

# Revisión de evidencias científicas de la terapia cognitivo-conductual

Juan José Gálvez Galve  
Psicólogo

## RESUMEN:

El aumento de los trastornos mentales en los países desarrollados plantea un problema importante. Teniendo en cuenta los progresos sustanciales en los últimos años de los tratamientos psicológicos, la psicología, especialmente la terapia cognitivo conductual, debe estar en primera línea de tratamiento cuando exista una clara evidencia de su utilidad. El objetivo de este trabajo es examinar la evidencia científica, nivel Ia, de la terapia cognitivo conductual.

**Palabras claves:** Terapia, Cognitiva, PubMed, Meta-análisis, Nivel Ia, Evidencia, Medicina Naturista.

## ABSTRACT:

The increase of mental disorders in development countries presents a considerable problem. Considering the great progresses in psychological treatments made in the last years, psychology, especially cognitive behavioural therapy, should be in the first line of treatment whenever there is a clear evidence of its usefulness. The aim of this paper is to review the la level scientific evidence of cognitive behavioural therapy.

**Key Words:** Therapy, Cognitive, PubMed, Meta-Analysis, Level Ia, Evidence, Natural medicine.

## INTRODUCCIÓN

El aumento de los trastornos mentales en los países desarrollados supone un problema de primer orden. Según datos de la última, Encuesta Nacional de Salud 2006-2007 (ENSE), que incluía por primera vez la prevalencia de casos de morbilidad psicológica y/o psiquiátrica de las personas entrevistadas, el 21,3% de la población española de más de 16 años presenta riesgo de padecer mala salud mental. El 15,6% de los hombres y el 26,8% de las mujeres entrevistadas son susceptibles de desarrollar algún problema o patología de salud mental, siendo este riesgo mayor a medida que aumenta la edad. Con respecto a las personas con una edad comprendida entre los 4 y los 15 años, el porcentaje de padecer riesgo se sitúa en el 22,1% (23,2% de los niños y 21% de las niñas)<sup>1</sup>. Se estima que para el año 2030 en los países occidentales más avanzados la depresión se sitúe en cabeza de las enfermedades<sup>2</sup>. Ante este panorama la psicología y dado los

avances considerables en los últimos años de los tratamientos psicológicos, especialmente en la terapia cognitivo-conductual, debería situarse en primera línea del tratamiento allí donde exista una evidencia clara de su utilidad.

El objetivo de este artículo es revisar las evidencias científicas, nivel Ia, de la terapia cognitivo-conductual (TCC).

## BREVE APROXIMACIÓN A LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

La TCC cobró fuerzas a finales de la década de los años 80, pero parte de la década de los años 60. La TCC es una terapia breve, está orientada hacia el presente, aunque sin desatender el pasado para ayudar a conocer y entender la historia de aprendizaje de la persona que acude a consulta.

La TCC pone énfasis en la evaluación continuada y rigurosa del proceso terapéutico, midiendo los progresos obtenidos.

Su surgimiento se debe en gran parte al desencanto con los resultados del psicoanálisis, en aquella época, la forma de terapia psicológica al uso. Todavía hoy en día la mayoría de las personas relacionan la psicología con el diván y los tratamientos largos donde no se sabe muy bien qué puede ocurrir.

El cambio conductual se haya mediado por las actividades cognitivas, es decir, la identificación y la alteración sistemática de aspectos cognitivos desadaptativos producirá los cambios conductuales deseados.

Albert Ellis, influenciado por la idea de los estoicos de que la perturbación emocional no está directamente provocada por la situación, sino por la interpretación que los sujetos hacen de ella, elaboró su terapia racional emotiva. Las personas elaboran filosofías de la vida que defienden dogmáticamente y les producen perturbaciones emocionales. La comprensión de estas ideas irracionales permitirá comprender y explicar el trastorno del paciente y hacer algo para corregirlo o eliminarlo.

Es importante la distinción entre creencias racionales e irracionales. Las primeras son probabilísticas y preferenciales y se expresan en términos de "querría", "me gustaría", "preferiría". La frustración que podría derivarse de ellas produce una tristeza o disgusto que nos impide el logro de nuevos objetivos. Como consecuencia de las ideas irracionales (tipo dogmático, como "tengo que", "debo", "estoy obligado") pueden producirse emociones extremas o inapropiadas que generan alteraciones graves en la conducta, como aislamiento, demora, abuso de sustancias tóxicas, etc. El terapeuta debe indagar cuáles son las ideas irracionales "núcleo" que están operando en la forma de sentir y comportarse del paciente.

