientes con cáncer de pulmón que recibieron AC presentaron menos falta de apetito (autoinforme y entrevista clínica), menos dificultades para dormir (autoinforme y entrevista clínica), menor ansiedad y depresión (autoinforme y entrevista clínica, HAD y QLQ-C30. EF), mejor estado general (EG) y mayor recuperación de la actividad doméstica y de ocio (autoinforme y entrevista clínica) que los pacientes del G.C. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas.

Los pacientes con cáncer de mama que recibieron AC presentaron menos cansancio

(autoinforme y entrevista clínica), mayor cuidado personal (autoinforme y entrevista clínica), peor funcionamiento cognitivo (QLQ-C30. CF) y peor función de rol (QLQ-C30. RF) que los pacientes del G.C. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas. En ambos grupos se observó una recuperación paulatina de la actividad doméstica y de ocio a lo largo del tratamiento y en el seguimiento. Esta recuperación fue mayor en el grupo de AC, pero no hubo diferencias significativas entre grupos.

En el estudio de Fernández et al. (2014) se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos a favor del grupo de AC en Estado General (EG), en las subescalas de la HAD, en Funcionamiento Emocional (QLQ-C30. EF), y en pérdida de apetito, estreñimiento, dolor y dificultad para tragar (QLQ-LC-13). El Estado de Salud (SP), la valoración médica (IK) y la calidad de vida (QLQ-C30. QoL) en los seguimientos fueron mejores en los pacientes del grupo de AC, aunque las diferencias entre grupos no fueron estadísticamente significativas.

El funcionamiento físico (QLQ-C30. PF) mejoró en el grupo de AC, aunque progresivamente fue empeorando, mientras que en el G.C. empeoró y se mantuvo así hasta el final. El funcionamiento cognitivo (QLQ-C30. CF) mejoró a lo largo del tiempo en el grupo de AC y empeoró en el G.C. El funcionamiento de rol (QLQ-C30. RF) mejoró en el grupo de AC durante la intervención y, aunque se deterioró levemente en el primer seguimiento, se recuperó en los siguientes. El G.C. mostró peores puntuaciones, pero mejoró en los seguimientos. El funcionamiento social (QLQ-C30. SF) mejoró en ambos grupos a través del tiempo, pero el grupo de AC mejoró más. Esta diferencia se captó estadísticamente.

Durante el tratamiento con quimioterapia los pacientes de ambos grupos parecieron tener un adecuado control de los síntomas de la enfermedad y tratamiento (QLQ-LC-13). La mayoría de los síntomas estaban más presentes en el G.C. y se mantenían en el tiempo, mientras que el grupo de AC mejoró a lo largo de las sesiones y sólo empeoró en el seguimiento. La interacción se captó estadísticamente e indicó una mejor situación del grupo de AC respecto a varios síntomas (dolor en el brazo, boca seca y hemoptisis).

### Adhesión

En dos de los seis estudios revisados (Hopko et al., 2005, 2008) se recogió información sobre la adhesión, entendida como



el cumplimiento de los pacientes de las tareas asignadas durante la terapia. La adhesión se calculó dividiendo el número de tareas completadas entre el número de tareas asignadas. Se encontró una adhesión media del 78% (Hopko et al., 2005) y del 82% (Hopko et al., 2008). Otro dato de interés sobre la adhesión, que recoge uno de los estudios (Hopko et al., 2008), es que los dos pacientes con menor adhesión tuvieron menor probabilidad de mostrar un cambio clínicamente significativo (según el Índice de Cambio Fiable) en la mayoría de las medidas.

### Satisfacción con la intervención

La satisfacción con la terapia se evaluó en tres de los seis estudios revisados (Hopko et al., 2005, 2008, 2011). En todos ellos los pacientes se mostraron muy satisfechos.

### Limitaciones

Los estudios revisados presentan una serie de limitaciones. Algunas tienen que ver con las características de la muestra. En varios estudios el tamaño de la muestra es pequeño (Hopko et al., 2005, 2008). Otros estudios (Fernández et al., 2011, 2014; Hopko et al., 2011, 2013) cuentan con muestras más grandes, pero mayoritariamente caucásicas y compuestas por pacientes con cáncer de mama o cáncer de pulmón, lo que limita la generalización de los resultados. En los estudios del grupo de Fernández (Fernández et al., 2011, 2014), la pérdida de pacientes con cáncer de pulmón fue elevada y, aunque estuvo relacionada con la evolución de la enfermedad (hospitalización o fallecimiento), limita la potencia de los resultados.

