

EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

Antoni Font y Eva Rodríguez

Universidad Autónoma de Barcelona

Resumen

El objetivo del presente trabajo es revisar la evidencia actualmente disponible sobre la eficacia de diferentes formas de intervención psicológica en cáncer de mama, distinguiendo tres principales enfoques terapéuticos: Intervenciones informativo-educativas, aplicaciones cognitivo-conductuales y psicoterapias de grupo. Se revisan los trabajos desarrollados específicamente con pacientes de cáncer de mama. Los datos aportados por diversos estudios muestran que la intervención informativo-educativa tiene efectos positivos en el campo afectivo y el afrontamiento especialmente al inicio de la enfermedad. Por otra parte, existe suficiente evidencia de que las técnicas cognitivo-conductuales son eficaces para mejorar el control de algunos síntomas, el estado afectivo relacionado con situaciones concretas y el afrontamiento a la enfermedad en sus diversas fases. El enfoque psicoterapéutico de grupo es más efectivo si destaca los aspectos educativos que centrándose únicamente en las emociones. La utilización de diversos formatos incluyendo el soporte telefónico e Internet deben facilitar que alguna forma de ayuda psicológica complementaria llegue a todas las pacientes. Los efectos beneficiosos de las terapias estructuradas sobre la calidad de vida de las pacientes suelen prolongarse a medio plazo una vez finalizada la misma.

Palabras clave: intervención psicológica en cáncer de mama, información, psicoterapia, terapia de grupo, eficacia, calidad de vida.

Abstract

The objective of this study was to review the current evidence for efficacy of different ways of psychological intervention in breast cancer. We distinguish three main therapeutic forms: informational-educational intervention, behavioural-cognitive therapy and group therapy. Only psychological applications with breast cancer patients are reviewed. The data of several studies showed that the information-education approach has positive effects at affective and coping level, especially in the beginning of the disease. On the other hand, the cognitive-behavioural intervention seems to be effective for a better control of disease-related symptoms, affect states related to concrete situations and for coping during the phases of illness. The psychotherapeutic educational group approach seems to be more effective than the emotional one. The different therapy formats, including support by phone and Internet, may facilitate that psychological support arrives to all patients. The benefit of structured therapies for the patients' quality of life remains at middle-term in the most cases.

Key words: psychological intervention in breast cancer, information, psychotherapy, group therapy, efficacy, quality of life.

Correspondencia:

Antoni Font
Universidad Autónoma de Barcelona
Laboratorio de Psicología Oncológica. Facultad de Psicología.
Apartado de correos 29
08193 Cerdanyola del Vallés (Bellaterra). Barcelona.
E-mail: Antonio.Font@uab.es

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente en la Unión Europea y el tumor más común entre las mujeres, en todo el mundo. La incidencia del cáncer de mama está aumentando, principalmente en los países desarrollados, donde se diagnostican más de la mitad de los casos cada año⁽¹⁾. Se trata de una enfermedad generalmente crónica, que suele exigir un tratamiento complejo y agresivo, y con posibilidades de evolución muy diversas. Existen numerosos estudios científicos sobre el impacto de esta enfermedad a nivel psicosocial⁽²⁻²⁴⁾. Pese a los avances habidos en el tratamiento de esta enfermedad, la mayoría de pacientes de cáncer de mama van a experimentar impacto psicológico y/o dificultades en sus actividades cotidianas. Los estudios sobre calidad de vida indican que al menos una de cada 5 pacientes sufre dificultades emocionales^(25,26).

En el presente trabajo nos centraremos en las intervenciones psicológicas desarrolladas específicamente para pacientes de cáncer de mama con el objetivo de mejorar su calidad de vida. Existen otras aproximaciones terapéuticas que se han aplicado a pacientes de diversos tipos de cáncer, entre ellos el de mama, que no se analizan en el presente trabajo⁽²⁷⁾. A fin de no extendernos demasiado, y por corresponder a un enfoque diferente, tampoco revisaremos los estudios en que se ha analizado el posible efecto de variables psicológicas como las estrategias de afrontamiento, en la evolución física del cáncer de mama. Aunque a lo largo de los años muchas pacientes pueden adaptarse y recuperar su calidad de vida inicial, el objetivo de las diferentes intervenciones psicológicas es facilitar este proceso, evitar sufrimiento y conseguir la máxima recuperación lo antes posible. En otras palabras:

se trata de que la paciente diagnosticada de cáncer de mama reciba apoyo a fin de mantener o recuperar la calidad de vida que pueda resultar alterada por la enfermedad y/o su tratamiento. Las intervenciones psicológicas profesionales en cáncer de mama deben considerarse medidas de soporte complementarias que no sustitutivas de los procedimientos médicos y, de manera ideal, integradas en equipos multidisciplinares.

Las personas que tienen cáncer de mama pueden beneficiarse de diferentes formas de intervención psicológica profesional, que pueden clasificarse de la manera siguiente:

- Intervenciones educativo-informativas (counselling)
- Intervenciones psicoterapéuticas individuales (conductuales, cognitivas, dinámicas)
- Intervenciones mediadas por procesos psicológicos en grupo

Las intervenciones educativo-informativas consisten en proporcionar información relevante sobre la enfermedad y su tratamiento y/o cómo afrontar los diferentes problemas, dónde obtener qué ayudas, etc. Las intervenciones psicoterapéuticas permiten actuar según la situación y necesidades individuales de cada paciente. Pueden reflejar posiciones de orientación conductual, cognitiva, combinación de ambas, dinámica, etc. En la intervención en grupo se facilita que las pacientes compartan experiencias y se movilizan procesos de aprendizaje vicario.

INTERVENCIONES INFORMATIVO-EDUCATIVAS (COUNSELLING)

Parece lógico suponer que cuando una persona es diagnosticada de cáncer de mama, una información adecuada

va a ser necesaria e ineludible. Pero los efectos positivos de la información recibida en situaciones difíciles pueden necesitar un cierto tiempo para manifestarse. Al proporcionar información estructurada a pacientes de cáncer de mama, sobre la enfermedad y su tratamiento, Durá e Ibáñez⁽²⁸⁾ no constataron efectos beneficiosos a corto plazo, pero sí a largo plazo: las pacientes de los grupos intervención (informadas solas o informadas con la familia) mostraron una mejor calidad de vida que el grupo control (las que no recibieron información adicional sobre su enfermedad), cinco meses después, concretamente en adaptación al entorno laboral y familiar, relaciones sexuales y relaciones sociales. Jensen et al.⁽²⁹⁾ evaluaron una estrategia informativa que consistía en que las pacientes de cáncer de mama dispusieran de información escrita acerca de los tratamientos neoplásicos antes de participar en un ensayo clínico. En el seguimiento efectuado tres meses después, se constató que la información era recordada de manera precisa en la mayoría de los casos. Además, el 74% de las pacientes consideraron la información como muy positiva para reducir la ansiedad y la incertidumbre pre-tratamiento. Pålsson y Norberg⁽³⁰⁾ pudieron constatar que las mujeres en tratamiento inicial del cáncer de mama se sentían más apoyadas emocionalmente y más seguras cuando tenían la oportunidad de recibir información sobre su enfermedad y comentarla con las enfermeras que cuando recibían la información complementaria a la del oncólogo, sólo por escrito o por teléfono. También parece ser que, en el largo proceso del cáncer, la vivencia de algunas pacientes puede servir para las pacientes futuras. McDaniel y Rhodes⁽³¹⁾ demostraron que la información sobre la experiencia de otras mujeres que habían recibido quimioterapia, grabada en

vídeo, era valorada como útil por parte de las nuevas pacientes, porque permitía desarrollar estrategias de afrontamiento preventivas y auto-cuidados anticipados a las situaciones problema. En base a esta misma idea, Samarel et al.^(32,33) han desarrollado y evaluado un "Kit" de recursos para mujeres recién diagnosticadas de cáncer de mama, con el objetivo de facilitar la adaptación física, emocional, funcional e interpersonal, al diagnóstico, tratamiento y recuperación después de los tratamientos médicos. Este material combina la información con la auto-ayuda y puede complementarse con el apoyo individualizado por teléfono y/o la participación en grupos de soporte. En el mismo sentido, los datos aportados por Williams y Schreier⁽³⁴⁾ indican que una intervención sencilla como proporcionar una cinta de audio para favorecer los autocuidados puede ser efectiva para disminuir la ansiedad y mejorar el control de síntomas en pacientes de cáncer de mama en fase de primer tratamiento.

También el trabajo de Badger et al.⁽³⁵⁾ aporta datos a favor de la utilidad de proporcionar información adicional a las pacientes para ayudar al control de algunos síntomas vinculados a la enfermedad. En un estudio randomizado, 48 pacientes de cáncer de mama fueron asignadas a la condición de recibir asesoramiento tipo *counselling* de manera individual, por teléfono, a lo largo de seis semanas, o a información convencional. Al finalizar la intervención y en el seguimiento efectuado un mes después, se observaron mejorías en el grupo intervención respecto a los niveles de fatiga, depresión, estado de ánimo y estrés. Probablemente este tipo de soporte sería especialmente adecuado para pacientes con poco apoyo social y que no pueden participar en encuentros de grupo por no estar disponible

este tipo de ayuda en su zona de residencia⁽³⁶⁾. No obstante, en otros estudios no se han encontrado diferencias significativas, al cabo de un año, entre proporcionar un kit de información por correo y recibir o no apoyo telefónico adicional⁽³⁷⁾, lo que indicaría una cierta equivalencia entre ambos procedimientos. Por su parte, Scheier et al.⁽³⁸⁾ realizaron un estudio para determinar si una intervención educativa sobre afrontamiento al cáncer y/o una intervención informativa sobre nutrición podrían mejorar el estado físico y/o psicológico de mujeres jóvenes sometidas al tratamiento del cáncer de mama en estadio inicial. Ambos grupos fueron comparados con un grupo control de tratamiento onco-

lógico convencional. Se observaron, de manera estadísticamente significativa, incluso en el seguimiento a 13 meses, una menor sintomatología depresiva y mejor funcionamiento físico, en los grupos intervención.

