

EFICACIA DE LA TERAPIA DE GRUPO EN CÁNCER DE MAMA: VARIACIONES EN LA CALIDAD DE VIDA

Antoni Font* y Eva Rodríguez**

* Universidad Autónoma de Barcelona.

** AECC- Catalunya contra el Càncer. Junta de les Comarques Barcelonines.

Resumen

La terapia de grupo es una modalidad de intervención cada vez más utilizada con pacientes oncológicos. El presente estudio aporta evidencia de cómo una intervención psicológica en grupo mejora la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama. Se utilizó una muestra de 142 pacientes que solicitaban ayuda psicológica en grupo en la Asociación Española Contra el Cáncer. De éstas, 69 pacientes participaron en distintos grupos de apoyo y 73 se derivaron a lista de espera. Para la valoración se administró el cuestionario de Calidad de Vida de Font en la primera entrevista y al finalizar las sesiones de grupo.

La terapia de grupo (tipo psicoeducativo) se estructuró en cuatro módulos a lo largo de 20 sesiones: ansiedad, depresión, autoestima e imagen corporal, relaciones afectivas y sexualidad.

Los resultados indican que las pacientes que participan en el grupo de apoyo valoran su vida actual de manera mucho más satisfactoria que cuando iniciaron la intervención, pasando de una pérdida de la calidad de vida de 49,1 (máximo 100) a tan sólo 27,1 ($P<0,001$) después de la terapia de grupo. También mejoró el estado emocional: disminuye de forma significativa la depresión, pasando de una media de 53 a 36,3 y se recupera la ilusión por las cosas ($P<0,05$). También disminuye la ansiedad y el miedo aunque no de manera significativa.

Concluimos que la intervención psicológica en grupo se muestra eficaz para mejorar diferentes aspectos de la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama.

Palabras clave: calidad de vida, terapia de grupo, eficacia, cáncer de mama.

Abstract

Group therapy is increasingly used with oncological patients. The present research supports that a group intervention improves the quality of life of breast cancer patients. A sample of 142 patients who demanded psychological group support in the Association Against Cancer was used. 69 of these participate in different support groups and 73 were derived to a waiting list. The Font's quality of life questionnaire was applied in the first interview and right after the group sessions.

The psycho-educational group therapy was structured into 4 modules along 20 sessions: anxiety, depression, self-esteem and body image, affective relationships and sexuality.

Results indicate that the patients who participated in the support group evaluated their actual life in a more satisfactory way (compared to the first valuation), changing from a loss of the quality of life of 49.1 points (maximum of 100) to only 27.1 ($P<0.001$). The emotional state was also improved: depression diminished in significant way, changing from an average of 53 to 36.3, and interest in the daily life was recovered ($P<0,05$). Anxiety and fear was also reduced although but not significantly.

We conclude that the psychological intervention group is efficient to improve different aspects of the quality of life of breast cancer women.

Key words: quality of life, group therapy, efficacy, breast cancer.

Correspondencia:

Antoni Font

AECC - Catalunya contra el Càncer.

Junta de les Comarques Barcelonines.

C/Tavern, 33 Entr. 3^o. 08006 Barcelona

E-mail: antonio.font@uab.es, eva.rod@aecc.es

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente entre las mujeres europeas, representando el 26% de la incidencia de cáncer, y afecta aproximadamente a una de cada diez mujeres^(1,2). En nuestro país se diagnostican unos 15.000 casos nuevos; lo que sitúa a este tipo de cáncer en primer lugar respecto a la incidencia y mortalidad entre las mujeres españolas^(2,3). Estos datos señalan al cáncer de mama como uno de los problemas de salud más frecuentes en nuestra sociedad y que, debido a su historia natural de larga evolución y las posibilidades de recaída y de enfermedad avanzada, permiten considerarla como una enfermedad crónica, que comporta que muchas personas tengan que convivir con la enfermedad y enfrentarse a las dificultades físicas y psicosociales durante muchos años.

El diagnóstico de cáncer de mama comporta muchas y variadas reacciones emocionales^(4,5). La calidad de vida puede variar a lo largo de la enfermedad, teniendo en cuenta diferentes variables clínicas y psicológicas relacionadas con el proceso de adaptación del paciente como, por ejemplo, el estadio de la enfermedad, el/los tratamiento/s oncológico/s que debe realizar, variables de personalidad, el apoyo social y familiar, la edad o momento del ciclo vital en el que se produce el diagnóstico, las estrategias de afrontamiento utilizadas o las expectativas respecto a la enfermedad⁽⁶⁻⁸⁾. El apoyo psicológico permite mejorar la calidad de vida y facilitar el proceso de adaptación y, en algunos casos, puede que mejore incluso, la supervivencia⁽⁹⁻¹²⁾. Las diferentes modalidades de apoyo psicológico en Oncología incluyen estrategias como: facilitar información, educación para la salud, proporcionar habilidades de afrontamiento adecuadas, ventilación de emociones, corregir pensamientos distorsionados, enseñar técnicas de control de la ansiedad (relajación, visualización), etc⁽¹³⁻¹⁷⁾. Estas posibilidades de tratamiento se pueden realizar de forma individual^(18,19), en formato de grupo⁽²⁰⁻²³⁾ o en pareja^(24,25). Algunos estu-

dios indican que mediante la terapia de grupo se puede conseguir una mejoría significativa del estado emocional de los pacientes que participan, e incluso influir en la supervivencia^(10,26,27), aunque sea por una mejor utilización del sistema de cuidados de la salud⁽²⁸⁾.

En nuestro país existen relativamente pocos estudios acerca de la eficacia de la intervención en grupo en cáncer de mama^(23,29,30), por lo que el objetivo principal de este estudio es demostrar la eficacia de una intervención psicológica en grupo, analizando las variaciones en calidad de vida antes y después de la terapia.

MÉTODO

Sujetos

Inicialmente se dispuso de una muestra de 162 pacientes con cáncer de mama que solicitaban apoyo psicológico en la Asociación "AECC-Catalunya contra el Càncer-Junta de les Comarques Barcelonines", procedentes de diferentes hospitales y centros sanitarios públicos y privados de Barcelona ciudad y provincia. Generalmente la demanda de atención psicológica la realiza la paciente por iniciativa propia o aconsejada por los familiares, y sólo en algunos casos es derivada por los profesionales sanitarios.

Dos eran los factores a tener en cuenta para valorar la inclusión de una paciente de cáncer de mama en un grupo de apoyo: 1) El cumplimiento de los criterios psicológicos y clínicos y 2) La disponibilidad de un grupo de apoyo adecuado para cada persona en particular. *Criterios psicológicos de inclusión:* Mujer con dificultades psicosociales atribuibles al diagnóstico, la enfermedad o su tratamiento y/o mujer que necesita o desea comunicar y compartir su experiencia con personas que han sufrido la misma enfermedad. *Criterios psicológicos de exclusión:* Presencia de trastorno psiquiátrico importante (con medicación específica) y/o imposibilidad de comunicación verbal. El único criterio clínico de inclusión era el

diagnóstico de cáncer de mama. Se excluían las pacientes con una o varias de las siguientes características: presencia de metástasis distal, estar en fase de tratamiento activo (exceptuando las personas con tratamiento hormonal), encontrarse en fase de recidiva, presencia de dos tumores primarios diferentes y presencia de otras enfermedades importantes asociadas que pudieran interferir en el seguimiento de la terapia de grupo. Según el cumplimiento o no de los criterios clínicos y psicológicos, y la disponibilidad de grupos de apoyo en aquel momento, se le ofrecía apoyo psicológico individual o apoyo en grupo. Prestando especial atención a la edad de los diferentes miembros, intentamos formar grupos con edades similares, aunque los tratamientos oncológicos recibidos y el tiempo desde el diagnóstico no sean los mismos, lo que facilita un mayor enriquecimiento de las experiencias del grupo. Se excluyeron 20 pacientes por presencia de enfermedad metastásica (n=14) y por presencia de psicopatología no relacionada directamente con el cáncer (n=6). Así pues, se dispuso de una muestra de 142 mujeres con cáncer de mama que se encontraban en fase de primer tratamiento o en fase de intervalo libre.

