

La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer*

Milagros Báñez, Tomás Blasco**, Jordi Fernández Castro

Universitat Autònoma de Barcelona (España)

Resumen: Se revisan los principales estudios sobre intervención psicológica en pacientes de cáncer llevados a cabo desde 1990, comentando sus características y resultados, y se sugiere la existencia de un mecanismo común subyacente que podría ser la base de los resultados obtenidos. Este mecanismo es la inducción en el enfermo de una sensación de control sobre diversos aspectos de la enfermedad y se lograría, de forma directa o indirecta, mediante diversos cambios obtenidos en la relación terapéutica como el aumento de la autoeficacia o la reducción de la impredecibilidad. Los datos provenientes de los estudios son compatibles con la propuesta que presentamos, pero no permiten demostrar que sea cierta. Para ello, sería necesario desarrollar nuevas investigaciones que permitieran establecer, mediante diseños más controlados, las posibles relaciones causales entre sensación de control y bienestar en pacientes oncológicos que reciben terapias psicológicas.

Palabras clave: Control percibido; cáncer; calidad de vida; intervenciones psicológicas.

Title: The feelings of control induced by psychological interventions in cancer patients: are they the main key to explain the efficacy observed?

Abstract: Studies of psychological interventions in cancer patients developed since 1990 are reviewed. In spite of the different approaches used, it is speculated that the main resource to coping with cancer stress could be the induction of feelings of control in the patients. Feelings of control could be achieved by enhancing self-efficacy or by reducing unpredictability. Although the available data agree with our suggestion about the role of feelings of control in enhancing psychological well-being and quality of life in cancer patients, no causal relationships can be stated before developing new studies specifically addressed to confirm this possibility by using proper research-controlled designs.

Key words: Perceived control; cancer; quality of life; psychological interventions.

Introducción

Recibir un diagnóstico de cáncer y pasar por un tratamiento para el mismo supone un hecho estresante que sobrepasa en numerosas ocasiones a las personas que lo padecen y a su familia. Diferentes estudios han establecido que entre un 30% y un 50 % de las personas que padecen un cáncer presentan alguna alteración psicológica. Problemas de depresión y ansiedad son los más frecuentes y muchas veces no son tratados (Fertig, 1997; Maguire, 2000).

En este contexto, el objetivo fundamental de las diferentes intervenciones psicológicas es

que el paciente diagnosticado de cáncer y que debe ser tratado mantenga una buena calidad de vida y un bienestar psicológico (Folkman y Greer, 2000) con ausencia de problemas emocionales, (ansiedad y/o depresión), y con la menor alteración posible de la vida social, laboral y familiar (Andersen, 1992; Owen, Klapow, Hicken y Tucker, 2001; Padierna, Aristegui y Medrano, 1994). Concretamente, Fawzy y colaboradores (Fawzy, 1999; Fawzy y Fawzy, 1998; Fawzy, Fawzy, Arndt y Pasnau, 1995), señalan que el objetivo de las intervenciones psicológicas es ayudar a los pacientes de cáncer a soportar mejor su diagnóstico y tratamiento, disminuir los sentimientos de alienación, aislamiento, indefensión, y abandono, reducir la ansiedad en relación a los tratamientos, y clarificar percepciones e informaciones erróneas. Estas intervenciones que se diseñan para disminuir la indefensión y desesperanza tienen además la ventaja de que animan a la persona para que adopte más responsabilidad en volver a es-

* Este trabajo ha podido realizarse gracias a la ayuda BSO2002-01123 del Ministerio de Ciencia y Tecnología.

** **Dirección para correspondencia:** Tomás Blasco. Unidad de Psicología Básica. Departament de Psicologia Bàsica, Evolutiva i de l'Educació. GIES (Grupo de Investigación en Estrés y Salud), Unidad de Psicología Básica. Edifici B. Universitat Autònoma de Barcelona. 08193 Bellaterra (Barcelona). E-mail: tomas.blasco@uab.es

tar bien y en colaborar con los tratamientos médicos.

Las intervenciones psicosociales desarrolladas en pacientes de cáncer durante los últimos diez años se han mostrado eficaces (Andersen, 2001), a pesar de la disparidad de enfoques, estrategias y metodologías utilizadas. Aun cuando la mayor parte de los resultados publicados provienen de un enfoque cognitivo-conductual, la gran variedad de pacientes, tipos de cáncer, estadios de evolución del mismo, y forma de aplicación de las intervenciones (duración, frecuencia, aspectos a los que se dirigen, etc.) hace que sea imposible determinar un patrón "estándar" de aplicación. Sí puede considerarse que, en líneas generales, las estrategias utilizadas usan uno o más de los siguientes tipos de apoyo: el apoyo emocional, el apoyo informacional-educacional, y el apoyo instrumental.

El apoyo emocional se refiere a las demostraciones de amor, cariño y pertenencia a un grupo. Implica el poder hablar con alguien sobre las preocupaciones, molestias y sentimientos negativos que ocasiona la enfermedad. Supone ser escuchado, entendido, animado y cuidado. Se considera que el soporte emocional contribuye a mejorar o restablecer la autoestima, transmitiendo al paciente que es valorado y querido. También sirve para reducir los niveles de malestar emocional al permitir la expresión de sentimientos. Al mismo tiempo, permite mejorar las relaciones interpersonales. Puede ser dado por la familia, amigos, profesionales de la salud o por otras personas que han pasado por la misma experiencia. En teoría es el tipo de soporte que más ayuda.

