



Eficacia de la terapia de pareja con pacientes con cáncer: una revisión sistemática

Noelia González Viniegra¹; Juan Antonio Cruzado^{2*}

Recibido: 15 de febrero de 2020 / Aceptado 2 de marzo de 2020

Resumen: Objetivo: Conocer la eficacia o utilidad de la terapia de pareja en casos donde uno de los miembros de la pareja padece cáncer. Así como conocer en qué casos o en qué momentos puede ser más útil este tipo de terapia. Método: Se realizó una búsqueda sistemática en las bases de datos electrónicas: Scopus, Pubmed y PsycInfo, utilizándose palabras clave, tales como: Couple sex therapy, Cancer, Breast cancer, Prostate cancer, Couple psychological therapy, Intimacy, Clinical trial y Efficacy; y sus múltiples combinaciones. Se han incluido artículos en inglés de entre los años 2007 y 2019. Resultados: Los 11 estudios seleccionados únicamente trataban de cáncer de mama y próstata y la mayoría de ellos se lleva a cabo con una media relativamente pequeña. La mayoría de los tratamientos se aplica desde la corriente cognitivo-conductual y existen mejores resultados si el tratamiento está manualizado. En los casos de cáncer de próstata se trata con más normalidad aspectos relacionados con la sexualidad que en casos de cáncer de mama. Se observan mayores mejoras en cáncer de próstata ya que tienen que ver con aspectos sexuales además de psicológicos (pese a que con tiempo se pierdan dichas mejoras). Conclusiones: Se aprecia eficacia inicial en lo que a satisfacción de la relación y problemas sexuales en la pareja se refiere, pero estos resultados no se mantienen a lo largo del tiempo. Por lo que en general hablaríamos de una eficacia real baja.

Palabras clave: Terapia de pareja; cáncer; tratamientos psicológicos; eficacia.

[en] Efficacy of couple-based intervention with cancer patients: A Systematic Review

Abstract: Objective: To know the efficacy or usefulness of couples therapy in cases where one of the partners has cancer. As well as knowing in which cases or at what times this type of therapy may be more useful. Method: A systematic search was carried out in the electronic databases: Scopus, Pubmed and PsycInfo, using keywords such as: Couple sex therapy, Cancer, Breast cancer, Prostate cancer, Couple psychological therapy, Intimacy, Clinical trial and Efficacy; and its multiple combinations. Articles in English from 2007 to 2019 have been included. Results: The 11 selected studies only dealt with breast and prostate cancer and most of them are carried out with a relatively small mean. Most treatments are applied from the cognitive-behavioral current and there are better results if the treatment is manualized. In prostate cancer cases, sexuality-related aspects are treated more normally than breast cancer. Further improvements in prostate cancer are observed since they have to do with sexual aspects as well as psychological aspects (although these improvements are lost in time).

1 Noelia González Viniegra. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.
E-mail: noelig03@ucm.es

2 Juan Antonio Cruzado. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.
E-mail: jacruzad@ucm.es

* Dirección de correspondencia: Juan Antonio Cruzado. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas. 28223-Madrid. Spain

Conclusions: Initial efficacy is appreciated in terms of satisfaction of the relationship and sexual problems in the couple, but these results are not maintained over time. So in general we would talk about a real low efficiency.

Keywords: Couple therapy; cancer; psychological treatment; efficacy.

Sumario: 1 Introducción 2. Metodología 3. Resultados y discusión 4. Conclusión 5 referencias bibliográficas

Cómo citar: González Viniegra N, Cruzado JA. Eficacia de la terapia de pareja con pacientes con cáncer: una revisión sistemática. *Psicooncología* 2020;17:73-89. doi: 10.5209/psic.68242.

1. Introducción

En el cáncer, los comportamientos que los pacientes desarrollan para llegar a aceptar su enfermedad y tener una buena calidad de vida dependen en buena parte de un entorno de pareja y familiar sano que sepa apoyar y mantener un adecuado equilibrio. En este sentido, el apoyo percibido por parte de la pareja tiene un rol importante en el proceso de la salud y la enfermedad, y es que el cáncer afecta e impacta en todos los ámbitos vitales del individuo: desde el aspecto social, laboral, hasta penetrar en el campo familiar (siendo la relación de pareja la relación más invadida ante semejante hecho, ya que es la pareja quien comparte de cerca efectos y consecuencias del cáncer).

Los desafíos del cáncer pueden dañar en cierta manera la relación y, en última instancia, comprometer la adaptación psicológica de cada pareja. Algunos estudios han sugerido que la calidad marital disminuye después del diagnóstico, particularmente entre las parejas femeninas⁽¹⁾. La comunicación es una buena herramienta para afrontar estas situaciones que suponen su día a día.

Las preocupaciones sobre la salud, la sexualidad y el malestar emocional a menudo están relacionadas con los efectos secundarios del tratamiento contra el cáncer incluso hasta años después del tratamiento⁽²⁾; existe la necesidad de intervenciones que aborden esta problemática y parece que aquellas intervenciones que incluyen la terapia de pareja son más efectivas, ya que toda la problemática repercute en la relación de pareja⁽³⁾. Además, es probable que tanto los problemas de relación íntima como el malestar emocional de la pareja interfieran en la salud psicosexual de los pacientes⁽⁴⁾, de ahí la importancia de abordar esta problemática.

En la actualidad el modelo teórico más establecido por el momento es el desarrollado por Manne y Badr (2008)⁽⁵⁾, este es el modelo de adaptación psicosocial en cáncer que versa sobre la intimidad de relación de pareja. Proponen que a través de la intimidad se puede promover la adaptación de las parejas, así como la integración de los procesos de relación clave. De esta manera, afirman que puede ser útil organizar la conceptualización de la relación matrimonial después del cáncer, pues integra procesos y resultados de la relación; en concreto hablan de dos aspectos clave que contribuyen a la intimidad: “mejora de la relación” y “compromiso de la relación”. En este sentido, en sus estudios mencionan tres procesos de mejora de la relación a fin de desarrollar un modelo que sea más integrador. El primero de los procesos es la revelación de preocupaciones y sentimientos con respecto a la experiencia del cáncer (autorrevelación recíproca).

El segundo proceso es la capacidad de respuesta de la pareja, que se define como sentirse comprendido, cuidado y aceptado por la pareja. El tercer proceso del modelo es el compromiso de la relación, que se refiere a ver el cáncer entendiendo las posibles implicaciones para la relación, así como para cada pareja individualmente y participar en comportamientos dirigidos a mantener o mejorar la relación mientras se hace frente a la enfermedad.

En definitiva, Manne y Badr (2008)⁽⁵⁾ expresan que durante la experiencia de cáncer, ayudar a las parejas a considerar formas en que pueden mantener la relación normalidad, y con un encuadre de esfuerzo en “equipo” facilita una mejor comunicación y, en última instancia, mejoras de la relación íntima⁽⁶⁾.

Partiendo de esta premisa inicial y de estos aspectos generales, el objetivo de este estudio se basa en comprobar la eficacia de los tratamientos de pareja para mejorar los niveles de malestar y disminuir los mismos en personas diagnosticadas de cáncer pues como se ha expuesto anteriormente, el sistema de la pareja es muy importante de cara a afrontar el proceso que supone tanto el diagnóstico como los tratamientos de esta enfermedad.

2. Metodología

La revisión, siguió el modelo PRISMA. Se realizó una búsqueda exhaustiva en las siguientes bases de datos *Scopus*, *Pubmed* y *PsycInfo*, y se utilizaron los siguientes descriptores en múltiples combinaciones: “*Cancer*” OR “*breast cancer*” OR “*prostate cancer*” AND “*Couple sex therapy*” OR “*couple psychological therapy*” OR “*intimacy*” OR “*clinical trial*” OR “*efficacy*”.

