



Miguel Hernández

Trabajo de Fin de Máster
Psicología General Sanitaria

Título: Eficacia de un programa grupal en pacientes oncológicos y sus familiares

Autor: Alicia Pérez García

Tutora: Maria Del Carmen Neipp

Resumen:

Objetivo: El objetivo de este estudio es analizar la eficacia de la intervención grupal en el estado emocional, calidad de vida, afrontamiento, ansiedad y depresión de pacientes oncológicos y sus familiares. El programa consiste en un total de 5 sesiones en las que se trabaja ansiedad, factores y causas, estrategias de afrontamiento, relajación, etc. *Material y método:* la muestra consta de 10 de pacientes oncológicos y 2 familiares procedentes del Hospital General Universitario de Alicante. Concretamente, fueron 11 mujeres y un hombre, con edades comprendidas entre los 47 años y los 71, con una media de 60. Los instrumentos de evaluación fueron termómetro de distrés, CAEPO, FACT-G y HADS. Se llevo a cabo un estudio de tipo cuasi-experimental longitudinal, en el que se utilizan pruebas no paramétricas para muestras relacionadas con un nivel de confianza del 95%. *Resultados:* Los resultados muestran que, aunque sólo es significativa la mejora en el estado emocional, el resto de variables van en la línea de mejorar el estado del paciente. *Discusión:* Los grupos se asocian con mejoras no significativas, a excepción del estado emocional. Se recomienda ampliar el número de sesiones para mejorar los resultados, evaluar de manera cuantitativa y cualitativa, así como el aumento del tamaño muestral.

Palabras clave: intervención grupal, ansiedad, depresión, estado emocional, estrategias afrontamiento, calidad de vida, cáncer.

Abstract:

Objective: The aim of this study was to evaluate the efficacy of group psychotherapy interventions on quality of life, coping strategies, anxiety and depression of cancer patients and their families. The program consists of a total of 5 sessions that have worked: anxiety, factors and causes, coping strategies, relaxation, etc. *Methods:* The sample consists of 10 cancer patients and 2 family from the General Hospital Universitario de Alicante. Specifically, there were 11 women and one man, with aged between 47 and 71, with an average of 60. The evaluation instruments were: distress thermometer, CAEPO, FACT-G and HADS. It is a longitudinal study of quasi-experimental type, in which samples nonparametric related to a confidence level of 95% tests are used. *Results:* The results show that although only significant improvement in emotional state, all other variables are in line to improve the patient's condition. *Conclusions:* Groups are associated with no significant improvements, except emotional

state. It is recommended to increase the number of sessions to improve results , evaluate quantitatively and qualitatively, and also increase the size of the sample.

Key words: group psychotherapy, anxiety, depression, mood state, coping strategies, quality of life, cancer.



Introducción

El cáncer, según la OMS, es un término genérico que engloba a un grupo de enfermedades, en las que se da un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células anómalas, que puede aparecer en cualquier parte del cuerpo (OMS, 2015). Dicha enfermedad ha sido una de las más prevalentes en España, y constituye hasta el momento la primera causa de muerte (Ministerio de Sanidad y consumo, 2006). Con respecto a la incidencia, el número de casos en 2012 fueron de 215.534 casos, siendo dos terceras partes pacientes mayores de 65 años. En cuanto a la mortalidad en 2012, el número de muertes se encuentra en 102.762 casos, siendo tres cuartas partes pacientes mayores de 65 años. Además, en relación al sexo, tanto incidencia como mortalidad es mayor en hombres que en mujeres. Cabe destacar que, los 5 cánceres más frecuentes tanto en hombres como en mujeres en 2012 fueron, en primer lugar, cáncer colorrectal, seguido de próstata, pulmón y mama, y por último, cáncer de vejiga (Sociedad Española de Oncología Médica, 2014).

El diagnóstico de cáncer es una situación difícil y dolorosa para cualquier persona y sus familiares, puesto que supone un gran impacto emocional al que se asocian diferentes reacciones de miedo, ansiedad, entre otras. Además, el cáncer se caracteriza por ser un proceso largo con efectos secundarios en todos los ámbitos vitales de la persona, tanto a

nivel físico, como psicológico y social. Se considera que el diagnóstico incluye una diferenciación de fases, en primer lugar, la fase que precede al diagnóstico, cuya reacción y duración se encuentran determinadas por variables sociodemográficas y psicológicas. Seguidamente, la fase de confirmación del diagnóstico o “Shock”, en la que se comunica a la persona que existe enfermedad, y finalmente, la fase de reconocimiento de enfermedad, que da comienzo cuando el paciente asume la situación en la que se encuentra (Alonsoy Bastos, 2011). Algunos estudios han puesto de manifiesto que las reacciones emocionales mayoritarias ante el cáncer son la ansiedad y la depresión, y que únicamente requiere tratamiento psicológico entre un 25-30% de los casos (Andreu, Galdón y Ibáñez, 1991). Otros apuntan que aproximadamente el 50% de los pacientes oncológicos presentan trastornos de tipo ansioso o depresivo (Regina, Pezo, Alves y Machado, 2005).