Las pacientes se dividieron en dos grupos, el grupo control (n= 73) formado por todas aquellas pacientes que solicitan apoyo psicológico en grupo, pero que en el momento de la entrevista no se dispone de un grupo adecuado o el grupo ya se ha cubierto y pasan a la lista de espera, entrando a formar parte del grupo control que recibirán atención psicológica individual hasta la entrada en un grupo de apoyo; y el grupo de intervención (n= 69) formado por aquellas mujeres que reciben directamente terapia de grupo.

EVALUACIÓN

La valoración incluye una primera entrevista individual en la que se recogen los datos de la historia clínica psicológica y, posteriormente, se analiza la calidad de vida. La segunda valoración de calidad de

vida se realiza al finalizar la intervención de grupo, en la última sesión. La historia clínica psicológica incluye los siguientes apartados: datos personales, datos médicos oncológicos, antecedentes psicopatológicos personales, antecedentes familiares, datos de la historia psicológica, apoyo socio-familiar, objetivos terapéuticos, actuación psicológica y motivo de alta. Atendiendo a los objetivos del presente estudio únicamente se han utilizado los datos personales de "edad", "estado civil", "hijos" y "estudios"; y los datos médicos oncológicos: "estadio", "fase de la enfermedad" y "tratamientos oncológicos realizados". Respecto a los datos médicos, el diagnóstico es el mismo para todas las pacientes: cáncer de mama en estadio no avanzado de la enfermedad. Como tratamientos oncológicos se han incluido todos los indicados para tratar el cáncer de mama: la cirugía, incluyendo las dos categorías de mastectomía o tumorectomía (o cirugía conservadora), la quimioterapia, la radioterapia (externa), la hormonoterapia (incluye cualquier tipo de tratamiento hormonal), la braquiterapia (o radioterapia interna) y el auto trasplante de médula ósea.

El instrumento de calidad de vida utilizado es el cuestionario desarrollado y validado por Font⁽³¹⁾ para pacientes oncológicos, que valora la calidad de vida en relación con el estado de salud. Este instrumento se desarrolló y validó en una muestra de 404 pacientes con cáncer de mama en distintas fases de la enfermedad (diagnóstico, tratamiento complementario, intervalo libre, recidiva o enfermedad avanzada), hospitalizadas y ambulatorias, tratadas en el servicio de Oncología del Hospital de Sant Pau de Barcelona. El cuestionario consta de 27 ítems (escalas visuales análogas en las que el paciente responde haciendo una señal sobre una línea de 100 mm.) que se puntúan de 0 a 100, y que se agrupan en torno a cuatro subescalas: subescala de síntomas (6 ítems), subescala de dificultades con los hábitos cotidianos (5 ítems), subescala de dificultades familiares y sociales (8 ítems) y subescala de malestar

psicológico (7 ítems). El último ítem del cuestionario se considera una escala o valoración global de la calidad de vida. Una mayor puntuación en una determinada escala significa mayor presencia del problema o mayor pérdida de calidad de vida relacionada con el aspecto valorado por dicha escala⁽³²⁾.

TERAPIA DE GRUPO

El tratamiento psicológico consiste en sesiones de grupo monitorizadas por una profesional de la Psicología. Los grupos se componen de 5 a 10 personas. Las sesiones son quincenales y duran aproximadamente una hora y media (20 sesiones). El grupo es cerrado y se compone de pacientes con edades similares, en fase libre de enfermedad o que han finalizado los tratamientos oncológicos (exceptuando la posibilidad de estar recibiendo hormonoterapia). La terapeuta aporta información psicoeducativa y enseña una variedad de técnicas cognitivo-conductuales utilizadas para reducir las dificultades emocionales derivadas del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, facilitar la adaptación y mejorar la calidad de vida. A lo largo de la terapia se van trabajando diferentes temas psicológicos que se pueden englobar en los siguientes módulos:

Módulo “Ansiedad”

En este módulo se proporciona una explicación del origen de la ansiedad y cómo la vive cada una de las participantes. A continuación se enseñan una serie de técnicas para reducir la ansiedad, entre ellas, la respiración, la relajación y la visualización de imágenes agradables.

Módulo “Depresión”

Se explica qué es la depresión, incidiendo en la importancia que tiene el pensamiento en el estado de ánimo y la relación que se establece entre pensamientos y emociones, con qué síntomas se manifiesta a tra-

vés de ejemplos claros, y se proporcionan sugerencias y estrategias psicológicas para mejorar el estado de ánimo, las más utilizadas son: la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en pensamiento positivo y las técnicas de control del pensamiento.

Módulo “Autoestima e imagen corporal”

Se define lo que entendemos por autoestima e imagen corporal, y cómo el diagnóstico y tratamiento de un cáncer de mama puede incidir en estos dos aspectos psicológicos. Cada una de las participantes explica cómo se siente respecto a su autoestima e imagen corporal, y se facilitan técnicas psicológicas para mejorar estos aspectos, como la técnica de auto-evaluación precisa y la visualización.

Módulo “Las relaciones afectivas”

Las relaciones afectivas también cambian a raíz de un diagnóstico de cáncer, pudiendo existir importantes dificultades, principalmente a nivel de comunicación, no únicamente con la pareja sino también con las personas de alrededor. Este tema suele ser recurrente entre los diferentes miembros de todos los grupos. Se ofrecen diferentes estrategias y orientación para mejorar las relaciones, incidiendo en la importancia de la comunicación.

Módulo “Sexualidad”

La sexualidad constituye uno de los temas más interesantes para la mayoría de las participantes, que observan cómo el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad ha perjudicado este área de la relación de pareja. Se explican las diferentes causas de estos cambios, las dificultades más frecuentes y se facilitan estrategias psicológicas para mejorar las relaciones sexuales.

La terapia se estructura en tres fases: **1) Fase de conocimiento** (sesiones de 1 a 5). Período de conocimiento mutuo de todas las participantes. Se explican los objetivos,

la estructura y posibilidades que ofrece el grupo, y la importancia de la máxima confidencialidad en las sesiones; **2) Fase de cambio** (sesiones de 6 a 14). El objetivo principal de la terapia es ofrecer un tiempo y un espacio para comunicarse, para reflexionar con ayuda de todo el grupo y, al mismo tiempo, recibir un apoyo por parte de todas las compañeras, es decir, se trata de compartir, de dar y recibir. Se trabajan las capacidades de autoconocimiento y comunicación y se practican estrategias de afrontamiento adecuadas a nivel cognitivo (elaboración/ reformulación de pensamientos), conductual (plan de actividad, formas de actuar y reaccionar) y emocional (técnicas de mejora en el control y expresión emocional); **3) Fase de consolidación** (sesiones de 15 a 20). Se continúan trabajando los módulos anteriormente mencionados y se proponen soluciones concretas y planes de actuación para aprender a mejorar las dificultades de la vida cotidiana.

RESULTADOS

Las características demográficas y clínicas del grupo intervención se describen en la tabla 1. A efectos metodológicos está formado por una muestra de 69 mujeres (12 grupos terapéuticos), con una media de 48,4 años, y desviación típica de 6,9 y con edades comprendidas entre 34 y 65 años. La mayor parte de las mujeres están casadas (79,7%), tienen hijos (91,3%) y tienen estudios primarios (71%). Respecto a los datos clínicos, observamos que a la mayoría de las mujeres se les ha practicado una mastectomía (73,1%), más de la mitad de ellas han recibido quimioterapia (67,1%), aproximadamente la mitad ha realizado radioterapia (49,2%) y la mayoría están tomando tratamiento hormonal (77,6%). Por otra parte, pocas de ellas han realizado braquiterapia (6%) y han pasado por un autotrasplante de médula ósea (6%). El grupo control está formado por una muestra de 73 mujeres con una edad media de 47,5 años, y desviación típica 9,8, con edades comprendidas entre 32 y 81 años. Más de

la mitad de las mujeres están casadas (54,2%), la mayoría tienen hijos (74,5%) y aproximadamente la mitad de ellas tienen estudios primarios (47,4%). Respecto a los datos clínicos del grupo control, a la mayoría de las pacientes se les ha realizado una mastectomía (74%), han pasado por la quimioterapia (80,8%), la mitad de ellas han realizado radioterapia (51%), la mayoría están tomando tratamiento hormonal (79,1%) y pocas mujeres han realizado braquiterapia y autotrasplante de médula ósea, 8,1% y 4%, respectivamente. Más de la mitad de las mujeres están en fase de primer tratamiento (57,5%) y el resto en fase de intervalo libre de la enfermedad (42,4%), con o sin tratamiento hormonal.