Albert Ellis agrupó en 10 todas las ideas irracionales básicas de la civilización occidental, que posteriormente englobó en tres nociones básicas en las que los individuos hacen peticiones de carácter absoluto a sí mismos, a los otros y al mundo:

- *Tengo* que actuar bien y *tengo* que ganar la aprobación por mi forma de actuar.
- Tú *debes* actuar de forma agradable, considerada y justa conmigo.
- Las condiciones de mi vida *deben* ser buenas y fáciles para que pueda conseguir prácticamente todo lo que quiero sin mucho esfuerzo e incomodidad.

Esta filosofía de exigencias absolutas genera distorsiones cognitivas, como resaltar en exceso lo negati-

vo de un acontecimiento, exagerar lo insoportable de la situación o condenar radicalmente a las personas o al mundo.

Aaron T. Beck desarrolló una serie de estudios encaminados a proporcionar datos empíricos sobre las formulaciones psicoanalíticas de la depresión, al objeto de desarrollar una forma breve de terapia. Sin embargo, los resultados obtenidos le llevaron a cuestionar esa teoría así como toda la estructura del psicoanálisis.

Comenzó a estudiar las descripciones que los pacientes hacían de sí mismos y de sus experiencias, viendo que adoptaban sistemáticamente una visión negativa debida a formas distorsionadas de interpretar la realidad. Se presentaba una visión negativa de tres áreas importantes: uno mismo, el mundo y el futuro. Trató de elaborar técnicas encaminadas a corregir estas distorsiones y a ajustar a la realidad el sistema de procesamiento de información de los pacientes.

Comprobó que, bajo ciertas condiciones, una serie de éxitos graduales que llevasen a la consecución de un objetivo claro mitigaban los síntomas depresivos modificando el auto-concepto del sujeto y sus expectativas negativas, y que el uso de tareas para casa incrementaba el efecto de las sesiones de terapia.

El elemento fundamental del modelo cognitivo de Beck es que en los trastornos emocionales existe una distorsión en el procesamiento de la información. Durante el proceso de interpretación del estímulo se activarían esquemas cognitivos negativos que serían responsables de la emisión de respuestas emocionales y conductuales desajustadas.

Centrándose en la depresión, Beck mantiene que existe una vulnerabilidad cognitiva preexistente para el trastorno, que serían conceptos o esquemas negativos sobre uno mismo, el mundo y el futuro, adquiridos probablemente durante la infancia a través de experiencias personales negativas, identificación con personas significativas o percepción de actitudes negativas en otros. Los esquemas con contenido negativos constituyen la predisposición cognitiva.

Las principales distorsiones son:

1. Inferencia arbitraria. Llegar a una conclusión sin evidencia suficiente o con evidencia contraria.
2. Abstracción selectiva. Selección de detalles sacados de su contexto e ignorando otros más relevantes.
3. Generalización excesiva.

4. Magnificación y minimización.
5. Personalización. Tendencia a atribuirse a uno mismo sucesos externos sin base firme para ello.
6. Pensamiento absolutista y dicotómico. Clasificarlo todo en una o dos categorías opuestas, seleccionando las peores para uno mismo.

Dentro de la TCC, la Solución de Problemas de D'Zurilla y Goldfried, considera a los humanos como solucionadores de problemas, existiendo diferencias en esta habilidad y siendo ésta entrenable. El objetivo es facilitar una conducta eficaz, producir consecuencias positivas, refuerzo positivo, y evitar las consecuencias negativas.

El sujeto debe aceptar que las situaciones problemáticas forman parte de la vida diaria, y se les puede hacer frente de forma eficaz siempre que se les reconozca, y se inhiba la forma a responder de forma impulsiva o sin hacer nada, para ello hay que distraer la atención de los pensamientos negativos.

Para terminar con esta introducción, algunas técnicas que se emplean en la Terapia Cognitivo-Conductual son:

- Técnicas de distracción.
- Relajación.
- Programación de actividades.
- Uso de auto-observaciones.
- Ensayo conductual y role playing.
- Ensayo cognitivo.
- Identificación de pensamientos disfuncionales.
- Registro diario de pensamientos disfuncionales.
- Identificación de errores cognitivos.
- Trabajo con imágenes.
- Búsqueda de soluciones alternativas.
- Identificación de esquemas.
- Técnica de rol fijo.
- Biblioterapia.