El cáncer es una enfermedad que afecta a la adaptación de la persona en muchas parcelas de la vida y dependiendo de cómo sea esa adaptación, influirá en mayor o menor medida en las estrategias de afrontamiento utilizadas, en el nivel de ansiedad o depresión, en su calidad de vida y finalmente en su malestar emocional (Cano, 2005; Regina et al. 2005). Como se comentaba anteriormente, las estrategias de afrontamiento dependen de la adaptación del paciente a la enfermedad. Dichas estrategias hacen referencia a los pensamientos y conductas que utilizan las personas con el fin de adaptarse a una situación. En concreto, Greer y Moorey encontraron en su investigación que existen cinco tipos de respuestas de afrontamiento ante una enfermedad como el cáncer, en primer lugar hablan de Espíritu de Lucha, que se caracteriza por una aceptación completa de la enfermedad con la certeza de querer saber todo lo relativo a la misma, con una actitud positiva y con el propósito de luchar contra el cáncer. En segundo lugar, hablan de Evitación o Negación, donde la persona se niega a aceptar el diagnóstico, o si lo acepta minimiza su gravedad. En tercer lugar, Aceptación Estoica o Fatalismo, donde la persona acepta el diagnóstico, no busca información y adopta una actitud de tipo derrotista. En cuarto lugar, Preocupación Ansiosa, en la que la persona reacciona al diagnóstico con mucha ansiedad acompañada de depresión, busca información activamente acerca del cáncer y lo interpreta de forma pesimista, se preocupa por cualquier dolor que pueda percibir por si es relativo a la enfermedad y tienden a buscar una cura aunque provengan de tratamientos alternativos no validados científicamente. Por último, Desesperanza o Desamparo, la persona se siente muy

asustada por el diagnóstico y es muy complicado que piense en otra cosa, su vida cotidiana se paraliza por el miedo y por el riesgo de muerte (Greer, 1992). En relación a dichas estrategias se ha encontrado que la Aceptación Estoica, Preocupación Ansiosa, Negación y Desesperanza se relacionan con peores resultados de adaptación a la enfermedad en comparación con Espíritu de Lucha (Barroilhet, Forjaz y Garrido, 2005).

En segundo lugar, la ansiedad es una reacción emocional que aparece ante situaciones de alarma y que nos prepara para actuar ante ellas, por lo general vivimos dicha reacción de forma desagradable. Inicialmente es una reacción emocional adaptativa, puesto que nos prepara para dar respuesta a una situación, sin embargo si una persona mantiene dicha ansiedad durante un período largo de tiempo resulta perjudicial tanto al estado psicológico, sistemas fisiológicos, sistema inmune, entre otros (Cano, 2005). En pacientes oncológicos tras la confirmación del diagnóstico y el inicio del tratamiento el paciente va percibiendo una serie de amenazas que tiene que asimilar, por ello el nivel de ansiedad, por lo general, aumenta pudiendo llegar a formar una patología (Cano, 2005). De hecho, se ha encontrado que el 25% de pacientes oncológicos muestran síntomas ansiosos, o bien cumplen los criterios para el trastorno adaptativo con ansiedad (Maté, Hollenstein y Gil, 2004). También algunos estudios mantienen que la ansiedad se encuentra en un 24% de los casos, oscilando entre el 2% y el 44% según el tipo de cáncer que padezca la persona (Hernández et al. 2012).

En tercer lugar, la depresión hace referencia al malestar psicológico con síntomas que pueden agruparse en cuatro tipos, afectivos (ej. tristeza, bajo estado de ánimo), cognitivos (ej. pensamientos negativos, desesperanza), conductuales (ej. reducción actividades del día a día, desganada) y físicos (ej. apetito, sueño) (Pérez-Álvarez y García-Montes, 2001). Algunos estudios han puesto de manifiesto que el 42% de los pacientes oncológicos cumplen los criterios para un diagnóstico de depresión mayor, además también se ha encontrado que el 14% de los pacientes hospitalizados muestran sintomatología de tipo depresivo leve (Barroilhet, Forjaz y Garrido, 2005). Al hilo de lo que se comentaba anteriormente, cabe decir que precisamente la depresión y la ansiedad o ambos en conjunto, son los trastornos más diagnosticados en este tipo de pacientes. (Rodríguez-Vega et al., 2002).