Comparando los grupos, a nivel de variables sociodemográficas la edad es muy similar en ambos; respecto al estado civil, existe una proporción mayor de personas casadas en el grupo intervención (79,7%), distribuyéndose el resto en proporciones similares entre las diferentes categorías (soltera, casada, viuda y con pareja estable), que en el grupo control, donde algo más de la mitad de la muestra está casada (54,2%), y el resto prácticamente está distribuido entre pacientes solteras y divorciadas. Atendiendo a las variables médicas, respecto a la fase de la enfermedad, en el grupo control hay una proporción mayor de pacientes en fase de primer tratamiento (57,5%) que en fase de intervalo libre (42,4%), contrariamente a lo que ocurre en el grupo intervención, donde la proporción de mujeres en fase de primer tratamiento es menor (44%) que en la fase de intervalo libre (56%). Respecto a los tratamientos oncológicos, las proporciones son similares en ambos grupos. Una posible explicación de las diferencias obtenidas en algunas variables comparando ambos grupos, es que las mujeres eran distribuidas en los grupos de apoyo a medida que se disponía del grupo apropiado para cada una de ellas, atendiendo primero a los criterios psicológicos y clínicos y, en segundo lugar, a la variable edad. Cuando se iniciaba un grupo las primeras personas determinaban la idoneidad

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los dos grupos (grupo intervención y grupo control)

	G. INTERVENCIÓN	G. CONTROL
<i>Edad</i>		
Media, desviación típica	48,4; 6,9	47,5; 9,8
Rango	34-65	32-81
<i>Estado civil</i>		
Soltera	3 (4,3%)	14 (19,2%)
Casada	55 (79,7%)	36 (49,3%)
Divorciada	3 (4,3%)	14 (19,2%)
Viuda	5 (7,2%)	5 (6,8%)
Pareja estable	3 (4,3%)	4 (5,5%)
<i>Hijos</i>		
Sí	63 (91,3%)	44 (74,5%)
No	6 (8,7%)	15 (25,4%)
<i>Estudios</i>		
Primarios	49 (71%)	28 (47,4%)
Medios	9 (13%)	19 (32,2%)
Superiores	11 (16%)	12 (20,3%)
<i>Tratamientos oncológicos</i>		
Tumorectomía	18 (26,8%)	13 (26%)
Mastectomía	49 (73,1%)	37 (74%)
Quimioterapia	45 (67,1%)	38 (80,8%)
Radioterapia	33 (49,2%)	25 (51%)
Braquiterapia	4 (6%)	4 (8,1%)
Hormonoterapia	52 (77,6%)	38 (79,1%)
Autotrasplante de médula ósea	4 (6%)	2 (4%)
<i>Fase de la enfermedad (1ª valoración)</i>		
Primer tratamiento	29 (44%)	42 (57,5%)
Intervalo libre	37 (56%)	31 (42,4%)
<i>Fase de la enfermedad (2ª valoración)</i>		
Intervalo libre	47 (100%)	

de las siguientes para entrar en los mismos, por lo que no es de extrañar el mayor predominio de las mujeres casadas en el grupo intervención. A continuación se presentan los resultados obtenidos en la comparación de los grupos.

1. Situación inicial de la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama que recibirán apoyo psicológico en grupo (calidad de vida al inicio de la terapia)

Las dificultades que, antes de la terapia, caracterizan al grupo intervención, se detallan en la tabla 2. Los problemas más frecuentes, independientemente de la intensidad de los mismos (puntuación en la escala análogo-visual distinta de 0) son: el mie-

do (afecta al 87,7% de las pacientes), la depresión (86,1%), la ansiedad (81,5%), las dificultades de concentración (78,4%), la fatiga (76,9%) y la ira (70,7%). Los menos frecuentes son: la dificultad en la movilidad (9,2%), los problemas familiares (12,3%) y las náuseas (20%). En los análisis se ha excluido el ítem "dificultades en el trabajo" porque trabaja un porcentaje muy bajo de personas de la muestra (13 mujeres), y no es representativo de la realidad de las pacientes con cáncer de mama, donde la mayoría o bien no trabajan o bien inician la baja cuando se les diagnostica la enfermedad o empiezan los tratamientos oncológicos, situación que se suele prolongar durante mucho tiempo después de haber finalizado los mismos.

Tabla 2. Calidad de vida del grupo intervención al inicio del tratamiento

ÍTEMS	N.º Y % PACIENTES AFECTADOS	MEDIA	DEV. STD
Náuseas	13 (20%)	5,3	12,5
Dif. con la movilidad	6 (9,2%)	5,1	17,5
Dif. cuidados personales	22 (33,8%)	9,4	17,7
Pérdida de atractivo	41 (63%)	35,6	35,6
Ira	46 (70,7%)	33,9	29,1
Dolor	25 (38,4%)	15,2	25,1
Dif. con la actividad física	46 (70,7%)	28,9	25,4
Dif. actividades recreativas	33 (50,7%)	23	29,3
Ansiedad	53 (81,5%)	48,9	32,6
Fatiga	50 (76,9%)	40,4	28,8
Insatisfacción social	16 (24,6%)	12,5	25,9
Dificultades para dormir	39 (60%)	31,7	31,1
Vigilia	16 (24,6%)	8,3	18,6
Preocupación por los hijos	32 (54,2%)	30,5	35,6
Dif. actividades de casa	50 (76,9%)	37,8	27,3
Insatisfacción aspecto físico	43 (66,1%)	35,3	34,2
Depresión	56 (86,1%)	53	32,9
Dificultades de pareja	29 (58%)	35	36,1
Dif. relaciones familiares	8 (12,3%)	6,3	20,4
Falta de apetito	19 (29,2%)	12,5	21,9
Dif. con la información	24 (36,9%)	18,2	31,4
Dif. de concentración	51 (78,4%)	39,9	27,8
Pérdida de ilusión	44 (67,7%)	35,2	31,7
Dificultades económicas	27 (41,5%)	25,9	35,8
Miedo	57 (87,7%)	52,9	33,8

Las medias obtenidas en las diferentes subescalas del grupo intervención informan de manera más precisa sobre la calidad de vida inicial de estos pacientes. La puntuación en cada subescala es la media de afectación obtenida en los ítems que componen cada escala, como se detalla en otros trabajos anteriores (Font, 1988; Font y Bayés, 1993 y Font, 1994). En la tabla 3 se indican las puntuaciones del grupo intervención antes de la terapia de grupo. Como puede observarse, la subescala compuesta con una puntuación media más elevada es la de malestar emocional (media= 42,7), seguida de la subescala de dificultades familiares y sociales (media = 25,1). Más elevado es el valor de la uniescala de valoración general (media = 49,1) lo que indi-

ca la insatisfacción que sienten estas mujeres con su vida actual, relacionada con la enfermedad.

2. Calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama del grupo control

En este grupo las dificultades que presentan un número mayor de personas (puntuación en la escala análogo-visual distinta de 0) son: el miedo (85,5%), la depresión (84,2%), la fatiga (79%), la ansiedad (75%) y la insatisfacción con el aspecto físico (73,7%). Los problemas menos frecuentes son la dificultad en la movilidad (11,8%), las alteraciones en las relaciones familiares (13,1%) y las náuseas (25%), tal como se observa en la tabla 4.