INTERVENCIONES INDIVIDUALES: TRATAMIENTOS CONDUCTUALES Y COGNITIVOS

Diversos tratamientos conductuales y cognitivos han sido aplicados en el campo del cáncer de mama, en las diferentes fases de la enfermedad, con un amplio rango de componentes terapéuticos incluyendo relajación, reestructuración cognitiva, terapia de solución de

Tabla 1. **Terapia psicológica en cáncer de mama:
Intervenciones informativo-educativas**

Resultados significativos observados	Procedimiento empleado
Disminución de la ansiedad e incertidumbre previas a la intervención ⁽²⁹⁾	Información oncológica estructurada
Disminución de la ansiedad durante el primer tratamiento ⁽³⁸⁾	Información sobre nutrición
Desarrollo de estrategias preventivas de autocuidados anticipados a la quimioterapia ⁽³¹⁾	Vídeo sobre la experiencia de otras pacientes
Mejor control de los síntomas secundarios de fatiga, estrés y depresión ⁽³⁵⁻³⁷⁾	<i>Counsellig</i> por teléfono
Incremento de la sensación de seguridad y de recibir apoyo emocional ⁽³⁰⁾	Comentar la información médica
Menos síntomas depresivos ⁽³⁸⁾	Educación sobre afrontamiento
Mejor funcionamiento físico ⁽³⁸⁾	Información sobre nutrición
Mejor calidad de vida familiar y social ⁽²⁸⁾	Educación oncológica estructurada
Mejor adaptación a la enfermedad ^(32,33,37)	"Kit" de información, autoayuda y recursos de apoyo disponibles

problemas, biofeedback, entrenamiento en destrezas de afrontamiento, hipnosis, etc. Además de las terapias cognitivo-conductuales, generalmente bien estructuradas y cuyos efectos dependen en parte de las técnicas aplicadas, también puede utilizarse la psicoterapia de apoyo, como un acompañamiento en la situación estresante que representa el cáncer⁽³⁹⁾. Los pacientes pueden hablar y desahogarse respecto a sus preocupaciones, dificultades, sentimientos negativos, etc. sin tener la impresión que están sobrecargando a los profesionales que tratan la enfermedad, ni a las personas de su entorno afectivo. En este segundo caso las sesiones terapéuticas no suelen estar rígidamente estructuradas, sino que se adaptan al ritmo y necesidades de cada paciente. De todas formas, la mayor parte de investigaciones sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas individuales se han centrado en las terapias estructuradas (cognitivo-conductuales).

Uno de los primeros estudios al respecto es el de Maguire⁽⁴⁰⁾, que llevó a cabo un ensayo controlado para determinar si el counselling individual podía prevenir la morbilidad psiquiátrica asociada a la mastectomía, en una muestra de 152 pacientes. El procedimiento no sirvió para prevenir los problemas psicológicos de las pacientes, pero sí para su detección precoz. Christensen⁽⁴¹⁾ realizó un estudio con pacientes de cáncer de mama mastectomizadas, incorporando a sus parejas. 20 parejas fueron randomizadas a la condición de *counselling* psicosocial post-mastectomía o grupo control. Antes y después del tratamiento se evaluaron aspectos como felicidad conyugal, satisfacción sexual, depresión, auto-estima, desesperanza, ansiedad, y estado emocional. Las parejas que fueron tratadas durante cuatro semanas presentaban significativamente un me-

jor estado emocional e incremento de la satisfacción sexual, en comparación con el grupo control.

Por otra parte, el trabajo de Davis⁽⁴²⁾ se considera una de las investigaciones pioneras del enfoque psicoterapéutico cognitivo-conductual en cáncer de mama. Mediante un grupo de 26 pacientes recién diagnosticadas, comparó una terapia conductual —combinación de biofeedback electromiográfico y control de la temperatura, con entrenamiento en relajación— con una terapia cognitiva (que incluía imaginación positiva y relajación, y un grupo control (sin tratamiento). Ambos programas se realizaron a lo largo de ocho semanas. Durante el tratamiento y al final del mismo, no se observaron diferencias en el estado afectivo entre los grupos, pero en un seguimiento posterior se observó que las personas que habían mejorado en estado afectivo y en afrontamiento mantenían estas mejoras ocho meses después.

A fin de analizar qué momento podía ser el más adecuado para proporcionar ayuda psicológica, Edgar et al⁽⁴³⁾ evaluaron, cada cuatro meses, el afrontamiento (coping) de 205 pacientes oncológicos, incluyendo un grupo de 98 pacientes de cáncer de mama recién diagnosticadas, a lo largo de un año. Las pacientes recibieron tratamiento psicosocial inmediatamente o cuatro meses después. No se observaron diferencias entre ambos grupos después de las terapias, pero sí en el seguimiento a ocho meses: sorprendentemente el grupo que esperó cuatro meses para recibir la terapia estaba significativamente menos deprimido, ansioso y se sentía con un mejor control sobre la situación, que el grupo de intervención inmediata. No obstante, el afrontamiento emocional de las pacientes de cáncer de mama mejoraba a lo largo del año, independientemente del

momento en que se iniciara la intervención psicológica. Por su parte, Gruber et al⁽⁴⁴⁾ analizaron no solamente el cambio psicológico, sino también algunos parámetros inmunológicos, de un grupo de 30 pacientes de cáncer de mama recién diagnosticadas. El grupo "intervención conductual" se comparó con el grupo control (lista de espera para el tratamiento conductual). La asignación a los grupos se realizó aleatoriamente entre las pacientes interesadas. La intervención consistió en entrenamiento en relajación, imaginación guiada y biofeedback. El grupo con terapia psicológica mejoró significativamente respecto al nivel de ansiedad (antes versus después del tratamiento) pero no se observaron cambios significativos en otros aspectos psicológicos de la calidad de vida, ni en las creencias de control, evaluadas mediante la escala de Rotter. A nivel inmunológico se observaron mejoras en la actividad de las células NK, respuesta linfocitaria, concavalina A y respuesta linfocitaria periférica. En nuestro contexto cultural, Cruzado et al⁽⁴⁵⁾, aportan un estudio en el que se constata la eficacia de la terapia conductual combinada (técnicas de control de ansiedad, respiración controlada, imaginación guiada) para disminuir el estrés pre-quirúrgico hospitalario (ansiedad estado y ansiedad global), de mujeres que iban a ser posteriormente intervenidas por cáncer de mama.

Arathuzik⁽⁴⁶⁾ utilizó procedimientos de terapia conductual específicamente para ayudar a controlar el dolor por cáncer de mama metastásico. 24 pacientes fueron asignadas al azar a un grupo intervención, en el que recibían entrenamiento en relajación y visualización, al grupo intervención en que, además de lo anterior, recibían entrenamiento en estrategias de afrontamiento cognitivo, o a un grupo control. Las medidas

pre-post tratamiento en intensidad subjetiva del dolor, control del dolor, habilidad para reducir el dolor y estado de ánimo indicaron que la habilidad de las pacientes para reducir el dolor era significativamente mayor en los dos grupos intervención, en comparación con el grupo control. El grupo con terapia de afrontamiento cognitivo mejoró también en ansiedad y depresión.

Las terapias psicológicas pueden tener el inconveniente de que a veces suelen durar mucho tiempo en aras a ser eficaces, pero no necesariamente: Burton et al⁽⁴⁷⁾ analizaron la utilidad de una intervención psicoterapéutica preoperatoria breve, (estudio randomizado) con pacientes de cáncer de mama. Se pudo observar que la preparación psicológica antes de la intervención tenía efectos muy positivos entre las pacientes. El apoyo psicoterapéutico aportó mayores beneficios (incluso en el seguimiento a un año), entre aquellas pacientes con más antecedentes de acontecimientos vitales estresantes dentro los cinco años anteriores a la intervención quirúrgica.

Aunque se podría suponer que la propuesta de una terapia psicológica puede despertar algunas reticencias entre los pacientes de cáncer, ello no es así necesariamente. Almonacid y Barreto⁽⁴⁸⁾ aportaron datos sobre la satisfacción que muestran las pacientes de cáncer de mama cuando pueden participar en un programa de apoyo psicosocial. El 50% de las mujeres consideraron que su estado emocional había mejorado notablemente. Los menores efectos de beneficio percibido correspondieron al área de la pareja (probablemente porque este ámbito es más reactivo al cambio, y/o necesita intervenciones más específicas).

Las terapias cognitivas acumulan evidencias de efectividad sobre la depresión también en el caso del cáncer

de mama: En un estudio randomizado, Marchioro et al⁽⁴⁹⁾ pudieron comprobar como la terapia cognitiva individual se mostraba eficaz para mejorar los índices de depresión y calidad de vida de pacientes de cáncer de mama no metastático, nueve meses después del diagnóstico, en comparación con el grupo control. Asimismo, el objetivo del estudio de Lévesque et al⁽⁵⁰⁾ fue evaluar la eficacia de la terapia cognitiva para la depresión en este caso en mujeres con cáncer de mama metastático. Se valoró el estado de ánimo de las participantes, a lo largo de la terapia, diaria y semanalmente, pudiéndose observar una mejora estadísticamente significativa en síntomas depresivos, anhedonia, ansiedad y fatiga, en todas las pacientes. Las mejoras fueron clínicamente significativas, también en la fase de post-tratamiento. Sirgo et al⁽⁵¹⁾ evaluaron a 80 pacientes de cáncer de mama bajo tratamiento simple de quimioterapia adyuvante ambulatoria. Aleatoriamente se asignó la mitad de las pacientes a grupo terapia psicológica (versión reducida de relajación muscular progresiva, técnicas de respiración abdominal e imaginación guiada) o a grupo control (tratamiento convencional). Una vez finalizada la terapia, la ansiedad y la depresión, la relajación y el control de síntomas eméticos post-tratamiento fueron significativamente más favorables en el grupo intervención.