En cuarto lugar, la calidad de vida se entiende como la valoración que hacen las personas con respecto a su satisfacción en relación a su nivel de funcionamiento en comparación con el que piensan que sería el ideal. Actualmente, la mayor parte de autores considera que la calidad de vida es un concepto multidimensional que suele incluir funcionamiento físico, psicológico y social, así como enfermedad y síntomas relacionados con el tratamiento (Ferriols, Ferriols y Alós, 1995). Las dimensiones que se han tenido en cuenta para el programa de intervención han sido bienestar físico, ambiente social y familiar, bienestar funcional y por último, bienestar emocional.

Por último, el malestar emocional o “distress” es un término apoyado por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) que hace referencia a la experiencia emocional desagradable. Un gran número de pacientes oncológicos atraviesan por diversas dificultades psicológicas derivadas de la enfermedad y sus consecuencias, es por ello que aparece el término “malestar emocional” que tiene como finalidad evitar la estigmatización de dichos pacientes, ya que engloba una multitud de problemas psicológicos desde los más leves hasta otros más graves, que puedan ser clasificados como psicopatológicos. Con respecto a la tasa de malestar emocional, algunos estudios mantienen que la prevalencia se encuentra entre el 15% y el 33% de los pacientes, según el momento de la enfermedad (Hernández y Cruzado, 2013). Otros estudios mantienen que los datos oscilan entre el 25 y el 50% de los pacientes oncológicos (Priede, Ruiz, Hoyuela, Herrán, y González, 2014).

Padecer cáncer incluye hacer frente a una serie de situaciones entre las que se encuentran el diagnóstico, métodos médicos intrusivos, efectos secundarios de los tratamientos y una serie de pérdidas a nivel tanto psicológico como físico. A su vez, estas situaciones afectan a las variables comentadas anteriormente, es por ello que poco a poco se han generado programas de intervención psicológica de tipo grupal con el objetivo de facilitar la adaptación de los pacientes en este momento de sus vidas (Bellver, 2007). Entre las ventajas que ofrecen los grupos de intervención psicológica en comparación con una intervención individual encontramos, el apoyo mutuo que ofrecen sus miembros, la creación de nuevas redes de apoyo que reducen significativamente el aislamiento y la posibilidad de atender a un número mayor de pacientes con un menor coste económico (Bellver, 2007). Con respecto a los resultados obtenidos en las terapias grupales, algunos estudios han puesto de manifiesto que a través de la terapia de tipo

grupales se alcanza una mejoría del estado emocional y una mayor supervivencia (Font y Rodríguez, 2004). Otros estudios hablan de la consecución de una mejor adaptación psicológica global, reducción de sintomatología física, entre otros (Die-Trill, 2007). También se ha encontrado que los pacientes que participan en una terapia grupal mejoran tanto su regulación emocional como su bienestar personal (Cerezo, Ortiz y Cardenal, 2009).

Este estudio plantea una intervención psicológica de tipo grupal, ya que se ha constatado en diversos estudios que mejora el estado emocional, se consigue una correcta adaptación psicológica a la enfermedad, a la vez que enriquecemos la red social de la persona y conseguimos brindar un mejor bienestar personal. El estudio propone, por tanto, una intervención grupal formada por un total de 5 sesiones distribuidas de forma semanal con una duración de 2 horas. En las mismas se pretende trabajar la ansiedad, factores y causas, las estrategias de afrontamiento, relajación, entre otros contenidos. Así, se espera que tras la asistencia al grupo y puesta en práctica de los conocimientos impartidos, descienda la ansiedad y la sintomatología de tipo depresiva, así como, el aumento de la calidad de vida y una mejora en el estado emocional.

Método

Participantes

Participaron en el presente estudio 10 pacientes oncológicos y dos familiares de pacientes oncológicos, procedentes del Hospital General Universitario de Alicante. Concretamente, fueron 11 mujeres y un hombre, con edades comprendidas entre los 47 años y los 71 (Media= 60.92 y D.T.= 6.78). En cuanto a situación laboral, la mitad de la muestra eran personas jubiladas, cuatro participantes en situación de baja por enfermedad, una persona en situación de desempleo y otra en activo. Con respecto a la situación marital, cuatro personas en situación de viudedad, cuatro personas divorciadas, tres personas casadas y una persona soltera.

Variables e instrumentos

1. Termómetro de estrés (DT) es un instrumento de aplicación individual originado en EEUU y Francia, creado por Andrew Roth y colaboradores (1998). El DT se considera un instrumento ultra-corto puesto que se trata de una única pregunta, que se muestra de

manera visual con forma de termómetro calibrado. Su objetivo es la detección de malestar emocional en pacientes oncológicos en una escala tipo Likert con un intervalo de 0 a 10, siendo 10 el estado más desfavorable y 0 el más favorable. Actualmente, el punto de corte se establece en 5. Es un instrumento rápido y efectivo aunque con escasa precisión, sin embargo es muy útil para la práctica clínica con el fin de localizar a la mayoría de casos con malestar significativo (Almanza, Juárez y Pérez, 2008; Hernández et al., 2012).