Otras limitaciones son las relativas al diseño del estudio. Varios trabajos carecen de grupo control (Hopko et al., 2005, 2008, 2011, 2013) y de seguimiento a largo plazo (Fernández et al., 2011; Hopko et al., 2005, 2008).

Una cuestión importante es que el estudio permita conocer los mecanismos responsables del cambio. Un problema relacionado con esta cuestión es la inclusión en el tratamiento de una serie de componentes sin evaluar posteriormente los resultados de los mismos. Esto ocurre en varios estudios revisados. En uno de ellos se aplica un tratamiento multicomponente (Hopko et al., 2008) y en otros se aplica la TSP (Hopko et al., 2011, 2013) sin evaluar específicamente los cambios que se esperan conseguir fruto

de esas intervenciones. Estas limitaciones hacen necesario tener precaución a la hora de concluir cuáles fueron los factores responsables del cambio.

Los estudios revisados también presentan una serie de limitaciones relacionadas con la evaluación. En el estudio de Hopko et al. (2008), los mismos profesionales que aplicaron los tratamientos realizaron la evaluación, lo que pudo suponer un sesgo en esta última. En el estudio de Fernández et al. (2011), la AC implicó describir la topografía y funcionalidad de las conductas, lo que pudo facilitar una valoración más objetiva y fiable de las relaciones de pareja y sexuales en el grupo que recibió esta intervención frente al G.C. En este último se pidió al sujeto una valoración (en la entrevista o mediante cuestionarios estandarizados) y, con frecuencia en presencia de familiares, lo que pudo condicionar que las respuestas estuvieran medidas por la deseabilidad social.

En cuanto a los instrumentos empleados en la evaluación, en algunos estudios se aplicaron instrumentos con limitaciones, como la ADIS-IV, y poco investigados en pacientes oncológicos (Hopko et al., 2008, 2011). En el estudio de Hopko et al. (2013), la ideación suicida y la esperanza se midieron sólo a través de ítems individuales de instrumentos de autoinforme estandarizados, y el seguimiento telefónico que se realizó a los dos años se redujo básicamente a recoger datos de supervivencia. Por otro lado, algunas medidas sólo se aplicaron en algunos momentos de evaluación (Hopko et al., 2008, 2011) y, a pesar de que en varios estudios algunos pacientes presentaban trastornos de ansiedad comórbidos (Hopko et al., 2008, 2011, 2013), en ninguno de ellos se evaluó la evolución de los mismos.

## DISCUSIÓN

Las bases de datos consultadas y los criterios de búsqueda (términos y periodo de tiempo), permiten concluir que se ha realizado una revisión exhaustiva sobre el objeto de estudio. A pesar de ello, sólo se encontraron seis artículos sobre resultados de intervenciones basadas en AC aplicadas a pacientes oncológicos. Y todos estos trabajos fueron publicados por dos grupos de investigadores.

Las muestras de los diferentes estudios son heterogéneas en cuanto a la enfermedad (tipo de cáncer, estadio de la enfermedad, momento del proceso oncológico), la



presencia de trastorno mental, el consumo de psicofármacos y los antecedentes psicopatológicos. Esta pluralidad dificulta que se puedan extraer conclusiones generales en base a los resultados de los estudios revisados. Por otro lado, el reducido tamaño de la muestra de algunos estudios limita la validez externa de los resultados y dificulta la evaluación de los predictores de los resultados del tratamiento.