Greer et al⁽⁵²⁾ desarrollaron una terapia psicológica estructurada para su aplicación específica con pacientes de cáncer denominada "Terapia psicológica Adyuvante" (TPA) para resaltar su aplicación como terapia psicológica complementaria a la terapia médica. Romero et al⁽⁵³⁾ compararon la terapia psicológica adyuvante (cognitivo-conductual), aplicada de manera individual (entre 6 y 12 sesiones) a pacientes de cáncer de mama, con una terapia de apoyo social-

emocional y técnicas conductuales. En el seguimiento alrededor de los tres meses se pudo constatar que ambas terapias eran efectivas para mejorar el estado de las pacientes, si bien la de apoyo social y técnicas conductuales fue más efectiva para reducir ansiedad, desamparo y fatalismo, mientras que la terapia cognitiva fue más efectiva para reducir la depresión. Sin embargo, la estrategia de afrontamiento denominada "espíritu de lucha" no mejoró significativamente en ninguna de las modalidades de terapia. Por su parte, Cimprich et al⁽⁵⁴⁾ desarrollaron un programa denominado "Taking Charge", para ayudar a las pacientes de cáncer de mama a manejar la situación post-tratamiento. En este programa se enseñaban los principios de la auto-regulación así como estrategias de auto-manejo e información sobre los temas de la supervivencia al cáncer. Las 25 participantes fueron aleatoriamente asignadas a grupo tratamiento o grupo control. Los resultados de la evaluación del programa indicaron que las pacientes lo consideran relevante y de gran utilidad para el manejo de los temas y preocupaciones que aparecen en la transición a la fase de supervivencia o intervalo libre.

También el incremento de la actividad física puede configurarse como una intervención conductual para la mejora de la calidad de vida en diversos problemas de salud. Kolden et al⁽⁵⁵⁾ analizaron la aplicabilidad y algunos posibles efectos beneficiosos para la salud de las pacientes de cáncer de mama en fase primaria, de un programa de ejercicio físico, de 16 semanas, mediante el que se obtuvieron resultados muy positivos tanto en la capacidad física de las pacientes como en su calidad de vida general. También Pinto et al⁽⁵⁶⁾ demostraron que una intervención realizada en casa, para la mejora de la actividad física, en pacientes

de cáncer de mama en estadio inicial, tenía efectos positivos, en el sentido de reducción de la fatiga en comparación con el grupo control aleatorizado. Ello se manifestaba también en la tendencia a presentar un mejor estado de ánimo por parte de estas pacientes.

Los datos aportados por Mutrie et al⁽⁵⁷⁾, en los que se observa (en el seguimiento a seis meses) una mejora significativa de diversos aspectos de la calidad de vida entre las pacientes de mama que participan en un programa de ejercicio físico, apuntan en el mismo sentido que el estudio de Kolden et al⁽⁵⁵⁾, y apoyan la conclusión de que el ejercicio físico es muy recomendable para estas pacientes y podría incluirse en los programas (psicosociales) de rehabilitación.

La eficacia de las terapias psicológicas no depende necesariamente de su contexto de aplicación: el trabajo de Hilderley y Holt⁽⁵⁸⁾ mostró que enseñar la terapia de entrenamiento autógeno en casa de las pacientes de cáncer de mama en fase inicial (una sesión semanal a lo largo de dos meses) les aportó claras mejoras en ansiedad y depresión en comparación con el grupo control randomizado. También Arving et al⁽⁵⁹⁾ analizaron, en un estudio prospectivo randomizado, el efecto de una terapia cognitivo-conductual, en comparación con la atención convencional que reciben las pacientes de cáncer de mama en fase primaria. Se observaron mejoras significativas en algunos síntomas como los problemas de insomnio o de disnea, así como el manejo de dificultades económicas, aunque ambos grupos mejoraban su calidad de vida con el tiempo.

El tipo de profesional que proporciona el apoyo psicológico no es necesariamente determinante del resultado: En un estudio randomizado con una muestra de 120 pacientes de cáncer de mama, Arving et al.⁽⁶⁰⁾ indican que la satisfac-

ción de las pacientes que recibieron apoyo psicológico individual por parte de una enfermera entrenada o por parte de un psicólogo, era similar (incluso mayor respecto a la enfermera en temas de control de síntomas, como es lógico por otra parte).

Recientemente se han analizado también posibles efectos de formas de intervención psicológica que podríamos denominar "no convencionales". Parece ser que algunas terapias de reducción del estrés denominadas "mindfulness" (concienciación del momento), basadas en técnicas de meditación, se han mostrado efectivas para reducir los trastornos de sueño que presentan pacientes de cáncer de mama en estadio II de la enfermedad. En esta fase las pacientes pueden presentar un alto nivel de estrés debido no tan solo al diagnóstico y tratamiento, sino también al miedo a la recidiva o a la metástasis⁽⁶¹⁾. Por su parte, Puig et al⁽⁶²⁾, realizaron un estudio randomizado con 39 pacientes en el que se estudió el posible efecto de la denominada arte-terapia creativa. La intervención no resultó eficaz para mejorar el afrontamiento emocional de las pacientes a su situación de enfermedad (cáncer de mama en estadio I o II), pero sí para disminuir la frecuencia de las emociones negativas.

En el estudio de Owen et al⁽⁶³⁾ se evidenció que la terapia psicológica adyuvante aplicada a través de Internet, pese a sus notables limitaciones frente a las terapias "cara a cara", también tenía algunas ventajas como llegar a muchas más pacientes y la posibilidad de que algunas personas opten por participar, ante la comodidad de poder hacerlo desde casa. Sandgren y McCaul⁽⁶⁴⁾ presentaron los resultados de dos formas de terapia (de apoyo) por teléfono con 218 pacientes de cáncer de mama que aleatoriamente fueron asignadas a intervención

Tabla 2. **Terapia psicológica en cáncer de mama: Intervenciones psicoterapéuticas individuales**

Resultados significativos observados	Procedimiento empleado
Detección precoz de problemas psiquiátricos ⁽⁴⁰⁾	Entrevistas (<i>counselling</i>)
Disminución del estrés pre-quirúrgico ⁽⁴⁵⁾	Terapia conductual combinada (control de ansiedad, respiración, imaginación)
Mejor afrontamiento a los efectos secundarios de los tratamientos ⁽⁴²⁾	terapia cognitivo-conductual + biofeedback
Reducción del estrés asociado a la enfermedad ⁽⁶⁴⁾	Terapia educativa por teléfono
Mejor estado emocional y relación con la pareja ⁽⁴¹⁾	<i>Counsellig</i> en pareja
Menor ansiedad en las fases iniciales de la enfermedad (primer tratamiento) ⁽⁴⁴⁾	Entrenamiento en relajación/imaginación guiada
Mejora de la adaptación de las pacientes con antecedentes vitales estresantes ⁽⁴⁷⁾	Intervención psicoterapéutica pre-operativa breve
Mejoras en calidad de vida general de pacientes sin metástasis ⁽⁴⁹⁾	Terapia cognitiva
Mejor control de síntomas eméticos en quimioterapia adyuvante ⁽⁵¹⁾	Terapia conductual combinada (relajación muscular, respiración, imaginación)
Reducción de la depresión asociada a la primera fase de tratamiento ^(49,53)	Terapia cognitiva
Menor depresión y ansiedad en la fase de intervalo libre ^(43,54)	Programa de apoyo psicosocial
Reducción de la fatiga, mejora del estado de ánimo ⁽⁵⁵⁻⁵⁷⁾	Programa de incremento de la actividad física
Reducción de los trastornos del sueño de pacientes en estadio II ⁽⁶¹⁾	Técnicas de " <i>mindfulness</i> "
Disminución de la frecuencia de emociones negativas ⁽⁶²⁾	Técnicas creativas ("arte-terapia")
Mejor control del dolor metastático ⁽⁴⁶⁾	Entrenamiento en relajación y visualización
Menor ansiedad y depresión pese a dolor metastático ⁽⁴⁶⁾	Entrenamiento en afrontamiento cognitivo
Mejora de la depresión en cáncer de mama metastático ⁽⁵⁰⁾	Terapia cognitiva

educativa por teléfono, expresión emocional o control. Se registraron datos de línea base y a los seis y trece meses de finalizadas las sesiones de terapia individual por teléfono (las sesiones duraban unos 30 minutos). Las mujeres en la condición de terapia educativa mostraban un mejor conocimiento y menos estrés que las otras dos condiciones, pero no se observaron diferencias en la calidad de vida y el estado de ánimo (estos aspectos mejoraban en todos los grupos).

INTERVENCIONES EN GRUPO

Las terapias de grupo van más allá de proporcionar información o educar sobre la salud a una serie de pacientes al mismo tiempo, atendiendo a criterios prácticos. Se entiende por tales aquellas en las que los procesos de grupo, como compartir las experiencias, el aprendizaje vicario y la identificación entre las personas que padecen la misma enfermedad, forman parte del núcleo de la intervención. Existen dos aproximaciones básicas: las terapias de grupo expresivas y de apoyo, y las terapias de grupo de enfoque psicoeducativo (más estructuradas), además de aproximaciones que combinan ambos aspectos. Asimismo puede hablarse de grupos de apoyo mutuo, en el sentido de que los participantes se apoyan unos a otros, pero existen dos modalidades claramente diferenciadas: conducidas por profesionales y conducidas únicamente por personas afectadas. En el primer caso, la dinámica del grupo suele centrarse en objetivos más concretos y se intenta distribuir el tiempo, los temas y la participación de manera equitativa. En el segundo caso, se intentan evitar jerarquías, los objetivos son más espontáneos y el apoyo es fundamentalmente emocional. En lo que sigue se revisan diversas investigaciones que han aportado evidencia empírica de sus efectos en pacientes de

cáncer de mama, atendiendo a su desarrollo cronológico.