El apoyo informacional-educacional se refiere a poder obtener la información relevante y necesaria respecto a la enfermedad y su tratamiento, y a la manera de hacerle frente, tanto a nivel físico como psicológico, ya que muchos médicos tienen dificultades para explicar con claridad a sus pacientes de cáncer en qué consiste la enfermedad y sus tratamientos, puesto que, normalmente, no dan grandes explicaciones y los pacientes no preguntan. Se considera que una comunicación clara y completa sobre la enfermedad y sus tratamientos ayuda al pa-

ciente, pues al aumentar su conocimiento se reduce su confusión y disminuye la ansiedad.

El apoyo instrumental se refiere a acciones o materiales que proporcionan otras personas para que el funcionamiento sea lo más normal posible. Son recursos materiales, como transporte para ir al hospital, recursos económicos o asistencia a domicilio. Es el menos efectivo de los tres tipos de apoyo, aunque es especialmente útil en casos avanzados o de mal pronóstico, donde hay una incapacidad física o dificultades concretas (Helgeson y Cohen, 1996).

En la Tabla 1 presentamos un resumen de las características y de los resultados obtenidos en los principales estudios llevados a cabo desde 1990, a modo de ilustración de las tareas realizadas en este campo. En dicho resumen se indica cuál o cuáles de los tres tipos de apoyo antes descritos han sido utilizados en cada uno de los estudios. Cada fila refiere a un estudio, pero en ocasiones se indica más de una referencia, ya que los autores han realizado diversas publicaciones a partir del mismo estudio.

Propuesta de un posible mecanismo común para las intervenciones psicosociales

Como puede comprobarse a partir de la Tabla 1 es difícil determinar qué tipo de terapia es la más adecuada por la disparidad de las diferentes intervenciones y las dificultades metodológicas de muchos de los estudios (Iacovino y Reesor, 1997; Owen et. al., 2001). Se deberían analizar más a fondo aspectos como: a) qué características de las terapias son más efectivas o cuál de las modalidades es mejor (Fawzy, 1999); b) cuál es la duración más adecuada tanto de las sesiones como de los tratamientos completos; c) qué momento es el más adecuado para iniciar el tratamiento (después del diagnóstico, después de una intervención quirúrgica, al cabo de un mes, a los tres meses, etc.); d) qué periodicidad deben tener las sesiones (semanales, quincenales, mensuales, etc.); e) concretar si diferentes tipos de cáncer, diferentes estadios, o diferentes tipos de tratamiento

Tabla 1: Relación de estudios que han utilizado diferentes tipos de intervención psicológica en pacientes con cáncer

AUTORES	TIPO DE TERAPIA	ESTADIO	TIPO DE CÁNCER	DURACIÓN	SEGUIMIENTO	RESULTADOS
Fawzy <i>et al.</i> (1990) Fawzy <i>et al.</i> (1993) Fawzy <i>et al.</i> (1995)	Grupal. Tipo combinado: Educativo, apoyo social-emocional.	I y II	Melanoma maligno	Una sesión semanal de 90 minutos durante seis semanas.	Después de acabar la terapia, a los seis meses y a los seis años.	Al final de la terapia se redujeron los niveles de alteración emocional y aumentó el uso de estrategias activas de afrontamiento. A los seis meses la mejorías emocionales y en las estrategias de afrontamiento fueron más pronunciadas. También aumentó la supervivencia.
Bindemann, Soukop y Kayer (1991)	Individual. Tipo educacional (entrenamiento en relajación).	Recién diagnosticado	Variado	Doce semanas de Intervención (primero dos sesiones semanales y después una semanal).	A los seis y doce meses.	Se observó una reducción en los niveles de depresión, ansiedad y morbilidad psiquiátrica.
Burish, Snyder y Jenkins (1991)	Individual (también con la familia). Tipo combinado: Educativo e informativo.	Tratamiento con quimioterapia	Variado	No especificado.	No especificado.	Incremento del conocimiento sobre la enfermedad y su tratamiento, reducción de los efectos secundarios anticipatorios.
Spiegel (1992)	Grupal. Tipo combinado: Educativo y apoyo social.	Estadio avanzado, con metástasis	Mama	Encuentros a lo largo de un año, y posteriormente encuentros informales.	A lo largo del tratamiento, al final del mismo y a los ocho meses.	Se consigue una menor alteración emocional, mejores respuestas de afrontamiento y menos síntomas de dolor. También aumentó la supervivencia.
Edgar, Rosberger y Nowlis (1992)	Individual. Tipo educacional.	Recién diagnosticado	Variado	Cinco sesiones durante cuatro meses con una enfermera.	A los cuatro y ocho meses y al año.	A los ocho meses y al cabo de un año se observaron mejorías en el estado anímico (depresión y ansiedad) y en las estrategias de afrontamiento. También en las preocupaciones referentes a la enfermedad.
Greer, Moore y Baruch (1991, 1992)	Individual. Tipo educacional (Terapia Psicológica Aduvante).	Recién diagnosticado	Variado	Seis sesiones semanales en un periodo de ocho semanas.	Después de acabar la terapia, y a los cuatro meses.	Al acabar la terapia se observaron mejoras emocionales en depresión y ansiedad, un aumento del Espíritu de Lucha y una reducción de los niveles de Desesperanza, Fatalismo y ansiedad. Después de cuatro meses estas mejoras se mantuvieron.
Gruber <i>et al.</i> (1993)	Grupal. Tipo educacional.	I	Mama	Nueve semanas.	Durante la terapia, después de acabarla y a los tres meses.	Se observa una reducción en los niveles de ansiedad.
Cunningham, Lookwood y Edmonds (1993)	Grupal. Tipo combinado: Educativo y apoyo social.	No especificado	Variado	Una sesión semanal de dos horas durante siete semanas.	A los tres meses.	Se observó una mejora en las estrategias de afrontamiento y el estado de ánimo, especialmente en los pacientes más jóvenes.