Tabla 3. Valores medios en pérdida de calidad de vida que presenta inicialmente el grupo intervención en cada una de las subescalas

SUBESCALAS	MEDIA	DEV. STD
Síntomas	18,9	12,8
Dificultades en hábitos cotidianos	20,3	15,8
Dificultades familiares y sociales	25,1	17,3
Malestar emocional	42,7	21,5
Valoración general	49,1	27,9

Tabla 4. Calidad de vida del grupo control

ITEMS	N.º Y % PACIENTES AFECTADOS	MEDIA	DEV. STD
Náuseas	19 (25%)	10,2	23,6
Dif. con la movilidad	9 (11,8%)	5,1	15,1
Dif. cuidados personales	25 (32,9%)	11,1	19
Pérdida de atractivo	53 (69,7%)	44,6	40,5
Ira	42 (55,2%)	36,5	39,5
Dolor	37 (48,7%)	23,6	29,6
Dif. con la actividad física	45 (59,2%)	21,5	25,5
Dif. actividades recreativas	38 (50,6%)	27	33,4
Ansiedad	57 (75%)	49,9	36,6
Fatiga	60 (79%)	48,1	35,8
Insatisfacción social	24 (31,5%)	14,2	24,8
Dificultades para dormir	45 (59,2%)	32,2	35,1
Vigilia	28 (36,8%)	15	23,1
Preocupación por los hijos	26 (45,6%)	27,2	36,6
Dif. actividades de casa	55 (72,3%)	34,2	28,5
Insatisfacción aspecto físico	56 (73,7%)	44,6	37,9
Depresión	64 (84,2%)	58,9	37,6
Dificultades de pareja	25 (45,4%)	28	35,4
Dif. relaciones familiares	10 (13,1%)	7,8	22,8
Falta de apetito	31 (40,8%)	23	33,6
Dif. con la información	27 (35,5%)	23,5	35,7
Dif. de concentración	54 (71%)	40,4	35,2
Pérdida de ilusión	51 (67,1%)	39,3	37,4
Dificultades económicas	34 (44,7%)	26	35,3
Miedo	65 (85,5%)	53,2	35,8

Analizando las medias obtenidas en las diferentes subescalas del grupo control, es decir, del grupo que recibirá apoyo individual, podemos observar cómo el nivel de calidad de vida donde se observan más problemas es la subescala de malestar emocional con una media de afectación de 46,1;

posteriormente, la subescala de síntomas (media=25,3) seguida de las subescalas de dificultades familiares y sociales (media=22) y la subescala de dificultades en los hábitos cotidianos (media=18). Nuevamente, al igual que ocurría con el grupo intervención, la uniescala de valoración general

es la que presenta el grado de afectación más elevado con una media de 55,7 (ver tabla 5). También son comparables ambos grupos en el hecho de que las disminuciones más importantes en calidad de vida corresponden al nivel emocional.

3. Comparación de la calidad de vida del grupo intervención, antes de la terapia, con el grupo control

Para la comparación de los dos grupos se aplicó la prueba t- test en muestras independientes. Tal como se observa en la tabla 6, los dos grupos son comparables, es decir, no presentan diferencias significativas en la mayoría de los ítems: *nivel síntomas*: “náuseas”, “dolor”, “fatiga” y “vigilia” (somnolencia); *nivel de dificultades con los hábitos cotidianos*: “dificultades con la actividad física” y “dificultades con las actividades de casa”; *nivel de dificultades familiares y sociales*: “disminución del atractivo”, “insatisfacción con las actividades recreativas”, “insatisfacción con la información” y “preocupación por los hijos”; y *nivel emocional*: “depresión”, “insatisfacción con el aspecto físico”, “dificultades de concentración” y “pérdida de ilusión por las cosas”. Se observa que el grupo intervención presenta inicialmente peor calidad de vida de manera significativa en el ítem “dificultades en las relaciones de pareja”, mientras que el grupo control tiene más problemas de pérdida de apetito.

Realizando el mismo análisis estadístico para comparar las diferentes subescalas, los resultados muestran que únicamente existe

una diferencia estadísticamente significativa en la subescala de síntomas ($P < 0,02$), con un valor más elevado en el grupo control (media = 23) que en el grupo intervención (media = 18,9). Por consiguiente las mujeres del grupo control presentan mayor sintomatología física que las del grupo de apoyo. Las medias en el resto de subescalas y en la uniescala de valoración general son muy similares en los dos grupos (ver tabla 7).

4. Comparaciones intra-grupo: calidad de las pacientes antes y después de la intervención psicológica de terapia de grupo

Para el análisis comparativo de la calidad de vida antes y después del apoyo psicológico en grupo se utilizó la prueba t de Student para datos apareados (ver tabla 8).

Nivel físico-sintomático los resultados muestran pocas diferencias significativas en el control de síntomas: los pacientes se encuentran prácticamente igual al inicio que al finalizar la terapia a excepción de dos variables, en las que se encontraron diferencias significativas: las “náuseas” disminuyen significativamente pasando de una media 5,3 a una media 0,6 ($P < 0,05$). De hecho, el número de personas afectadas pasa de 13 a 3 mujeres afectadas. Por otra parte, en el caso del ítem “vigilia” (problemas de somnolencia), las puntuaciones son mayores después de la intervención (se pasa de un valor de 8,3 a 14,8, $P < 0,05$). La puntuación en el ítem referido a los “problemas de apetito” indica que este aspecto también mejora pasando de un valor de afectación

Tabla 5. Valores medios en pérdida de calidad de vida que presenta el grupo control en cada una de las subescalas

SUBESCALAS	MEDIA	DEV. STD
Síntomas	25,3	18,8
Dificultades en hábitos cotidianos	18	17,3
Dificultades familiares y sociales	22	15,1
Malestar emocional	46,1	25,9
Valoración general	55,7	31,4

Tabla 6. Comparación de las medias de disminución de la calidad de vida entre el grupo control y en grupo intervención antes de la terapia

ESCALA DE SÍNTOMAS	G. CONTROL (media)	G. INTERVENCIÓN (media)	T-TEST (Valor t)	SIG
Náuseas	10,2	5,3	1,52	NS
Dolor	23,6	15,2	1,82	NS
Fatiga	48,1	40,5	1,38	NS
Sueño	32,2	31,7	0,09	NS
Vigilia	15	8,3	1,9	NS
Apetito	23	12,5	2,18	P < 0,05

ESCALA DE HÁBITOS	G. CONTROL (media)	G. INTERVENCIÓN (media)	T-TEST (Valor t)	SIG
Dif. movilidad	5,1	5,1	0	NS
Dif. trabajo	23,9	24	-0,001	NS
Cuidados pers.	11,1	9,5	0,52	NS
Dif. act. física	21,5	28,9	-1,73	NS
Dif. act. casa	34,2	37,8	-0,77	NS

ESCALA FAM. SOCIAL	G. CONTROL (media)	G. INTERVENCIÓN (media)	T-TEST (Valor t)	SIG
Atractivo	44,6	35,6	1,4	NS
Act.recreativas	27	23	0,76	NS
Sat. social	14,2	12,5	0,4	NS
Preoc. hijos	27,2	30,5	-0,49	NS
Dif. pareja	28	35	-9,85	P < 0,001
Dif.rel.familia	7,8	6,3	0,41	NS
Información	23,5	18,3	0,02	NS
Dif.economía	26	26	0	NS

ESCALA M. EMOCIONAL	G. CONTROL (media)	G. INTERVENCIÓN (media)	T-TEST (Valor t)	SIG
Ira	36,5	33,9	0,45	NS
Ansiedad	49,9	48,9	0,17	NS
Aspecto físico	40,4	35,3	1,58	NS
Depresión	58,9	53	1,003	NS
Concentración	44,6	39,9	0,07	NS
Ilusión cosas	39,3	35,2	0,72	NS
Miedo	53,2	52,9	0,05	NS

Tabla 7. Comparación de la calidad de vida a nivel de subescalas entre los dos grupos

SUBESCALAS	G. CONTROL (media)	G. INTERVENCIÓN (media)	T-TEST (Valor t)	SIG
Síntomas	25,3	18,9	2,41	P < 0,02
Dif. hábitos cotidianos	18	20,3	-0,88	NS
Dif. familiares y Sociales	21,9	25,1	-0,9	NS
Malestar emocional	46,1	42,7	0,86	NS
Valoración general	5,7	49,1	0,13	NS