Las primeras investigaciones se remontan a los años 70, cuando Bloom et al.⁽⁶⁵⁾ llevaron a cabo un estudio piloto con 39 pacientes, comparando una terapia de grupo de tipo educativo, orientada a proporcionar apoyo social, con otro grupo de pacientes que sólo recibía información. Las pacientes que recibieron la terapia presentaban significativamente mejor calidad de vida en el seguimiento efectuado a dos meses, si bien este estudio pionero no incluyó ningún procedimiento de randomización. En los estudios de Spiegel et al.^(66,67), realizados con pacientes de cáncer de mama metastático, los efectos se analizaron de manera prospectiva. El grupo intervención recibió una sesión semanal de una terapia denominada "de expresión emocional y apoyo", durante 1 año. En esta terapia, el tratamiento psicológico se basa en siete principios: creación o redefinición de vínculos con los demás, expresión de emociones, "desintoxicación" del tabú de la muerte y el morir, redefinición de las prioridades de la vida, mejora del apoyo que se recibe de amigos y familiares, potenciación de la relación médico-paciente y mejora de las estrategias de afrontamiento. Doce meses después este grupo intervención muestra significativamente menor tensión, cansancio, confusión, dolor y conductas fóbicas que el grupo control. En el seguimiento al cabo de 10 años se constató que 3 personas del grupo intervención todavía vivían y además, el promedio de supervivencia fue de 18,9 meses en el grupo control frente a 36,3 en el grupo intervención. Kogon et al.⁽⁶⁸⁾ aportaron datos a favor de que las diferencias en supervivencia no eran debidas al tratamiento médico recibido.

Vachon et al.⁽⁶⁹⁾ compararon 64 pacientes de cáncer de mama en trata-

miento de radioterapia en el hospital con otro grupo de 104 pacientes en tratamiento ambulatorio. Las pacientes del hospital recibían terapia cognitiva estructurada (“enfrentamiento al cáncer”) y soporte emocional en grupo, y mostraron un mejor estado afectivo al finalizar la terapia y más satisfacción con el apoyo disponible, si bien una parte importante del conjunto de la muestra no presentó, en ningún momento, niveles elevados de estrés. Ello podría ser debido a que los instrumentos utilizados no fueron suficientemente específicos (como el Cuestionario General de Salud de Goldberg). Spiegel y Bloom⁽⁷⁰⁾ analizaron durante un año la presencia de dolor y los estados de ánimo asociados, en un grupo de 54 pacientes con cáncer de mama metastático. Se ofreció una sesión semanal de terapia de apoyo en grupo durante el año, orientada a manejar el dolor y el estrés relacionado con el cáncer, en dos condiciones: con o sin entrenamiento en auto-hipnosis. Ambos grupos mostraron significativamente menor dolor y sufrimiento que el observado en una muestra control. Los pacientes del grupo de auto-hipnosis mostraron significativamente un mejor control de la sensación de dolor que el otro grupo con sólo terapia de apoyo, aunque no hubo diferencias significativas en frecuencia y duración del dolor.

También Cocker et al⁽⁷¹⁾ informan de mejorías significativas en pacientes de cáncer de mama avanzado en afrontamiento y en estado afectivo, después de participar en un programa de terapia conductual en grupo (diseño intra-grupo). Las mejorías se mantenían a los 3 meses de seguimiento y, aunque se desconoce en que medida podrían ser debidas a la adaptación a la enfermedad en el tiempo, es probable que la situación objetiva no mejorara o incluso empeorara, dado que se trataba de pacientes

con metástasis. El posible beneficio de la participación en grupos de autoayuda organizados por instituciones no gubernamentales ha sido analizado en el estudio de McArdle et al⁽⁷²⁾, en el que se compararon varias situaciones terapéuticas de apoyo psicológico: individuales, de grupo (en la organización no gubernamental) y combinadas, siempre con pacientes de cáncer de mama de diferentes estadios bajo tratamiento complementario específicamente. Todas las formas de soporte se diferenciaron significativamente del grupo rutina (control): Las pacientes lograron, 12 meses después de la operación, reducciones significativas en depresión, miedo, cansancio, síntomas somáticos, disfunción social y estado de salud general, pero los mayores beneficios se consiguieron con las pacientes que recibieron la terapia de grupo.

En otro contexto cultural, Hosaka⁽⁷³⁾ informa de efectos positivos en un estudio en que las pacientes fueron randomizadas a dos condiciones diferentes: tratamiento individual y tratamiento en grupo. Aunque ambos grupos mejoraron, las diferencias antes/después sólo fueron significativas en la condición de tratamiento individual. Pero en estudios posteriores Hosaka et al^(74,75), si pudieron constatar algunos efectos beneficiosos de la participación en grupos de apoyo (cinco sesiones semanales estructuradas de terapia de grupo y tres encuentros de grupo adicionales cada dos meses) por cuanto las pacientes mejoraban significativamente sus puntuaciones en depresión, falta de vigor, tensión-ansiedad, confusión y trastornos globales del estado de ánimo (evaluado mediante el POMS). Los efectos sobre las estrategias de afrontamiento no fueron tan claras: unas mejoraron, como la resignación pasiva, que disminuyó después del tratamiento, pero la estrategia “búsqueda

activa de información" generalmente considerada como positiva, también disminuyó.

Samarel et al⁽⁷⁶⁾ compararon los efectos de un tratamiento de grupo de tipo educacional con un tratamiento de grupo de tipo apoyo social, en pacientes de cáncer de mama en fase inicial (sesión de dos horas semanales durante 8 semanas). En el seguimiento efectuado 8 semanas después de finalizar el tratamiento de grupo, se pudo observar que el estado emocional y el nivel funcional de las pacientes mejoraban independientemente del tipo de terapia en la que habían participado. En cambio, en el estudio de Van der Pompe et al⁽⁷⁷⁾, las pacientes fueron asignadas al azar a un grupo de psicoterapia experiencial-existencial de 13 semanas de duración o a grupo control (lista de espera). Además de mejoras inmunológicas, encontraron que el grupo de pacientes de cáncer de mama que participó en el programa psicoterapéutico mostró una significativa reducción del estado depresivo (analizado con el cuestionario de depresión de Beck). No se observaron mejoras significativas del estado de ansiedad.

Aunque las terapias de grupo aplicadas siguen principios similares, muestran algunas variaciones. Cunningham y Tocco⁽⁷⁸⁾ y Cunningham et al⁽⁷⁹⁾ han desarrollado una terapia de grupo denominada "Cancer Coping Skills Training Program" en la que los pacientes aprenden técnicas psicológicas de auto-ayuda. En el estudio de 1998 Cunningham et al⁽⁸⁰⁾ compararon un grupo de 30 pacientes de cáncer de mama que recibió esta terapia durante 35 semanas, dos horas a la semana, con un grupo control de 36 pacientes que recibieron un libro y dos cintas de vídeo con instrucciones sobre auto-ayuda para realizar en casa. Hasta la fecha no se ha podido constatar diferencias en supervivencia, objetivo principal

del estudio, pero sí que se observó una mayor práctica de la relajación y mejores hábitos alimentarios entre el grupo intervención. Edmonds et al⁽⁸¹⁾, en una investigación randomizada, estudiaron la respuesta psicológica de una terapia de grupo de larga duración (dos horas semanales, 35 sesiones) con 66 pacientes metastásicas. Las pacientes fueron evaluadas respecto al estado de ánimo y la calidad de vida, al principio (línea base), a los 4, 8 y 14 meses después del inicio de la intervención. Pese a la duración de la terapia, en la última evaluación no se encontraron mejoras significativas, en comparación con el grupo control. Edelman et al.⁽⁸²⁾ utilizaron un método cognitivo-conductual de terapia de grupo similar, también con pacientes de cáncer de mama metastásico (grupo control randomizado). Se realizaron ocho sesiones semanales de grupo, seguidas de una tarde de encuentro con la familia, y tres sesiones mensuales. No hubo mejoría en el tiempo de supervivencia, pero sí mejoras, a corto plazo, del estado anímico y de la autoestima, respecto al grupo control. No obstante, las diferencias ya no se mantenían en los seguimientos a 3 y 6 meses.

En el trabajo de Sebastián et al⁽⁸³⁾ el grupo control estaba formado por las pacientes que no tenían interés en participar en el programa de tratamiento psicológico. Pese a esta limitación metodológica, en las comparaciones de la calidad de vida pre-post tratamiento psicológico se observaron mejorías significativas a todos los niveles (funcional, síntomas físicos, distrés, percepción de estados y calidad de vida global) excepto en las sub-escalas de relaciones sexuales, nivel socio-familiar y satisfacción con los cuidados médicos. Las medidas post de comparación grupo intervención versus grupo control no aportaron diferencias significativas en calidad de vida, pero sí

en la estrategia de afrontamiento “espíritu de lucha”, que se incrementó en el grupo intervención.

Spiegel et al⁽⁸⁴⁾ analizaron el efecto del tratamiento de grupo tipo expresivo y de soporte anteriormente aplicado con pacientes de cáncer de mama metastático, esta vez en grupos de mujeres recientemente diagnosticadas de cáncer de mama (participaron 112 pacientes). Los grupos se encontraban durante 90 minutos, una vez a la semana, a lo largo de 12 semanas. Se analizó el estado emocional (POMS y HADS) antes de la intervención (línea base), y en los seguimientos a 3, 6 y 12 meses. Al año de seguimiento después de haber finalizado este tratamiento, se observaron mejoras significativas en todos los parámetros analizados, excepto en el estrés atribuido al diagnóstico de cáncer. En estudios más recientes, ni Goodwin et al⁽⁸⁵⁾, ni Spiegel et al⁽⁸⁶⁾ han conseguido replicar el hallazgo de la mayor supervivencia del grupo con terapia de apoyo respecto al grupo control, aunque nuevamente se constataron mejoras psicológicas significativas, incluso en los seguimientos. Los autores comentan que es posible que los efectos psicológicos sean más evidentes en una sub-muestra de mujeres con menor respuesta al tratamiento hormonal. También Giese-Davis et al⁽⁸⁷⁾ han aportado datos en el sentido de que la falta de expresión emocional, que se observa en algunas pacientes que participan en grupos suportivo-expresivos, estaría relacionada con mayores niveles de cortisol diurno y ello aumentaría su vulnerabilidad frente a la enfermedad.