AUTORES	TIPO DE TERAPIA	ESTADIO	TIPO DE CÁNCER	DURACIÓN	SEGUIMIENTO	RESULTADOS
Forester, Kornfeld y Fleiss (1993)	Grupal. Tipo de apoyo social y emocional (discusión de las principales preocupaciones).	Recibiendo radioterapia	Variado	Sesiones semanales durante diez semanas.	A las cuatro semanas de acabar el tratamiento.	Se observaron mejorías en los niveles de depresión, pesimismo, Desesperanza, preocupaciones somáticas, insomnio, aislamiento social, anorexia, vómitos y fatiga.
Pruitt et al. (1993)	Individual. Tipo combinado: Educativo e informacional.	Diagnóstico en los seis meses anteriores.	Variado	Tres sesiones de una hora.	Al mes y a los tres meses.	Se observa una reducción en los niveles de depresión.
Cella, Sarafian y Sridar (1993)	Grupal. Tipo de apoyo social.	No especificado	Variado	Ocho semanas.	Última semana de la intervención.	Se observó una mejoría en la Calidad de Vida.
Moorey et al. (1994)	Individual. Tipo educacional (Terapia Psicológica Adyuvante).	Diagnóstico primario o de recurrencia entre cuatro y doce semanas anteriores.	Variado	Sesiones semanales de una hora durante ocho semanas. Seis sesiones más optativas si se requiere.	Después de acabar la terapia y al año.	Al cabo de un año se continúan observando mejorías en el estado emocional, especialmente en una reducción de la ansiedad y de la estrategia de afrontamiento de Desesperanza.
Berglund, Bolund, Gustafsson y Sjoden (1994a, 1994b)	Grupal. Tipo combinado: Educativo e informacional.	I y II	80% Mama	Once sesiones de dos horas a lo largo de siete semanas.	Después de finalizar la terapia, a los tres, seis y doce meses.	Se observaron mejorías en aspectos físicos, Espíritu de Lucha, imagen corporal, información y alteraciones del sueño.
Manne, Girasek, y Ambrosino (1994)	Grupal. Tipo educacional (especialmente animar sobre cuestiones de atractivo físico y autoestima)	I y III	Mama	Dos horas.	Después de la intervención.	Mejoría emocional y en las percepciones sobre el propio atractivo físico.
Cunningham, Jenkins, Edmonds y Lockwood (1995)	Grupal. Tipo educacional (compara dos grupos: Educativo frente a intensivo de fin de semana).	No especificado	Variado	Una sesión semanal de dos horas durante seis semanas. Un fin de semana.	Después de la intervención y a las diecinueve semanas.	Los dos formatos de terapia obtuvieron resultados comparables en la mejoría del estado anímico y la Calidad de Vida de los pacientes, no obstante, las mejorías en Calidad de Vida fueron mayores en la intervención de seis semanas.

AUTORES	TIPO DE TERAPIA	ESTADIO	TIPO DE CÁNCER	DURACIÓN	SEGUIMIENTO	RESULTADOS
Fawzy, Fawzy y Wheeler (1996)	Compara terapia individual frente a grupal. Tipo combinado: Educativo y apoyo emocional.	I y II	Melanoma maligno	Grupo: sesiones semanales de noventa minutos durante seis semanas. Individual: Tres horas con material escrito para estudiar en casa.	Después de acabar las intervenciones, a los seis y doce meses.	Al cabo de un año los pacientes del grupo aumentaron el uso de estrategias activas de afrontamiento cognitivo y conductual, disminuyendo la Evitación. Los pacientes de terapia individual aumentaron el uso de estrategias activas conductuales pero no cognitivas. Ambas terapias fueron igualmente efectivas en reducir la alteración emocional, especialmente la modalidad grupal.
Hosaka (1996)	Compara terapia individual educativa y terapia grupal educativa y con apoyo emocional	No especificado	Mama	Cinco sesiones de una hora cada una.	Después de acabar la intervención.	Ambos tipos de terapia suponen una mejora en los niveles de malestar emocional, pero no en cambiar las estrategias de afrontamiento.
Bottomley, Hutton, Roberts, Jones y Bradley (1996) Bottomley (1997b)	Grupal. Comparación entre tipo de apoyo y tipo educativo (cognitivo-conductual).	Recién Diagnosticada	Variado	Sesiones semanales de noventa minutos en ocho semanas.	Después de las intervenciones y a los tres meses.	Se observan mejorías a los tres meses en ambas modalidades en los niveles de ansiedad, depresión y estrategias de afrontamiento, especialmente en el grupo educativo.
Bottomley (1997a)	Grupal. Tipo combinado: Educativo (cognitivo-conductual), y apoyo social-emocional.	Recién diagnosticado o primera recurrencia.	Variado	Sesiones semanales de noventa minutos en cuatro semanas de apoyo social y ocho sesiones semanales más educativas.	Después de la intervención.	No especificado.
Kissane et al. (1997)	Grupal. Tipo combinado: Educativo (cognitivo-conductual), y apoyo social-emocional.	I y II	Mama	Sesiones semanales de noventa minutos en un total de veinte semanas.	No especificado.	No especificado.
Samarel, Fawcett y Tulman (1997)	Grupal. Tipo combinado: Educativo y apoyo social.	I y II	Mama	Ocho sesiones semanales de dos horas cada una.	Después de acabar la intervención y a las ocho semanas.	Se observó una mejora en la calidad de las relaciones interpersonales, que no se mantuvo a las ocho semanas. Mejoró el estado emocional y el estatus funcional independientemente de la terapia.

