

EFICACIA DE LA TERAPIA GRUPAL EN LA CALIDAD DE VIDA Y EL ESTADO EMOCIONAL EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

Ascensión Bellver

Junta Provincial Asociada de Valencia de la Asociación Española Contra el Cáncer

Resumen

Objetivos: El objetivo de este estudio es analizar la eficacia de la intervención de la terapia grupal en el estado emocional y la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama al finalizar los tratamientos médicos. Además, evaluamos la eficacia entre dos tipos de terapia en las mismas variables. El programa de intervención grupal consta de dos módulos: uno donde se trabaja autoestima y habilidades de comunicación, y el otro se entrena a las pacientes con técnicas cognitivo-conductuales para manejo de estados emocionales.

Material y método: La muestra consta de 91 mujeres diagnosticadas de un cáncer de mama no metastático que en el momento de incorporarse a la terapia grupal se encuentran libres de enfermedad y en seguimiento. La media de edad de las mujeres es $49,5 \pm 8,2$ con un rango de edad entre 31 y 74 años, la mayoría de mujeres están casadas 82%. Fueron divididas en dos grupos, en el grupo de psicoterapia autoestima y habilidades de comunicación ($n=42$) y en el grupo de estado de ánimo ($n=49$). Los instrumentos de evaluación para la calidad de vida y estrés psicológico son el cuestionario FACT-B (*Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast*) y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS). Se llevó a cabo un estudio descriptivo de los datos, MANOVA de medias repetidas y diseño factorial mixto.

Resultados: Los resultados muestran un efecto estadísticamente significativo de la intervención de la terapia grupal en ansiedad y depresión ($p < 0,01$). Las medias de estas variables han disminuido significativamente y se mantienen tres meses después de la finaliza-

Abstract

Objective: The aim of this study was to evaluate the efficacy of group psychotherapy interventions on quality of life and its impact on distress response of women with breast cancer. Furthermore, we analyzed the differences between two types of group psychotherapy in the same variables. The group interventions consisted on six weekly sessions, one group was working self-esteem and communication abilities, and the other was training cognitive behavioural techniques.

Methods: The sample consisted of 91 women with non-metastatic breast cancer who received group psychotherapy after medical treatment. The age mean was 49.5 ± 8.2 with age range between 31 and 74 years. The most women were married 82%. The women were divided into two groups: self-esteem and communication abilities ($n=42$) and cognitive behavioral therapy ($n=49$). The women completed the Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast FACT-B (4th version) and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) at the beginning and the end of group psychotherapy and three months follow up. The statistical analyses were MANOVA repeated-measures and design factorial mixed.

Results: The results showed statistical significant improvements of group psychotherapy in anxiety and depression ($p < 0.01$). The means of these variables decreased significant and these maintained in three months follow up. The quality of life global mean improved significant ($p < 0.001$) at the end of psychotherapy and largely maintained at 3 months' follow up. In the quality of life subscales, there were significant differences in emotional well-being

Correspondencia:

Ascensión Bellver Pérez
Plaza Polo de Bernabé 9, 46010 Valencia.
E-mail: psicoascen@correo.cop.es

ción del grupo. La media global de calidad de vida mejora significativamente ($p < 0,001$) al finalizar los grupos y en el seguimiento. En las subescalas del cuestionario de calidad de vida existen diferencias estadísticamente significativas en estado emocional ($p < 0,001$) y en estado funcional ($p < 0,05$). No existen diferencias estadísticamente significativas entre los dos tipos de terapia grupal en ninguna variable, excepto en la subescala de estado emocional, que mejora significativamente ($p < 0,05$) en la terapia grupal que se entrena técnicas cognitivo-conductuales para manejo de estados emocionales.

Conclusiones: Ambos grupos están asociados con beneficios significativos para las mujeres que acudieron a terapia grupal tras finalizar los tratamientos adyuvantes (quimioterapia y/o radioterapia) mejorando sus puntuaciones en el estado emocional y la calidad de vida. Los resultados demuestran la efectividad de los grupos de terapia para mujeres con cáncer de mama al finalizar los tratamientos médicos.

Palabras clave: Terapia grupal, calidad de vida, estado emocional, cáncer de mama.