2. Hospital Anxiety and Depression Scale: HADS creada por Zigmond y Snaith (1983), fue validada a población española por López-Roig et al. (2000). Es un instrumento de aplicación individual, y permite la detección de trastornos de tipo afectivo. Dicha escala consta de 14 ítems en total, 7 referidos a la subescala de ansiedad y los otros 7 restantes a la subescala de depresión. Cada uno de los ítems se valora según una escala de cuatro puntos que van desde una puntuación de 0 hasta una puntuación de 3. Para su administración se le pide a la persona que conteste los ítems teniendo en cuenta como se encuentra en el momento actual incluyendo los días anteriores. Los puntos de corte establecidos indican que puntuaciones entre 8 y 10 se considera un caso borderline, mientras que puntuaciones inferiores a 8 indican ausencia de patología significativa (De las Cuevas, García-Estrada y González, 1995). Con respecto a su consistencia interna, ambas subescalas correlacionan entre sí significativamente, ofreciendo unos datos de fiabilidad que oscilan entre 0.80 y 0.93 para ansiedad y 0.81 y 0.90 para depresión (López-Roig et al., 2000).

3. El cuestionario de Afrontamiento al Cáncer para pacientes Oncológicos (CAEPO) es un instrumento de aplicación individual creado por María Teresa González Martínez (2004). Permite la evaluación de las estrategias de afrontamiento que emplean las personas ante el diagnóstico y el tratamiento del cáncer. Dicho instrumento consta de 40 ítems acerca de enfrentamiento y lucha activa, autocontrol y control emocional, búsqueda de apoyo social, ansiedad y preocupación ansiosa, resignación pasiva, huida y distanciamiento y negación. A pesar de que este instrumento está indicado para la evaluación del afrontamiento en pacientes con cáncer, también es útil para evaluar a personas que padecen otras enfermedades físicas y/o crónicas que puedan cursar con el padecimiento de estrés. Para puntuar el cuestionario, por un lado se suman las respuestas que pertenecen a afirmaciones positivas (enfrentamiento y lucha activa,

autoncontrol y control emocional, y búsqueda de apoyo social), y por otro lado, se suman las respuestas que pertenecen a afirmaciones negativas (ansiedad y preocupación ansiosa, pasividad y resignación pasiva, huida y distanciamiento y negación). Tras esto, y para obtener una única puntuación, tanto la puntuación positiva y negativa directas se transforman a puntuaciones decapito. Una vez hecho esto, se resta el positivo con el negativo, obteniendo así una puntuación final de afrontamiento puede oscilar entre -9 y 9. Para su interpretación se han establecido cinco rangos de puntuación, que concretan en los siguientes; afrontamiento positivo (de 3 a 9), preferentemente positivo (1 y 2), no definido o neutro (0), preferentemente negativo (-1 y -2) y finalmente negativo (-9 a -3). En relación a su consistencia interna, dicho instrumento posee un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach elevado, siendo la media de .884, oscilando entre puntuaciones de .784 y .916 en las escalas de negación, y enfrentamiento y lucha activa, respectivamente (González, 2008).

4.The Functional Assessment of Cancer Therapy Scale: FACT-G creada por David Cella (1993) y validada al castellano por el mismo autor en el año 1998. Dicho instrumento es de aplicación individual y permite evaluar la calidad de vida en personas afectadas de cualquier tipo de cáncer. Se compone de un total de 27 ítems divididos en 4 subescalas: 7 ítems de bienestar físico, 7 ítems de ambiente social y familiar, 6 ítems de bienestar emocional y finalmente, 7 ítems de bienestar funcional. Cada una de las afirmaciones se puntúa en una escala entre 0 y 4, siendo 0 igual a nada y siendo 4 igual a muchísimo. La puntuación global del FACT-G posee un intervalo comprendido entre 0 y 108. Con respecto a su consistencia interna, dicho instrumento arroja un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach cercano a 0.90 (Ferrer et al., 2009; Sánchez, Ballesteros y Ortiz, 2010).

Procedimiento

El acceso a la muestra para la realización de los talleres de ansiedad se realizó a través de una entrevista para valoración del estado emocional y necesidades del paciente y/o familiar. En primer lugar, el usuario llega a la AECC y se lleva a cabo una intervención de acogida, entrevista y triage, si durante esa intervención se detecta una necesidad emocional se deriva a atención psicológica. El equipo de psicólogos evalúa al usuario y en base a las necesidades detectadas, se determina si la persona precisa de atención

psicológica individualizada, en caso afirmativo se lleva a cabo el protocolo de atención psicológica individual. En caso negativo, se lleva a cabo el protocolo de atención psicológica grupal y se determina que recurso es más idóneo para la persona (ansiedad, sexualidad, duelo, entre otros) verificando siempre la idoneidad de incorporar al paciente a un determinado grupo. Al taller de ansiedad se derivaron los pacientes y/o familiares oncológicos a los que se les detectó una ansiedad moderada durante la entrevista previa, para detectar dicha ansiedad se administró el termómetro de distrés y la escala HADS. Las sesiones y los contenidos de la intervención grupal han sido diseñadas por el equipo de la AECC y se recogen en la tabla 1. Dicho taller tuvo lugar en una sala cedida por el Hospital General Universitario de Alicante, con una duración de cinco sesiones, distribuidas de forma semanal, con una duración de 2 horas por sesión. Los talleres estuvieron compuestos por un mínimo de cinco personas y un máximo de de 12 personas y fueron impartidos por dos psicólogos.

