

3. EL CONCEPTO DE ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y EN PSICOLOGÍA ONCOLÓGICA

En los capítulos anteriores hemos introducido el concepto de Juicio de Control y hemos sugerido que guarda una relación directa con un mejor estado general del individuo en situaciones de enfermedad. En el presente capítulo ahondaremos en esos aspectos, pero centrándonos en el enfermo de cáncer. Nuestra intención es mostrar que el Juicio de Control es un ingrediente fundamental de los procesos psicológicos que se ponen en marcha durante la enfermedad oncológica y que, además, determina que ésta sea abordada de la mejor manera posible. Para ello, discutiremos el concepto de "Adaptación a la enfermedad", que es susceptible de ser estudiado desde dos perspectivas: Analizando las reacciones del paciente (lo que expondremos en los apartados 3.1 y 3.2), o analizando las estrategias que, desde el punto de vista de las terapias psicológicas, se intentan poner en juego para ayudar al paciente a afrontar la situación (aspecto éste que describiremos en el apartado 3.3). De ambas formas de análisis pretendemos deducir finalmente que, efectivamente, es el Juicio de Control el principal "principio activo" que determina que el paciente se adapte, o no, a la enfermedad (apartados 3.3.3 y 3.4).

3.1. DEFINICIONES DE ADAPTACIÓN E INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Desde la perspectiva psicológica, cuando una persona sufre una enfermedad maligna, se enfrenta a una situación estresante a la que se debe adaptar con los recursos de los que dispone. Sufrir una enfermedad grave significa padecer dolor u otros síntomas desagradables, ver limitadas o modificadas las actividades diarias, tener que someterse a procesos diagnósticos o terapéuticos, y tener ante sí un futuro incierto. Adaptarse a la enfermedad significa tanto combatirla como intentar que la enfermedad no deteriore, o deteriore lo menos posible, la autoimagen, el desarrollo laboral, las relaciones interpersonales, la afectividad y el bienestar. La Adaptación se puede entender de dos maneras: Como producto, es decir, como el grado en

que una persona consigue este objetivo, pero también como un proceso (Brennan, 2001). En este sentido la Adaptación tiene dos componentes básicos ya que estamos hablando a la vez de un proceso de afrontamiento y de un resultado de bienestar emocional (figura 5).

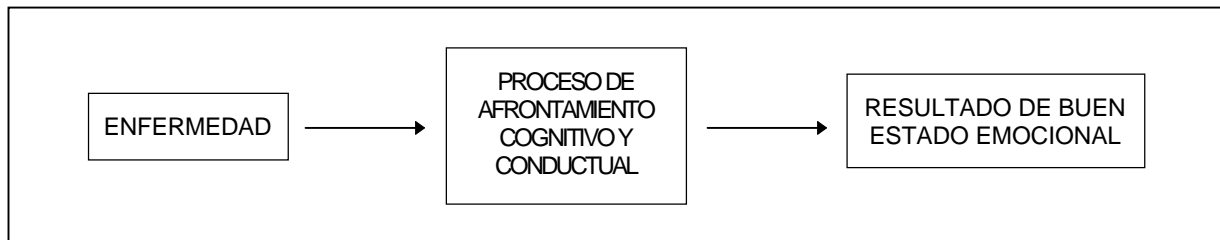


Figura 5: Adaptación como proceso y resultado

3.1.1. LA ADAPTACIÓN COMO RESULTADO

Si nos centramos en la Adaptación entendida como resultado o producto, debemos saber cómo distinguir los pacientes bien adaptados a la enfermedad de los que no lo consiguen, o bien debemos poder valorar el grado de Adaptación de una persona a la enfermedad. Un criterio muy extendido para juzgar este grado de Adaptación es la presencia de síntomas psicológicos (Brennan, 2001) como alteraciones emocionales, manifestadas con niveles altos de ansiedad y depresión. Según esta perspectiva, la Adaptación se definiría por la ausencia de emociones negativas. Sin embargo, también se puede evaluar la Adaptación, por la presencia de estados de ánimo positivos, por lo que, en esos casos, se usa el grado de bienestar o de satisfacción para evaluar la Adaptación de los enfermos.