($p < 0,001$) and functional well-being ($p < 0,05$). Comparative analyses between group treatments didn't show statically significant differences on quality of life, anxiety and depression, except in emotional well-being subscale ($p < 0,05$) in group where it was training cognitive and behavioural techniques.

Conclusions: Both groups are associated with significant benefits. The results demonstrate evidence for the effectiveness of both group psychotherapy for women with breast cancer, increasing quality of life and decreasing anxiety and depression. The results indicate that this program meets the needs of woman and can be regarded as a successful intervention in after oncology treatment.

Key words: Group psychotherapy, quality of life, mood state, breast cancer.

INTRODUCCIÓN

Las mujeres con cáncer de mama deben afrontar una variedad de situaciones estresantes que incluyen el propio diagnóstico^(1,2), procedimientos médicos intrusivos y efectos secundarios de los tratamientos (quimioterapia y/o radioterapia)⁽³⁾ y una variedad de pérdidas personales, psicológicas y físicas^(4,5). La respuesta emocional de las mujeres con un cáncer operable difiere ampliamente y puede ir desde una aparente alteración del ánimo hasta un estado de ansiedad y depresión clínico. Algunas mujeres experimentan niveles altos de ansiedad y depresión cerca del momento del diagnóstico y a lo largo del tratamiento y la recuperación⁽⁶⁾. Estudios sistemáticos muestran que entre un 20% y 35% de las mujeres con cáncer de mama, independientemente de

su estadio de la enfermedad, tienen una morbilidad psiquiátrica medible^(6,7). En las pacientes diagnosticadas y tratadas de un cáncer aumenta el riesgo de desarrollar ansiedad y/o depresión, entre estas mujeres se ha descrito que un 47% de las pacientes son diagnosticadas con algún trastorno psiquiátrico⁽⁸⁾. Los estudios más recientes describen una visión más positiva, la incidencia del *distress* psicológico en cáncer de mama es de un 32,8%⁽⁹⁾.

En los últimos años, los avances médicos han logrado una mayor supervivencia en mujeres con cáncer de mama, esto ha motivado el incremento de mejorar la calidad de vida de estas mujeres. Esto ha supuesto el desarrollo de programas de intervención psicológica que faciliten su recuperación y adaptación a su vida cotidiana. La mayoría de las intervenciones psicológicas con pacientes

de cáncer^(10,11) utilizan la combinación de las técnicas cognitivo-conductual para el manejo del estrés. El uso de intervenciones cognitivo-conductuales para mejorar el bienestar en pacientes con cáncer ha sido contenido de considerable atención en los últimos años. El interés en este área está estimulado por el incremento del reconocimiento de la importancia de la calidad de vida (un constructo que incluye el bienestar emocional y físico) como un punto principal en el tratamiento de cáncer⁽¹²⁾. Aunque hay un considerable entusiasmo por el uso de las intervenciones cognitivo-conductuales para mejorar el bienestar emocional, una revisión de la literatura indica que únicamente unos pocos estudios han evaluado estas intervenciones utilizando diseños aleatorios controlados^(13,14). Wonder y Weisman⁽¹⁵⁾ fueron los primeros en desarrollar y evaluar las técnicas cognitivo-conductuales para reducir el *distress* y mejorar el bienestar psicológico en pacientes con cáncer. Un estudio desarrollado por Fawzy et al⁽¹⁶⁾ proporcionó evidencias adicionales de que las intervenciones cognitivo-conductuales son efectivas para promocionar afrontamiento adaptativo y reducir el *distress* emocional. En este estudio, formado por pacientes con estadio inicial de melanoma, fueron asignados aleatoriamente a un grupo control sin recibir tratamiento o grupo experimental donde se les administraba un programa que incluía: educación para la salud, entrenamiento en estilos de solución de problemas, entrenamiento en manejo del estrés y apoyo psicológico. En el seguimiento de los 6 meses, los pacientes del grupo de intervención encontraron que experimentaban menos estrés emocional y utilizaban estrategias de afrontamiento más activas que el grupo control. La terapia de grupo tiene su exponente máximo en el modelo de David Spiegel⁽¹⁷⁾.