## EVIDENCIA Y MÉTODO DE BÚSQUEDA

La búsqueda electrónica se hizo en PubMed, hasta fecha 25/11/2008. Se usaron los siguientes términos de búsquedas como MeSH (Medical Subject Heading): cognitive, therapy. Se limitó la búsqueda de los términos MeSH al título y al resumen, a los idiomas inglés y español y el tipo de artículo se limitó a meta-análisis.

Se restringió a meta-análisis para tener el máximo nivel de evidencia y grado de recomendación. Los Nive-

les de Evidencia y Grados de Recomendación según la US agency for Health Care Policy Research son:

### Niveles de Evidencia

**Ia:** La evidencia proviene de meta-análisis de ensayos controlados, randomizados, bien diseñados.

**Ib:** La evidencia proviene de, al menos, un ensayo controlado aleatorizado.

**Ila:** La evidencia proviene de, al menos, un estudio controlado bien diseñado sin aleatorizar.

**Ilb:** La evidencia proviene de, al menos, un estudio no completamente experimental, bien diseñado, como los estudios de cohortes. Se refiere a la situación en la que la aplicación de una intervención está fuera del control de los investigadores, pero su efecto puede evaluarse.

**III:** La evidencia proviene de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, como los estudios comparativos, estudios de correlación o estudios de casos y controles.

**IV:** La evidencia proviene de documentos u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio o los estudios de series de casos.

### Grado de la Recomendación

**A:** Requiere al menos un ensayo controlado aleatorio de alta calidad y consistencia sobre la que basar la recomendación concreta (niveles de evidencia **Ia** y **Ib**).

**B:** Requiere disponer de estudios clínicos bien realizados, pero no de ensayos clínicos aleatorios sobre el tema de la recomendación (niveles de evidencia **Ila**, **Ilb** y **III**).

**C:** Requiere disponer de evidencia obtenida de documentos u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio. Indica la ausencia de estudios clínicos directamente aplicables y de alta calidad (nivel de evidencia **IV**).

## RESULTADOS CON UN NIVEL DE EVIDENCIA IA

- *DEPRESIÓN*<sup>3,4</sup>
- *PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN*<sup>5</sup>
- *DEPRESIÓN EN ANCIANOS*<sup>6,7</sup>

- *DEPRESIÓN EN PERSONAS INFECTADAS CON EL VIH*<sup>8</sup>
- *DEPRESIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES*<sup>9, 10, 11</sup>
- *TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN, LA ANSIEDAD Y MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS QUE HAN PASADO POR UN CÁNCER*<sup>12</sup>
- *ANSIEDAD*<sup>13, 14, 15, 16, 17</sup>
- *TRASTORNOS DE PÁNICO CON Y SIN AGORAFOBIA*<sup>18, 19, 20, 21, 22, 23</sup>
- *ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES*<sup>24, 25, 26</sup>
- *TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN NIÑOS*<sup>27</sup>
- *TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO*<sup>28</sup>
- *TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO*<sup>29, 30, 31</sup>
- *TRASTORNO BIPOLAR*<sup>32, 33</sup>
- *HIPOCONDRIASIS*<sup>34</sup>
- *ESQUIZOFRENIA*<sup>35, 36, 37</sup>
- *DESÓRDENES DE PERSONALIDAD*<sup>38</sup>
- *SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA EN ADULTOS*<sup>39</sup>
- *DOLOR CRÓNICO DE ESPALDA*<sup>40, 41</sup>
- *TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO EN ADULTOS, EXCEPTO EL DOLOR DE CABEZA*<sup>42</sup>
- *TRATAMIENTO DE CEFALÉAS CRÓNICAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES*<sup>43</sup>
- *CEFALEA TENSIONAL CRÓNICA*<sup>44</sup>
- *MEJORÍA EN LA CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS CON TINNITUS*<sup>45</sup>
- *COMO AYUDA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR EN PERSONAS CON CÁNCER*<sup>46</sup>
- *PARA MEJORAR EL CONTROL GLUCÉMICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DIABETES TIPO 1*<sup>47</sup>
- *TRATAMIENTO PROFILÁCTICO DE LA MIGRAÑA EN LOS NIÑOS*<sup>48</sup>
- *REHABILITACIÓN Y LA PREVENCIÓN DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA*<sup>49</sup>
- *AYUDA EN LA PERDIDA DE PESO*<sup>50</sup>
- *TRASTORNOS DEL SUEÑO EN ADULTOS DE EDAD 60*<sup>51</sup>
- *MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ARTRITIS REUMATOIDE*<sup>52</sup>

## CONCLUSION

La TCC ha demostrado en numerosos estudios, con un grado máximo de evidencia, su eficacia. Debería considerarse su empleo dentro de la Medicina Naturista, ya que está en la línea de ésta al ser un tratamiento no agresivo, responsabilizar y hacer tomar conciencia al propio paciente de su capacidad curativa y ser una psicoterapia sencilla y breve respecto a otras psicoterapias.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Algo más del 20% de la población presenta riesgo de padecer problemas de salud mental, según la última encuesta nacional de salud 2006-2007, Infocop [Revista on-line] 2007. [Acceso 18 de marzo de 2008]. Disponible en [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=1787](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1787).