En la sesión número uno, los objetivos fueron favorecer la relación entre los componentes del grupo, presentar el contenido del programa y eliminar expectativas erróneas y por último, informar sobre qué es la ansiedad y los efectos de la misma en el bienestar. En primer lugar, durante los primeros 30 minutos de la sesión se habló de las normas principales del grupo (puntualidad, actitud positiva, etc) y de la confidencialidad de los datos que allí se manejaran y se facilitó a los asistentes una batería de evaluación compuesta por termómetro de distrés, CAEPO, FACT-G y HADS para que la cumplimentaran, donde además se firma un consentimiento informado. Durante el resto de la sesión se trabajó sobre la ansiedad y su valor adaptativo o desadaptativo, identificación de situaciones estresantes, emociones básicas y componentes cognitivo, fisiológico y motor, e identificación de necesidades. Al final de la sesión, se instruyó a los integrantes del grupo en entrenamiento en respiración abdominal y se les pidió como tarea para casa la práctica de dicha respiración. Los materiales necesarios para realizar la sesión son protocolo de evaluación inicial, CD de relajación y hoja de instrucciones para la práctica de la respiración abdominal.

En la sesión número dos, los objetivos fueron conocer el concepto de ansiedad y analizar los factores y causas que generan ansiedad o estrés. Durante la sesión se trabajó sobre las causas fisiológicas asociadas a la enfermedad, causas asociadas a la enfermedad (tratamientos, efectos secundarios, entre otros) que derivan en acontecimientos

negativos, disminución de acontecimientos gratificantes, experiencias de frustración o fracaso, entre otros, y por último, las consecuencias del estrés, como por ejemplo la aparición de trastornos asociados. Al final de la sesión, se instruyó a los integrantes del grupo en entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson y se pidió como tarea la práctica en casa de la misma. Los materiales necesarios para realizar la sesión son CD de relajación y autorregistro de situaciones estresantes (situación, emoción, pensamiento y conducta).

En la sesión número tres, el objetivo principal fue fomentar los recursos de afrontamiento para equilibrar el estado de ánimo. Para ello, durante la sesión se trataron los factores que modulan o mitigan los efectos negativos del estrés, distorsiones cognitivas y cuál es su relación con la ansiedad, detección de pensamientos automáticos y se enseñó la técnica de solución de problemas. Las tareas para casa consistieron en identificar los pensamientos automáticos y practicar la técnica de solución de problemas. Los materiales necesarios para la realización de la sesión fueron listado de pensamientos automáticos, ficha de autorregistro y técnica de solución de problemas.

En la sesión número cuatro, los objetivos fundamentales fueron fomentar los recursos de afrontamiento para equilibrar la ansiedad y entrenar en habilidades sociales y de comunicación. Durante la sesión se trabajó la expresión de emociones y las técnicas de comunicación, se enseñó qué es la empatía y los estilos comunicacionales (agresiva, pasiva o asertiva). Además, se trabajó la realización de actividades gratificantes, estableciendo prioridades, asignando tareas graduales y manejando el tiempo. Como tareas para casa se pidió la práctica de las técnicas de relajación aprendidas durante el taller. El material necesario para esta sesión consistió en CD de relajación y plantilla de registro de actividades gratificantes realizadas a lo largo de la semana. Finalmente, en la última sesión del taller, los objetivos fueron favorecer la percepción de control ante las emociones negativas y cierre del grupo. Durante la sesión se habló sobre los recursos de afrontamiento aprendidos, y se administra el cuestionario post-evaluación compuesto por termómetro del distrés, CAEPO, FACT-G, HADS y un cuestionario breve de satisfacción con el servicio. Después, tuvo lugar el cierre del grupo y la despedida. El material necesario para esta sesión fue el cuestionario post-evaluación.

Tabla 1. Resumen acerca de sesiones, contenidos y materiales de “Taller de ansiedad”.