La literatura muestra una mejoría de los grupos de terapia en pacientes con cáncer, incluyendo mejora en el estado de ánimo, capacidad de afrontamiento y ajuste al cáncer y el dolor. Además de mejorar la calidad de vida, en el estudio de David Spiegel⁽¹⁷⁾ se encontró que el grupo de 86 mujeres con cáncer de mama metastásico que habían acudido a los grupos de terapia tenían una mayor supervivencia. Estas mujeres participaron en un grupo de apoyo semanal durante un año con auto-hipnosis para el dolor.

Los grupos de psicoterapia tienen la ventaja de ser más beneficiosos si hablamos en coste-efectividad que la terapia individual y hay una mayor evidencia de su mayor efectividad así como la mejora de la calidad de vida de los pacientes⁽¹⁸⁾. Otros autores señalan que tiene beneficios adicionales en forma de apoyo social y de auto-ayuda, disminuye la sensación de estigma, reduce el aislamiento social y facilita el aprendizaje de actitudes adaptativas y estrategias de afrontamiento ante el cáncer⁽¹⁹⁾.

En comparación con la psicoterapia individual, la terapia de grupo ofrece una serie de ventajas⁽²⁰⁾:

1. Apoyo social. Los participantes en un grupo de apoyo pueden tener la posibilidad de crear o aumentar su red de apoyo social, reduciendo el aislamiento al que pudieran estar sometidos tras el diagnóstico de la enfermedad y confrontar los mismos problemas.
2. El apoyo mutuo que se produce gracias a la terapia de grupo ofrece lo que se ha llegado a llamar el principio de "Helper-Therapy", en el cual el paciente mejora en autoestima a través de prestar apoyo a los demás y ayuda a aprender actitudes adaptativas entre los miembros del grupo⁽¹⁹⁾.

3. El coste-beneficio. La terapia de grupo permite atender a un número mayor de pacientes con un menor coste económico en el número de profesionales.

Dentro de este modelo de psicoterapia de grupo, el rol del terapeuta es el de facilitar la exploración de aspectos que pudieran preocupar a los participantes del grupo. Los temas hallados que más preocupan a los pacientes con cáncer son⁽²⁰⁾: a) creación de redes sociales y reducción del aislamiento social, b) afrontamiento de sentimientos de incertidumbre, desesperanza y falta de control, c) disminución de miedo a morir, d) reordenar las prioridades de la vida, e) mejora de las relaciones familiares y de amigos, e) aumento y optimización de la comunicación con el médico y el resto del equipo sanitario, f) adaptación a los cambios de imagen corporal y g) aprendizaje en el manejo del dolor y la ansiedad.

Este artículo describe los resultados de la comparación entre dos tipos de intervención grupal: el grupo de estado de ánimo y el grupo de autoestima y habilidades de comunicación. Los dos grupos de terapia comparados en este artículo tienen una duración de 6 sesiones cada uno, con una duración de 2 h por sesión, el grupo está formado de 8 a 12 mujeres y guiados por un psicólogo clínico. La intervención psicológica tiene un componente psicoeducativo y entrenamiento en técnicas cognitivo-conductuales. La relación terapéutica es colaborativa y se enfatiza el papel activo de la paciente para poner en práctica las técnicas. Todo ello se realiza en un marco de *counselling*, empatía y escucha activa.

El grupo de estado de ánimo incluye el entrenamiento y aprendizaje de técnicas cognitivo-conductuales que se

distribuye a lo largo de 6 sesiones: las cuatro sesiones primeras se centra en el aprendizaje de una amplia variedad de estrategias cognitivas englobadas dentro de la Terapia Cognitiva^(21,22), la Terapia Racional Emotiva^(23,24), el entrenamiento en autoinstrucciones⁽²⁵⁾, las técnicas de distracción⁽²⁶⁾, la parada de pensamiento⁽²⁷⁾ y el entrenamiento en Inoculación de Estrés⁽²⁸⁾.

El objetivo de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y supuestos desadaptativos específicos del paciente. El tratamiento tiene como objetivo enseñar al paciente las siguientes operaciones: controlar las cogniciones automáticas negativas, identificar las reacciones entre cognición, afecto y conducta. En las dos sesiones restantes se realiza una intervención conductual y se introducen algunas técnicas de relajación: relajación muscular progresiva⁽²⁹⁾ e imaginación guiada y visualización⁽³⁰⁾, pautas de respiración y planificación de actividades placenteras.