2. Mathers CD, Loncar D., Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030, PLoS Med. 2006 Nov; 3(11): e442.

3. Ekers D, Richards D, Gilbody S., meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression, Psychol Med. 2008 May; 38(5): 611-23. Epub 2007 Oct 1.

4. Cottraux J, Cucherat M, Blackburn IM., A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients, J Affect Disord. 1998 Apr; 49(1): 59-72.

5. Cuijpers P, van Straten A, Smit F, Mihalopoulos C, Beekman A, Preventing the onset of depres-

sive disorders: a meta-analytic review of psychological interventions, Am J Psychiatry. 2008 Oct; 165(10): 1272-80.

6. Pinquart M, Duberstein PR, Lyness JM., Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults: a meta-analysis., Aging Ment Health. 2007 Nov; 11(6): 645-57.

7. Cuijpers P, van Straten A, Smit F., Psychological treatment of late-life depression: a meta-analysis of randomized controlled trials., Int J Geriatr Psychiatry. 2006 Dec; 21(12): 1139-49.

8. Himelhoch S, Medoff DR, Oyeniyi G., Efficacy of group psychotherapy to reduce depressive symptoms among HIV-infected individuals: a systematic review and meta-analysis, AIDS Patient Care STDS. 2007 Oct; 21(10): 732-9.

9. Haby MM, Tonge B, Littlefield L, Carter R, Vos T, Cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy and selective serotonin reuptake inhibitors for major

depression in children and adolescents, *Aust N Z J Psychiatry*. 2004 Aug; 38(8): 579-91.

10. Harrington R, Whittaker J, Shoebridge P, Campbell F. Systematic review of efficacy of cognitive behaviour therapies in childhood and adolescent depressive disorder, *BMJ*. 1998 May 23; 316(7144): 1559-63.

11. Reinecke MA, Ryan NE, DuBois DL., Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: a review and meta-analysis, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998 Jan; 37(1): 26-34.

12. Osborn RL, Demoncada AC, Feuerstein M., Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses., *Int J Psychiatry Med*. 2006; 36(1): 13-34.

13. Hofmann SG, Smits JA., Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials, *J Clin Psychiatry*. 2008 Apr; 69(4): 621-32.

14. Norton PJ, Price EC., A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders, *J Nerv Ment Dis*. 2007 Jun; 195(6): 521-31.

15. Covin R, Ouimet AJ, Seeds PM, Dozois DJ., A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD., *Anxiety Disord*. 2008; 22(1): 108-16. Epub 2007 Feb 3.

16. Mitte K., Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: a comparison with pharmacotherapy, *Psychol Bull*. 2005 Sep; 131(5): 785-95.

17. Hunot V, Churchill R, Silva de Lima M, Teixeira V. Terapias psicológicas para el trastorno de ansiedad generalizada (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

18. Siev J, Chambless DL., Specificity of treatment effects: cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic disorders, *J Consult Clin Psychol*. 2007 Aug; 75(4): 513-22.

19. Heuzenroeder L, Donnelly M, Haby MM, Mihalopoulos C, Rossell R, Carter R, Andrews G, Vos T., Cost-effectiveness of psychological and pharmacological interventions for generalized anxiety disorder and panic disorder, *Aust N Z J Psychiatry*. 2004 Aug; 38(8): 602-12.

20. Siev J, Chambless DL., Specificity of treatment effects: cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic disorders, *J Consult Clin Psychol*. 2007 Aug; 75(4): 513-22.

21. Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R. Psicoterapia combinada más antidepressivos para el trastorno por pánico con o sin agorafobia (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

22. Mitte K., A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia, *J Affect Disord*. 2005 Sep; 88(1): 27-45.

23. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Panic Disorder and Agoraphobia, Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder and agoraphobia, *Aust N Z J Psychiatry*. 2003 Dec; 37(6): 641-56.

24. James A, Soler A, Weatherall R. Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

25. In-Albon T, Schneider S., Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis, *Psychother Psychosom*. 2007; 76(1): 15-24.