Tabla 8. Comparación de la calidad de vida antes y después de la intervención psicológica en grupo

ESCALA DE SÍNTOMAS	ANTES n= 65 (media)	DESPUÉS n= 47 (media)	T-TEST (Valor t)	SIG
Náuseas	5,3	0,6	2,2	P < 0,05
Dolor	15,2	20,3	-0,75	NS
Fatiga	40,4	36,7	0,35	NS
Sueño	31,7	33,3	-0,39	NS
Vigilia	8,3	14,8	-2,29	P < 0,05
Apetito	12,5	4,7	1,84	NS

ESCALA HÁBITOS	ANTES n= 65 (media)	DESPUÉS n= 47 (media)	T-TEST (Valor t)	SIG
Dif. movilidad	5,1	6	-1,54	NS
Dif. trabajo	24	19,2	-1,31	NS
Cuidados pers.	9,4	5,4	1,12	NS
Dif. act. física	29	17,1	1,98	P < 0,05
Dif. act. casa	37,8	27,2	1,9	NS

ESCALA FAM/SOC	ANTES n= 65 (media)	DESPUÉS n= 47 (media)	T-TEST (Valor t)	SIG
Atractivo	35,6	22	1,93	NS
Act. recreativas	23	12,5	2,43	P < 0,02
Sat. social	12,5	10	0,19	NS
Preoc. hijos	30,5	37	-0,83	NS
Dif. pareja	35	34,4	1,15	NS
Dif. familia	6,3	15,5	-1,78	NS
Información	18,2	9,8	1,62	NS
Dif. economía	26	20,4	1	NS

ESCALA M. EMOCIONAL	ANTES n= 65 (media)	DESPUÉS n= 47 (media)	T-TEST (Valor t)	SIG
Ira	33,9	31,9	0,41	NS
Ansiedad	48,9	36	0,84	NS
Aspecto físico	35,3	33,4	0,02	NS
Depresión	53	36,3	2,08	P < 0,05
Concentración	39,9	36	0,53	NS
Ilusión cosas	35,2	17,4	2,68	P < 0,01
Miedo	52,9	40	1,49	NS

media de 12,5 a 4,7, aunque la diferencia no llega a ser significativa. Por último señalar que la “fatiga”, que es el síntoma con la puntuación más elevada, disminuye ligeramente después de la intervención.

A nivel de autonomía funcional (*subescala de dificultades en los hábitos cotidia-*

nos), las dificultades disminuyen después de la terapia de grupo. El ítem “dificultades con la actividad física” mejora significativamente, pasando de una media de 29 a 17,1 (P<0,05). El resto de ítems no son significativos, pero los problemas tienden a disminuir, siendo la puntuación más elevada la

que corresponde al ítem “dificultades en la realización de las actividades de casa” antes y después de la intervención (37,8 y 27,2, respectivamente). Posiblemente en este aspecto del nivel de la autonomía personal es donde se hacen más patentes las secuelas derivadas de la enfermedad y su tratamiento.

A nivel de **dificultades familiares y sociales**, los resultados indican que la mitad de los ítems mejoran después de la intervención y lo hace de manera significativa la “satisfacción con las actividades recreativas”, pasando de una puntuación media de insatisfacción antes de la intervención de 23 a 12,5 después de la intervención psicológica ($P < 0,02$). El resto de ítems que presentan una mejoría importante, aunque no llegue a ser significativa, son el “atractivo” (pasa de una media de afectación de 35,6 a una media de 22) y la “satisfacción con la información” (valor medio 18,2 antes y 9,8 después). Tras la intervención psicológica las mujeres se sienten más atractivas y más informadas que antes de iniciar el grupo. En otros casos se obtiene una puntuación media mayor después de la intervención psicológica, observándose en los ítems “preocupación por los hijos” (30,5 y 37) y “relaciones familiares” (6,3 y 15,5). Las puntuaciones más elevadas en esta subescala se observan en los ítems “relaciones de pareja” y “preocupación por los hijos”.

Por último, a nivel de **malestar emocional**, disminuyen todas las dificultades. El ítem “depresión” pasa de una puntuación media de 53 a 36,3 ($P < 0,05$) y la “pérdida de ilusión por las cosas y actividades” de 35,2 a 17,4 ($P < 0,01$); es decir, tras la terapia de grupo, disminuyen significativamente los sentimientos de depresión y se recupera la ilusión. También disminuyen de forma importante después de la intervención en grupo la “ansiedad” (48,9 a 36) y el “miedo” (52,9 a 40).

En síntesis, de los 27 ítems que componen el cuestionario de calidad de vida después de la terapia de grupo 17 aspectos mejoran, 6 se mantienen y 4 empeoran.

5. Comparación de la calidad de vida del grupo control con el grupo intervención, al finalizar la terapia

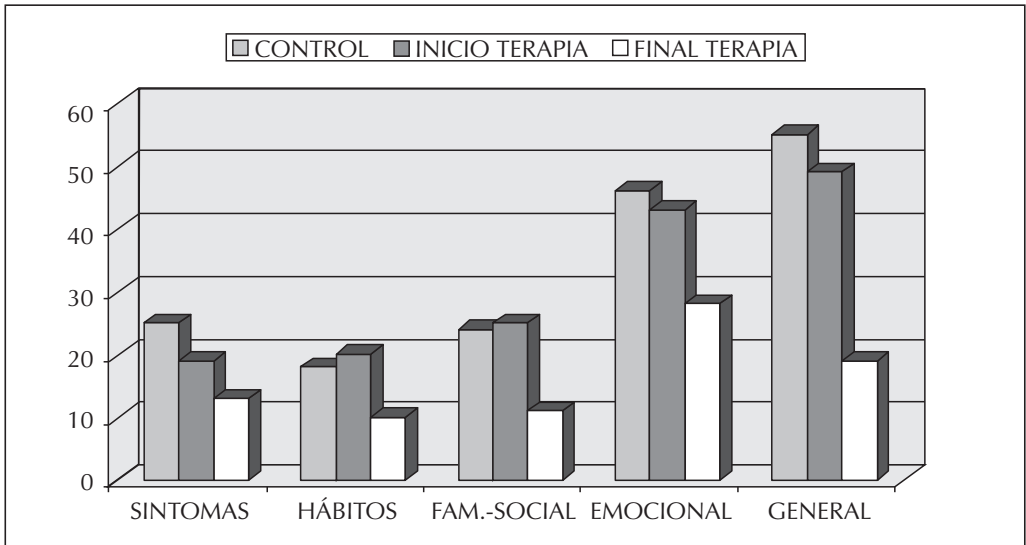
Al comparar la disminución de la calidad de vida en las diferentes subescalas que presenta el grupo intervención una vez finalizada la terapia, versus los valores del grupo control (comparación inter-grupo), la calidad de vida ha mejorado en todos los niveles. Se observan mejorías significativas en las subescalas: “síntomas” ($P < 0,01$), “dificultades familiares y sociales” ($P < 0,01$), “malestar emocional” ($P < 0,001$) y “valoración negativa del día” ($P < 0,001$), mientras que los valores de la subescala “dificultades en los hábitos cotidianos” no llegan a ser significativos (diferencia media = 7,8; $P = 0,056$). De todas formas esta comparación es solo orientativa ya que se efectúa con datos obtenidos en momentos no equivalentes. Por este motivo, en los comentarios de los resultados respecto a la eficacia de la terapia, nos referiremos principalmente a las comparaciones intra-grupo. A efectos ilustrativos, en la figura 1 se indican los valores medios de cada subescala en los tres grupos de datos: grupo control, grupo intervención antes de la terapia y grupo intervención después de la terapia.