AUTORES	TIPO DE TERAPIA	ESTADIO	TIPO DE CÁNCER	DURACIÓN	SEGUIMIENTO	RESULTADOS
De Vries <i>et al.</i> (1997)	Compara "Counseling" individual combinado (terapia existencial) con grupos de apoyo emocional.	Avanzado	Variado	Una sesión semanal entre noventa y ciento veinte minutos a lo largo de doce semanas de "Counseling". Se añaden encuentros en grupo.	Después de la intervención.	Se observó un leve mejoría en el estado emocional y las estrategias de afrontamiento.
Roberts, Piper, Denny y Cuddeback (1997)	Grupal. Tipo educacional (tratar preocupaciones).	No especificado	Variado	Seis sesiones semanales.	Al final del tratamiento.	Se observan mejorías en el estado emocional, menores niveles de fatiga y confusión.
Helbon, Brandberg, Glimelius y Sjoden (1998)	Individual. Tipo educacional.	Recién diagnosticado	Variado	Un máximo de ocho sesiones a lo largo de tres meses.	Dos semanas después de acabar la intervención.	Todos los participantes consideraron que habían tratado sus principales preocupaciones y se consideraron satisfechos al mejorar sus sentimientos depresivos y pensamientos negativos sobre la enfermedad.
McQuellon <i>et al.</i> (1998)	Individual o con algún amigo o familiar. Tipo informacional.	Recién diagnosticado	Variado	Veinte minutos ("tour" por la clínica, descripción de los procedimientos clínicos, información escrita y responder las preguntas del paciente).	Después del "tour" y a las dos semanas.	Se observó una mejoría en los niveles de ansiedad y depresión.
Moorey, Greer, Bliss y Law (1998)	Compara terapia individual, educacional (Terapia Psicológica Ayudante cognitivo-conductual), con terapia grupal de apoyo social-emocional.	No especificado	Variado	Ocho sesiones semanales de terapia individual. Sesiones de grupo no estructuradas y sin calendario (aproximadamente ocho).	Después de acabar las diferentes intervenciones, a los cuatro meses y al año.	Al acabar la intervención se observó una mejoría en las estrategias de afrontamiento, aumentando el Espíritu de Lucha y disminuyendo la ansiedad. A los cuatro meses se mantienen las mejorías.
Sebastian <i>et al.</i> (1999)	Grupal. Tipo combinado: Educacional e informacional	Tras la intervención quirúrgica	Mama	4-5 meses.	Entre 20 días y un mes después de finalizar el tratamiento, aproximadamente seis meses después de la cirugía.	Se observa un mayor grado de independencia en la realización de las tareas cotidianas y auto-cuidado, menor malestar físico y psíquico, mejor percepción de su estado físico, psicológico y de Calidad de Vida. Aumenta el Espíritu de Lucha y disminuye el Desamparo.
Feigin <i>et al.</i> (2000)	Grupal. Apoyo social-emocional.	II, III y metástasis	Mama	Entre 8 y 10 sesiones, de 90 minutos, una vez por semana.	Después de finalizar el tratamiento.	Se observan menores índices de alteración emocional, mayor Espíritu de Lucha, mejor relación social y familiar, y mejor Calidad de Vida.

AUTORES	TIPO DE TERAPIA	ESTADIO	TIPO DE CÁNCER	DURACIÓN	SEGUIMIENTO	RESULTADOS
Romero, Ibáñez y Monsalve (2000)	Compara terapia individual, educacional (Terapia Psicológica Ayuvante cognitivo-conductual), con terapia grupal de apoyo social-emocional. (técnicas conductuales y de solución de problemas).	II y III	Mama	Terapia Psicológica Ayuvante: seis-doce sesiones, de 60-90 minutos. Terapia de apoyo: Sin límite de sesiones, según las necesidades de las pacientes.	Después de 2-4 meses de finalizar el tratamiento.	Ambas terapias fueron efectivas para reducir la ansiedad, la depresión, el Desamparo, el Fatalismo y la Preocupación Ansiosa. La de apoyo fue más efectiva en reducir la ansiedad, el Desamparo y el Fatalismo, mientras que la Terapia Psicológica Ayuvante fue más efectiva para reducir la depresión.

pueden necesitar diferentes aproximaciones o estilos terapéuticos (Fawzy, 1999; Feigin et. al., 2000; Hanson *et al.*, 2000); f) determinar en qué momentos es más adecuado el abordaje individual o el grupal (Cunningham, 2000; Hitch, Fielding y Llewelyn, 1994; Padierna et. al., 1994). Así pues, establecer cual podría ser el “patrón estándar” que debería seguir una intervención psicológica aplicada a pacientes de cáncer, puede ser una labor ardua y de difícil resolución. No obstante, nosotros creemos que en toda intervención terapéutica en psicooncología existe un aspecto común que puede conseguirse de forma directa o indirecta mediante el abanico de actuaciones que desarrolla el terapeuta y que, probablemente, es responsable, en parte, de la eficacia que pueda obtenerse mediante la terapia. Consideraremos que ese aspecto común que subyace a todas las intervenciones psicoterapéuticas referidas en la Tabla 1 es la inducción de sensación de control en el paciente, especulación que vendría avalada por trabajos como los de Eifert, Coburn y Seville (1992), que demostraron la importancia de este factor para explicar la eficacia de los trastornos conductuales sobre los tratamientos de ansiedad. No pretendemos que el presente trabajo demuestre que nuestra especulación es cierta, sino que dé argumentos para avalar la idea de que tal especulación está bien fundamentada y que, efectivamente, es lícito concebir que existe una relación entre sensación de control y bienestar, y que la primera es uno de los efectos que se obtienen cuando la intervención terapéutica en pacientes de cáncer es eficaz. La idea que subyace en nuestro planteamiento es la de que no se trata tanto de eliminar emociones (enfoque éste desarrollado en los tratamientos aplicados a la ansiedad y la depresión), como de encauzar mejor el afrontamiento y los recursos del sujeto ante situaciones amenazantes, enfoque que creemos asumen implícitamente muchas de las intervenciones en psicooncología, y que se basaría, justamente, en mostrar al sujeto que, a través de unos determinados recursos, se podrían controlar determinados resultados, beneficiosos para su bienestar.