Sesión nº 1	Objetivos: 1.Favorecer la relación entre los miembros del grupo 2.Presentar el contenido del programa 3.Eliminar expectativas erróneas 4.Informar sobre ansiedad y sus efectos en el bienestar Contenido: 1. Información acerca de la ansiedad, factores y causas, y su valor adaptativo 2.Instrucción en respiración abdominal Material: protocolo de evaluación inicial, CD de relajación y hoja de instrucciones para la práctica de la respiración abdominal
Sesión nº 2	Objetivos: 1.Conocer el concepto de ansiedad 2.Enseñar a analizar los factores y causas que generan ansiedad o estrés Contenido: Relajación muscular progresiva de Jacobson Material: CD de relajación y autorregistro de situaciones estresantes (situación, emoción, pensamiento y conducta).
Sesión nº 3	Objetivos: 1.Fomentar los recursos de afrontamiento para equilibrar el estado de ánimo Contenido: 1.Distorsiones cognitivas y su relación con la ansiedad 2. Identificación de situaciones estresantes y papel de las emociones 3.Detección de pensamientos automáticos 4.Técnica de solución de problemas Material: listado de pensamientos automáticos, ficha de autorregistro y hoja con técnica de solución de problemas.
Sesión nº 4	Objetivos: 1.Fomentar los recursos de afrontamiento para equilibrar la ansiedad 2.Entrenar en habilidades sociales y de comunicación Contenido: 1.Expresión de emociones y las técnicas de comunicación 2.Manejo del tiempo y realización de actividades gratificantes Material: CD de relajación y plantilla de registro de actividades gratificantes realizadas a lo largo de la semana
Sesión nº 5	Objetivos: 1.Favorecer la percepción de control ante las emociones negativas 2.cierre del grupo Contenido: 1.Recursos de afrontamiento aprendidos Material: cuestionario post-evaluación

Tipo de diseño

El diseño empleado es de tipo cuasi-experimental longitudinal. El estudio presenta 12 participantes a los que se les administra la batería de evaluación pre-test. Tras la intervención grupal propuesta en este estudio y durante la última sesión, se administra la batería de evaluación post-test, y se analizan los resultados.

Análisis de los datos

En cuanto al análisis de los datos, se ha realizado con el paquete estadístico SPSS 23. Se realizaron estadísticos descriptivos como media, frecuencias, rangos y desviación típica. Finalmente, con el objetivo de comparar los datos previos y posteriores a la intervención se utilizaron pruebas no paramétricas para muestras relacionadas con un nivel de confianza del 95%, debido a que el tamaño de la muestra es inferior a 30 sujetos.

Resultados

En primer lugar, en la tabla 2 podemos observar la variable afrontamiento, la cual no es estadísticamente significativa, pues la significación es de .499 con una DT de 2.065. En la tabla se analizan los tipos de afrontamiento, en ella se observa que el porcentaje de sujetos con afrontamiento positivo se ha reducido con respecto a la medida antes de la intervención, con lo que se concluye que en esta variable se ha producido un empeoramiento.

Tabla 2. Análisis pre y post por tipo de afrontamiento

Resultados pre-intervención			Resultados post-intervención		
Tipo afrontamiento	Sujetos	%	Tipo afrontamiento	Sujetos	%
Negativo	5	41.7	Negativo	6	50
No definido	1	8.3	No definido	2	16.7
Positivo	6	49.9	Positivo	4	33.3
	12	100		12	100

En segundo lugar, en la tabla 3 podemos observar las puntuaciones de las variables ansiedad y depresión. Con respecto a la ansiedad, la medida post-intervención es menor que la pre-intervención, y aunque la diferencia no es estadísticamente significativa, si ha habido una mejora en el nivel de ansiedad. En cuanto a la depresión, los resultados de nuevo no son estadísticamente significativos, sin embargo la puntuación tras la intervención es menor que antes de la intervención.

Tabla 3. Medidas pre y post evaluación de ansiedad y depresión.

HADS	Media pre	Media post	DT	Significación
Ansiedad	11.17	9.92	3.049	.153
Depresión	8	7.58	2.021	.559

En tercer lugar, la tabla 4 recoge los resultados con respecto a la calidad de vida. Los resultados no han resultado ser estadísticamente significativos en la mayoría de dimensiones, a excepción de la dimensión emocional. No obstante, en las dimensiones física y social, aunque no significativas, se produce un aumento de las medidas post-intervención, excepto en la dimensión funcional.

Tabla 4. Medidas pre y post evaluación de calidad de vida.

FACT-G	Media pre	Media post	DT	Significación
Físico	17.67	18.25	4.441	.502
Social	15.10	16.02	3.771	.505
Emocional	10.17	12.00	0.833	.035
Funcional	13.33	12.67	2.964	.447
Total	56.27	58.94	6.183	.146

En la tabla 5, se muestran que los resultados de las medidas de malestar emocional mejoran tras la intervención, siendo un dato estadísticamente significativo.

Tabla 5. Medidas pre y post evaluación de malestar emocional.