De los artículos encontrados se seleccionaron aquellos estudios que cumplieran una serie de criterios de inclusión, los cuales fueron: 1) trabajos donde se evaluaran los resultados de aplicación de terapia de pareja; 2) con una muestra compuesta por parejas; 3) diagnóstico de cáncer a una de las personas de la pareja; 4) que los estudios tuvieran más de una condición de tratamiento y una asignación aleatoria de los participantes en cada una de las condiciones; y finalmente 5) debían ser estudios publicados en castellano o inglés.

No se pusieron restricciones en cuanto a la población, grupo de edad o periodo de tiempo. Cabe destacar que la amplitud del periodo temporal (2007-2019) de los artículos se debe a la dificultad para hallar artículos en los que se aplicara terapia de pareja a ambos componentes de la misma.

Las primeras búsquedas produjeron 195 estudios potenciales. De estos 195 artículos identificados, la mayoría fueron desechados a través del cribado de títulos, al no ajustarse a las características del presente trabajo (véase Figura 1), se seleccionaron de este modo 44 estudios. Tras la lectura de los abstract se eliminaron en total 33 artículos por distintos motivos: 8 por estar duplicados, 9 por no atender a ambos miembros de la pareja, 11 por presentar un diseño diferente al ensayo clínico aleatorizado o no aplicar terapia como tal, y 5 por no presentar resultados. Seleccionando de este modo finalmente 11 artículos.

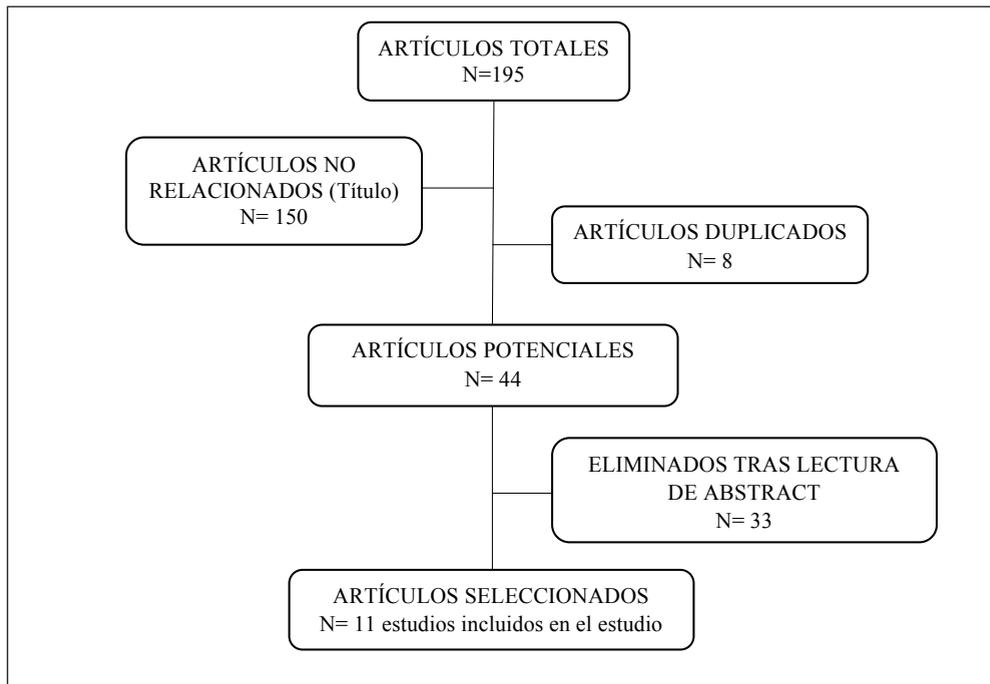


Figura 1. Selección de estudios para incluir en la revisión

3. Resultados y discusión

En la tabla 1 se presenta el análisis de los estudios seleccionados que consistían en intervenciones de terapia de pareja y/o sexual en casos en los que se daba la condición de cáncer.

Si bien es cierto que numerosos profesionales identifican la importancia de trabajar en pareja las dificultades que puedan existir⁽⁵⁾ también lo es que durante la búsqueda se han encontrado pocos estudios al respecto, y los que se han encontrado se centran fundamentalmente o casi en su totalidad en casos relacionados con el cáncer de mama o de próstata (en la muestra se recoge un estudio que incluye cáncer ginecológico). Existen algunos estudios que hablan sobre cáncer de pulmón, pero estos se centran en tratar la problemática de la pareja de manera individual, por lo que no han sido seleccionados para este estudio.

A continuación, se va a proceder a analizar la calidad metodológica de los estudios seleccionados y que han sido desarrollados en la tabla 1.

En primer lugar, atendiendo a los tamaños muestrales, de los 11 estudios seleccionados, 5 de ellos utilizan una muestra pequeña (teniendo en cuenta que la intervención tiene lugar con parejas) y este aspecto hace que se limite el poder de los estudios. Atendiendo a la potencia en cuanto al tamaño muestral y teniendo en cuenta que una potencia media sería de 50 parejas por condición, solo 6 estudios estarían en el rango superior, siendo los más potentes: el estudio de Manne et al. (2017)⁽¹⁰⁾ con una muestra de 151 parejas por condición; y el estudio de Nicolaisen et al. (2018)⁽⁹⁾ con 102 parejas en la condición de intervención y 96 parejas en atención habitual.

Tabla 1. Características generales de las intervenciones.

Estudio (año) [País/región]	Participantes	Diseño y medidas	Intervención	Resultados
Manne et al. (2019) ⁽⁷⁾ [EE.UU.]	<p>N= 237</p> <p>Tipo de cáncer: Cáncer de próstata.</p> <p>Criterios de participación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento para cáncer de próstata no metastásico en los últimos 18 meses. - Puntuación en ECOG de 0 o 1. - Convivencia de un año o más con la pareja (duración media de la relación: 27 años). - Puntuación elevada (por paciente o pareja) en IES (distrés reflejado). - 80% de hombres informan disfunción eréctil moderada a severa en el IIEF. 	<p>Ensayo clínico aleatorizado de tres brazos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • IET. N= 80 • GHW. N= 76 • UC (grupo control). N= 81 <p>Medidas: Al inicio del estudio, 5 semanas, 3 meses y 6 meses después del inicio.</p> <p>Funcionamiento psicológico y satisfacción de la relación medidas mediante las variables:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajuste psicológico: MHI. • Depresión: PHQ-9. • Distrés asociado al cáncer: IES • Preocupaciones sobre el cáncer mediante lista de preocupaciones elaborada por Manne. • Satisfacción de la relación: DAS. 	<p>Nº de sesiones: En IET y GHW: 5 sesiones de 90 min grabadas en audio y una llamada de refuerzo de 30-45 min. Para UC: Atención estándar con referencia a un psiquiatra/psicólogo.</p> <p>Tipo de intervención: IET- Psicosocial. GHW- Nutricional y física. Quién aplica: Psicólogos o trabajadores sociales para IET. Nutricionistas o entrenadores personales para GHW. Todos los profesionales se sometieron a capacitación de 6/7 horas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de abandono: ➢ IET: 10,1%. ➢ GHW: 6,7%. • IET no mostró mejora en impacto en malestar emocional general o asociado al cáncer, pero sí mostró utilidad a corto plazo (en el seguimiento de 5 semanas) en la satisfacción de la relación entre los cónyuges. • IET fue superior a UC para pacientes en una relación larga. • GHW no fue beneficioso para los hombres en relaciones más cortas y para hombres que no respaldaron las normas masculinas tradicionales.
Barsky Reese et al. (2018) ⁽⁸⁾ [EE.UU.]	<p>N= 28</p> <p>Tipo de cáncer: Cáncer de mama.</p> <p>Criterios de participación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mujeres mayores de 21 años. - En relación estable (6 meses). - Puntuación menor de 2 en ECOG. - Tratamiento activo completado hace 6 meses (pasados 5 años del cáncer de mama en estadio I-III no recurrente). - Uso de terapia endocrina aceptable. - Puntuación a partir de 3 en <i>Patient Care Monitor</i>: 	<p>Ensayo Clínico Aleatorizado de dos brazos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • IE. N=19 • LHT (grupo control educativo). N= 9 <p>Medidas: Post intervención.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Función Sexual y satisfacción: IIEF y FSFI. • Distrés: FSDS-R, IES-R, BIS, PHQ-9 Y GAD-7. • Comunicación sexual: DSCS. • satisfacción de la relación: DAS-7. 	<p>Nº de sesiones: 4 sesiones semanales de 60-75 minutos.</p> <p>Tipo de intervención: Psicosexual y telefónica</p> <p>Quién aplica: Trabajadores sociales/ psicólogos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • IE demostró viabilidad y aceptabilidad, podría ser bien recibido por las sobrevivientes de cáncer de mama con inquietudes sexuales y sus parejas. • Para los sobrevivientes, la intervención IE tuvo efectos positivos de mediano a grandes en todos los resultados sexuales y la mayoría de los resultados psicosociales. • Los efectos fueron menos visibles para los pero algo menores para las parejas. • Los datos de las parejas mostraron un gran efecto para un aumento en la función sexual ($g=0,89$), y efectos medios para el aumento de la satisfacción sexual ($g=0,52$) y la autoeficacia ($g=0,57$).