DISCUSIÓN

Situación de partida

La distribución de las pacientes entre los dos grupos ha seguido un criterio semialeatorio, es decir, si en el momento de la solicitud se estaba formando el grupo, la paciente entraba a formar parte del grupo intervención. En caso contrario la paciente pasaba a lista de espera (grupo control) y por cuestiones éticas se le ofrecía apoyo individual hasta la disponibilidad de un nuevo grupo. El único criterio de homogeneización del grupo intervención era que no hubiera diferencias extremas en la edad de las pacientes. Al no existir tanta demanda de apoyo psicológico en grupo entre las

Figura 1. Valores medios de pérdida de calidad de vida (subescalas) en el grupo control y en el grupo intervención, antes y después de la terapia de grupo



personas mayores (> 65 años), esto dificultaba la opción de crear un grupo de apoyo para personas de mayor edad. Este efecto de la edad puede explicar, al menos en parte, algunas de las diferencias sociodemográficas entre los grupos control y el grupo intervención, diferencias que no llegan a ser significativas.

Considerando las características clínicas de ambas muestras, se observa el predominio de la intervención tipo mastectomía en ambos grupos y la alta proporción de pacientes que han recibido quimioterapia y hormonoterapia. Aunque actualmente en la mayoría de las ocasiones se considera la posibilidad de una cirugía conservadora, se continúan realizando un importante número de mastectomías, lo que repercute de forma importante en la pérdida de calidad de vida de la mujer con cáncer de mama^(34,35). En el grupo control hay más pacientes que han recibido quimioterapia (80,8 % frente a 67,1 % en el grupo intervención), pero por el contrario hay más casos de tratamiento de quimioterapia con auto-trasplante en el grupo intervención.

Respecto a los perfiles de la calidad de vida, en el grupo intervención, y antes de la

terapia de grupo, los problemas más frecuentes son, por este orden: el miedo, la depresión, la ansiedad, la pérdida de concentración, las dificultades en las actividades de casa, la fatiga, las dificultades con la actividad física y la ira. Como podemos observar, la mayoría están relacionados con el malestar emocional, es decir, la pérdida de calidad de vida en mujeres con cáncer de mama viene condicionada prácticamente por el malestar psicológico que genera esta situación, y que son las dificultades que han llevado a estas mujeres a pedir ayuda. En el grupo control observamos prácticamente la misma frecuencia de problemas. Estos resultados coinciden con los de otros estudios anteriores^(4,31,33,36) y describen la situación predominante en la fase de primer tratamiento de la enfermedad. A nivel físico cabe destacar la fatiga que puede observarse a lo largo de todo el proceso de la enfermedad y tratamiento, síntoma que puede mantenerse incluso mucho tiempo después de haber finalizado los tratamientos oncológicos^(37,38). Considerando las subescalas de calidad de vida, nuevamente los resultados son muy similares a los obtenidos en el estudio de Font⁽³¹⁾, es decir, los aspectos que

más contribuyen a la pérdida de calidad de vida son los de malestar emocional seguido de las dificultades familiares y sociales, las dificultades con los hábitos cotidianos y, por último, los síntomas.

Evolución de la calidad de vida en el grupo intervención

A nivel de *subescala de síntomas*, los resultados muestran pocas variaciones, por lo que las pacientes se encuentran igual antes y después de la terapia de grupo. Algunos aspectos mejoran como las náuseas (significativamente), la fatiga y el apetito y otros empeoran, como el dolor, las dificultades para dormir y la somnolencia durante el día. En el caso de las náuseas es muy probable que la mejoría sea debida a que al finalizar el grupo de apoyo todas las participantes se encuentran ya en fase libre de enfermedad y el tiempo transcurrido facilita que hayan finalizado los efectos secundarios de los tratamientos oncológicos recibidos y se hayan podido recuperar más físicamente. Respecto a la vigilia o grado de somnolencia, afecta a pocas personas, y el empeoramiento puede ser debido a la medicación que seguían algunas pacientes, aspecto que no se ha analizado con detalle. De hecho, los síntomas que mejoran, como las náuseas, el apetito y la fatiga, generalmente son aquellos que más relacionados están con los tratamientos oncológicos y una vez finalizados éstos, la mayoría de estos síntomas disminuyen.

Mención especial merece la fatiga, que tiende a persistir a lo largo del tiempo, convirtiéndose en ocasiones en un problema crónico para muchos pacientes con cáncer que han realizado algún tratamiento oncológico. Así lo demuestra el resultado obtenido en este estudio, donde al inicio de la terapia los valores medios en fatiga son de 40,4 (en promedio, y en una escala de 100) y al finalizar la intervención de 36,7, y el tiempo transcurrido es, generalmente, de unos 9 meses. También las molestias físicas y las dificultades para dormir son síntomas

que pueden perdurar a lo largo del tiempo, como se observa en nuestro grupo.

Respecto a la *escala de dificultades con los hábitos cotidianos*, se observa una mejoría de todos los ítems después de la intervención psicológica en grupo, exceptuando las dificultades con la movilidad y con los cuidados personales, que se mantienen prácticamente estables, siendo las puntuaciones menores de toda la escala. Las dificultades con la actividad física es el único ítem significativo de este grupo que mejora después de la intervención, pasando de una media de 29 al inicio de la terapia a 17,1 al finalizar la misma; lo mismo ocurre con la disminución observada en la dificultad para realizar las actividades cotidianas, aunque no es significativa y presenta la puntuación más elevada (de 37,8 a 27,2 al finalizar la terapia de grupo). Es importante destacar que el ítem de dificultades del trabajo aunque mejora tras la intervención, no es significativo, probablemente por la baja proporción de personas que trabajan fuera de casa (13 mujeres o el 18,8% de las personas que componen el grupo intervención). De todas formas, al final 7 personas más se reincorporan al trabajo.

Siguiendo con la *subescala de dificultades familiares y sociales* observamos que después de la terapia de grupo mejoran la mayoría de los ítems. Los únicos que se mantienen estables son las relaciones familiares y la preocupación por los hijos. El ítem satisfacción con las actividades recreativas alcanza una diferencia estadísticamente significativa, pasando de una media de 23 al inicio de la terapia a 12,5 al finalizar el grupo, mostrando cómo después de la intervención se recupera de nuevo la satisfacción por las actividades lúdicas que tenía antes la paciente. De hecho, este es uno de los aspectos que con frecuencia se puede trabajar en las sesiones de terapia de grupo.

La mejora de la información es uno de los beneficios que se pueden obtener de un grupo de apoyo de este tipo⁽³⁹⁻⁴²⁾. También en nuestro grupo se obtienen mejorías, aunque no llegan a ser significativas. Es posible que

esto sea debido a que las pacientes, al hablar unas con otras, son más conscientes de las lagunas informativas que presentan respecto a la información médica recibida. Respecto a los problemas de atractivo, se pasa de una puntuación media de 35,6 a 22 puntos. Somos conscientes de que, aunque en parte pueda ser debido a la intervención psicológica, también participa de esta mejoría la recuperación física posterior a los tratamientos, la recuperación del cabello, la estabilización del peso, etc.; en algunos casos también se ha de mencionar la reconstrucción mamaria que algunas participantes realizan en el transcurso del grupo de apoyo.

Lo que no mejoró con la terapia son las relaciones familiares. Como afirma Spiegel⁽⁴³⁾, las relaciones con las personas del entorno cambian, sean para mejor o para peor, pero raramente se mantienen igual. El que se produzca una serie de cambios importantes en la vida de una persona diagnosticada de cáncer repercute en los demás, y la adaptación que realizan las personas de alrededor a esta situación determina, de forma importante, la calidad de vida y bienestar de los pacientes. Es poco probable que en el transcurso de la terapia los familiares cambien su estilo de interacción con los pacientes, al tiempo que éstos son cada vez más conscientes de sus necesidades. El apoyo recibido por parte de la pareja tampoco sufre cambios durante el proceso de intervención. El estudio de Northouse y colaboradores⁽⁴⁴⁾ viene a confirmar estos resultados cuando compara dos muestras, las parejas de mujeres con patología mamaria benigna con las parejas de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama: éstas últimas presentan más problemas de adaptación asociados a la enfermedad, problemas que se manifiestan mediante una mayor insatisfacción con la relación de pareja y mayores dificultades en el funcionamiento familiar.