Todas las intervenciones fueron breves, se aplicaron en formato individual y se basan en los mismos fundamentos contextuales. Los trastornos emocionales se sitúan en las circunstancias de la vida de la persona, y la intervención favorece que las personas actúen ante tales circunstancias de modo que mantengan la implicación con aquello de valor para ellos. No obstante, se identifican algunas diferencias entre los objetivos y procedimientos de cada grupo que recuerdan a algunas de las apuntadas por Barraca entre la TACD y la Activación Conductual (en lo sucesivo AC) (Barraca, 2009). Desde la TACD (Lejuez, Hopko y Hopko, 2001) se enfatiza el papel que, en el mantenimiento de los problemas emocionales, desempeña el reforzamiento positivo de las conductas depresivas. De este modo, se estructura la intervención para activar a las personas hacia unos objetivos concretos. Se busca incrementar conductas saludables reforzadas positivamente en el entorno cotidiano de la persona y, alternativamente, eliminar cualquier reforzamiento de las conductas depresivas. La programación de actividades y la autoobservación y registro son las estrategias claves de la terapia. Por su parte, la AC (Jacobson, Martell y Dimidjian, 2001) considera que en la base de los problemas emocionales está la evitación de determinadas condiciones de la vida de las que dependen, en definitiva, las gratificaciones cotidianas. Así, el procedimiento para que las personas logren un mayor contacto con las fuentes de reforzamiento, se dirige a incrementar la activación y a desactivar la evitación. La AC, a diferencia de la TACD, establece como central el análisis funcional de la conducta para identificar los patrones evitación. Estas diferencias en los objetivos y formas de proceder entre la AC y la TACD se identifican en los estudios aquí revisados.

Respecto a los objetivos, ambos grupos de investigadores buscaron aumentar el comportamiento saludable, reducir el comportamiento depresivo y favorecer la impli-

cación de los pacientes en actividades acordes con sus valores. Pero sólo las intervenciones del grupo de Fernández tenían como objetivo modificar el patrón de evitación experiencial. Lo que sitúa a este grupo en una línea de intervención más próxima a la A (Jacobson, Martell, Dimidjian, 2001).

En lo que se refiere a procedimientos técnicos, las jerarquías de actividad, la programación de actividades, y la autoobservación y registro fueron las técnicas más empleadas en las intervenciones del grupo de Hopko. En las intervenciones del grupo de Fernández estas técnicas también fueron muy utilizadas, pero el análisis funcional de la conducta fue el procedimiento fundamental. Durante la terapia se enseñaba a los pacientes a analizar su conducta en términos contextuales, algo que no forma parte de las intervenciones del grupo de Hopko, y el análisis funcional fue determinante para establecer las metas y tareas de la intervención para cada caso y en cada sesión.

En relación al entrenamiento en habilidades sociales y de resolución de problemas en las intervenciones del grupo de Fernández se entrenaban habilidades específicas cuando el paciente carecía de repertorios adecuados. Sin embargo, sólo en uno de los estudios del grupo de Hopko (Hopko et al., 2008) se alude al entrenamiento en habilidades de solución de problemas, y tal como se plantea se deduce que se entrena a todos los pacientes.

Por otro lado, en las intervenciones del grupo de Fernández se aborda la evitación experiencial. En los estudios se hace referencia a la inclusión de ejercicios experienciales para facilitar la aceptación y el distanciamiento de emociones y pensamientos. Mientras que sólo en uno de los estudios del grupo de Hopko (Hopko et al., 2011) se hace referencia a la realización de ejercicios de exposición a la experiencia de recibir el diagnóstico y vivir con cáncer.

En cuanto a las principales variables evaluadas, en ambos grupos se atendió al estado emocional, la condición física y la calidad de vida. Aunque hay diferencias en los procedimientos e instrumentos empleados para la evaluación de estas variables. Ambos grupos de investigadores incluyeron como medidas de resultado escalas estandarizadas, pero el grupo de Fernández consideró también y pone el énfasis en los datos recogidos mediante autoinforme y entrevista clínica. En concreto datos relativos a la frecuencia e intensidad de síntomas de enfermedad y/o tratamiento, afectación d



la autonomía personal, actividad doméstica, laboral, ocio, relaciones familiares y sociales y alteraciones emocionales. Teniendo en cuenta los fundamentos de la AC, se considera muy importante que se incluyan como medidas de resultado datos relativos a la actividad de los pacientes en las diferentes áreas vitales. Por un lado, porque la actividad es el foco de intervención de la terapia; y por otro, porque estas medidas permitirían atribuir con más certeza los resultados de la intervención a los principios activos de la terapia. A pesar del interés de este tipo de medidas, se sugiere que la preponderancia de estudios en la literatura que emplean casi únicamente escalas estandarizadas, podría tener que ver con un cierto sesgo editorial en la selección de estos trabajos desde un pretendido mayor rigor metodológico.