El trasplante autólogo de médula ósea es uno de los tratamientos más agresivos entre las terapias del cáncer. Feigin et al⁽⁸⁸⁾ analizaron el impacto psicosocial de este tratamiento y los efectos de una terapia de grupo (apoyo social-emocional, similar a la terapia

de Spiegel) en pacientes de cáncer de mama. Al finalizar la terapia psicológica las pacientes presentaban menor alteración emocional, incremento del espíritu de lucha, mejora de las relaciones sociales y familiares y mejor calidad de vida general (análisis cualitativo). También el estudio cualitativo de Gray et al⁽⁸⁹⁾ puso de manifiesto algunos posibles beneficios de la terapia de grupo a dos niveles: soporte emocional, como sentirse unido, conectado, poder expresarse emocionalmente en un entorno receptivo e intercambiar puntos de vista, y, beneficios prácticos, en relación con el intercambio de información y las estrategias de afrontamiento.

En la investigación de Helgeson et al⁽⁹⁰⁾, realizada con pacientes de cáncer de mama en diferentes estadios, se compararon los efectos sobre el bienestar psicológico de un procedimiento informativo-educativo con discusión en grupo, con los de otro grupo, cuya interacción se basaba únicamente en los aspectos emocionales. Al finalizar las sesiones, el grupo de orientación educativa obtuvo significativamente mejores puntuaciones en bienestar. Las mejoras se pudieron observar especialmente entre aquellas pacientes con peor estado psicológico inicial. Sorprendentemente, las mujeres que ya poseían un buen apoyo emocional de sus parejas mostraron un empeoramiento de su estado emocional. Los autores concluyeron que estas pacientes se volvieron inseguras ante la convivencia con las pacientes en situación más problemática. Probablemente también contribuyó a ello la ausencia de una dirección profesional de los grupos (se trataba de grupos de auto-ayuda no monitorizados). Posteriormente Helgeson et al⁽⁹¹⁾ informan de los efectos trascurridos tres años después de participar en intervenciones de apoyo en grupo para pacientes de cáncer de mama en

estadio inicial (terapia de una sesión a la semana durante 8 semanas). Tras el diagnóstico, las mujeres eran asignadas al azar a una de las cuatro condiciones siguientes: grupo control, grupo educativo (proporcionar información para un mejor control de la enfermedad), grupo de discusión entre iguales (expresión de emociones y apoyo emocional), y grupo de discusión y educación. La intervención educativa se mostró como la más beneficiosa a los seis meses y a los tres años, y no se encontraron efectos positivos significativos en los dos grupos que incluían discusión entre iguales. Nuevamente hay que tener en cuenta cuestiones de procedimiento para entender mejor estos resultados: en el grupo "discusión" los monitores no aportaban informaciones técnicas, y en el grupo combinado, la información educativa inicial, continuaba con la discusión emocional sin intervención técnica final.

Simpson et al⁽⁹²⁾ analizaron los efectos de un programa de terapia psicoeducativa breve (6 semanas, 90 minutos de sesión semanal) para pacientes de cáncer de mama en estadio inicial de la enfermedad (el programa desarrollado por Cunningham, anteriormente mencionado). Las 89 participantes fueron asignadas aleatoriamente a un grupo control (43 pacientes) o a grupo psicoterapéutico (46 pacientes). Se evaluaron diferentes aspectos psicológicos como la interacción social y la depresión, en tres ocasiones: antes de la intervención, al año y dos años después. El participar en el grupo intervención no se tradujo en cambios en el apoyo social ni al primer año ni al segundo año después de la intervención psicológica. Si se encontró en cambio, una correlación significativa entre la morbilidad psiquiátrica (valorada mediante el DSM-III-R) y la falta de apoyo social. En otras palabras, parece que si bien el soporte social influencia

la morbilidad psiquiátrica, la influencia sería mayor en el sentido contrario (morbilidad psiquiátrica sobre apoyo social). En cambio, la terapia psicoeducacional de grupo, de corta duración (6 semanas) se mostró muy eficaz para la mejora de la calidad de vida a largo plazo, entre las mujeres con cáncer primario, en el estudio de Fukui et al⁽⁹³⁾. La terapia cognitivo existencial se ha mostrado como eficaz para reducir la ansiedad, en comparación con un grupo control que recibió clases de relajación, en un ensayo randomizado en el que participaron 303 pacientes y con un año de seguimiento⁽⁹⁴⁾. Las aproximaciones cognitivo-conductuales como estrategias eficaces para la mejora del bienestar emocional, han recibido apoyo también de los resultados de la investigación de McGregor et al⁽⁹⁵⁾. 29 mujeres con cáncer de mama en estado inicial fueron asignadas aleatoriamente a la condición de recibir terapia cognitivo-conductual estructurada para el manejo del estrés (CBSM) durante 10 semanas (10 sesiones de aprendizaje en pequeños grupos), o a la condición de grupo control. En el seguimiento a tres meses se mantenía, de manera significativa, un mejor estado emocional y un incremento de la función inmunológica en el grupo intervención, en comparación con el grupo control.

Algunas mujeres con cáncer de mama buscan "alternativas" a los grupos de apoyo convencionales. Targ y Levine⁽⁹⁶⁾ informan de la eficacia de un grupo de apoyo denominado "mind-body-spirit" en una investigación randomizada en la que no se observaron diferencias importantes en cuanto a mejora en diferentes aspectos de la calidad de vida entre las mujeres que recibían tratamiento cognitivo-conductual (oficial, grupo control) y las que recibían el tratamiento psicológico "alternativo" que incluía técnicas de meditación, afirmación, imaginería y "ritual".

Fobair et al⁽⁹⁷⁾ han examinado algunos efectos de la terapia de grupo denominada expresiva y de soporte (o terapia de Spiegel) en pacientes de cáncer de mama primario, de orientación homosexual. Las mujeres que participaron en estos grupos mostraron mejoras significativas al final de la terapia, en comparación con el estado inicial, en aspectos como estrés emocional, pensamientos intrusivos, estrategias de afrontamiento dolor e insomnio. No se observaron cambios en imagen corporal, sexualidad o actitudes hacia los profesionales de la salud.

Font y Rodríguez⁽⁹⁸⁾ analizaron la calidad de vida de 142 pacientes de cáncer de mama que solicitaban ayuda psicológica. 69 se derivaron a grupos sucesivos de terapia de grupo y el resto configuró el grupo control. En el grupo intervención se valoró la calidad de vida antes, durante y después de participar en la terapia de grupo semi-estructurada (incluía elementos educativos y elementos de expresión y discusión emocional) de una sesión quincenal a lo largo de 9 meses. Los análisis intra-grupo indicaron que, en comparación con la situación inicial, se obtuvieron mejoras en 20 de los 27 aspectos de la calidad de vida analizados, principalmente en los correspondientes al nivel psicológico. Además, los siguientes cambios fueron estadísticamente significativos: disminución de las sensaciones de náusea, sentirse más despejada durante el día, mejora de las actividades físicas, mayor satisfacción con las actividades recreativas, disminución de los sentimientos depresivos y mayor ilusión por las cosas y actividades. Asimismo, en el trabajo de Bellver⁽⁹⁹⁾ se pudo comprobar la eficacia de dos modalidades de terapia de grupo: orientada a la autoestima y la comunicación y orientada al manejo de estados emocionales. Ambos enfoques

se mostraron efectivos para mejorar significativamente la calidad de vida y la ansiedad y depresión de las pacientes.

Al igual que en las terapias individuales, también entre las terapias de grupo se han explorado nuevos formatos de apoyo como la participación en un grupo de discusión por internet. En el trabajo realizado por Lieberman y Goldstein⁽¹⁰⁰⁾ sobre grupos de soporte *on-line*, se observaron mejorías en la calidad de vida, relacionadas con la expresión de emociones negativas. Pero no todo tipo de expresión emocional negativa correlacionaba con un mejor estado subjetivo posterior. La expresión de la ira correlacionaba con mejor calidad de vida y menor depresión, la expresión de miedo y ansiedad correlacionaba con menor calidad de vida y más depresión, mientras que la expresión de tristeza no se relacionó con ningún cambio.

En el trabajo de Kissane et al⁽¹⁰¹⁾ se comparó un grupo de pacientes de cáncer de mama avanzado que participaron en un curso de terapia expresiva y de apoyo durante un año o más, con un grupo control de diagnóstico equivalente. La media de supervivencia del grupo intervención fue de 24 meses, frente a los 18,3 meses del grupo control, aunque la diferencia entre ambos grupos no llegó a ser estadísticamente significativa, si que lo fue la mejora en la calidad de vida y la protección frente a la depresión, del grupo que recibió la terapia psicológica de apoyo.