El grupo de autoestima y habilidades de comunicación consta de 3 sesiones primeras donde se trabaja el concepto de autoestima, las pacientes se centran en el auto-concepto y auto-percepción que tienen de ellas mismas y se trabajan las distorsiones cognitivas relacionadas con subestimación⁽³¹⁾.

Las otras tres sesiones se centran en la comunicación. Se introducen elementos básicos de la comunicación, explicando la comunicación verbal y no verbal, y se trabaja la diferenciación de los tres hábitos de comunicación: asertivo/pasivo/agresivo. Se realiza entrenamiento en asertividad mediante el *role-playing*.

Este artículo describe los resultados de la eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida y el *distress* psicológico en mujeres diagnosticadas de cáncer de

mama. Uno de nuestros objetivos es examinar la eficacia de la intervención psicológica al finalizar la terapia y si esta eficacia se mantiene en el seguimiento posterior a los tres meses. Además estudiaremos si existen diferencias de la eficacia de la intervención teniendo en cuenta los dos tipos de terapia grupal: el grupo de estado de ánimo y el grupo de autoestima y habilidades de comunicación en las mismas variables: calidad de vida y *distress* psicológico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Las participantes incluidas en los grupos de terapia fueron 91, que habían acudido a la sede de la Asociación Española Contra el Cáncer para la realización de los grupos de terapia entre enero de 2000 y junio de 2006. Fueron divididas en dos grupos aleatoriamente, según se iniciaba la terapia grupal: 42 mujeres participaron en el grupo de psicoterapia autoestima y habilidades de comunicación y 49 mujeres en el grupo de estado de ánimo. El rango de edad de las mujeres fue de 31 a 74 años ($M=49,56$ y $D.T=8,2$); un 82% de las mujeres estaban casadas, y un 7% solteras, el 11% restante eran viudas o separadas. Un 64% tenía una cirugía radical por diagnóstico del cáncer de mama y el 36% había recibido una cirugía conservadora.

La muestra descrita en este estudio, fue remitida a los grupos de terapia tras finalizar los tratamientos médicos. Los criterios de inclusión al grupo de terapia son mujeres que tienen confirmado un diagnóstico inicial de un cáncer de mama localizado en estadio I, II y III, han recibido intervención quirúrgica y tratamientos complementarios con quimioterapia, radioterapia y/o hormonoterapia. En el momento de iniciar la psicoterapia grupal los tratamientos adyuvantes han sido finalizados a excepción de

la hormonoterapia y/o el herceptín. Se excluyeron pacientes que tengan presencia metastásica (estadio IV) y/o un trastorno psicopatológico grave (psicosis o demencia).

Uno de los instrumentos de evaluación utilizados fue la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión de Zigmond y Snaith⁽³²⁾. Esta escala ha sido diseñada para valorar la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con una enfermedad física en el ámbito hospitalario. Este instrumento estandarizado ha sido seleccionado debido a sus propiedades psicométricas y gran uso en estudios con muestras de enfermos crónicos, además de ser una prueba breve y de fácil administración. La escala HAD fue desarrollada para encontrar un instrumento de confianza para detectar estados de depresión y ansiedad en un ámbito de hospital médico con pacientes ambulatorios. La escala tiene un total de 14 ítems repartidos en dos subescalas, una de depresión y otra de ansiedad, con 7 ítems cada una, cada ítem tiene un rango de 4 respuestas escala Likert. Cada ítem hace referencia a síntomas experimentados durante la semana previa. Las puntuaciones de cada subescala tienen un rango desde 0 (no *distress*) hasta 21 (máximo *distress*).

El instrumento de medida utilizado para valorar la calidad de vida fue el FACT-B (4ª versión) (*Functional Assessment of Cancer Therapy, Breast cancer subscale*). El cuestionario FACIT (*Functional Assessment of Chronic Illness Therapy*) es una colección de cuestionarios de calidad de vida en enfermedades crónicas. El FACIT incluye el cuestionario general de calidad de vida FACT-G de Cella et al⁽³³⁾ y varias subescalas adheridas al cuestionario, como por ejemplo el FACT-B con la subescala de cáncer de mama⁽³⁴⁾, o el FACT-BMT con la subescala para trasplante de médula ósea.