26. Segool NK, Carlson JS., Efficacy of cognitive-behavioral and pharmacological treatments for children with social anxiety, *Depress Anxiety*. 2008; 25(7): 620-31.

27. Watson HJ, Rees CS., Meta-analysis of randomized, controlled treatment trials for pediatric obsessive-compulsive disorder., *J Child Psychol Psychiatry*. 2008 May; 49(5): 489-98.

28. Eddy KT, Dutra L, Bradley R, Westen D, A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder, *Clin Psychol Rev*. 2004 Dec; 24(8): 1011-30.

29. Bisson J, Andrew M. Tratamiento psicológico del trastorno por estrés postraumático (EPT) (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida

de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

30. Bisson JI, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S., Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis, *Br J Psychiatry*. 2007 Feb; 190: 97-104.

31. Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D, A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD, *Am J Psychiatry*. 2005 Feb; 162(2): 214-27.

32. Vieta E, Colom F., Psychological interventions in bipolar disorder: From wishful thinking to an evidence-based approach, *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004; (422): 34-8.

33. Beynon S, Soares-Weiser K, Woolacott N, Duffy S, Geddes JR., Psychosocial interventions for the prevention of relapse in bipolar disorder: systematic review of controlled trials., *Br J Psychiatry*. 2008 Jan; 192(1): 5-11.

34. Thomson AB, Page LA. Psicoterapias para la hipocondriasis (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

35. Roder V, Mueller DR, Mueser KT, Brenner HD., Integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia: is it effective?, *Schizophr Bull*. 2006 Oct; 32 Suppl 1: S81-93.

36. Tarrier N, Wykes T., Is there evidence that cognitive behaviour therapy is an effective treatment for schizophrenia? A cautious or cautionary tale?, *Behav Res Ther*. 2004 Dec; 42(12): 1377-401.

37. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Orbach G, Morgan C., Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy, *Psychol Med*. 2002 Jul; 32(5): 763-82.

38. Leichsenring F, Leibing E., The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis, *Am J Psychiatry*. 2003 Jul; 160(7): 1223-32.

39. Price Jonathan R, Mitchell Edward, Tidy Elizabeth, Hunot Vivien. Terapia cognitivo conductual para el síndrome de fatiga crónica en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida

de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

40. Chou R, Huffman LH; American Pain Society; American College of Physicians, Nonpharmacologic therapies for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline, *Ann Intern Med*. 2007 Oct 2; 147(7): 492-504.

41. Ostelo RWJG, Tulder MW van, Vlaeyen JWS, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJJ. Tratamiento conductual para el dolor lumbar crónico (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

42. Morley S, Eccleston C, Williams A., Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache, *Pain*. 1999 Mar; 80(1-2): 1-13.

43. Eccleston C, Yorke L, Morley S, Williams A C de C, Mastroiannopoulou K. Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico y recurrente en los niños y adolescentes (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

44. Bogaards MC, ter Kuile MM, Treatment of recurrent tension headache: a meta-analytic review, *Clin J Pain*. 1994 Sep; 10(3): 174-90.

45. Martínez Devesa P, Waddell A, Perera R, Theodoulou M. Terapia cognitivoconductual para el tinnitus (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

46. Devine EC., Meta-analysis of the effect of psychoeducational interventions on pain in adults with cancer, *Oncol Nurs Forum*. 2003 Jan-Feb; 30(1): 75-89.

47. Winkley K, Ismail K, Landau S, Eisler I., Psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 1 diabetes: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials., *BMJ*. 2006 Jul 8; 333(7558): 65. Epub 2006 Jun 27.

48. Damen L, Bruijn J, Koes BW, Berger MY, Passchier J, Verhagen AP., Prophylactic treatment of migraine in children. Part 1. A systematic review of non-pharmacological trials., *Cephalalgia*. 2006 Apr; 26(4): 373-83.

49. van Dixhoorn J, White A., Relaxation therapy for rehabilitation and prevention in ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis, *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2005 Jun; 12(3): 193-202.

50. Shaw K, O'Rourke P, Del Mar C, Kenardy J. Intervenciones psicológicas para el sobrepeso o la obesidad (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library,

2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

51. Montgomery P, Dennis J. Intervenciones cognitivo-conductuales para los trastornos del sueño en adultos mayores de 60 años de edad (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

52. Astin JA, Beckner W, Soeken K, Hochberg MC, Berman B., Psychological interventions for rheumatoid arthritis: a meta-analysis of randomized controlled trials, *Arthritis Rheum*. 2002 Jun 15; 47(3): 291-302.