A lo largo de las sesiones también hemos podido observar que uno de los aspectos más perjudicados después de un diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama son las relaciones sexuales, aunque los demás

aspectos de la relación, de comunicación y afectivos, se mantengan estables o puedan incluso llegar a mejorar coincidiendo los resultados de este estudio con los de otros autores⁽⁴⁵⁻⁴⁷⁾.

Por último, a nivel de la **escala de malestar emocional**, observamos que todas las dificultades disminuyen después del tratamiento en grupo, comparado con la situación inicial. La disminución de la depresión y la recuperación de la ilusión por las cosas y actividades se consiguen de manera significativa. La mejoría de estos síntomas refleja la recuperación psicológica de la paciente, es decir, la posibilidad de retomar de forma progresiva la vida normal se ve facilitada por el deseado distanciamiento de médicos y hospitales conforme las visitas se van distanciando. De todas formas este aspecto, el paso del tiempo, aunque favorecedor probablemente de la recuperación psicológica no parece que sea determinante, por cuanto algunos pacientes presentan más problemas una vez finalizadas las terapias médicas que durante las mismas. En estos casos parece que los cuidados médicos proporcionan “señales” de seguridad y tranquilidad a las pacientes. Por lo tanto, cabe suponer que al menos en parte, estas mejorías son debidas *también* a la intervención psicológica en grupo.

Pensamos que de cara a la futura calidad de vida de estas pacientes, las mejorías observadas a nivel de disminución de la depresión son significativas porque con frecuencia encontramos mujeres que, aun cuando en un inicio presentan un estado de ánimo deprimido, reactivo a la situación que están viviendo, éste llega a convertirse en una depresión que requerirá tratamiento psicofarmacológico. Precisamente son las pacientes que toman medicación antidepressiva las que muestran pocas diferencias significativas antes y después de la intervención en grupo.

La ansiedad y el miedo también disminuyen con diferencias importantes, aunque no significativas a nivel de intra-grupo. Hay que tener en cuenta que estos síntomas afectivos los presentan una importante propor-

ción de pacientes, como se ha podido constatar en estudios anteriores⁽⁷⁾, son los que crean mayor malestar psicológico y, por tanto, más disminuyen la calidad de vida. La ira, la insatisfacción con el aspecto físico y las dificultades de concentración disminuyen ligeramente, pero son síntomas que posiblemente necesiten más tiempo para disminuir de forma significativa o desaparecer por completo. Algunas pacientes que se muestran enfadadas buscan una respuesta a la aparición de su enfermedad, e intentan aclarar las causas de la misma. Este aspecto informacional también suele aparecer varias veces a lo largo de las sesiones de grupo.

La insatisfacción con el aspecto físico viene generada por todos los cambios que la mayoría de mujeres sufren a raíz de la intervención quirúrgica, siendo más intensa cuando es una mastectomía y por todos los tratamientos oncológicos. Los cambios más frecuentes y que perjudican más a las mujeres a nivel de imagen corporal son: el aumento de peso, la retirada de la menstruación, la caída del cabello y el envejecimiento prematuro de la piel; especialmente intensos en las pacientes más jóvenes. Son aspectos que pueden tardar mucho tiempo en mejorar y que el tratamiento hormonal no facilita. Durante la terapia tratamos de que las pacientes más afectadas inicien un proceso de aceptación de aquellos aspectos que ya no pueden cambiar objetivamente en un sentido más favorable. Una mayor aceptación de la enfermedad y los efectos de los tratamientos también suele acompañarse de una disminución de la ira. Nuestros resultados coinciden con los estudios de López et al.⁽³⁵⁾ y Toledo y colaboradores⁽⁴⁸⁾.

Considerando los resultados de todas las subescalas, los resultados coinciden con los de investigaciones anteriores^(31,33) y se concluye que: los factores que más contribuyen a la pérdida de calidad de vida son los psicológicos (también Ferrell et al.^(49,50)), seguidos de las dificultades familiares y sociales, las dificultades con los hábitos cotidianos y, por último, los síntomas físicos.

En cuanto al incremento de problemas que presentan una pequeña parte de

pacientes, pensamos que tal vez la terapia de grupo también permite aflorar preocupaciones e inquietudes que no estaban resueltas, aspectos de la vida cotidiana que funcionaban correctamente y que se habían ido dejando. La enfermedad como tiempo de crisis o tiempo para cuestionarse muchas cosas de la vida. Probablemente también puede contribuir a ello la mayor concienciación que se obtiene en la terapia de grupo respecto a qué apoyos podemos y debemos esperar de los que nos rodean.

También pensamos que es importante tener en cuenta que, en la valoración general que hace cada paciente de su calidad de vida, muchas mujeres afirman que no consideran su vida más insatisfactoria que antes, sino que su vida actual es diferente, con aspectos que empeoran, pero también con aspectos que mejoran, como el cambio de valores, ganando muchas de ellas calidad de vida, mejor incluso que la que tenían antes del diagnóstico de la enfermedad. La terapia facilita la reflexión de la propia vida, convirtiéndose la enfermedad en un punto de inflexión, a partir de la cual hacer cambios en un sentido positivo, por ejemplo, disminuyendo el estrés, mejorando la alimentación, cuidándose más, e intentando disfrutar más de las pequeñas cosas o las cosas que verdaderamente importan.

Probablemente los beneficios que se obtienen en la terapia no son únicamente en relación con la enfermedad (mayor información, mejores estrategias, etc.), sino que implica un autoconocimiento personal que les permite aplicar lo aprendido en otras áreas de su vida, al mismo tiempo que las fortalece para afrontar dificultades futuras y, especialmente, contar con una red más de apoyo social, con la que comparten muchos puntos en común, reduciendo la sensación de aislamiento.

CONCLUSIONES

Las pacientes con cáncer de mama que solicitan apoyo psicológico presentan dificultades emocionales que son susceptibles de tratamiento a nivel individual o en grupo.

A cualquier mujer a la que se le diagnostica un cáncer de mama, y como prevención de posibles dificultades emocionales futuras, se le debería recomendar como mínimo una primera valoración psicológica para comprobar cómo se encuentra emocionalmente, y en la medida de lo posible, ayudarla a afrontar de la manera más adaptativa posible los diferentes obstáculos que se puede encontrar en el transcurso de su enfermedad y tratamiento.

Uno de los objetivos prioritarios dentro de las terapias de grupo es destacar el papel activo que tiene cada persona ante su enfermedad, lo que proporciona una sensación de mayor control y dominio de la situación. Uno de los aspectos que aumentan esta sensación es la información y el cómo mejorar el cuidado de la propia salud.

La posibilidad de la terapia de grupo permite responder a las importantes necesidades comunicativas y de reflexión vivencial compartida que se observan en muchas pacientes.