Las puntuaciones referidas al FACT-B, comprenden 27 ítems pertenecientes al FACT-G y divididas en 4 subescalas: bienestar físico, ambiente social y familiar, bienestar emocional y bienestar funcional; y 1 una subescala más con 9 ítems llamada: otras preocupaciones, referida a efectos propios del diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. La puntuación global del cuestionario va desde 0 a 146, las subescalas: bienestar físico, ambiente social y familiar y bienestar funcional consta de 7 ítems cada una con una puntuación de 0 a 28, la subescala de bienestar emocional consta de 6 ítems con una puntuación de 0 a 24 y otras preocupaciones consta de 9 ítems con una puntuación de 0 a 36.

Los dos cuestionarios fueron cumplimentados por las mujeres al comienzo de la terapia grupal, a las 6 semanas coincidiendo con la última sesión y 3 meses después de haber finalizado la terapia y en seguimiento.

Los análisis estadísticos consistieron en un estudio descriptivo de los datos. Para valorar el efecto de la intervención psicológica se aplicó un análisis de medidas repetidas para las comparaciones intra-sujeto. Para ver el efecto de la intervención psicológica en la calidad de vida y las puntuaciones de ansiedad y depresión, comparando los dos tipos de terapia grupal se aplicó un diseño mixto de medidas repetidas.

RESULTADOS

El efecto de la psicoterapia grupal en la calidad de vida y *distress* psicológico

Examinamos el efecto de la psicoterapia grupal con toda la muestra ($n=91$) en las puntuaciones de la calidad de vida y estado emocional en tres evaluaciones: antes y después de la intervención psicológica y en el seguimiento en 3 meses

posteriores a finalizar el grupo de psicoterapia. Se comparan las puntuaciones de la calidad de vida global del FACT-B y las 5 subescalas y las puntuaciones de ansiedad y depresión del HADS, por medio de un análisis de medidas repetidas MANOVA para la comparación intra-sujetos

En las 91 pacientes evaluadas, antes de comenzar la terapia, las puntuaciones medias fueron: 10,51 (D.T.=4,31) en cuanto a los niveles de ansiedad y 6,81 (D.T.=4,10) con relación a los niveles de depresión. Estas medias al finalizar la terapia a las seis semanas han disminuido a 9 (D.T.=3,49) en ansiedad y 5,84 (D.T.=3,58) en depresión y a los tres meses son de 8,99 (D.T.=3,69) en ansiedad y 5,98 (D.T.=3,80) en depresión. Los resultados muestran un efecto estadísticamente significativo como se pueda apreciar en la Tabla 1 de la intervención de la terapia grupal en ansiedad ($F=11,4$, $p<0,001$) y en depresión ($F=5,8$, $p<0,01$). Podemos apreciar por las medias de estas variables que la terapia grupal ha disminuido significativamente los niveles de ansiedad y depresión y éste se mantiene tres meses después de la finalización del grupo en el conjunto de la muestra. Las puntuaciones medias de la calidad de vida global del cuestionario FACT-B antes de iniciar la terapia es de 82,23 (D.T.=18). Al finalizar la terapia a las 6 semanas se ha incrementado a 87,24 (D.T.=17,74) y en el seguimiento a los 3 meses es 87,58 (D.T.=16,90). Las medias en estado físico antes de la terapia grupal son 19,43 (D.T.=5,66), al finalizar 20,20 (D.T.=4,82) y en el seguimiento 19,97 (D.T.=4,99). En la subescala estado funcional las puntuaciones media basal es de 14,86 (D.T.=4,95), al finalizar el grupo 15,9 (D.T.=4,96) y a los 3 meses 15,53 (D.T.=4,40). La subescala bienestar emocional tiene unas puntuaciones medias de 13,23 (D.T.=4,35), 15,20 (D.T.=3,98)

y 15,56 (D.T.=4,85), en la subescala bienestar socio/familiar las puntuaciones medias son 16,97 (D.T.=6,11), 17,62 (D.T.=5,38) y 17,68 (D.T.=5,18) y por último las medias de la subescala otras preocupaciones son 17,60 (D.T.=5,15), 18,43 (D.T.=5,34) y 18,42 (D.T.=5,44). El análisis multivariado indica el efecto de la psicoterapia al comparar las medias en los tres momentos de evaluación sobre la calidad de vida. Estas diferencias son estadísticamente significativas como se pueda apreciar también en la Tabla 1, en las siguientes variables Calidad de vida global (F=14,9, $p<0,001$), subescala Estado Funcional (F=3,8, $p<0,05$) y Bienestar emocional (F=19,3, $P<0,001$). No existen diferencias significativas en las siguientes subescalas Estado Físico (F=1,3, ns), Bienestar socio/familiar (F=1,8, ns) y Otras preocupaciones (F=2,2, ns).