	Media pre	Media post	DT	Significación
Termómetro	6.17	4.75	1.443	.011

Discusión

En el presente estudio se pretendía comprobar si tras la intervención grupal propuesta se producía un descenso en la sintomatología ansiosa y depresiva, así como una mejora del afrontamiento, la calidad de vida y el estado emocional. Con respecto al afrontamiento tras la intervención parece haber habido un empeoramiento, puesto que se comenzó la intervención con cinco personas con afrontamiento negativo y se acaba la misma con seis personas con este tipo de afrontamiento. Así, con el afrontamiento de tipo positivo sucede algo parecido, ya que se comienza con seis personas con afrontamiento positivo

y se finaliza con cuatro. No obstante, las diferencias son de tan sólo dos personas, y teniendo en cuenta que el tamaño muestral es de 12 sujetos, quizá no sea demasiado significativo dadas las circunstancias. Además, es destacable que prácticamente la mitad de la muestra ya tenía un afrontamiento de tipo negativo previo a la intervención, y es posible que una intervención de sólo cinco sesiones haya resultado insuficiente para modificarlo. Además, en la línea de lo que dice Soriano (2002), sería importante analizar de forma cualitativa el afrontamiento, ya que la cuantitativa es una visión muy limitada que no permite obtener la máxima información, y se sabe que las estrategias de afrontamiento forman una variable mediadora de la adaptación del paciente a la enfermedad (Oliveros, 2010).

En cuanto a la sintomatología ansiosa y depresiva, los resultados muestran que ha habido una mejora, aunque no llega a ser significativo. Hecho que también ocurre en el estudio de Font y Rodríguez (2004), en el cual aunque la variable ansiedad disminuye, no llega a ser clínicamente significativo. Con respecto a la calidad de vida, las dimensiones físicas, social y emocional han mejorado, a excepción de la dimensión de capacidad de funcionamiento, sin llegar a ser significativo. Es posible que para que los resultados del presente estudio lleguen a ser significativos, haya que ampliar el número de sesiones del taller, como en el trabajo de Font y Rodríguez (2004), en el cual mejora la calidad de vida de forma significativa con un total de 20 sesiones grupales. Sin embargo, es cierto que tanto los resultados de calidad de vida y sintomatología ansiosa y depresiva sin ser significativos van en la línea de mejorar el estado de los pacientes, con lo cual habría que plantearse una ampliación del número de sesiones. Los motivos por lo que se cree que la intervención no ha arrojado los resultados que se esperaban, es debido a que muchos de los pacientes han sufrido un deterioro físico importante, que incluso les ha llevado a varios ingresos hospitalarios por complicaciones de la enfermedad durante la intervención.

Finalmente, en cuanto al estado emocional los datos muestran que existe una mejora significativa, en la línea de lo que sucede en el estudio de Bellver (2007), en el cual se produjo una mejora de los pacientes debido al entrenamiento en técnicas de corte cognitivo-conductual, al igual que en el presente estudio que también se hacen uso de dichas técnicas.

Con respecto a las limitaciones, se destaca la presencia de una muestra reducida, esto es debido a la gran muerte experimental producida durante la recogida de la muestra. Entre los motivos que han producido este hecho se destaca que, no todos los pacientes y familiares que comienzan a asistir al grupo acuden hasta la sesión final. Debemos tener en cuenta que la media de edad es de 60 años, con lo que muchos de los participantes no disponen de facilidades para trasladarse al hospital o dependen de otras personas para asistir. Además, otra de las limitaciones se fundamenta en que el estudio carece de un grupo control que permitiera comparar puntuaciones.

En conclusión, tras analizar los resultados obtenidos, se concluye que la intervención propuesta en este estudio, y a pesar de que las mejoras no llegan a ser significativas en la mayoría de variables estudiadas, van en la línea de mejorar el estado de los pacientes. En futuras investigaciones sería interesante que los resultados de las intervenciones grupales en pacientes oncológicos se evaluaran tanto de forma cuantitativa como de forma cualitativa, puesto que la valoración cuantitativa no recoge la experiencia vivida por la persona, así como la satisfacción verbal que manifiestan los pacientes tras la asistencia a los grupos, lo que podría ser una información importante acerca de la eficacia de la intervención. Además, sería importante aumentar el número de sesiones para conseguir mejores resultados, así como afianzar los conocimientos impartidos.