Pese a las limitaciones metodológicas de nuestro estudio, parece ser que la terapia de grupo realizada ha sido eficaz para mejorar el nivel emocional de la calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. National Cancer Control Programme. Breast cancer. Basic Facts and Need for Action. Swiss Federal Office of Public Health. Swiss Cancer League, 1996.
2. Berrino F, Capocaccia R, Esteve J, Gatta G, Micheli A, Hakulinen T, et al. Survival of cancer patients in Europe: the EURO-CARE-2 Study. IARC (International Agency for Research on Cancer) Scientific Publications N° 151, Lyon, 1999. Fecha de acceso: 24 de abril de 2002. URL disponible en: <http://www-dep.iarc.fr/dataava/infodata.htm>
3. IARC. GLOBOCAN 2000: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. Lyon, 2001. Fecha de acceso: 24 de abril de 2002. URL disponible en: <http://www-dep.iarc.fr/dataava/infodata.htm>
4. Carlsson M, Hamrin E. Psychological and psychosocial aspects of breast cancer and breast cancer treatment. A literature review. *Cancer Nurs* 1994; 17 (5): 418-28.
5. Salvatierra V. Repercusiones psicológicas del cáncer de mama. *Cuadernos de Medicina Psicosomática* 1995; 33: 6-21.
6. Font A. Las expectativas como predictoras de cambios emocionales y conductuales. II Congreso Oficial de Psicólogos. Area 5 Psicología y Salud. Madrid: Publicaciones del Colegio Oficial de Psicólogos, 1990a; Libro de comunicaciones, p. 238-43.
7. Font A. Estrategias de afrontamiento, adaptación y calidad de vida. II Congreso Oficial de Psicólogos. Area 5 Psicología y Salud: Psicología de la Salud. Madrid: Publicaciones del Colegio Oficial de Psicólogos, 1990b; Libro de comunicaciones, p. 90-6.
8. Font, A. Calidad de vida: modelo de toma de decisiones compartidas oncólogo-paciente. En: Gil F, editor. *Manual de Psico-oncología*. Madrid: Nova Sidonia Oncología, 2000; p. 225-54.
9. Andersen B. Psychological interventions for cancer patients to enhance the quality of life. *J Cons Clin Psychol* 1992; 60 (4): 552-68.
10. Fawzy F, Fawzy N, Hyun C, Elashoff R, Guthrie D, Fahey J, et al. Malignant melanoma. Effects of an early structured psychiatric intervention, coping and affective state in recurrence and survival 6 years later. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 681-9.
11. Greer S. Improving quality of life: Adjuvant psychological therapy for patients with cancer. *Support Care Cancer* 1995; 3 (4): 248-51.
12. Turk D, Fernández E. Pain: A cognitive-behavioral perspective. En Watson M, editor. *Cancer patient care: Psychosocial Treatment Methods*. Cambridge: BPS Books and Cambridge University Press, 1991; p. 15-44.
13. Black P, Morrow G. Anticipatory nausea and emesis: behavioral interventions. En: Watson M, editor. *Cancer patient care: Psychosocial Treatment Methods*. Cambridge: BPS Books and Cambridge University Press, 1991; p. 45-73.
14. Classen C, Butler L, Koopman C, Miller E, DiMiceli S, Giese-Davis J, et al. Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58 (5): 494-501.
15. Fawzy F, Fawzy N, Arndt L, Pasnau R. Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 100-13.

16. Spiegel D. Essentials of psychotherapeutic intervention for cancer patients. *Support Care Cancer* 1995; 3 (4): 252-6.
17. Trijsburg RW, Van Knippenberg FCE, Rijpma SE. Effects of psychological treatment on cancer patients: A critical review. *Psychosom Med* 1992; 54: 489-517.
18. Burish T, Snyder S, Jenkins R. Preparing patients for cancer chemotherapy: effect of coping preparation and relaxation interventions. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59 (4): 518-25.
19. McArdle J, George W, McArdle C, Smith D, Moodie A, Marc Hughson A, et al. Psychological support for patients undergoing breast cancer surgery: a randomised study. *Br Med J* 1996; 312: 813-6.
20. Cunningham A, Edmonds C, Williams D. Delivering a very brief psychoeducational program to cancer patients and family members in a large group format. *Psychooncology* 1999; 8: 177-82.
21. Kissane D, Bloch S, Smith G, Miach P, Clarke D, Ikin J, et al. Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: A randomized controlled trial. *Psychooncology* 2003; 12 (6): 532-46.
22. Nekhlyudov L, Yaker A. Group psychosocial support in metastatic breast cancer. *New Engl J Med* 2002; 346 (16): 1247.
23. Sebastián J, Bueno MJ, Mateos N, García P. Evaluación de un programa de intervención sobre cáncer de mama. *Boletín de Psicología* 1999; 65: 53-73.
24. Baider L. Psychological intervention with couples after mastectomy. *Support Care Cancer* 1995; 3 (4): 239-43.
25. Greer S. Terapia psicológica adyuvante para mujeres con cáncer de mama. *Bol Psicol* 1992; 36: 71-83.
26. Fawzy F, Fawzy N, Wheeler J. A post-hoc comparison of the efficiency of a psychoeducational intervention for melanoma patients delivered in group versus individual formats: An analysis of data from two studies. *Psychooncology* 1996; 5: 81-9.
27. Spiegel D, Bloom J, Kraemer H, Gotthel E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989; 888-91.
28. Simpson J, Carlson L, Trew M. Effect of group therapy for breast cancer on healthcare utilization. *Cancer Pract* 2001; 9 (1): 19-26.
29. Arquiola J, Almonacid V, Barahona A, Figueroa E, Villena J. Psychosocial rehabilitation of breast cancer patients. En: 9th Conference of the European Society for Psychosocial Oncology (ESPO-9), Amsterdam. *Psychooncology* 1996; 5 (2): Abstracts, p. 146.
30. Romero R, Ibáñez E, Monsalve V. La terapia psicológica adyuvante en enfermas con cáncer de mama: un estudio preliminar. En: F. Gil F, editor. *Manual de Psico-oncología*. Madrid: Nova Sidonia Oncología, 2000; p. 15-38.
31. Font A. Valoración de la calidad de vida en pacientes de cáncer. [Tesis doctoral]. Universidad Autónoma de Barcelona, 1988.
32. Font A, Bayés R. Desarrollo de un instrumento para la medida de la calidad de vida en enfermedades crónicas. En: Fornis M, Anguera MT, editores. *Aportaciones Recientes a la Evaluación Psicológica*. Barcelona: Universitas-53, 1993; p.175-95.
33. Font A. Cáncer y calidad de vida. *Anuario de Psicología* 1994; 61 (2): 41-50.
34. Irache E. Reacciones psíquicas a la mastectomía por cáncer de mama. *Revista de Senología y Patología Mamaria* 1991; 4 (2): 63-70.
35. López MD, Polaino A, Arranz P. Imagen corporal en enfermas mastectomizadas. *Psiquis* 1992; 13 (10): 423-8.
36. Woods M, Tobin M, Mortimer P. The psychosocial morbidity of breast cancer patients with lymphoedema. *Cancer Nursing* 1995; 18 (6): 467-71.
37. Portenoy R, Itri L. Cancer-Related Fatigue: Guidelines for evaluation and management. *Oncologist* 1999; 4: 1-10.
38. Visser MRM, Smtes EMA. Fatigue, depression and quality of life in cancerpatients: how are they related?. *Support Care in Cancer* 1998; 6: 101-8.
39. Cope D. Functions of a breast cancer support group as perceived by the participants: An ethnographic study. *Cancer Nurs* 1995; 18 (6): 472-8.
40. Durá E. El dilema de informar al paciente de cáncer. Valencia: Nau Llibres, 1990.
41. Gray R, Fitch M, Davis C, Phillips C. A qualitative study of breast cancer self-help groups. *Psycho-Oncology* 1997; 6: 279-89.
42. UICC. Workshop 1. Patient support groups. *Psycho-Social Impacts of Breast Cancer*. Lucerne, Suiza, 1998.
43. Spiegel D. Facilitating emotional coping during treatment. *Cancer* 1990; 66: 1422-6.
44. Northouse L, Templin T, Mood D, Oberst M. Couples adjustment to breast cancer and

- benign breast disease: a longitudinal analysis. *Psychooncology* 1998; 7: 37-48.
45. Burton M, Watson M. *Counselling people with cancer*. Chichester: Wiley and Sons, 1998.
 46. Ganz P, Rowland J, Desmond K, Meyerowitz B, Wyatt G. Life after breast cancer: Understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *J Clin Oncol* 1998; 16 (2): 501-14.
 47. Schover L. The impact of breast cancer on sexuality, body image and intimate relationship. *Cancer J Clin* 1991; 41: 112-20.
 48. Toledo M, Ferrero J, Barreto, MP. Aspectos psicológicos en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. *Cuadernos de Medicina Psicosomática* 1994; 28/29: 82-90.
 49. Ferrell B, Grant M, Funk B, Otis-Green S, García N. Quality of life in breast cancer survivors as identified by focus groups. *Psychooncology* 1997; 6: 13-23.
 50. Ferrell B, Grant M, Funk B, Otis-Green S, García N. Quality of life in breast cancer. Part II: Psychological and spiritual well-being. *Cancer Nurs* 1998; 21 (1): 1-9.