Si realizamos comparaciones intra-sujetos con el total de las 91 mujeres para evaluar si existen diferencias estadísticamente significativas comparando cada momento de evaluación versus el previo. Podemos apreciar en la Tabla 2 que existen diferencias estadísticamente significativas comparando las medias al terminar la terapia grupal con la evaluación basal en las siguientes variables:

calidad de vida global (F=22,81, $p<0,001$), ansiedad (F=22,91, $p<0,001$), depresión (F=12,69, $p<0,001$), subescala funcional (F=6,89, $p<0,01$) y subescala emocional (F=41,60, $p<0,001$). No existen diferencias significativas entre la comparación de medias al finalizar la terapia grupal con la evaluación basal en las subescalas: estado físico, socio/familiar y otras preocupaciones. Si comparamos las medias del seguimiento a los tres meses y al finalizar la terapia solo existen diferencias significativas en la calidad de vida global (F=8,30, $p<0,005$), ansiedad (F=4,65, $p<0,05$) y la subescala bienestar emocional (F=10,45, $p<0,002$).

El efecto de la intervención psicológica en la calidad de vida y el *distress* psicológico. Diferencias entre las dos psicoterapias grupales.

Se realizó un diseño mixto de medidas repetidas para la comparación entre-sujetos entre los dos grupos de psicoterapia: el módulo de autoestima y habilidades de comunicación y el módulo de estado de ánimo. El diseño mixto de medidas repetidas indica que hay efectos de la interacción entre la intervención psicológica y el tipo de terapia grupal en la ansiedad, depresión y en la calidad de vida. Este efecto es significa-

Tabla 1. **Diferencias en puntuaciones medias. Comparación intra-sujetos (N=91)**

	Pre-interv	Post-interv	3 meses	F	P
HADS					
Ansiedad	10,51	9	8,99	11,4	0,001
Depresión	6,81	5,84	5,98	5,8	0,01
FACT-B					
CV Global	82,23	87,24	87,58	14,9	0,001
Estado Físico	19,43	20,2	19,97	1,3	ns
Funcional	14,86	15,9	15,53	3,8	0,05
Emocional	13,23	15,2	15,56	19,3	0,001
Socio/familiar	16,97	17,62	17,68	1,8	ns
Otras preocupa	17,6	18,43	18,42	2,2	ns

Tabla 2. **Contraste intra- sujetos (n=91) por niveles de evaluación**

Nivel	CALIDAD VIDA		ANSIEDAD		DEPRESIÓN		E. FÍSICO		E. FUNCIONAL		E. EMOCIONAL	
	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
Nivel 2 vs. Nivel 1	22,81	0,001	22,91	0,001	12,69	0,001	3,81	0,054	6,89	0,01	41,6	0,001
Nivel 3 vs. Previo	8,3	0,005	4,65	0,05	1,39	0,24	0,09	0,75	0,21	0,64	10,45	0,002

Tabla 3. **Diferencias puntuaciones medias entre 2 tipos de terapia. Grupo Autoestima (n=42) y Grupo Estado Ánimo (n=49)**

	Pre-G. Autoest	Post-G. Autoest	Seguimien-to	Pre-G. Est Ánimo	Pos-G. Est Ánimo	Seguimien-to	F	P
HADS								
Ansiedad	10,81	9,07	8,4	10,24	8,94	9,49	0,35	ns
Depresión	7,17	5,98	5,95	6,51	5,71	6	0,16	ns
FACT-B								
QoL Global	82,07	86,71	87,29	82,37	87,69	87,84	0,3	ns
Estado Físico	18,74	19,86	19,79	20,02	20,49	20,12	0,64	ns
Funcional	14,5	15,88	15,43	15,16	15,92	15,61	0,04	ns
Emocional	13,83	15,38	15,1	12,71	15,04	15,96	3,06	0,05
Social/familiar	17,26	17,67	18,52	16,71	17,57	16,96	1,62	ns
Otras preocup	17,76	18,36	18,55	17,46	18,5	18,31	0,14	ns