Estudio (año) [País/región]	Participantes	Diseño y medidas	Intervención	Resultados
Nicolaisen et al. (2018) ⁽⁹⁾ [Dinamarca]	<p>N= 198</p> <p>Tipo de cáncer: Cáncer de mama</p> <p>Criterios de participación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mujeres recién diagnosticadas de cáncer de mama primario, sin diagnósticos previos de cáncer. - Cohabitaban con su pareja. - No habían recibido tratamiento neoadyuvante. - No tenían antecedentes de hospitalización debido a psicosis. 	<p>Ensayo Clínico Aleatorizado de dos brazos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • HHH + cuidados usuales. N= 102. • Atención habitual (grupo de control). N= 96. <p>Medidas: Al inicio del estudio, después de la intervención (5 meses) y durante el seguimiento (10 meses).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distrés ligado al cáncer: IES. • Ansiedad y depresión: HADS. • Ajuste diádico: RDAS. • Alianza terapéutica: Mediante la escala "Bond" del WAI-SF. 	<p>Nº de sesiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • HHH: 4-8 sesiones (se decide el número de sesiones totales entre la pareja y el psicólogo). • Atención habitual: información verbal y escrita sobre reacciones psicológicas normales en relación con un diagnóstico de cáncer. <p>Tipo de intervención: Psicosexual.</p> <p>Quién aplica: Personal clínico para atención habitual y psicólogo clínico para HHH.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Solo 53 parejas (52%) completaron 4-8 sesiones de pareja. • El malestar emocional relacionado con el cáncer disminuyó con el tiempo en la pareja, pero la intervención no afectó significativamente esta disminución después de la intervención ($p= 0,08$) o durante el seguimiento ($p= 0,71$). • No hubo un efecto significativo de la intervención sobre los síntomas de ansiedad y depresión. • Tamaño del efecto pequeño o moderado en ajuste diádico en el seguimiento para los pacientes ($p=0,04$) y compañeros ($p=0,02$) con $d= 0,28$ y $d= 0,37$ en comparación con el grupo de control.
Mame et al. (2017) ⁽¹⁰⁾ [EE.UU.]	<p>N= 302</p> <p>Tipo de cáncer: Cáncer de mama</p> <p>Criterios de participación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico primario con cirugía ductal en los últimos 12 meses, (podía estar en tratamiento activo). - Casados o viviendo juntos. 	<p>Análisis secundario de datos recopilados como parte de un Ensayo clínico Aleatorizado de dos brazos (2016):</p> <ul style="list-style-type: none"> • ECG. N=151. • SG (grupo control). N= 151. <p>Medidas: Medidas del proceso grupal después de las sesiones 4 y 8.</p> <p>Medidas de resultado del tratamiento tomadas antes de la intervención y 6 meses después de la última sesión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clima grupal: GCO- versión breve. • Alianza terapéutica: WAI. • Realización terapéutica: <i>The Therapeutic Realization Scale</i>. • Ansiedad, depresión y bienestar: Subescalas pertinentes de MHI. • Distrés: IES. • Satisfacción de la relación: DAS. 	<p>Nº de sesiones: 8 sesiones de 90 minutos semanales</p> <p>Tipo de intervención: Cognitivo Conductual.</p> <p>Quién aplica: Psicólogos y trabajadores sociales (con entrenamiento de 6-8 horas).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de abandono del 21%. • Pacientes y parejas en SG percibieron una mayor participación y menos evitación que los ECG. • No diferencias en conflicto, alianza de trabajo y realizaciones terapéuticas. • El compromiso grupal, la alianza de trabajo y las realizaciones terapéuticas aumentaron y el conflicto grupal disminuyó en el transcurso de ambos tratamientos. • Ninguno de los tratamientos fue superior en términos de reducción de distrés o mejoras del bienestar positivo. • Un grupo de apoyo puede ser más efectivo para pacientes con malestar emocional mientras que una intervención estructurada, puede ser más efectiva para pacientes con menor malestar emocional.