Referencias bibliográficas

- Alonso, C. y Bastos, A. (2011). *Intervención psicológica pacientes cáncer*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Recuperado el día 25 de Junio de 2015 desde <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2011v2n2a6.pdf>
- Almanza, J. J., Juárez, I.R. y Pérez, S. (2008). Traducción, adaptación y validación del termómetro de distrés en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer. *Revista de Sanidad Militar*, 62, 209-217.
- Andreu, Y., Galdón, M.J. y Ibañez, E. (1991). Reacciones emocionales a través del estadio en el cáncer de mama. *Revista Psicothema*, 3, 283-296.
- Barroilhet, S., Forjaz, M.J. y Garrido, E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Revista Actas Españolas de Psiquiatría*, 33, 390-397.
- Bellver, A. (2007). Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida y el estado emocional en mujeres con cáncer de mama. *Revista Psicooncología*, 4, 133-142.
- Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Revista de Psicooncología*, 2, 71-80.
- Cerezo, M.V., Ortiz, M. y Cardenal, V. (2009). Expresión de emociones y bienestar en un grupo de mujeres con cáncer de mama: una intervención psicológica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41, 131-140.
- De las Cuevas, C., García-Estrada, A. y González, J.L. (1995). Hospital Anxiety and Depression Scale y psicopatología afectiva. *Revista Anales de Psiquiatría*, 11, 126-130.
- Die-Trill, M. (2007). Tratamiento psicológico grupal para mujeres con cáncer de mama: una aproximación clínica. *Revista Psicooncología*, 4, 405-415.
- Ferrer, M., Garin, O., Pera, J., Prats, J.M., Mendivil, J., Alonso, J., De Paula, B., Herruzo, I., Hervás, A., Macías, V., Mariño, A., Ortiz, M.J., Pastor, S., Ponce, J., Sancho, G. y Grupo Multicéntrico Español de Cáncer de Próstata Localizado. (2009). Evaluación de la calidad de vida de los pacientes con cáncer de próstata localizado: validación de la versión española del cuestionario EPIC. *Revista de Medicina Clínica*, 132, 128-135.
- Ferriols, R., Ferriols, F., Alós, M. y Magraner, J. (1995). Calidad de vida en oncología clínica. *Revista Farmacia Hospitalaria*, 19, 315-322.

- Font, A. y Rodríguez, E. (2004). Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: variaciones en la calidad de vida. *Revista Psicooncología, 1*, 67-86.
- González, M.T. (2008). Análisis de un instrumento de evaluación del afrontamiento del estrés en sujetos con cáncer. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica (RIDEP), 25*, 35-49.
- Greer, S. (1992). Terapia psicológica adyuvante para mujeres con cáncer de mama. *Revista Boletín de Psicología, 36*, 71-83.
- Hernández, M., Cruzado, J.A., Prado, C., Rodríguez, E., Hernández, C., González, M.A. y Martín, J. C. (2012). Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Revista Psicooncología, 9*, 233-257.
- Hernández, M. y Cruzado, J. A. (2013). *La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento*. SCIELO. Recuperado el 3 de Septiembre de 2015 desde http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742013000100001
- López-Roig, S., Terol, M.C., Pastor, M.A., Massutí, B., Rodríguez-Marín, J., Neipp, M.C., Leyda, J.I., Martín-Aragón, M. y Sitges, E. (2000). Ansiedad y Depresión, Validación de la Escala HADS en pacientes oncológicos. *Revista de Psicología de la Salud, 12*, 76-87.
- Maté, J., Hollenstein, M. F. y Gil, F.L. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Revista Psicooncología, 1*, 211-230.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). *Estrategia en Cáncer del SNS*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado el día 25 de Junio de 2015 desde http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cancer-cardiopatia/CANCER/opsc_est1.pdf.pdf
- Oliveros, E., Barrera, M., Martínez, S. y Pinto, T. (2010). Afrontamiento ante el diagnóstico de cáncer. *Revista de Psicología GEPU, 1*, 01-206.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Cáncer*. Recuperado el día 25 de Junio de 2015 desde www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/
- Pérez-Álvarez, M. y García-Montes, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Revista Psicothema, 13*, 493-510.
- Priede, A., Ruiz, M., Hoyuela, F., Herrán, A. y González, C. (2014). El termómetro del distrés como prueba de cribado de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos recién diagnosticados. *Revista Psicooncología, 11*, 31-43.

- Regina, S., Pezo, M.C., Alves, M. y Machado, A. L. (2005) *El cuidado de la persona con cáncer: un abordaje psicosocial*. Recuperado el día 22 de Octubre de 2015 desde http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000300007&lng=es
- Rodríguez-Vega, B., Ortiz-Villalobos, A., Palao, A., Avedillo, C., Sánchez-Cabezudo, A. y Chinchilla, A. (2002). Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. *Revista The European Journal of Psychiatry*, 16, 27-38.
- Sánchez, R., Ballesteros, M., Ortiz, N. (2010). Análisis de la validez de contenido de la escala FACT-G mediante técnicas de escalamiento multidimensional. *Revista Colombiana de Cancerología*, 14, 225-233.
- Sociedad Española de Oncología Médica (2014). *Las cifras del Cáncer en España en 2014*. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Recuperado el día 25 de Junio de 2015 desde http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_cifras_del_cancer_2014.pdf
- Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en Psicooncología. *Revista Boletín de Psicología*, 75, 73-85.