tivo en la siguiente variable: el bienestar emocional ($F=3,06$, $p<0,05$), si comparamos las medias de los dos tipos de terapia, el incremento de las medias del bienestar emocional es mayor en el grupo de terapia en entrenamiento y aprendizaje de técnicas cognitivo-conductuales denominado módulo de estado de ánimo (Ver Tabla 3, la media basal es 12,71 (D.T.=4,14), al finalizar la terapia la media se incrementa a 15,04 (D.T.=3,96) y en la evaluación de seguimiento es de 15,96 (D.T.=5,33), no solo se mantiene, sino que continua mejorando. Los cambios son significativos tanto por la intervención psicológica como por la interacción intervención-tipo de terapia grupal en relación al bienestar emocional. No hay efectos de la interacción de la intervención-tipo de terapia grupal en calidad de vida global ($F=0,30$, ns), subescala estado físico ($F=0,64$, ns),

subescala estado funcional ($F=0,04$, ns), subescala socio/familiar ($F=1,62$, ns) y otras preocupaciones ($F=0,14$, ns). Aunque aparecen efectos de la interacción en bienestar emocional, no aparecen efectos de la interacción intervención psicológica-tipo de terapia grupal en ansiedad ($F=2,7$, ns) y depresión ($F=0,7$, ns) (ver Tabla 3).

CONCLUSIONES

Ambos grupos están asociados a beneficios significativos, mejorando la calidad de vida y el estado de ánimo de las mujeres con cáncer de mama, tras finalizar los tratamientos adyuvantes (quimioterapia y/o radioterapia). Esto es especialmente evidente en la calidad de vida global y el bienestar emocional de las pacientes. El beneficio que se obtiene al finalizar el grupo de terapia

se mantiene a los 3 meses de finalizada la psicoterapia, esto es importante porque el aprendizaje y entrenamiento de las técnicas cognitivo-conductuales se mantiene en el tiempo, y los contenidos tratados en los 2 módulos se continúan poniendo en práctica en la actividad de la vida diaria de las mujeres. La diferencia entre los dos tipos de terapia grupal, sólo se da en la mejoría de la subescala de bienestar emocional, que mejora significativamente en la terapia grupal denominada módulo de estado de ánimo, en la que se entrenan técnicas cognitivo-conductuales para el manejo de estados emocionales.

Los grupos de psicoterapia tienen la ventaja de ser más beneficiosos si hablamos en coste-efectividad que la terapia individual, ya que implica atender a un número mayor de pacientes y favorecer el contacto de mujeres que se encuentran en una situación similar. Esto genera una red de apoyo con el grupo de iguales, el apoyo mutuo que se produce gracias a que la terapia de grupo ofrece a la paciente mejorar su autoestima a través de prestar apoyo a los demás y ayuda a aprender actitudes adaptativas entre los miembros del grupo⁽¹⁹⁾.

Este estudio es una investigación clínica, donde no se dispone de grupo control con el que hacer comparaciones, además no disponemos de mujeres en tiempo de espera, al finalizar los tratamientos adyuvantes con quimioterapia y/o radioterapia son remitidas a los grupos de terapia para iniciar la terapia. Es un programa de atención e intervención clínica que busca el beneficio de las enfermas y no la investigación básica. Dentro de esta intervención psicológica es necesario evaluar resultados y evaluar la eficacia de la terapia realizada, a si como valorar el grado de satisfacción de las mujeres con los programas realizados.

En otros estudios similares realizados a nivel nacional⁽³⁵⁾, se concluye 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.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andrykowski MA, Cordova MJ, Studts JL, Miller TW. Posttraumatic stress disorder after treatment for breast cancer: Prevalence of diagnosis and use of the PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C) as a screening instrument. *J Cons Clin Psychol* 1998; 66: 586-90.
2. Stanton AL, Snider PR. Coping with breast cancer diagnosis: A prospective study. *Health Psychol* 1993; 12: 16-23.
3. Jacobsen PB, Bovbjerg DH, Redd WH. Anticipatory anxiety in women receiving chemotherapy for breast cancer. *Health Psychol* 1993; 12: 469-75.
4. Carver CS, Pozo-Kaderman C, Price AA, Noriega V, Harris SD, Derhagopian RP, et al.. Concern about aspects of body image and adjustment to early stage breast cancer. *Psychosom Med* 1998; 60: 168-74.
5. Spiegel D. Cancer and depression. *Brit J Psychiatry* 1996; 168:109-16.
6. Maunsell E, Brisson J, Deschenes L. Psychological distress after initial treatment for breast cancer: a comparison of partial and total mastectomy. *J Clin Epidemiol* 1989; 42: 765-71.
7. Fallowfield LJ, Hall A, Magire P, Baum M. Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *Br Med J* 1990; 301: 575-80.
8. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting JH, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *J Am Med Assoc* 1983; 249: 751-7.
9. Zabora J, Brintzenhofesoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology* 2001; 10: 19-28.