A fin de valorar la efectividad de la intervención en grupo mediante terapia cognitivo-conductual, frente a la intervención tipo imaginación guiada y relajación, Cohen y Fried⁽¹⁰²⁾ compararon ambas intervenciones en un estudio randomizado con 114 pacientes de cáncer de mama, incluido un grupo control. Los dos tipos de intervención psicológica se mostraron significamen-

Tabla 3. **Terapia psicológica en cáncer de mama: Intervenciones psicoterapéuticas grupales**

Resultados significativos observados	Procedimiento empleado
Mejor calidad de vida, bienestar general ^[(65,78,90,91,93,99)]	Terapia educativa
Disminución de la tensión, el cansancio y el dolor, de pacientes en fase de enfermedad avanzada ^(66,67)	Terapia de expresión emocional y apoyo (tipo Spiegel)
Mejor estado afectivo/emocional ⁽⁶⁹⁾	Terapia cognitiva de afrontamiento
Control del dolor metastático ⁽⁷⁰⁾	Entrenamiento en auto-hipnosis
Disminución de la depresión ^(77,84)	Psicoterapia experiencial-existencial
Mejora del estado de ánimo y la autoestima, a medio plazo, de pacientes de cáncer de mama metastático ^(71,81,82)	Terapia cognitivo-conductual de larga duración
Mejora el estado emocional de las pacientes en fase inicial ⁽⁸⁴⁻⁸⁶⁾	Terapia de expresión emocional y apoyo (tipo Spiegel)
Disminución de la alteración emocional de pacientes tratadas con trasplante autólogo de médula ósea ⁽⁸⁸⁾	Terapia de expresión emocional y apoyo (tipo Spiegel)
Mejor calidad de vida a largo plazo, en pacientes de cáncer de mama en estadio inicial ^(74,75,91)	Terapia psicoeducacional breve
Reducción de la ansiedad ^(94-96,102)	Terapia cognitivo-conductual/existencial para el manejo del estrés
Mejorías en diferentes parámetros de la calidad de vida ⁽⁹⁸⁾	Terapia de grupo combinada (emocional y educativa)
Reducción de la depresión ⁽¹⁰¹⁾	Terapia de expresión emocional y apoyo (tipo Spiegel)
“Aceleración” del proceso de adaptación emocional de pacientes recién diagnosticadas ⁽¹⁰³⁾	Terapia cognitivo-conductual para mejorar el afrontamiento

te efectivos para reducir el estrés, pero la intervención con imaginación guiada se mostró más efectiva para reducir los niveles de fatiga y las dificultades con el sueño, mientras que el grupo con terapia cognitivo-conductual disminuyó la

percepción de locus de control externo en relación con la salud.

Cameron et al⁽¹⁰³⁾ valoraron la eficacia de un tratamiento psicológico en grupo para mejorar el proceso de regulación emocional, que se observa en las

mujeres recientemente diagnosticadas de cáncer de mama. La intervención se llevó a cabo en sesiones de terapia semanales a lo largo de 12 semanas e incluía entrenamiento en relajación, imaginación guiada, meditación, expresión emocional y ejercicios para favorecer las creencias de control y encontrar beneficios a la situación. Los logros cognitivos y emocionales post-intervención eran significativos a los cuatro meses de seguimiento (como control percibido, ansiedad, temor a la recurrencia, etc.) y se mantenían en parte incluso en el seguimiento efectuado al cabo de un año.

DISCUSIÓN

Además del imprescindible apoyo psicológico que las pacientes de cáncer de mama deben recibir implícitamente de los profesionales médicos, también pueden beneficiarse de diferentes formas de apoyo psicológico especializado. En la medida que la eficacia de diversas formas de intervención psicológica ha acumulado suficiente evidencia científica, estos tratamientos no pueden considerarse opcionales, sino que deben formar parte del tratamiento global de las pacientes.

Respecto a las intervenciones informativo-educativas y aunque todavía no se ha investigado suficientemente el proceso de proporcionar, comprender, manejar, asimilar y utilizar la información en relación al cáncer, ni hasta qué punto las personas afectadas desean recibir qué información, parece ser que, en general, las pacientes de cáncer de mama se benefician de recibir información sobre su proceso. Los efectos positivos observados en los estudios revisados pueden ser interpretados en el marco de la teoría del estrés y la controlabilidad, según la cual proporcionar información sobre un acontecimiento

estresante puede ayudar a las personas a enfrentarse mejor a la situación aversiva o mejorar el estado emocional ante el incremento de la sensación de control. Los resultados también son interpretables desde la teoría de la autorregulación, que destaca la importancia de proporcionar a los pacientes con enfermedades crónicas información acerca de los síntomas y evolución de la enfermedad. Esta información permitiría a los pacientes conseguir una representación más correcta de su enfermedad y les ayudaría en la adaptación a la misma, pero habrá que tener muy en cuenta la estrategia de afrontamiento y recursos de la paciente respecto al manejo de la información, si se quieren evitar situaciones en que la información o el exceso de información resulta perjudicial para el bienestar. En todo caso, hoy en día es casi imposible no recibir información, directa o indirectamente, sobre una enfermedad como el cáncer de mama. La información determina la imagen y por lo tanto la vivencia de la enfermedad y su importancia sobre todo en la fase de diagnóstico es evidente. A cada nueva paciente, al principio del proceso, se le debe proporcionar un material de recursos incluyendo información sobre la enfermedad, experiencia de otras pacientes, formas de ayuda psicosocial, etc. que la paciente pudiera utilizar en el momento que considere oportuno. Esta información debe poder comentarse posteriormente con los profesionales de la salud. La ayuda informativo-educativa debe ofrecerse a todas las pacientes, la soliciten o no directamente, y complementarse en su caso con apoyo individualizado, por teléfono, y/o internet. De manera ideal, el *counselling* individualizado y la valoración de la calidad de vida deben formar parte de los protocolos de tratamiento médico del cáncer de mama.

En cuanto a las intervenciones psicológicas individuales, se han mostrado eficaces para la preparación a los tratamientos médicos. Deberán aplicarse ante estados de ansiedad elevada o antecedentes de morbilidad psiquiátrica o importantes acontecimientos vitales estresantes. Las intervenciones breves serían las más adecuadas, sobre todo en las intervenciones pre-tratamiento (estas terapias también son muy recomendables atendiendo a criterios de costo-beneficio). La ansiedad es uno de los aspectos de la calidad de vida que más va a poder mejorar mediante las intervenciones psicológicas individuales. Por otra parte, hay que tener en cuenta que algunas formas terapéuticas como la terapia psicológica adyuvante puede ser demasiado compleja para su aplicación durante la fase activa de tratamiento, cuando los síntomas centran la atención de las pacientes. Éstas aprovechan mejor la ayuda psicológica (excepto en el tratamiento de la ansiedad) una vez finalizados los tratamientos médicos. También se ha podido constatar que la terapia cognitiva mejora los síntomas de depresión reactiva, tanto en las fases iniciales de la enfermedad como en las situaciones de enfermedad avanzada. Los tratamientos cognitivo-conductuales se han mostrado eficaces para ayudar al control del dolor en cáncer de mama metastático. Las terapias que incorporan el incremento de la actividad física y las mejoras en la dieta son muy recomendables, y pueden ser una buena alternativa para las pacientes que muestran estrategias de afrontamiento más pasivas, incluso la negación, así como para reducir los síntomas de fatiga. Los efectos beneficiosos de las terapias suelen prolongarse una vez finalizadas. Aunque la mejora inicial y a medio plazo, al igual que en el campo de la intervención biológica, ya justifica la intervención psicológica, es

necesario incrementar la investigación psicooncológica sobre los efectos de las intervenciones a largo plazo.

Respecto a las terapias de grupo, podemos concluir que se dispone de suficientes intervenciones con un protocolo claramente estructurado como para reconocer sus efectos positivos y significativos en la mejora de variables psicológicas como la depresión, el miedo y la calidad de vida general. Estos efectos se observan al finalizar la terapia y se mantienen al menos a medio plazo (seis meses). También se pueden observar mejoras en afrontamiento, cuando la intervención de grupo se orienta específicamente a ello. En algunos estudios la orientación educativa se ha mostrado más efectiva que la orientación exclusivamente emotivo-expresiva. Como posibles efectos beneficiosos de la terapia de grupo podemos considerar el apoyo social (sensación de estar unido a otras personas y poder compartir experiencias similares en un entorno de comprensión vivencial), el incremento de la esperanza ante el testimonio de vida y lucha de otros, el incremento de la asertividad y la auto-eficacia (aprendizaje vicario), la posibilidad de mejorar la comunicación con los demás, dentro y fuera del grupo, la posibilidad de trabajar objetivos comunes y específicos, en relación con la enfermedad (sexualidad, problemas de ansiedad, miedo a la recaída, etc.), o el aumentar la participación social y comunitaria utilizando un mayor número de recursos de apoyo.

En conclusión, está ampliamente documentado en la literatura científica que las intervenciones psicológicas pueden mejorar la calidad de vida de las pacientes de cáncer de mama reduciendo la alteración emocional, mejorando la adaptación a las nuevas situaciones, facilitando el paso por la enfermedad con un menor desgaste psicológico y contribu-