En los estudios del grupo de Hopko se encontraron mejorías tras aplicar los tratamientos en depresión, ansiedad, calidad de vida, resultados médicos e ideación suicida. Y los cambios se mantuvieron en los seguimientos. En los trabajos en los que se estudiaron la TACD y la TSP, se produjeron mejorías en los pacientes que recibieron ambos tipos de intervenciones, con cierta ventaja de la TACD teniendo en cuenta los cambios en los seguimientos.

En los estudios del grupo de Fernández, los pacientes con cáncer de pulmón que recibieron la intervención presentaron menos síntomas de la enfermedad y/o tratamiento, menos ansiedad y depresión, mayor recuperación de actividades, mayor calidad de vida, y mejor funcionamiento físico, emocional, cognitivo, de rol y social que los pacientes de los grupos controles. No obstante, en los seguimientos se observó un empeoramiento en algunas de estas medidas. Los datos recogidos en pacientes con cáncer de mama no reflejan un beneficio claro en los pacientes que recibieron la intervención respecto a los pacientes del grupo control.

Para valorar estos resultados es importante tener en cuenta que todos los pacientes de los estudios del grupo de Hopko cumplían los criterios de depresión mayor en la pre-evaluación, mientras que muchos de los pacientes de los estudios del grupo de Fernández no presentaban malestar emocional clínicamente significativo. Este aspecto pudo limitar los resultados de la intervención en los estudios de este último grupo al haber menos margen de mejora.

También es importante considerar la mayor implicación en actividades durante el tratamiento y el seguimiento de las pacien-

tes con cáncer de mama respecto a los pacientes con cáncer de pulmón en el estudio de Fernández et al. (2011). Esta diferencia podría explicar la utilidad diferencial de la intervención en pacientes con cáncer de pulmón y pacientes con cáncer de mama. Este argumento, planteado por los autores del trabajo, encuentra respaldo en los resultados en actividad doméstica y de ocio de estos pacientes y en el hecho de que los pacientes con cáncer de mama fuesen mayoritariamente mujeres con cargas familiares que tendrían mayor dificultad para delegar su actividad cotidiana. Además, el mantenimiento de las actividades que se observa en ambos grupos podría explicar, según los autores, que el estado emocional no se encuentre especialmente alterado. Estos resultados apoyarían la relevancia de una intervención basada en la AC para el tratamiento de pacientes oncológicos durante el tratamiento con quimioterapia. Se plantearía una estrategia idónea para actuar frente al progresivo abandono de actividades de muchos enfermos oncológicos.

Los resultados de las intervenciones estudiadas dan cuenta de la utilidad de la AC para la prevención y el tratamiento de los trastornos emocionales en pacientes oncológicos. Se encuentran buenos resultados tanto en pacientes con trastorno mental como en aquellos sin malestar emocional clínicamente significativo. Y el hecho de que los pacientes con cáncer de mama, que no presentaban malestar emocional significativo y mantenían su implicación en actividades, no se beneficiasen en gran medida de la intervención, tiene sentido de acuerdo al planteamiento de la terapia y apoya la teoría que la sustenta. Es esperable que aquellas personas que mantengan la implicación en actividades relevantes y agradables, que justo es el objetivo central de la AC, presenten menos malestar emocional.

Consideramos importante señalar el mérito de los resultados, sobre todo tratándose de intervenciones tan breves y aplicándose, en algunos estudios, a pacientes sin malestar emocional clínicamente significativo. Algunos resultados, además, reflejan la buena acogida de la intervención por parte de los pacientes. En los estudios en los que se recogió información sobre la adhesión (Hopko et al., 2005, 2008) y la satisfacción con la intervención (Hopko et al., 2005, 2008, 2011), se encontró una alta adhesión de los pacientes a las tareas asignadas durante la terapia, así como una alta satisfacción con la intervención.



A pesar de los buenos resultados de las intervenciones estudiadas, la heterogeneidad de los estudios, sus limitaciones, y algunos resultados, como el empeoramiento de los pacientes en algunas variables en los seguimientos, hacen necesario el desarrollo de nuevos trabajos para conocer las condiciones específicas de los pacientes (tipo de tumor, situación clínica, fase de la enfermedad,...) y de la intervención (duración, momento de inicio, componentes,...) que mejorarían la eficacia, efectividad y eficiencia de la misma, así como el mantenimiento de los logros a largo plazo.