Estudio (año) [País/región]	Participantes	Diseño y medidas	Intervención	Resultados
Robertson et al. (2016) ⁽¹⁾ [UK]	<p>N= 43</p> <p>Tipo de cáncer: Cáncer de próstata</p> <p>Criterios de participación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entre 11 semanas a 4 años después de la cirugía. - Puntuación £60 en EPIC. - Pronóstico de más de 1 año de vida basado en el Scottish Cancer Taskforce (2014). - Vivir a poca distancia del centro de intervención. 	<p>Ensayo Clínico Aleatorizado de dos brazos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervención psicosexual. N= 21. • Atención habitual (grupo control). N=22. <p>Medidas: Antes, después (4 meses después en el grupo control) y 6 meses después de la intervención.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Molestia sexual: EPIC. • Ansiedad y depresión: HADS. • Funcionamiento emocional y relacional: SCO-RE-15. 	<p>N° de sesiones: 6 sesiones de 50 minutos.</p> <p>Tipo de intervención: Sistemática combinada con técnicas de terapia sexual (focalización sensorial).</p> <p>Quién aplica: Terapeutas (entrenados).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de abandono 26% • La intervención tuvo un efecto clínico y estadísticamente significativo sobre la molestia sexual inmediatamente después de la intervención. Esta diferencia no se mantiene en el seguimiento. • No diferencias entre grupo de intervención y control para ansiedad, depresión, y funcionamiento emocional y relacional. • Beneficios clínicos en disminución de distrés relacionada con la función sexual a corto plazo.
Chambers et al. (2015) ⁽¹²⁾ [Australia]	<p>N= 189</p> <p>Tipo de cáncer: Cáncer de próstata</p> <p>Criterios de participación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cáncer de próstata localizado recién diagnosticado y con prostatectomía radical (hecha hace menos de 12 meses). - En convivencia con la pareja. - Sin antecedentes de lesiones en la cabeza, demencia o enfermedad psiquiátrica. - Ningún otro cáncer concurrente. 	<p>Ensayo Clínico Aleatorizado de tres brazos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asistencia telefónica entre pares. N= 63. • Asistencia telefónica por enfermeras. N= 62. • Atención habitual (grupo control). N= 64. <p>Medidas: Línea base y a los 3, 6 y 12 meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilización de tratamientos para disfunción eréctil: Escala desarrollada por Schover (no aparece la escala). • Función sexual y satisfacción: IIEF y FSFI. • Necesidades de atención sexual: <i>Supportive Care Needs Survey</i>. • Autoconfianza sexual: <i>The Psychological Impact of Erectile Dysfunction—Sexual Expertise Scale</i>. • Autoestima masculina: <i>The Masculine Self-Esteem Scale</i>. • Satisfacción marital: RDAS. • Evaluación del programa: WAI. 	<p>N° de sesiones: 6-8 sesiones (2 primeras antes de la cirugía, 4 sesiones quincenales a las 2 semanas de la cirugía, y otros dos: una a las 16 semanas de la intervención y la otra a las 22). Apoyo de un DVD con hojas de consejos.</p> <p>Tipo de intervención: Cognitivo Conductual.</p> <p>Quién aplica: Voluntarios de apoyo de pares (15 sobrevivientes de cáncer de próstata con 12 horas de entrenamiento) / enfermera oncológica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de abandono del 23,8%. • Las intervenciones de parejas entre pares y enfermeras aumentan el uso de tratamientos médicos para disfunción eréctil, pero esto puede no traducirse en mejores resultados sexuales o de relación. • No se encontraron efectos significativos para la función sexual, las necesidades sexuales, la autoconfianza sexual, autoestima masculina, satisfacción matrimonial o intimidad.

Estudio (año) [País/región]	Participantes	Diseño y medidas	Intervención	Resultados
Couper et al. (2015) ⁽¹³⁾ [Australia]	<p>N= 62</p> <p>Tipo de cáncer: Cáncer de próstata</p> <p>Criterios de participación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes ambulatorios diagnosticados con cáncer de próstata localizado (T₁₋₃, N₀, M₀) en los 12 meses anteriores. - Estar casados o vivir juntos desde hace un año o más. - Dominio del inglés. - No presencia de otro cáncer activo, enfermedad debilitante o trastorno. 	<p>Ensayo Clínico Aleatorizado de dos brazos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CECT. N= 30. • Atención habitual (grupo control), N= 32. <p>Medidas: Línea base, después del tratamiento y a los 9 meses de la línea base.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funcionamiento de la relación familiar: FRI. • Afrontamiento: Brief COPE. • Distrés asociado al cáncer: IES-R. • Salud mental general: MHI. 	<p>N° de sesiones: 6 sesiones CECT de entre 60-90 minutos.</p> <p>Tipo de intervención: Cognitivo conductual, existencial y de apoyo expresivo.</p> <p>Quiénes aplica: Especialistas en salud mental con experiencia en 10 registradores de psiquiatría senior, psiquiatra, dos psicólogos clínicos y un terapeuta familiar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de abandono del 21%. • En intervención CECT. Pacientes: Después de tratamiento: recursos de afrontamiento favorables: mayores estrategias de afrontamiento adaptativas (sobre todo cuanto más jóvenes eran las parejas). En seguimiento se mantienen diferencias en las estrategias de afrontamiento adaptativas ($\eta^2=0,10$), también mayor cohesión de relación ($\eta^2=0,16$). • Pacientes más jóvenes mayor función relacional ($\eta^2=0,24$). • Pareja del paciente: Después del tratamiento, mejora en bienestar psicológico. En el seguimiento se mantienen las diferencias para parejas más jóvenes en malestar emocional ($\eta^2=0,10$).
Heimrichs et al. (2012) ⁽¹⁴⁾ [Alemania]	<p>N= 72</p> <p>Tipo de cáncer: Cáncer de mama o ginecológico.</p> <p>Criterios de participación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mujer diagnosticada recientemente con estadios I, II o III de mama o cáncer ginecológico (hasta 4 semanas desde el diagnóstico) y no tenía antecedentes de otros tipos de cáncer. - Casados o en una relación comprometida durante al menos 12 meses. 	<p>Ensayo Clínico Aleatorizado equilibrado de dos brazos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervención de habilidades de pareja (<i>Side by Side</i>). N= 38. • CCP (grupo control). N= 34. <p>Medidas: Pre, posttratamiento y seguimiento a los 12 meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distrés psicosocial: QSC-R23. • Beneficios encontrados en la experiencia: PGI. • Satisfacción en la relación: QMI. • Comunicación: Subescala de PFB. • Afrontamiento diádico: <i>The Dyadic Coping Inventory</i>. 	<p>N° de sesiones: 4 sesiones quincenales. Cada sesión dura 120 minutos.</p> <p>Tipo de intervención: Cognitivo Conductual.</p> <p>Quiénes aplica: Terapeutas entrenados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de abandono del 16%. • Mujeres <i>Side by Side</i> mostraron reducciones mayores en malestar emocional, y las parejas informaron menos evasión en el tratamiento del cáncer, más crecimiento posttraumático y mejores habilidades de relación en comparación al grupo control. Todas las diferencias a favor de <i>Side by Side</i> desaparecieron 16 meses después del diagnóstico. • Las mejoras iniciales (a corto plazo) podrían aumentar trabajando las habilidades diádicas de las parejas durante la fase aguda. • <i>Side by Side</i> mejora el crecimiento posttraumático en la pareja a mayor velocidad que en CCP.