yendo a una mayor recuperación a todos los niveles: físico, psicológico y social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. GLOBOCAN 2002. 2004. Lyon, IARC Press. Andreu Y, Galdón MJ, Ibáñez E. Reacciones emocionales a través del estadio en el cáncer de mama. *Psicothema* 1991; 3:283-96.
2. Andrykowski M, Cordova M, Studts J, Miller T. 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 Consult Clin Psychol* 1998; 66(3):586-90.
3. Bertero CM. Affected self-respect and self-value: The impact of breast cancer treatment on self-esteem and QoL. *Psychooncology* 2002; 11:356-64.
4. Cordova M, Andrykowski M, Kenady D, McGrath P, Sloan D, Redd W. Frequency and correlates of posttraumatic stress disorder like symptoms after treatment for breast cancer. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63(6):981-6.
5. Ferrero J, Barreto MP, Toledo M. Mental adjustment to cancer and quality of life in breast cancer patients: An exploratory study. *Psychooncology* 1994; 3:223-32.
6. Fertig DL. Depression in patients with breast cancer: Prevalence, diagnosis and treatment. *Breast J* 1997; 3:292-302.
7. Font A. Cáncer y calidad de vida. *Anu Psicol* 1994; 61:41-50.
8. Font A. Calidad de vida: modelo de toma de decisiones compartidas oncólogo-paciente. En: Gil F, editor. *Manual de Psicooncología*. Madrid: Nova Sidonia, 2000; p.225-54.
9. Font A, Rodríguez E, Buscemi V. Fatiga, expectativas y calidad de vida en cáncer. *Psicooncología* 2004; 1(2-3):45-56.
10. Ganz A, Rowland J, Desmond K, Meyerowitz B, Wyatt G. Life after breast cancer: Understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *J Clin Oncol* 1998; 16(2):501-14.
11. Goldberg JA, Scott RN, Davidson PM, Murray GD, Stallard S, George WD, Maquire GP. Psychological morbidity in the first year after breast surgery. *Eur J Surg Oncol* 1992; 18:327-31.
12. Hanson Frost M, Suman VJ, Rummans TA, Dose AM, Taylor M, Novotny P, Johnson R, Evans RE. Physical, psychological and social well-being of women with breast cancer: The influence of disease phase. *Psychooncology* 2000; 9:221-31.
13. Ibáñez E, Andreu Y. Calidad de vida y psicología oncológica. *Anu Psicol* 1988; 38(1):8-21.
14. Jacobsen P, Widows M, Hann D, Andrykowski M, Kronish L, Fields K. Post-traumatic stress disorder symptoms after bone marrow transplantation for breast cancer. *Psychosom Med* 1998; 60:366-71
15. Lewis JA, Manne SL, Duhmel KN, Vickburg SM, Bovberg DH, Currie V, Winkel G, Redd W. Social support, intrusive thoughts and quality of life in breast cancer survivors. *J Behav Med* 2001; 24(3):231-45.
16. Marlow B, Cartmill T, Cieplucha H, Lowrie S. An interactive process model of psychosocial support needs for women living with breast cancer. *Psychooncology* 2003; 12:319-30.
17. Rowland J, Holland J, Chaglassian T, Kinne D. Psychological response to breast reconstruction. Expectations for and impact on postmastectomy functioning. *Psychosomatics* 1993; 34(3):241-50.
18. Ruíz M, Bermudez J, Olivares A, Garde S. Factores psicosociales en el cáncer de mama: un estudio cuasi-prospectivo. *Bol Psicol* 1999; 64:57-80.
19. Salvatierra V. Repercusiones psicológicas del cáncer de mama. *Cuader Med Psicosom* 1995; 33:6-21.
20. Schover L. The impact of breast cancer on sexuality, body image and intimate relationships. *Cancer J Clinic* 1991; 112-20.

21. Sosa CD, Capafons JI, Carballeira M. Afrontamiento, ajuste psicológico y cáncer de mama. *Ansiedad y Estrés* 1999; 5:47-60.
22. Toledo M, Ferrero J, Barreto MP. Aspectos psicológicos en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. *Cuader Med Psicossom* 1993; 28(29):82-90.
23. Weitzner M, Meyers C, Stuebing K, Saaleeba A. Relationship between quality of life and mood in long-term survivors of breast cancer treated with mastectomy. *Support Care Cancer* 1997; 5:241-8.
24. Irvine D, Brown B, Crooks D, Roberts J, Browne G. Psychosocial adjustment in women with breast cancer. *Cancer* 1991; 67:1097-117.
25. Maunsell E, Brisson J, Deschênes L. Psychological distress after initial treatment of breast cancer. Assessment of potential risk factors. *Cancer* 1992; 70(1):120-5.
26. Font A. Guía de tratamientos psicológicos eficaces en cáncer. En: Pérez M, Fernández JM, Fernández, C, Amigo I, coords. *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide, 2003. p. 86-92
27. Durá E, Ibañez E. The psychosocial effects of an information program involving Spanish breast cancer patients. *J Psychos Oncol* 1991; 9(2):45-65.
28. Jensen AB, Madsen B, Andersen P, Rose C. Information for cancer patients entering a clinical trial. An evaluation of an information strategy. *Eur J Cancer* 1993; 29(16):2235-8.
29. Pålsson MJE, Norberg A. Breast cancer patients' experiences of nursing care with the focus on emotional support: the implementation of a nursing intervention. *J Adv Nurs* 1995; 21: 277-85.
30. McDaniel R, Rhodes V. Development of a preparatory sensory information videotape for women receiving chemotherapy for breast cancer. *Cancer Nurs* 1998; 21(2):143-8.
31. Samarel N, Fawcett J, Tulman L, Rothman H, Spector L, Spillane PA, Dickson MA, Toole JH. A resource kit for women with breast cancer: Development and evaluation. *Oncol Nurs Forum* 1999; 26(3):611-8.
32. Samarel, N, Tulman L, Fawcett J. Effects of two types of social support and education on adaptation to early-stage breast cancer. *Res Nurs Health* 2002; 25(6):459-70.
33. Williams SA, Schreier AM. The effect of education in managing side effects in women receiving chemotherapy for treatment of breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 2004; 31(1):16-23.
34. Badger T, Segrin C, Meek P, Lopez AM, Tucsonm AZ. Telephone interpersonal counseling with women with breast cancer: Symptom management and quality of life. *Oncol Nurs Forum* 2005; 32(2):273-9.
35. Chamberlain WM, Tulman L, Coleman EA, Stewart CB, Samarel N. Women's perceptions of the effectiveness of telephone support and education on their adjustment to breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 2006; 33(1):138-44.
36. Coleman EA, Tulman L, Samarel N, Wilmoth MC, Rickel L, Rickel M, Stewart CB. The effect of telephone social support and education on adaptation to breast cancer during the year following diagnosis. *Oncol Nurs Forum* 2005; 32(4):822-9.
37. Scheier MF, Helgeson VS, Schulz R, Colvin S, Berga S, Bridges MW, Knapp J, Gerszten K, Pappert WS. Interventions to enhance physical and psychological functioning among younger women who are ending nonhormonal adjuvant treatment for early-stage breast cancer. *J Clin Oncol* 2005; 23(19):4298-311.
38. Fawzy IF, Fawzy NW, Arnt LA, Pasnau RO. Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Arch Gen Psychiatr* 1995; 52:100-13.
39. Maguire P. Psychiatric morbidity and physical toxicity associated with adjuvant chemotherapy after mastectomy. *BMJ* 1980; 281:1179-80.

40. Christensen DN. Postmastectomy couple counseling: an outcome study of a structured treatment protocol. *J Sex Marit Ther* 1983; 9(4):266-75.
41. Davis H. Effects of biofeedback and cognitive therapy on stress in patients with breast cancer. *Psychol Reports* 1986; 59:967-74.
42. Edgar L, Rosberger Z, Nowlis D. Coping with cancer during the first year after diagnosis. Assessment and intervention. *Cancer* 1992; 69(3):817-28.
43. Gruber B, Hersh S, Hall N, Waletzky L, Kunz J, Carpenter J, Kverno K, Weiss S. Immunological responses of breast cancer patients to behavioral interventions. *Biofeedback Self Regul* 1993; 18(1):1-22.
44. Cruzado JA, Olivares M^ªE, Fernández B. Evaluación y tratamiento psicológico en pacientes de cáncer de mama. En: Macià D, Méndez FX, Olivares J, editores. *Intervención psicológica: Programas aplicados de tratamiento*. Madrid: Pirámide, 1993;p. 279-312.
45. Arathuzik D. Effects of cognitive-behavioral strategies on pain in cancer patients. *Cancer Nurs* 1994; 17(3):207-14.
46. Burton M, Parker R, Farrell A, Bailey D, Conneely J, Booth S, Elcombe S. A randomized controlled trial of preoperative psychological preparation for mastectomy. *Psychooncology* 1995; 4:1-19.
47. Almonacid V, Barreto MP. Un programa de apoyo psicosocial dirigido a la mujer con cáncer de mama. *Oncología* 1996; 19(1):45-51.
48. Marchioro G, Azzarello G, Checchin F, Perale M, Segati R, Sampognaro E, Rosetti F, Franchin A, Papagayo GL, Vinante O. The impact of psychological intervention on quality of life in non-metastatic breast cancer. *Eur J Cancer* 1996; 32(9):1612-5.
49. Lévesque M, Savard J, Simard S, Gauthier JG, Ivers H. Efficacy of cognitive therapy for depression among women with metastatic cancer: A single-case experimental study. *J Beh Ther Exp Psychiatr* 2004; 35:287-305.
50. Sirgo A, Gil F, Pérez-Manga G. Intervención cognitivo-conductual en el tratamiento de las náuseas y vómitos asociados a la quimioterapia en pacientes con cáncer de mama *Rev Electro Psicol* 2000; 3(3):3-10.
51. Greer S, Moorey S, Baruch J. Evaluation of adjuvant psychological therapy for clinically referred cancer patients. *Br J Cancer* 1991; 63:257-60.
52. Romero R, Ibáñez E, Monsalve V. La terapia psico-oncológica adyuvante en enfermas con cáncer de mama: Un estudio preliminar. En: Gil F, editor. *Manual de Psico-Oncología*. Madrid: Nova Sidonia, 2000; p.15-38.
53. Cimprich B, Janz N, Northouse L, Wren P, Given B, Given C. Taking CHARGE: A self-management program for women following breast cancer treatment. *Psychooncology* 2005; 14:704-17.
54. Kolden GG, Strauman TJ, Ward A, Kuta J, Woods TE, Schneider KL, Heerey E, Sanborn L, Burt C, Millbrant L, Kalin NH, Stewart JA, Mullen B. A pilot study of group exercise training (get) for women with primary breast cancer: Feasibility and health benefits. *Psychooncology* 2002; 11:447-56.
55. Pinto BM, Frierson GM, Rabin C, Trunzo JJ, Marcus BH. Home-based physical activity intervention for breast cancer patients. *J Clin Oncol* 2005; 23(15):3577-87.
56. Mutrie N, Campbell AM, Whyte F, McConnachie A, Emslie C, Lee L, Kearney N, Walter A, Ritchie D. Benefits of supervised group exercise programme for women being treated for early stage breast cancer: Pragmatic randomised controlled trial. *BMJ*, doi:10.1136/bmj.39094.648553.AE (publicado el 16 de febrero de 2007).
57. Hilderley M, Holt M. A pilot randomized trial assessing the effects of autogenic training in early stage cancer patients