Aunque los estudios revisados presentan una serie de limitaciones, se consideran trabajos de calidad. En su valoración es importante tener en cuenta la dificultad que entraña el objeto de estudio. Valgan como ejemplos la dificultad que supone el acceso a muestras homogéneas o la recogida de datos de seguimiento en pacientes oncológicos. No obstante, en base a las limitaciones, se considera importante que los futuros trabajos incluyan grupo control, seguimientos a largo plazo y que evalúen los cambios en los procesos específicos objeto de intervención, sobre todo si se trata de estudios de comparación de tratamientos. Esto permitirá conocer la utilidad diferencial de cada uno de los componentes de los mismos. Otra cuestión importante, dada la alta comorbilidad entre ansiedad y depresión, es que los estudios incluyan medidas de ansiedad en los diferentes momentos de evaluación. Conocer los resultados de la AC en el tratamiento de la ansiedad permitirá diseñar e implementar intervenciones óptimas para la situación clínica de los pacientes.

## CONCLUSIONES

La depresión es un trastorno muy prevalente en pacientes oncológicos, por lo que se considera fundamental contar con intervenciones psicológicas eficaces para su tratamiento. Aunque diferentes tratamientos psicológicos se han mostrado eficaces en el abordaje de la depresión, el proceso oncológico tiene una serie de implicaciones que hacen necesario revisar sus resultados cuando se aplican a pacientes con cáncer.

De entre los diferentes tratamientos, consideramos que la terapia de AC puede ser un tratamiento especialmente útil para pacientes oncológicos. Con el objetivo de valorar esta consideración, realizamos una revisión de los artículos publicados en los

últimos años que recogían los resultados de intervenciones psicológicas basadas en la AC aplicadas a pacientes con cáncer.

Los resultados de los estudios revisados reflejan la utilidad de la AC para la prevención y el tratamiento de los trastornos emocionales de pacientes oncológicos. No obstante, se considera necesario el desarrollo de nuevos estudios que permitan conocer qué características de los pacientes y/o de la intervención mejorarían los resultados de la misma.

Se sugiere, finalmente, que las implicaciones de la AC en el cáncer pueden ir más allá de su utilidad clínica en el abordaje de los trastornos emocionales. La AC pasa por reorientar a la persona hacia las condiciones de su vida cotidiana que puedan ofrecerle reforzamiento positivo. De manera que la estrategia de controlar las amenazas para aliviar el malestar, resulte para la persona tan innecesaria como inútil para retomar la vida. El personal sanitario y los allegados del paciente desempeñan un papel muy importante para facilitar la estrategia de activación. Frente a orientar hacia comportamientos como el abandono, delegación de tareas, control de malos pensamientos, etc., que llegan a convertirse en el problema a solucionar; el objetivo radica en -activar- hacia experiencias y situaciones relevantes aunque cotidianas que, en definitiva, son las que pueden proporcionar a las personas las mejores condiciones de su vida. De este modo la AC sería, además de una intervención psicoterapéutica, un planteamiento para el afrontamiento del cáncer.

## Agradecimientos

Este trabajo ha sido realizado gracias a la financiación de la Ficyt (Ref. BP13141) y del Ministerio de Economía y Competitividad del Gobierno de España (Proyectos I+D+I. Ref. PSI2014-55594-P).

## REFERENCIAS

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., et al. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85, 365-376.
- Armento, M. E. A., & Hopko, D.R. (2007). The development and validation of the Environmental Reward Observation Scale (EROS). *Behavior Therapy*, 38, 107-119. doi:10.1016/j.beth.2006.05.003
- Baer, L., Jacobs, D. G., Meszler-Reizes, J., Blais, M., Fava, M., Kessler, R., ... O'Laughlen, J. (2000). De-