Estudio (año) [País/región]	Participantes	Diseño y medidas	Intervención	Resultados
Schover et al. (2012) ⁽¹⁵⁾ [EE.UU.]	<p>N= 186</p> <p>Tipo de cáncer: Cáncer de próstata localizado (T₁₋₃, N₁, M₀).</p> <p>Criterios de participación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cirugía definitiva o radioterapia entre 3 meses y 7 años antes. - Parejas casadas/vivir juntas más de un año. - Incapacidad de lograr o mantener una erección suficiente para el coito en el 50% de intentos en los últimos 3 meses. - No intento de relación sexual en los últimos 3 meses. - No erección firme al despertar del sueño. - No utilización de tto. médico para la disfunción eréctil. - Sin terapia hormonal. 	<p>Ensayo clínico aleatorizado por minimización de 3 brazos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • WL: común a todos. Después de los 3 meses de la condición de WL y la finalización de una evaluación posterior a WL, los participantes de WL fueron asignados al azar por segunda vez a 1 de los 2 grupos de intervención. • FF, N= 60. • WEB 1, N= 55. • WEB 2 (grupo formado durante la intervención para gente que vivía lejos), N= 71. <p>Medidas: En 3, 6 y 12 meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Función Sexual y satisfacción: IIEF Y FSFI. • Distrés: BSI-18. • Ajuste conyugal: A-DAS. 	<p>N° de sesiones: WL (duración de 3 meses). FF: 3 sesiones durante 12 semanas (la primera de 90 minutos y las sesiones 2 y 3 de 50-60 minutos). Web 1 y 2: Intervención por e-mail con el terapeuta</p> <p>Duración: 12 semanas. En los grupos WEB, la duración, el número y contenido de las visitas se registraron electrónicamente.</p> <p>Tipo de intervención: Cognitivo-Conductual.</p> <p>Quién aplica: Terapeutas entrenados y supervisados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de abandono del 34%. • Un programa de asesoramiento sexual basado en Internet para parejas fue tan efectivo como formato breve y tradicional de terapia sexual para producir mejoras duraderas en los resultados sexuales después del cáncer de próstata.
Baucom et al. (2009) ⁽¹⁶⁾ [EE.UU./ Australia]	<p>N= 14</p> <p>Tipo de cáncer: Cáncer de mama</p> <p>Criterios de participación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reciente diagnóstico en etapa I o II, sin antecedentes de otro cáncer en los últimos 5 años. - Casadas o viviendo con su pareja durante al menos 12 meses. - Media de años casados= 15. 	<p>Ensayo Clínico Aleatorizado de dos brazos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • RE, N=8. • TAU (grupo control), N=6. <p>Medidas: Pre, posttratamiento y 12 meses después.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funcionamiento de la relación: QMI. • Funcionamiento psicológico individual: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Distrés: BSI-18. ➢ Crecimiento postraumático: PGI. ➢ Calidad de vida: FACT-B. ➢ Autoimagen: SIS. • Sintomas médicos relacionados con el cáncer: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Fatiga: BFI. ➢ Niveles de dolor: BPI. ➢ Efectos físicos del cáncer: RSC. 	<p>N° de sesiones: 6 sesiones quincenales cara a cara de 75 minutos.</p> <p>Tipo de intervención: Cognitivo Conductual.</p> <p>Quién aplica: Estudiantes de doctorado, avanzados en psicología clínica supervisados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Abandono de 1 pareja en cada condición: una curada y otra fallecida. • Tanto las mujeres como los hombres en la condición RE consiguieron un mejor funcionamiento en variables psicológicas individuales, en el funcionamiento de la relación en la prueba posterior y 1 año seguimiento. Las mujeres en RE muestran menos síntomas médicos en ambos periodos. • Las mujeres informaron de un mejor ajuste en términos de su propia imagen de sí mismas o aceptación de sus cuerpos. Las mujeres en RE también mostraron mejor bienestar funcional. • Los resultados indicaron superioridad de RE en todas las medidas en la prueba posterior y el seguimiento, con tamaños de efecto de medio a grande. Para mujeres, en la prueba posterior fue de 0,61 y 0,69 en el seguimiento de 1 año. Para hombres fue de 0,35 y 0,33 respectivamente.

Estudio (año) [País/región]	Participantes	Diseño y medidas	Intervención	Resultados
Kalatzi et al. (2007) ⁽¹⁷⁾ [Grecia]	<p>N=40</p> <p>Tipo de cáncer: Cáncer de mama</p> <p>Criterios de participación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Haber padecido cáncer de mama y someterse a mastectomía simple. - Estar casadas y permanecer sexualmente activas. - No haber recibido tamoxifeno, quimioterapia o radioterapia. - No historial médico de trastornos psiquiátricos. 	<p>Ensayo Clínico Aleatorizado de dos brazos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CBPI, N=20. • Grupo Control, N=20 <p>Medidas: Línea base (2 días antes de la mastectomía) y 3 meses después de la mastectomía.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad: STAI • Depresión: CES-D. • Sexualidad e imagen corporal: Cuestionario sobre sexualidad e imagen corporal. 	<p>Nº de sesiones: 6 sesiones (primera ambulatoria por parte del cirujano). Las siguientes sesiones se llevan a cabo cada dos semanas.</p> <p>Tipo de intervención: Psicosexual.</p> <p>Quién aplica: Inicialmente cirujano para informar sobre la imagen corporal a la que va a hacer frente y terapeuta para el resto de sesiones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No aparecen datos sobre abandono. • Los pacientes con CBPI mostraron una mejora significativa en las puntuaciones de depresión y ansiedad estado, así como en la imagen corporal, la satisfacción con la relación, atractivo para su pareja, frecuencia de orgasmos y comunicación de sus deseos. • CBPI se puede utilizar como una alternativa efectiva a individuos o psicoterapia grupal para pacientes con mastectomía.

ECOG: *Eastern Cooperative Oncology Group*; IET: Terapia para mejorar la intimidad; GHW: Terapia relacionada con el cuidado de la salud y bienestar; UC: Atención habitual; MH: *The Mental Health Inventory*; PHQ-9: *The Patient Health Questionnaire*; IES: *Impact of Events Scale*; DAS: Escala de Ajuste Diádico (32 items); IE: Mejora de la intimidad; LHT: Grupo de control educativo- *Living Healthy Together*; IIEF: *International Index of Erectile Function*; FSFI: *Female Sexual Function Index*; FSDS-R: *Female Sexual Distress Scale-Revised*; GAD-7: *Generalized Anxiety Disorder*; DSCS: *The Dyadic Sexual Communication Scale*; DAS-7: *Dyadic Adjustment Scale*; ECG: Intervención grupal de pareja mejorada; SG: Grupo de apoyo de pareja; GCQ: *The Group Climate Questionnaire*-versión breve; WAI: *Working Alliance Inventory*; HiH: *Hand in Hand*; HADS: *The Hospital Anxiety and Depression Scale*; RDAS: *The Revised Dyadic Adjustment Scale*; WAI-SF: *Working Alliance Inventory-Short Revised*; EPIC: *Expanded Prostate Cancer Index Composite*; SCORE-15: *Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation*; CECT: *Cognitive Existential Couple Therapy*; FRI: Índice de Relación Familiar; IES-R: Escala De Impacto de Eventos Revisada; CCP: *Couple Control Program*; QSC-R23: Cuestionario sobre el estrés en pacientes con cáncer; QMI: Índice de la calidad del matrimonio; PFB: *Partnership Questionnaire*; WL: Lista de espera; FF: *Face to Face*; BSI-18: *Brief Symptom Inventory*; A-DAS: Escala de Ajuste Conyugal Abreviada; RE: Mejora de la relación de pareja; TAU: Tratamiento habitual; PGI: *Posttraumatic Growth Inventory*; FACT-B: *Functional Assessment of Cancer Therapy*; SIS: *Self-image Scale*; BFI: *Brief Fatigue Inventory*; BPI: *Brief Pain Inventory*; RSC: *Rotterdam Symptom Checklist*; CBPI: *Combined Brief Psychosexual Intervention*; STAI: *Spielberger's State Trait Anxiety Inventory*; CES-D: *Centre for Epidemiological Studies Depression Scale*.

En el otro lado, especialmente pequeña es la muestra del estudio de Baucom et al. (2009)⁽¹⁶⁾ con 8 parejas en la condición RE y 6 parejas en la condición tratamiento habitual.

Si analizamos las características de los pacientes, como aspectos comunes en los criterios de los estudios los únicos que se encuentran son: que no se dé un cáncer concurrente y que en la mayor parte de los estudios seleccionados especifican como criterio la convivencia / estar casados durante un período igual o superior a 12 meses, este criterio radicaría en el hecho de que fuera una pareja medianamente estable. Existe además una coincidencia en cuanto a criterios de participación cuando el cáncer en concreto es de próstata, en este caso se tiene en cuenta la posible presencia de disfunción eréctil a partir de lo que informan los pacientes.