Para ello, debemos, en primer lugar, clarificar qué entendemos por “sensación de control”. La investigación sobre el concepto “control” en Psicología, así como sus principales características y consecuencias sobre el comportamiento constituye un campo muy amplio en el que existe una gran variedad de enfoques y definiciones. Hemos denominado a este campo “Psicología del Control” (Fernández, Álvarez, Blasco, Doval y Sanz, 1998) y, dentro del mismo, nuestro punto de vista se fundamenta en las aproximaciones de Shapiro, Schwartz y Astin (1996) y, sobre todo, de Skinner (1996). Lo sintetizaremos diciendo que se produce “sensación de control” cuando el individuo juzga que, ante una determinada situación, existe un agente que, a través de unos medios, puede conseguir unos resultados. Este esquema puede aplicarse, en principio, a cualquier situación. En el caso de la enfermedad oncológica, una “sensación de control” puede darse cuando el paciente juzga que el médico (agente), a través de los tratamientos de quimioterapia (medios), puede lograr la erradicación del tumor (resultados). También habría “sensación de control” en el caso de que el paciente juzgara que él mismo (agente) puede sentirse mejor (resultados) si sigue la intervención psicológica que le propone el psicooncólogo (medios). En el caso de que el paciente considerase que no hay un agente o unos medios capaces de conseguir el resultado deseado, o que el agente no es capaz de poner en práctica los medios (aun cuando estos, en caso de activarse, sí puedan lograr esos resultados), se produciría un “sensación de ausencia de control”. Podemos considerar que el término, quizá más utilizado, de “control percibido” es sinónimo de “sensación de control”, pero, dentro de nuestro esquema, le denominamos “juicio de control”. El juicio de control puede ser positivo, en mayor o menor medida, cuando el sujeto considera que un agente, a través de unos medios, puede lograr unos resultados, y “nulo” cuando el individuo cree que un determinado resultado no puede conseguirse porque no existe un agente capaz de desarrollar los medios que dan lugar a dicho resultado. Dentro de esa perspectiva, consideramos que

uno de los “ingredientes activos” de las terapias psicológicas en Oncología es la inducción, de forma directa o indirecta, premeditada o no, de juicios de control positivos respecto a distintos aspectos de la enfermedad (mejoría de síntomas, bienestar emocional, etc.), lo que provocará que el paciente llegue a considerar que él mismo, o el médico, son capaces de actuar favorablemente sobre aquellos aspectos de salud que más interesan al enfermo.

La relación entre juicio de control positivo y efectos beneficiosos en la salud de los individuos es algo que se ha constatado repetidamente en las investigaciones llevadas a cabo en el campo de la Psicología de la Salud, ya que se ha observado que aquellas personas que creen que hay algo que puede hacerse sobre la enfermedad o sobre el estrés que ocasiona, muestran un mejor perfil emocional y una mejor calidad de vida, observándose lo contrario cuando el juicio de control es nulo (Folkman y Greer, 2000; Shapiro *et al.* 1996; Taylor y Armor, 1996).

En el campo de la Psicooncología, más concretamente, la relación entre un mayor juicio de control y un mejor bienestar se ha obtenido en diversos trabajos que han estudiado la relación entre diferentes constructos de control y otras variables psicológicas en relación con la evolución de la enfermedad, y que han aportado datos como los siguientes:

Schnoll, Harlow, Stolbach y Brandt (1998) han observado, en pacientes con cáncer de mama, que una mayor sensación de desesperanza y un menor espíritu de lucha (según la puntuación obtenida en las subescalas del MAC) guarda una estrecha relación con una peor adaptación a la enfermedad (entendida como una mayor presencia de depresión y ansiedad), y una peor calidad de vida. La mayor desesperanza y el menor espíritu de lucha evidenciarían un menor juicio de control. Resultados similares han sido obtenidos recientemente en un estudio longitudinal con población española por Báñez (2002). En esta misma línea se encuentran, asimismo, los trabajos de González, Palenzuela, Pulido, Sáez y López (2001) y de Sosa, Capafons y Carballeira (1999) que muestran que las pacientes con cáncer de ma-

ma que tienen mayor juicio de control manifiestan menores niveles de ansiedad y depresión.

Por otro lado, Juan *et al.* (2003) han hallado resultados que sugieren que un menor juicio de control, en interacción con el tipo de tratamiento recibido (radioterapia) se relaciona con una menor supervivencia en pacientes con cáncer de pulmón avanzado sometidos a tratamiento paliativo. Por su parte, Tschuschke *et al.*, (2001) han encontrado también que un mayor espíritu de lucha tuvo una clara relación con una mayor supervivencia a 5 años en pacientes con leucemia que recibieron trasplante de médula ósea. Watson, Haviland, Greer, Davidson y Bliss, (1999), en un estudio prospectivo con 578 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en estadios tempranos, observaron que aquéllas que manifestaban mayores niveles de indefensión y desesperanza (lo que podríamos considerar como un análogo de “menor sensación de control”) eran las que tenían mayor riesgo de recidiva y/o fallecimiento a los 5 años.

Justificación de la propuesta

Una vez asumido que el juicio de control positivo es beneficioso para el individuo, propondremos en qué medida éste podría ser inducido por los diferentes tipos de apoyo antes descritos, en base a las opiniones de diversos autores del campo de la Psicooncología.