- velopment of a brief screening instrument: The HANDS. *Psychotherapy and Psychosomatic Research*, 69, 35-41.
- Barraca Mairal, J. (2009). La Activación Conductual (AC) y la Activación Conductual para la Depresión (TACD). Dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la Activación Conductual. *EduPsykhé. Revista de Psicología y Educación*, 8 (1), 23-50.
- Beck, A. T. y Steer, R. A. (1990). *Beck Anxiety Inventory: Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Brown, T. A., DiNardo, P. y Barlow, D. H. (1994). *Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Cataldo, J. K., & Brodsky, J. L. (2013). Lung cancer stigma, anxiety, depression and symptom severity. *Oncology*, 85, 33-40. doi: 10.1159/000350834
- Espantoso, R., Fernández, C., Padierna, C., Amigo, I., Villoria, E., Gracia, J.M., ... Peláez, I. (2007). Calidad de vida en pacientes oncológicos un año después de finalizado el tratamiento. *Psicooncología*, 4 (1), 43-57.
- Fernández, C., Villoria, E., Amigo, I., Padierna, C., Gracia, J. M. y Fernández, R. (2011). Terapia de activación conductual en pacientes con cáncer. *Anales de Psicología*, 27 (2), 278-291.
- Fernández, C., Villoria, E., Fernández, P. y González, S. (2014). Efectos de la activación conductual en la calidad de vida y estado emocional de los pacientes con cáncer de pulmón. *Psicooncología*, 11 (2-3), 199-215.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-Patient Edition (SCID-I/P, Version 2.0)*. New York: New York Psychiatric Institute, Biometrics Research Department.
- Frisch, M. B. (1994). *Manual and treatment guide for the Quality of Life Inventory*. Minneapolis, MN: National Computer Systems, Inc.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-61.
- Hopko, D. R., Bell, J. L., Armento, M. E. A., Hunt, M. K., & Lejuez, C. W. (2005). Behavior Therapy for Depressed Cancer Patients in Primary Care. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42 (2), 236-243. doi:10.1037/0033-3204.42.2.236
- Hopko, D. R., Bell, J. L., Armento, M., Robertson, S., Mullane, C., Wolf, N., & Lejuez, C. W. (2008). Cognitive-behavior therapy for depressed cancer patients in a medical care setting. *Behavior Therapy*, 39 (2), 126-36. doi:10.1016/j.beth.2007.05.007
- Hopko, D. R., Armento, M. E. A., Robertson, S. M. C., Ryba, M. M., Carvalho, J. P., Colman, L. K., ... Lejuez, C. W. (2011). Brief Behavioral Activation and Problem-Solving Therapy for Depressed Breast Cancer Patients: Randomized Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79 (6), 834-849.
- Hopko, D. R., Funderburk, J. S., Shorey, R. C., McIndoo, C. C., Ryba, M. M., File, A. A., ... Vitulano, M. (2013). Behavioral Activation and Problem-Solving Therapy for Depressed Breast Cancer Patients: Preliminary Support for Decreased Suicidal Ideation. *Behavior Modification*, 37 (6), 747-767. DOI: 10.1177/0145445513501512
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8 (3), 255-270. DOI: 10.1093/clipsy/8.3.255
- Karnofsky, D. A., Abelman, W. H., Craver, L. F., & Burchenal, J. H. (1948). The use of the nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. *Cancer*, 1, 634-656.
- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A. y Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., & Hopko, S. D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression: Treatment manual. *Behavior Modification*, 25 (2), 225-286. DOI: 10.1177/0145445501252005
- Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*, 12 (2), 160-74. doi:10.1016/S1470-2045(11)70002-X
- Mynors-Wallis, L. (2005). *Problem solving treatment for anxiety and depression: A practical guide*. New York, NY: Oxford University Press.
- Ng, C. G., Boks, M. P. M., Zainal, N. Z., & de Wit, N. J. (2011). The prevalence and pharmacotherapy of depression in cancer patients. *Journal of Affective Disorders*, 131 (1-3), 1-7. doi:10.1016/j.jad.2010.07.034
- Padierna, C. (2003). *Estudio de la calidad de vida de la población oncológica en Asturias* (Tesis doctoral). Repositorio Institucional Universidad de Oviedo, Universidad de Oviedo, Oviedo. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10651/16570>.
- Padierna, C., Fernández, C., Amigo, I., Gracia, J. M., Fernández, R., Peláez, I. y Pérez, M. (2004). Estudio longitudinal de los parámetros de calidad de vida en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1 (2-3), 191-204.
- Radloff, L. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 67, 361-368.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 17, 37-49.