Sin embargo, en cuanto al resto de criterios, el estudio de Manne et al. (2019)⁽⁷⁾ parece reunir aspectos más concretos de cara al reclutamiento de la muestra, como son las puntuaciones de 0 o 1 en ECOG (calidad de vida), puntuaciones altas en IES (distrés) o que el 80% de la muestra informe de disfunción eréctil. En este sentido, recoger una muestra con unas características tan concretas permite conocer más datos sobre la problemática existente en la pareja, así como de la forma de intervención que pueda ser más eficaz ante dicha problemática. En el otro lado se encontrarían los estudios de Heinrichs et al. (2012)⁽¹⁴⁾ o Baucom et al. (2009)⁽¹⁶⁾ que tienen en cuenta únicamente el criterio de existencia de cáncer y estar casados o convivencia durante más de un año. Al final estos criterios repercuten en los resultados, pues no es lo mismo abordar a una pareja con problemas iniciales en aquello que se trabaja a que la pareja desde el inicio esté adaptada a la situación y por lo tanto no existan problemas previos en malestar emocional o distrés, problemas de ansiedad o depresión, o problemas maritales.

Atendiendo al momento de la intervención cada estudio tiene lugar en momentos distintos, siendo algunos de estos cuando el cáncer ha sido recién diagnosticado⁽⁹⁾, cuando ha sido recién diagnosticado y además ha tenido lugar la cirugía pertinente^(12, 15); si bien es cierto que mencionan un reciente diagnóstico, también lo es que dentro de la muestra puede haber parejas en las que dicho diagnóstico se produjera en periodos de hasta 7 años. De esta manera, probablemente el tipo de repercusión de la intervención podría ser distinta, ya que tras el duelo o crisis que puede suponer este proceso, conforme pasa el tiempo la pareja puede afrontarlo de distintas maneras y llegar a afrontarlo o por el contrario cronificar el problema existente, pues una vez pasa cierto periodo de tiempo y hablamos de supervivencia las reacciones psicológicas, obviamente no son las mismas que en el momento inicial del diagnóstico. Si se debe mencionar, que no se han encontrado estudios relativos a fases terminales.

Sobre el diseño, el primer aspecto reseñable es que solo en uno de los estudios (Manne et al., 2017)⁽¹⁰⁾ plantea la aplicación de terapia de pareja en grupos y es que un formato grupal puede enfatizar un enfoque más psicoeducativo donde también se comparten problemas comunes y permite que la pareja no se sienta tan sola o perdida en ese momento; pero por otro lado, puede ser que al tratar dichas problemáticas en grupo se pierdan temas sensibles sobre la sexualidad por ejemplo, ya que quizás cueste más compartirlo en grupo. Por lo que podría ser interesante quizá pensar en una intervención mixta. Por otro lado, el diseño de los estudios es mayoritariamente un ensayo clínico aleatorizado de dos brazos, que permite básicamente la comparación de resultados entre un grupo control (denominado en la mayor parte de estudios como Atención Habitual) y el grupo de intervención a estudiar.

En cuanto al seguimiento que se hace en los estudios, solo en 4 de ellos se hace un seguimiento de hasta 1 año. En muchos de los estudios parece que no se prolongan los seguimientos dado que las mejoras no se mantienen en el tiempo. El menor de los seguimientos es de 3 meses en el caso del estudio de Kalaitzi et al. (2007)⁽¹⁷⁾ ya que este versa sobre una breve intervención ante la cirugía y ante el proceso que se va a comenzar.

Sobre las variables que se han evaluado y los instrumentos de medida utilizados, en primer lugar, las variables más evaluadas en los estudios son depresión, ansiedad, malestar emocional asociado al cáncer (o impacto del estrés), satisfacción de la relación de pareja, así como función y comunicación sexual. Otras variables que se evalúan, pero solo en algunos de los estudios han sido el afrontamiento, beneficio de la experiencia y autoimagen (en el caso del paciente). En cuanto a las medidas, parece reseñable que en su mayoría todos los estudios siguen la misma línea, pero 3 de ellos añaden algo más; estos son el último estudio de Manne et al. (2019)⁽⁷⁾ quienes haciendo un estudio secundario del ensayo clínico inicial obtienen además datos relacionados con el clima grupal o la alianza o realización terapéutica. Por otro lado, Chambers et al. (2011)⁽¹²⁾ se centran más en variables relacionadas con aspectos sexuales. Y, por último, Baucom et al. (2009)⁽¹⁶⁾ añade la variable de síntomas médicos relacionados con el cáncer (características que se deberían tener en cuenta porque repercuten en la pareja). Enlazando con este aspecto, me parece importante aunar en los estudios tanto medidas de pareja como individuales a fin de obtener una información más completa.

Sobre los cuestionarios utilizados en los estudios, las variables más analizadas son depresión, impacto del estrés y satisfacción de la relación. En este sentido, el cuestionario más utilizado para analizar depresión en los estudios analizados es el HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) y tiene versión en español que es la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Ibáñez y Caro, 1992)⁽¹⁸⁾. En impacto del estrés se utilizan predominantemente IES y IES-R (Escala De Impacto de Eventos), en España se utiliza la adaptación de esta última escala EIE-R (Escala Revisada de Impacto del Estresor) (Báguena et al., 2001)⁽¹⁹⁾. Por último, en el estudio de la satisfacción en la pareja se utilizan distintas versiones del DAS (Escala de Ajuste Diádico), las versiones utilizadas son DAS, RDAS o A-DAS, en España la versión adaptada es la del DAS (Martín-Lanas et al., 2017)⁽²⁰⁾.

Sobre los tratamientos aplicados en cada estudio, el tipo de intervención psicológica más utilizada es la terapia cognitivo conductual, siendo su objetivo principal modificar directamente el comportamiento (cogniciones, emociones y conducta observable), habiendo resultado ser especialmente eficaces cuando el paciente presenta un estilo de afrontamiento pasivo/evitativo o de negación⁽²¹⁾. Sin embargo, la mejoría alcanzada por los pacientes en la reducción de los niveles sintomáticos tras finalizar la intervención, como hemos visto, se desvanece con el paso del tiempo.

Por otro lado, cada uno difiere de los demás ya que no hay dos tratamientos iguales, es por este motivo que se hace especialmente importante que de alguna manera esté manualizado o protocolizado por cuestiones de replicabilidad del estudio. En este sentido todos los estudios menos dos están manualizados. De los protocolizados unos lo están bajo requerimiento como por ejemplo los estudios de Manne y otros brevemente desarrollados en el mismo estudio como por ejemplo el estudio de Robertson et al. (2016)⁽¹¹⁾. En cuanto a los no manualizados, uno de ellos (Kalaitzi et

al., 2007)⁽¹⁷⁾ no está manualizado porque se basa en una breve intervención dos días antes de someterse a una mastectomía simple y después alguna sesión hasta llegar a 6 sesiones. En otro de los estudios (Nicolaisen et al., 2018)⁽⁹⁾ no aparece manualizado ya que el número de sesiones se decide entre pareja y psicólogo. Es decir, los estudios en los que no aparece un protocolo están relacionados con la atención más sobre la marcha. En cuanto a los profesionales que aplican los tratamientos tiene importancia en cualquier caso y en cualquier rama que dichos profesionales sean expertos o estén entrenados en aquello en lo que van a intervenir. Igual que en el caso anterior en todos los estudios llevados a cabo participaban profesionales o voluntarios que tenían una capacitación previa sobre el tratamiento a aplicar salvo en los estudios de Nicolaisen et al. (2018)⁽⁹⁾ y Kalaitzi et al. (2007)⁽¹⁷⁾ probablemente por la atención in situ que se ofrece. En último lugar, analizando el número de sesiones se observa que varía de unos estudios a otros, así como la duración de las mismas. Pudiendo encontrar intervenciones como la de Schover et al. (2012)⁽¹⁵⁾ donde en la condición *Face to Face* se establecen únicamente tres sesiones repartidas en 3 meses (la primera cuenta con una duración de 90 minutos y las sesiones 2 y 3 duran entre 50-60 minutos); o estudios donde se establecen 8 sesiones de unos 90 minutos (Manne et al., 2017)⁽¹⁰⁾. No obstante, se observa que la media del número de sesiones gira en torno a las 6 sesiones (aunque en algunos casos se decanten por una duración de sesiones de 50 minutos, otras de entre 60-90 minutos y otras de 75 minutos).