- in relation to psychological status and immune system responses. *Eur J Oncol Nurs* 2004; 8(1):61-5.
58. Arving C, Sjødén PO, Bergh J, Hellbom M, Johansson B, Glimelius B, Brandberg Y. Individual psychosocial support for breast cancer patients: A randomized study of nurse versus psychologist interventions and standard care. *Cancer Nurs* 2007; 30(3):10-9.
 59. Arving C, Sjødén PO, Bergh J, Lindström AT, Wasteson E, Glimelius B, Brandberg Y. Satisfaction, utilisation and perceived benefit of individual psychological support for breast cancer patients: A randomised study of nurse versus psychologist interventions. *Patient Edu Couns* 2006; 62:235-43.
 60. Shapiro LS, Bortzin RR, Figueredo JA, López A, Schwartz EG. The efficacy of mindfulness-based stress reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer: An exploratory study. *J Psychosom Res* 2003; 54(1):85-91.
 61. Puig A, Lee SM, Goodwin L, Sherrard PAD. The efficacy of creative arts therapies to enhance emotional expression, spirituality, and psychological well-being of newly diagnosed Stage I and Stage II breast cancer patients: A preliminary study. *Arts Psychotherapy* 2006; 33:218-28.
 62. Owen JE, Klapow JC, Roth DL, Nabell L, Tucker DC. Improving the effectiveness of adjuvant psychological treatment for women with breast cancer: The feasibility of providing online support. *Psychooncology* 2004; 13:281-92.
 63. Sandgren AK, McCaul KD. Long-term telephone therapy outcomes for breast cancer patients. *Psychooncology* 2007; 16:38-47.
 64. Bloom JR, Ross RD, Burnell G. The effect of social support on patient adjustment after breast surgery. *Patient Couns Health Edu* 1978; 1(2):50-9.
 65. Spiegel D, Bloom J, Yalom I. Group support for patients with metastatic cancer. A randomized prospective outcome study. *Arch Gen Psychiatr* 1981; 38:527-33.
 66. Spiegel D, Kraemer HC, Bloom JR, Gottheil E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989; 2:888-91.
 67. Kogon M, Biswas A, Pearl D, Carlson R, Spiegel D. Effects of medical and psychotherapeutic treatment on the survival of women with metastatic breast carcinoma. *Cancer* 1997; 80(2):225-30.
 68. Vachon MLS, Lyall WAL, Rogers J, Cochrane J, Freeman SJJ. The effectiveness of psychosocial support during post-surgical treatment of breast cancer. *Inter J Psychiatr Med* 1982; 11(4):365-72.
 69. Spiegel D, Bloom JR. Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. *Psychosom Med* 1983; 45(4):333-9.
 70. Cocker K, Bell D, Kidman A. Cognitive behavior therapy with advanced breast cancer patients: A brief report of a pilot study. *Psychooncology* 1994; 3:233-7.
 71. McArdle J, George W, McArdle C, Smith D, Moodie A, Hughson A, Murray G. Psychological support for patients undergoing breast cancer surgery: A randomised study. *BMJ* 1996; 312:813-6.
 72. Hosaka T. A pilot study of structured psychiatric intervention for Japanese women with breast cancer. *Psychooncology* 1996; 5:59-64.
 73. Hosaka T, Tokuda Y, Sugiyama Y. Effects of a structured psychiatric intervention on cancer patients' emotions and coping styles. *Inter J Clin Oncol* 2000; 5:188-91.
 74. Hosaka T, Sugiyama Y, Iriá K, Okuyama T, Sugawara Y, Nakurama Y. Effects of a modified group intervention with early-stage breast cancer patients. *Gen Hosp Psychiatr* 2001; 23(3):145-51.
 75. Samarel N, Fawcett J, Tulman L. Effect of support groups with coaching on adap-

- tation to early stage breast cancer. *Res Nurs Health* 1997; 20:15-26.
76. Van der Pompe G, Duivenvoorden H, Antoni M, Visser A, Heijnen C. Effectiveness of a short-term group psychotherapy program on endocrine and immune function in breast cancer patients: An exploratory study. *J Psychosom Res* 1997; 45(5):453-66.
 77. Cunningham A, Tocco EK. A randomized trial of group psychoeducational therapy for cancer patients. *Patient Edu Couns* 1989; 14:101-14.
 78. Cunningham A, Edmonds C, Hampson A, Hanson H, Honavec M, Jenkins G, Tocco E. A group psychoeducational program to help cancer patients cope with and combat their disease advances. *J Mind-Body Health* 1991; 7(3):41-56.
 79. Cunningham AJ, Edmonds CVI, Jenkins GP, Pollack H, Lockwood GA, Warr D. A randomized controlled trial of the effects of group psychological therapy on survival in women with metastatic breast cancer. *Psychooncology* 1998; 7:508-17.
 80. Edmonds C, Lockwood G, Cunningham A. Psychological response to long term group therapy: A randomized trial with metastatic breast cancer patients. *Psychooncology* 1999; 8:74-91.
 81. Edelman S, Lemon J, Bell D, Kidman A. Effects of group CBT on the survival time of patients with metastatic breast cancer. *Psychooncology* 1999; 8:474-81.
 82. Sebastián J, Bueno M, Mateos N, García P. Evaluación de un programa de intervención sobre cáncer de mama. *Bol Psicol* 1999; 65:53-73.
 83. Spiegel D, Morrow GR, Classen C, Raubertas R, Stott FPB, Mudaliar N, Pierce HI, Flynn PJ, Heard L, Roggs G. Group psychotherapy for recently diagnosed breast cancer patients: A multicenter feasibility study. *Psychooncology* 1999; 8:482-93.
 84. Goodwin PJ, Leszcz M, Ennis M, Koopmans J, Vincent L, Guthrie H, Drysdale E, Hundleby M, Chochinov HM, Navarro M, Specia M, Hunter J. The effect of group psychological support on survival in metastatic breast cancer. *New Engl J Med* 2001; 345(24):1719-26.
 85. Spiegel D, Butler LD, Giese-Davis J, Koopman C, Millar E, DiMiceli S, Classen C, Fobair P, Carlson RW, Kraemer HC. Effects of supportive-expressive group therapy on survival of patients with metastatic breast cancer. *Cancer* 2007; 110(5):1130-8.
 86. Giese-Davis J, DiMiceli S, Sephton S, Spiegel D. Emotional expression and diurnal cortisol slope in women with metastatic breast cancer in supportive-expressive group therapy: A preliminary study. *Biol Psychol* 2006; 73:190-8.
 87. Feigin R, Greenberg A, Ras H, Hardan Y, Rizel S, Ben E, Stemmer SM. 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. *Psychooncology* 2000; 9:57-68.
 88. Gray R, Fitch M, Davis C, Phillips C. A qualitative study of breast cancer self-help groups. *Psychooncology* 1997; 6:279-89.
 89. Helgeson VS, Schulz R, Yasko J. Group support interventions for women with breast cancer: Who benefits from what?. *Health Psychol* 2000; 19:107-14.
 90. Helgeson V, Cohen S, Schulz R, Yasko J. Long term effects of educational and peer discussion group interventions on adjustment to breast cancer. *Health Psychol* 2001; 20(5):387-92.
 91. Simpson JS, Carlson LE, Beck CA, Patten S. Effects of a brief intervention on social support and psychiatric morbidity in breast cancer patients. *Psychooncology* 2002; 11:282-94.
 92. Fukui S, Kugaya A, Okamura H, Kamiya M, Koike M, Nakanishi T, Imoto S, Kanagawa K, Uchitomi Y. A psychosocial group intervention for Japanese women

- with primary breast carcinoma. *Cancer* 2000; 89(5):1026-36.
93. Kissane DW, Bloch S, Smith GC, Miach P, Clarke DM, Ikin J, Love A, Ranieri N, McKenzie D. Cognitive-existential group therapy for women with primary breast cancer: A randomised controlled trial. *Psychooncology* 2003; 12(6):532-46.
 94. McGregor AB, Antoni HM, Boyers A, Alferi MS, Bloomberg SC. Cognitive-behavioral stress management increases benefit finding and immune function among women with early-stage breast cancer. *J Psychosom Res* 2004; 56:1-8.
 95. Targ EF, Levine MD. The efficacy of a mind-body-spirit group for women with breast cancer: A randomized controlled trial. *Gen Hosp Psychiatr* 2002; 24:238-48.
 96. Fobair P, Koopman C, Dimiceli S, O'Hanlan K, Butler LD, Classen C, Droker N, Davids HR, Loulan J, Wallsten D, Spiegel D. Psychosocial intervention for lesbians with primary breast cancer. *Psychooncology* 2002; 11:427-38.
 97. Font A, Rodríguez E. Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: Variaciones en la calidad de vida. *Psicooncología* 2004b; 1(1):67-86.
 98. Bellver A. Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida y el estado emocional en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología* 2007; 4(1):133-42.
 99. Lieberman MA, Goldstein BA. No all negative emotions are equal: The role of emotional expression in online support groups for women with breast cancer. *Psychooncology* 2006; 15:160-8.
 100. Kissane DW, Grabsch B, Clarke DM, Smith GC, Love AW, Bloch S, Zinder D, Li Y. Supportive-expressive group therapy for women with metastatic breast cancer: Survival and psychological outcome from randomized controlled trial. *Psychooncology* 2007; 16:277-86.
 101. Cohen M, Fried G. Comparing relaxation training and cognitive-behavioral group therapy for women with breast cancer. *Res Soc Work Pract* 2007; 17(3):313-23.
 102. Cameron LD, Booth RJ, Schlatter M, Ziginskas D, Harman JE. Changes in emotion regulation and psychological adjustment following use of a group psychosocial support program for women recently diagnosed with breast cancer. *Psychooncology* 2007; 16(3):171-80.