10. Andersen BL. Psychological interventions for cancer patients to enhance the quality of life. *J Cons Clin Psychol* 1992; 60: 552-68.
11. Trijsburg RW, van Knippenberg FC, Rijma SE. Effects of psychological treatment on cancer patients: A critical review. *Psychosom Med* 1992; 54: 489-517.
12. Cella DF, Tulsky DS. Quality of life in cancer. Definition, purpose and method of measurement. *Cancer invest* 1993; 11: 327-36.
13. Fawzy IF, Fawzy NW. A structured psychoeducational intervention for cancer patients. *Gen Hosp Psychiatry* 1994; 16: 149-92.
14. Greer S. Terapia Psicológica Adyuvante para mujeres con cáncer de mama. *Bol Psicol* 1992; 36: 71-83.
15. Worden JW, Weisman AD. Preventive psychosocial intervention with newly diagnosed cancer patients. *Gen Hosp Psychiatry* 1984; 6: 243-9.
16. Fawzy FI, Cousins N, Fawzy NW, Kemeny ME, Elashoff R, Morton D. A structured psychiatric intervention for cancer patients: I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 720-5.
17. Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gottheil E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989; 2: 888-91.
18. Fawzy FI, Fawzy NW, Arndt LA, Pasnau RO. Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 100-13.
19. Spiegel D. Health caring. Psychosocial support for patients with cancer. *Cancer* 1994; 74: 4 Suppl: 1453-7.
20. Spiegel D. Essentials of psychotherapeutic intervention for cancer patients. *Support Care Cancer* 1995; 3: 252-6.
21. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press; 1979.
22. Beck AT, Emery G. *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*, Nueva York, Basic Books, 1986.
23. Ellis A. *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York: Lyle Stuart, 1962.
24. Ellis A. The basic clinical theory of rational-emotive therapy. En: Ellis A, Grieger R, editor. *Handbook of Rational-Emotive Therapy*. New York: Springer, 1977.
25. Quick JC, Quick JD. *Organizational Stress and Preventive Management*. New York: McGraw-Hill, 1984.
26. McCaul KD, Malott JM. Distraction and coping with pain. *Psychol Bull* 1984; 516-33.
27. Salkovskis P, Kirk J. Obsessional disorders. En Hawton K, Salkovskis P, Kirk J, Clarke D, editor. *Cognitive-Behaviour Therapy for psychiatric problems: A practical Guide*. Oxford: Oxford University Press, 1989.
28. Meichenbaum D. *Stress Inoculation Training*. New York: Pergamon, 1985.
29. Jacobson E. *Progressive Relaxation*. Chicago. University of Chicago Press, 1938.
30. Baider L, Uzieli B, Kaplan De-Nour A. Progressive muscle relaxation and guided imagery in cancer patients. *Gen Hosp Psychiatry* 1994; 16: 340-7.
31. Mc Kay M, Fanning P. *Autoestima: evaluación y mejora*. Barcelona: Martínez Roca, 1991.
32. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-70.
33. Cella D, Tulsky D, Gray G, et al. The functional Assessment of Cancer Therapy Scale: Development and validation of the general measure. *J Clin Oncol* 1993; 11(3): 570-9.
34. Brady MJ, Cella DF, Mo F, Bonomi AE, Tulsky DS, Lloyd SR, et al. Reliability and validity of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast (FACT-B) quality of life instrument. *J Clin Oncol* 1997; 15: 974-86.
35. Font A, Rodríguez E. Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: variaciones en la calidad de vida. *Psicooncología* 2004; 1: 67-86.