Analizando los datos de abandono (presentes en la Tabla 1) en el estudio donde más abandono se recoge es en el de Nicolaisen et al. (2018)⁽⁹⁾ donde inicialmente inician el tratamiento 198 parejas y lo completan 53, quizá se deba a que el total de sesiones se decide entre psicólogo y pareja. Aunque en el estudio se menciona que aquellos que continúan, valoran como positivo el hecho de poder llegar al acuerdo de las sesiones convenientes con el psicólogo. Por el contrario, el estudio donde menos abandono se produce es el de Manne et al. (2019)⁽⁷⁾ con un porcentaje de abandono del 10,1%, quizá porque con el paso del tiempo han estudiado y aplicado la intervención introduciendo mejoras. En segundo lugar, el estudio con menos abandonos es el de Heinrichs et al. (2012)⁽¹⁴⁾ con un 16%. Por otro lado, al ser una algo relacionado con una breve intervención dos días antes de someterse a una mastectomía simple y luego trabajar en alguna sesión, en el estudio de Kalaitzi et al. (2007)⁽¹⁷⁾ no se mencionan datos sobre abandono. Analizando todos estos datos, el hecho de que el abandono se produzca en muchos estudios con más del 20% es un mal dato que quizá se puede explicar entendiendo que los criterios de introducción a los estudios sean laxos o no evalúen correctamente lo que se quiere estudiar.

Todas estas características influyen de alguna manera en la eficacia del tratamiento, en rasgos generales se observan a priori ciertas mejoras en cuanto a aspectos sexuales si nos centramos en cáncer de próstata, si bien es cierto que dichas mejoras se aprecian únicamente a corto plazo (salvo en el estudio de Schover et al. (2012)⁽¹⁵⁾, donde las mejoras se mantienen en el seguimiento de 12 meses). En cáncer próstata también se observa mejora en la satisfacción con la relación de pareja, en el estudio de Couper et al. (2015)⁽¹³⁾ quizá cobra especial importancia dado que la mejora se mantiene hasta el último seguimiento (9 meses) y la intervención parece de las más completas: cognitivo conductual, existencial y de apoyo expresivo. Cabe mencionar que, aunque se mantienen las mejoras en el tiempo, en el estudio mencionan que se obtienen mejores resultados en parejas jóvenes. Sin embargo, observando los resultados relacionados con las intervenciones en cáncer de mama es más difícil extraer un

resumen de la eficacia pues o encontramos una muestra pequeña (Baucom et al., 2009)⁽¹⁶⁾ o algún seguimiento que parece insuficiente (Barsky Reese et al., 2018)⁽⁸⁾, y estos aspectos no nos permiten obtener una conclusión generalizable. A partir del estudio de Manne et al. (2017)⁽¹⁰⁾ se menciona algo tan obvio (que a veces olvidamos) pero a la vez tan importante, como es la utilidad de un grupo de apoyo en parejas con mayor malestar emocional o en el lado opuesto, la utilidad de intervenciones más estructuradas en parejas que presentan menos malestar. En el estudio de Heinrichs et al. (2012)⁽¹⁴⁾ las mejoras sobre las habilidades de pareja, crecimiento postraumático y reducción del estrés se mantienen hasta 16 meses (después se desvanece el efecto de la intervención; en este sentido, ellos mismos proponen como mejora para que perdure el efecto de la intervención llevada a cabo un mayor trabajo de habilidades diádicas. También es interesante el estudio de Kalaitzi et al. (2007)⁽¹⁷⁾ ya que destaca la importancia que supone para la pareja conocer a aquello que se van a enfrentar durante un proceso que supone una crisis en la pareja.

Teniendo en cuenta todos estos datos, parece que existe cierta eficacia en cuanto a los problemas sexuales o de pareja (aunque en algunos casos solo sea eficaz a corto plazo); sin embargo, no parece que se logren mejoras que perduren en cuanto a variables más individuales como el estrés o la depresión. En este sentido, habría que plantearse la posibilidad de la repercusión que tienen dichas variables individuales en la relación de pareja, ya que la presencia de estas puede hacer que la pareja se vea dañada, es entonces cuando quizá no se mantengan las mejoras conseguidas en la pareja.

Por otro lado, analizando la literatura existente sobre terapia de pareja en este tipo de casos, parece reseñable que en casos de cáncer de próstata se trate con más normalidad aspectos relacionados con la sexualidad que en casos de cáncer de mama. De este modo, podría encajar el hecho de que se observen más mejoras en lo referente a sexualidad en cáncer de próstata, pues en cáncer de mama las intervenciones giran mayormente en torno al asesoramiento y desarrollo de habilidades, y esto por si solo es poco probable que genere grandes efectos positivos significativos sobre la sexualidad (Carroll et al., 2016)⁽³⁾, de ahí que con el tiempo se pierdan las mejoras que se producían durante la intervención.

Los estudios con mayor muestra y mejor control informan mejoras en ajuste diádico y aspectos sexuales, aunque estas se pierdan con el tiempo. No quedando tan claras las mejoras en aspectos psicológicos. Teniendo en cuenta todos los datos analizados se destaca como útil en su aplicación la intervención de Manne et al., ya sea para cáncer de mama o próstata, pues han incorporado mejoras en la intervención a lo largo de los años e incluso otros autores han tomado dicha intervención como ejemplo.

4. Conclusiones

En primer lugar, si hablamos sobre la eficacia encontrada en los diferentes estudios sobre la terapia de pareja en casos de cáncer, se aprecia eficacia inicial en lo que a satisfacción de la relación y problemas sexuales en la pareja se refiere, pero teniendo en cuenta que estos resultados no se mantienen a lo largo del tiempo. Por lo que en general hablaríamos de una eficacia real baja.

Sobre las limitaciones de investigación en el área se encuentran que únicamente se han hallado estudios controlados referentes a dos tipos de cáncer (de mama y

próstata) y solo uno de ellos incluye a pacientes de cáncer ginecológico. Además, no se han hallado estudios relacionados con pacientes paliativos. Por otro lado, las intervenciones se centran mayormente en la corriente cognitivo-conductual, si bien es cierto que existen estudios previos en terapia de aceptación y compromiso. Y finalmente, otra limitación tiene que ver con el hecho de que no se hayan realizado estudios en España.

En cuanto a variables relacionadas con el ajuste psicológico como el malestar emocional y la depresión, no se encuentra una clara eficacia puesto que son pocos los estudios que recogen mejoras al respecto. Como se ha mencionado anteriormente, habría que plantearse la posibilidad de la repercusión que tienen las variables psicológicas individuales en la relación de pareja, ya que la presencia de depresión, al menos en uno de los miembros, puede hacer que la pareja se vea dañada, estaríamos entonces ante un círculo vicioso que se retroalimentaría. En concreto, los estudios muestran que en los casos de cáncer de próstata se consiguen más mejoras iniciales en cuanto a preocupaciones sexuales y aspectos relacionados con la función sexual. Mientras que, en el cáncer de mama, las mejoras que se generan están más relacionadas con el ajuste diádico.