Uno de los efectos que algunos autores defienden que se produce como consecuencia de la aplicación de las terapias es el aumento de la autoeficacia (Andersen, 1992; Folkman y Greer, 2000; Gray, Fitch, Davis y Phillips, 1997; Merluzzi y Martínez, 1997). La autoeficacia es uno de los componentes del juicio de control, e indica que el sujeto valora que el agente (en este caso, el propio sujeto) es capaz de desarrollar unos medios que se presupone que permiten conseguir unos determinados resultados deseados por el individuo. Por lo tanto, y según estos autores, la mejora en la autoeficacia es un producto tanto del apoyo emocional como del apoyo informativo-educacional. Según nuestra

perspectiva, la mejora en la autoeficacia conllevará un aumento del juicio de control positivo.

Otro efecto indirecto que aumenta el juicio de control es el provocado por la reducción de la impredecibilidad a través de la información, ya que ésta ayuda a reducir la ansiedad ante estímulos poco familiares e imprevisibles (McQuellon *et al.* 1998).

Finalmente, otros autores hablan de forma explícita del papel del control como ingrediente activo de los tratamientos psicológicos. Andersen (1992) defiende explícitamente que el apoyo educacional mediante estrategias cognitivo-conductuales facilita una interpretación realista de la situación y propicia una percepción de autoeficacia y de control por parte del paciente que redundará en un menor malestar emocional y en una mayor calidad de vida. Perspectivas similares son también esgrimidas por Helgeson, Cohen, Schulz y Yasko (2001), y Spiegel y Diamond (2001).

A partir de todas las consideraciones expuestas, ¿en qué medida podría demostrarse que las terapias psicológicas incrementan el juicio de control de los pacientes? Es difícil hacerlo sin desarrollar diseños que utilicen medidas precisas del juicio de control que permitan observar cómo éste cambia a lo largo de la terapia y en qué medida dicho cambio correlaciona con mejoras en el bienestar y en la calidad de vida de los pacientes. Incluso en ese caso, haría falta recurrir a diseños experimentales que permitieran establecer de manera inequívoca la relación de causalidad antes postulada, diseños que, probablemente, sean imposibles de realizar por limitaciones de tipo ético. Por el momento, debemos conformarnos con evidencias más indirectas provenientes de los razonamientos presentados a lo largo del presente trabajo y que podríamos resumir en dos:

a) El juicio de control correlaciona con mejores niveles de bienestar en diferentes ámbitos de la vida del enfermo, en general, y del oncológico, en particular, existiendo, además, datos que sugieren que en este último, el juicio de control positivo podría modular la supervivencia del individuo.

b) Los tratamientos psicológicos que se aplican a los pacientes oncológicos con el fin de disminuir el malestar parecen tener como efecto un aumento del juicio de control. Este aumento se conseguiría través de diferentes mecanismos que se pondrían en marcha, sobre todo, al recibir información y entrenamiento en estrategias de afrontamiento. Gilbar y Neuman (2002) han señalado que el sólo hecho de ofrecer a los pacientes la posibilidad de participar en una intervención psicoterapéutica, dejando que ellos mismos decidan si hacerlo o no, ya permite que se adquiera una mayor sensación de control sobre el proceso de enfermedad. Esos mecanismos aumentarían el juicio de control del individuo y lograrían reducir el impacto emocional y la incertidumbre, potenciando, a la vez, la autoeficacia del individuo.

Para concluir, somos conscientes de que nuestro planteamiento es criticable, puesto que no permite ofrecer una demostración incuestionable de su veracidad. Sin embargo, creemos que puede ofrecer ideas para incorporar, en futuras investigaciones, elementos para analizar con más exactitud el papel que juega el control en la explicación de la eficiencia de las intervenciones psicológicas en pacientes de cáncer y, de este modo, poder perfilar mejor cómo elaborar pautas más eficaces que contemplen los "elementos activos" de manera preponderante en el esquema terapéutico, y facilitar, así, intervenciones más eficaces y más adaptables a las características del individuo como, por ejemplo, su estilo cognitivo de procesamiento de la información (Miller, Fang, Diefenbach y Bales, 2001).

Referencias

- Andersen, B. (1992). Psychological interventions for cancer patients to enhance the quality of life. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 552-568.
- Andersen, B. (2001). A biobehavioral model for psychological interventions. En A. Baum y B.L. Andersen (Eds.) *Psychosocial interventions for cancer* (pp. 119-130). Washington: American Psychological Association.
- B  rez, M. (2002). *Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama*. Tesis doctoral no publicada. Universitat Aut  noma de Barcelona. Bellaterra: Barcelona.
- Berglund, G., Bolund, C., Gustafsson, U. y Sj  den, P. (1994-a). A randomized study of a rehabilitation program for cancer patients: "The starting again group". *Psycho-Oncology*, 3, 109-120.
- Berglund, G., Bolund, C., Gustafsson, U. y Sj  den, P. (1994-b). One-year follow-up of the "Starting Again" group rehabilitation programme for cancer patients. *European Journal of Cancer*, 30A, 1.744-1.751.
- Bindemann, S., Soukop, M. y Kayer, S.B. (1991). Randomised controlled study of relaxation training. *European Journal of Cancer*, 27, 170-174.
- Bottomley, A. (1997-a). Synthesizing cancer group interventions - A cancer group intervention in need of testing. *Clinical Psychology and psychotherapy*, 4(1), 51-61.
- Bottomley, A. (1997-b). Cancer support groups - are they effective?. *European Journal of Cancer Care*, 6, 11-17.
- Bottomley, A., Hunton, S., Roberts, G., Jones, L. y Bradley, C. (1996). A pilot study of cognitive behavioral therapy and social support group interventions with newly diagnosed cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 14 (4), 65-83.
- Burish, G., Snyder, S., y Jenkins, R.A. (1991) Preparing patients for cancer chemotherapy: Effect of coping preparation and relaxation interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 517-525.
- Cella, D.F., Sarafian, B. y Sider, P.R. (1993). Evaluation of a community based cancer support group. *Psycho-Oncology*, 2, 123-132.
- Cunningham, A.J. (2000). Adjuvant psychological therapy for cancer patients: Putting it on the same footing as adjunctive medical therapies. *Psycho-Oncology*, 9, 367-371.
- Cunningham, A.J., Lockwood, G.A., Edmonds, C.V. (1993). Which cancer patients benefits most from a brief, group, coping skills program? *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 23, 383-398.
- Cunningham, A.J. Jenkins, G., Edmonds, C.V. y Lockwood, G.A. (1995). A randomized comparison of two forms of a brief, group, psychoeducational program for cancer patients: weekly sessions versus a "weekend intensive". *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 25(2), 173-189.
- De Vries, M., Schilder, J., Mulder, C., Vrancken, A., Remie, M y Garssen, B. (1997). Phase II study of psychotherapeutic intervention in advanced cancer. *Psycho-Oncology*, 6, 129-137.
- Edgar, L., Rosberger, Z. y Nowlis, D. (1992). Coping with cancer during the first year after diagnosis. *Cancer*, 69, 817-828.
- Eifert, G.H., Coburn, K.E. y Seville, J.L. (1992). Putting the client in control: The perception of control in the behavioral treatment of anxiety. *Anxiety, stress and coping*, 5, 165-176.