Concretamente, los estudios con mayor muestra y mejor control informan mejoras en ajuste diádico y aspectos sexuales, aunque estas se pierdan con el tiempo. Sin embargo, se ha de tener en cuenta que, en los aspectos psicológicos como el malestar emocional o la depresión, queda en duda la eficacia, por lo que no se puede afirmar que esta quede demostrada.

De la información recabada se destacan como útiles en su aplicación las intervenciones de Manne et al., que han ido mejorando a lo largo de los años e incluso otros autores han tomado como ejemplo. Por otro lado, también hablan de la utilidad de grupos de apoyo cuando los pacientes presentan un mayor malestar emocional.

De cara al futuro es recomendable llevar a cabo un mayor número de estudios en los que se disponga de muestras de pacientes más numerosas para extraer conclusiones más significativas y generalizables. Del mismo modo, futuros estudios comparativos entre eficacia de terapia de pareja o individual en los distintos tipos de cáncer podrán acercarnos a un mejor abordaje en este tipo de casos pues no se encuentran datos en la actualidad que comparen eficacia. Finalmente, sería interesante realizar estudios relacionados con este tema en España a fin de estudiar una posible implantación de esta modalidad de tratamiento.

En otros aspectos, hay que tener en cuenta el tipo de estudio realizado, pero probablemente las intervenciones obtendrían mejores resultados o menor frecuencia de abandono si se ajustaran a las necesidades de la pareja. Asimismo, una recomendación sería plantear sesiones de refuerzo a fin de mantener en el tiempo los resultados iniciales.

En la práctica real, muchas veces la intimidad y la sexualidad a menudo quedan relegadas, ya que el foco es la enfermedad en sí. De manera similar, en la investigación (como se ve en este estudio), los problemas psicosexuales de las parejas que viven con cáncer de mama están insuficientemente estudiados. Y este aspecto se puede extender al resto de tipos de cáncer, pues como se ha descrito anteriormente, los estudios seleccionados solo hacen referencia al cáncer de mama y próstata, pero está claro que otros tipos tienen repercusión no solo en la pareja, sino también en el sistema familiar.

5. Referencias bibliográficas

1. Couper J, Bloch S, Love A, Macvean M, Duchesne G M, Kissane D. Psychosocial adjustment of female partners of men with prostate cancer: a review of the literature. *Psychooncology* 2006; 15: 937-53. doi: 10.1002/pon.1031.
2. Stein KD, Syrjala KL, Andrykowski MA. Physical and psychological long-term and late effects of cancer. *Cancer* 2008;112(11 Suppl):2577-92. doi: 10.1002/cncr.23448.
3. Carroll AJ, Baron SR, Carroll RA. Couple-based treatment for sexual problems following breast cancer: A review and synthesis of the literature. *Support Care Cancer* 2016; 24, 3651-9. doi: 10.1007/s00520-016-3218-y
4. Lagana L, Fobair P, Spiegel D. Targeting the psychosexual challenges faced by couples with breast cancer: can couples group psychotherapy help? *J Womens Health Care* 2014; 3(6). pii: 205. doi: 10.4172/2167-0420.1000205
5. Manne S, Badr H. Intimacy and relationship processes in couples' psychosocial adaptation to cancer. *Cancer* 2008;112(11 Suppl):2541-55. doi: 10.1002/cncr.23450.
6. Manne SL, Siegel S, Kashy D, Heckman CJ. Cancer-specific Relationship Awareness, Relationship communication, and intimacy among couples coping with early stage breast cancer. *J Soc Pers Relat* 2014;31:314-34. doi: 10.1177/0265407513494950
7. Manne SL, Kashy DA, Zaider T, Kissane D, Lee D, Kim IY, et al. Couple-focused interventions for men with localized prostate cancer and their spouses: A randomized clinical trial. *Br J Health Psychol* 2019;24:396-418. doi: 10.1111/bjhp.12359.
8. Barsky Reese J, Clegg K, Handorf E, Sorice K, Bober SL, Bantug ET, Schwartz S, Porter LS. A randomized pilot trial of a couple-based intervention addressing sexual concerns for breast cancer survivors. *J Psychosoc Oncol* 2018; 37: 242-63. doi: 10.1080/07347332.2018.1510869.
9. Nicolaisen A, Hagedoorn M, Hansen D, Flyger H, Chistensen R, Rottmann N, et al. The effect of an attachment-oriented couple intervention for breast cancer patients and partners in the early treatment phase: A randomised controlled trial. *Psychooncology* 2018; 27: 922–8. doi: 10.1002/pon.4613.
10. Manne SL, Kashy D, Siegel SD, Heckman CJ. *Psychooncology* 2017; 26: 2175-85. doi: 10.1002/pon.4323.
11. Robertson J, McNamee P, Molloy G, Hubbard G, McNeill A, Bollina P, Kelly D, Forbat L. Couple-based psychosexual support following prostate cancer surgery: results of a feasibility pilot randomized control trial. *J Sex Med* 2016;13:1233-42. doi: 10.1016/j.jsxm.2016.05.013
12. Chambers SK, Occhipinti S, Schover L, Nielsen L, Zajdlewicz L, Clutton S, Halford K, Gardiner RA, Dunn J. A randomised controlled trial of a couples-based sexuality intervention for men with localised prostate cancer and their female partners. *Psychooncology*. 2015;24:748-56. doi: 10.1002/pon.3726. Epub 2014 Dec 8.
13. Couper J, Collins A, Bloch S, Street A, Duchesne G, Jones T, Olver J, Love A. Cognitive existential couple therapy (CECT) in men and partners facing localised prostate cancer: a randomised controlled trial. *BJU Int* 2015;115 Suppl 5:35-45. doi: 10.1111/bju.12991.
14. Heinrichs N, Zimmermann T, Huber B, Herschbach P, Russell DW, Baucom DH. Cancer distress reduction with a couple-based skills training: A randomized controlled trial. *Ann Behav Med* 2012; 43: 239-52. doi: 10.1007/s12160-011-9314-9.
15. Schover LR, Canada AL, Yuan Y, Sui D, Neese L, Jenkins R, Rhodes MM. A randomized trial of internet-based versus traditional sexual counseling for couples after localized prostate cancer treatment. *Cancer* 2012;118:500-9. doi: 10.1002/cncr.26308.

16. Baucom D, Porter L, Kirby J, Gremore T, Wiesenthal N, Aldridge W, et al. A couple-based intervention for female breast cancer. *Psychooncology* 2009; 18: 276–83. doi: 10.1002/pon.1395.
17. Kalaitzi C, Papadopoulos VP, Michas K, Vlasits K, Skandalakis P, Filippou D. Combined brief psychosexual intervention after mastectomy: effects on sexuality, body image, and psychological well-being. *J Surg Oncol* 2007; 96:235-40. doi: 10.1002/jso.20811.
18. Ibáñez E, Caro I. La escala Hospitalaria de ansiedad y depresión. Su utilidad práctica en *Psicología de la Salud. Bol Psicol* 1992; 36: 43- 69.
19. Báguena M, Villarroya E, Beleña M, Díaz-Martínez A, Roldán C, Reig R. Propiedades psicométricas de la versión española de la escala revisada de Impacto del Estresor (EIE-R). 2001. [Acceso el 25 de marcos de 2020]. Disponible: <http://www.redined.mec.es/oai/indexg.php?registro=005200230196.27>.
20. Martín-Lanas R, Cano-Prous A, Beunza-Nuin MI. 2017. Escala de Ajuste Diádico (DAS), TEA Ediciones.
21. Font A, Rodríguez E. Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología* 2007; 4: 423-46.