- Fawzy, F.I. (1999). Psychosocial interventions for patients with cancer: What works and what doesn't. *European Journal of Cancer*, 31 (11), 1559-1564.
- Fawzy, I.F., Cousins, N., Fawzy, N.W., Kemeny, M.E., Elashoff, R. y Morton, D. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients: I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 47, 720-725.
- Fawzy, I.F., y Fawzy, N.W. (1998). Group therapy in the cancer setting. *Journal of Psychosomatic Research*, 45, 191-200.
- Fawzy, I.F., Fawzy, N.W., Arndt, L.A. y Pasnau, R.O. (1995). Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Arch. Gen. Psychiatry*, 52, 100-113.
- Fawzy, I.F., Fawzy, N.W., Hyun, C.S., Elashoff, R., Guthrie, D., Fahey, J.L. y Morton, D.L. (1993). Malignant melanoma. Effects on an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Archives of General Psychiatry*, vol. 50, 681-689.
- Fawzy, I.F., Fawzy, N.W. y Wheeler, G. (1996). 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. *Psycho-Oncology*, 5, 81-89.
- Feigin, R., Greenberg, A., Ras, H., Hardan, Y., Rizel, S., Ben Efraim y Stemmer, S.M. (2000). The psychological experience of women treated for breast cancer by high-dose chemotherapy supported by autologous stem cell transplant: A qualitative analysis of support groups. *Psycho-Oncology*, 9, 57-68.
- Fernández, J., Álvarez, M., Blasco, T., Doval, E. y Sanz, A. (1998). Validación de la Escala de Competencia Personal Percibida de Wallston: Implicaciones para el estudio del estrés. *Ansiedad y Estrés*, 4(1), 31-41.
- Fertig, D.L. (1997). Depression in patients with breast cancer: Prevalence, diagnosis, and treatment. *The Breast Journal*, 3, 292-302.
- Folkman, S. y Greer, S. (2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: When theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology*, 9, 11-19.
- Forester, B., Kornfeld, D.S. y Fleiss, J.L. (1993). Group psychotherapy during radiotherapy: Effects on emotional and physical distress. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1700-1706.
- Gilbar, O. y Neuman, R. (2002) Which cancer patient completes a psychosocial intervention program? *Psycho-Oncology*, 11, 461-471.
- González, M., Palenzuela, D., Pulido, R., Saez, I. y López, E. (2001). El papel de las expectativas generalizadas de control en el afrontamiento y ajuste psicológico en mujeres con cáncer de mama. *Ansiedad y Estrés*, 7, 1-14.
- Gray, R., Fitch, M., Davis, C. y Phillips, C. (1997). A qualitative study of breast cancer self-help groups. *Psycho-Oncology*, 6, 279-289.
- Greer, S., Moorey, S. y Baruch, J.D.R. (1991). Evaluation of adjuvant psychological therapy for clinically referred cancer patients. *British Journal of Cancer*, 63, 257-260.
- Greer, S., Moorey, S. y Baruch, J.D.R. (1992). Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial. *British Medical Journal*, 304, 675-680.
- Gruber, B.L., Hersh, S.P., Hall, N.R., Waletzky, L.R., Kunz, J.F., Carpenter, J.K., Kverno, K.S. y Weiss, S.M. (1993). Immunological responses of breast cancer patients to behavioral interventions. *Biofeedback and self regulation*, 18, 1-22.
- Hanson, M., Suman, V.J., Rummans, T.A., Dose, A.M., Taylor, M., Novotny, P., Johnson, R y Evans, R.E. (2000). Physical, psychological and social well-being of women with breast cancer: the influence of disease phase. *Psycho-Oncology*, 9, 221-231.
- Helgeson, V.S., y Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychology*, 15, 135-148.
- Helgeson, V.S., Cohen, S., Schulz, R. y Yasko, J. (2001) Group support interventions for people with cancer. En A. Baum y B.L. Andersen (Eds.) *Psychosocial interventions for cancer* (pp. 269-286). Washington: American Psychological Association.
- Hellbon, M., Brandberg, Y., Glimelius, B. y Sjöden, P. (1998). Individual psychological support for cancer patients: Utilization and patient satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 34, 247-256.
- Hitch, P.J., Fielding, R.G. y Llewelyn, S.P. (1994). Effectiveness of self-help and support groups for cancer patients: a review. *Psychology and Health*, 9, 437-448.
- Hosaka, T. (1996). A pilot study of a structured psychiatric intervention for Japanese women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 5, 59-64.
- Iacovino, V. y Reesor, K. (1997). Literature, on interventions to address cancer patients' Psychosocial needs: What does it tell us?. *Journal of Psychosocial Oncology*, 15(2), 47-71.
- Juan, E., Blasco, T., Font, A., Doval, E., Sanz, A., Maroto, P. y Pallarés, C. (2003, en prensa) Percepción de control y supervivencia en pacientes con cáncer de pulmón avanzado sometidos a tratamiento paliativo. *Ansiedad y Estrés*, 9(1).
- Kissane, D.W., Bloch, S., Miach, P., Smith, G. y Seddon, A. y Keks, N. (1997). Cognitive-Existential group therapy for patients with primary breast cancer - techniques and themes. *Psycho-Oncology*, 6, 25-33.
- Maguire, P. (2000). Managing psychological morbidity in cancer patients. *European Journal of Cancer*, 36, 556-558.
- Manne, S.L., Girasek, D. y Ambrosino, J. (1994). An evaluation of the impact of a cosmetics class on breast cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12, 83-99.
- McQuellon, R.P., Wells, M., Hoffman, S., Crave, B., Russell, G., Cruz, J., Hurt, G., Dechatelet, P., Andykowsky, A. y Savage, P. (1998). Reducing distress in cancer patients with an orientation program. *Psycho-Oncology*, 7, 207-217.

- Merluzzi, T.V. y Martínez, M.A. (1997). Perceptions of coping behaviors by persons with cancer and health care providers. *Psycho-Oncology*, 6, 197-203.
- Miller, S.M., Fang, C.Y., Diefenbach, M.A. y Bales, C.B. (2001). Tailoring psychosocial interventions to the individual's health information-processing style. En A. Baum y B.L. Andersen (Eds.) *Psychosocial interventions for cancer* (pp. 343-362). Washington: American Psychological Association.
- Moorey, S., Greer, S., Bliss, J.M. y Law, M., (1998). A comparison of Adjuvant Psychological Therapy and supportive counseling in patients with cancer. *Psycho-Oncology*, 3, 218-228.
- Moorey, S. y Greer, S., Watson, M., Baruch, J.D.R., Robertson, B.M., Mason, A., Rowden, L., Tunmore, R., Law, M., y Bliss, J.M. (1994). Adjuvant Psychological therapy for patients with cancer: Outcome at one year. *Psycho-Oncology*, 3, 39-46.
- Owen, J.E., Klapow, J.C., Hicken, B. y Tucker, D. (2001). Psychosocial interventions for cancer: review and analysis using a three-tiered outcomes model. *Psycho-Oncology*, 10, 218-230.
- Padierna, J.A., Aristegui, E. y Medrano, J. (1994). Implicaciones psiquiátricas de los procesos oncológicos. *Oncología*, 17/309, 62-71.
- Pruitt, B.T., Waligora-Serafin, B., McMahon, T., Byrd, G., Besselman, L., Kelly, G.M., Drake D.A., y Cuellar, D. (1993). An educational intervention for newly-diagnosed cancer patients undergoing radiotherapy. *Psycho-Oncology*, 2, 55-62.
- Roberts, C.S., Piper, L., Denny, J. y Cuddeback, G. (1997). A support group intervention to facilitate young adult's adjustment to cancer. *Health and Social Work*, 22, 133-141.
- Romero, R., Ibañez, E. y Monsalve, V (2000). *La terapia psicológica adyuvante en enfermas con cáncer de mama: Un estudio preliminar*. En F. Gil (Ed.), *Manual de Psico-Oncología*. Nova Sidonia Oncología. Madrid.
- Samarel, N., Fawcett, J. y Tulman, L. (1997). Effect of support groups with coaching on adaptation to early stage breast cancer. *Research in Nursing & Health*, 20, 15-26.
- Schnoll, R.A., Harlow, L.L., Stolbach, L.L. y Brandt, U. (1998). A structural model of the relationships among stage of disease, age, coping and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 7, 69-77.
- Sebastian, J., Bueno, M.J., Mateos, N. y García, P. (1999). Evaluación de un programa de intervención sobre cáncer de mama. *Boletín de Psicología*, 65, 53-73.
- Shapiro, D.H., Schwartz, C.E. y Astin, J.A. (1996). Controlling ourselves, controlling our world. Psychology's role in understanding positive and negative consequences of seeking and gaining control. *American Psychologist*, 51 (12), 1213-1230.
- Skinner, E.A. (1996). A guide to constructs of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 549-570.
- Sosa C.D., Capafons, J.I. y Carballeira, M (1999). Afrontamiento, ajuste psicológico y cáncer de mama. *Ansiedad y estrés*, 5, 47-60.
- Spiegel, D. (1992). Effects of psychological support on patients with metastatic breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 10, 113-120.
- Spiegel, D. y Diamond, S. (2001) Psychosocial interventions in cancer: group therapy techniques En A. Baum y B.L. Andersen (Eds.) *Psychosocial interventions for cancer* (pp. 215-233). Washington: American Psychological Association.
- Taylor, S.E. y Armor, D.A. (1996). Positive illusions and coping with adversity. *Journal of Personality*, 64(4), 873-898.
- Tschuschke, V., Hertenstein, B., Arnold, R., Bunjes, D., Denzinger, R. y Kaechele, H. (2001). Associations between coping and survival time of adult leukemia patients receiving allogeneic bone marrow transplantation. Results of a prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 277-285.
- Watson, M., Haviland, J.S., Greer, S., Davidson, J. y Bliss, J.M. (1999). Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *The Lancet*, 354, 1331-1336.

(Artículo recibido: 16-6-2003, aceptado: 22-10-2003)