El estado emocional de los pacientes, tanto si se caracteriza por la ausencia de emociones negativas como por la presencia de emociones positivas, no es la única manera de evaluar el grado de Adaptación. También se puede realizar valorando la presencia de síntomas físicos o psicosomáticos relacionados con la enfermedad como dolor, insomnio, alteraciones digestivas etc.

Finalmente el grado de Adaptación también se puede evaluar a partir del grado de funcionalidad del paciente. Así, en la medida en que una persona haya conseguido que la enfermedad no cambie, o cambie lo menos posible su autonomía personal, su vida sexual, afectiva, laboral, etc. se podrá deducir que se ha adaptado a ella.

En definitiva, la Adaptación a una enfermedad entendida como resultado es el de producto de evaluar el estado de una persona aplicando diferentes criterios de Adaptación: El grado de bienestar, los síntomas psicológicos, los síntomas físicos o el grado de funcionalidad social.

Los diversos criterios usados para evaluar la Adaptación no tienen porqué coincidir, por lo que un paciente puede aparecer como muy adaptado según un criterio y poco si se usa otro. Por esta razón el concepto de Calidad de Vida es de gran utilidad para evaluar la Adaptación.

La Calidad de Vida es un concepto multidimensional que engloba el bienestar y la satisfacción, la presencia de síntomas tanto psicológicos como físicos, y el mantenimiento de las actividades cotidianas. Se puede inferir la Adaptación de una persona a la enfermedad a partir del grado en que consigue mantener la Calidad de Vida a pesar del desarrollo de la enfermedad. Así, mantener una buena Calidad de Vida supone mantener las capacidades funcionales y una satisfacción general, con bienestar físico y psicológico (Adams, Britt, Godding, Khansura y Bulcourf, 1995).

En cualquier caso, hay muchos autores que consideran que una mala Adaptación al cáncer se manifestará a través de la presencia de alteraciones emocionales, siendo las reacciones psicopatológicas más comunes los elevados niveles de ansiedad y depresión, con o sin alteraciones en el comportamiento (Padierna, Aristegui y Medrano, 1994). La figura 6 ilustra este planteamiento.

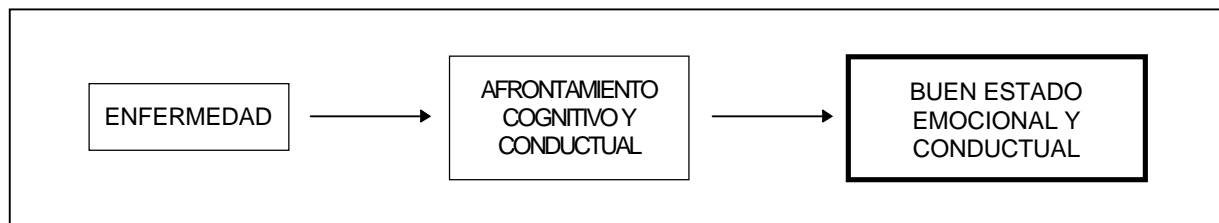


Figura 6: Adaptación como resultado

3.1.1.1. Cuestionarios que miden Alteración Emocional

Dentro de esta línea, los cuestionarios que normalmente se utilizan para medir la alteración emocional en el cáncer son los que describimos a continuación y cuyas características hemos sintetizado en la tabla 3:

General Health Questionnaire (GHQ-28) (Goldberg, 1978; Goldberg y Williams, 1998): Fue elaborado como método de identificación de casos psiquiátricos en la comunidad y en medicina general. La versión original contenía 140 ítems a partir de la que se han obtenido versiones más cortas de 60, 36, 30, 28 y 12 ítems. Una de las más utilizadas es la de 28 ítems. Tiene dos modos de corrección, uno que permite detectar casos psiquiátricos y otro, evaluar el nivel de alteración en cada una de sus cuatro escalas. Se ha utilizado en numerosos estudios con pacientes de cáncer (tabla 3).

The Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) (Zigmon y Snaith, 1983): Especialmente diseñado para detectar estados de ansiedad y depresión en pacientes médicos. Al ser excluidos los síntomas somáticos, las puntuaciones de depresión no se ven afectadas por síntomas como pérdida de peso, o anorexia, frecuentemente asociados al cáncer. Se ha validado con muestras de pacientes con cáncer y es uno de los cuestionarios más utilizados en los estudios con este tipo de enfermos (tabla 3).

Psychiatric Assessment Schedule (PAS) (Dean, Surtees y Sashidaran 1983): Se utiliza junto a los criterios diagnósticos DSM para determinar la depresión y ansiedad. Algunos estudios donde se ha utilizado aparecen en la tabla 3.

Profile of Mood States (POMS) (McNair, Lorr y Droppelman, 1971,1992): Intenta valorar alteraciones en el estado de ánimo. La escala inicial tenía 65 ítems, que se han reducido en las diferentes versiones (Koopman, Hermanson, Diamond, Angell y Spiegel, 1998):

“The Brief Profile of Mood States-Total Mood Disturbance Score (POMS-TMDS) (Cella et. al., 1987).

“The Profile of Mood States-Linear Analog Self/Assessment (POMS-LASA) (Sutherland, Lockwood y Cunningham, 1989).

El POMS y sus diferentes versiones, es uno de los cuestionarios más utilizados en los estudios con pacientes de cáncer (tabla 3).

Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) (Derogatis, 1983-a, 1983-b): Además de una valoración en cada uno de los nueve aspectos que evalúa, se obtiene un índice de gravedad o severidad global. Muy utilizado en diferentes estudios en Psico-Oncología especialmente la versión reducida: **The Brief Symptom Inventory (BSI)** (Derogatis y Melisaratos 1983; Derogatis y Spencer, 1982) (tabla 3).

Affect Balance Scale (ABS) (Derogatis, 1975): Se ha utilizado en diferentes estudios con pacientes de cáncer (tabla 3).

TABLA 3: CUESTIONARIOS QUE MIDEN ALTERACIÓN EMOCIONAL		
CUESTIONARIO Y AUTOR	DESCRIPCIÓN	ESTUDIOS Y TIPO DE CÁNCER:
		DIFERENTES TIPOS DE CÁNCER
		CÁNCER DE MAMA
<p>General Health Questionnaire (GHQ-28), -Goldberg (1978) -Goldberg y Williams (1998)</p>	<p>28 ítems que se contestan en una escala de 4 posibilidades. Este cuestionario está compuesto por cuatro escalas mediante las que se evalúan: A. Síntomas somáticos, B. Grado de ansiedad e insomnio, C. Capacidad en la realización de actividades cotidianas, D. Depresión e ideación autolítica. Intenta detectar casos psiquiátricos o evaluar el nivel de malestar psicológico dependiendo del método de corrección que se siga.</p>	<p>-Burton et. al. (1995) -Guerra y Báñez (1996-a, 1996-b) -Guerra, Báñez, Viñolas y Fernández-Cid (1995) -Tjemsland, Soreide y Malt (1996)</p>
<p>The Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), -Zigmon y Snaith (1983)</p>	<p>14 ítems: 7 para detectar estados de ansiedad y 7 para depresión. Cada ítem tiene cuatro opciones de respuesta. Los diferentes estudios consideran patológico puntuar más de 8 para la escala de depresión y más de 10 para la de ansiedad. Especialmente pensado para administrarlo a personas enfermas y hospitalizadas.</p>	<p>-Berglund, Bolund, Gustafsson, y Sjöden (1994-a, 1994-b) -Bottomley (1997-a, 1997-b) -Bottomley, Hunton, Roberts, Jones y Bradley (1996) -Fallowfield et. al. (1995) -Burton et. al. (1995) -Watson et. al. (1991) -Watson et.al. (1999)</p>

(CONTINUACIÓN TABLA 3: CUESTIONARIOS QUE MIDEN ALTERACIÓN EMOCIONAL)		
CUESTIONARIO Y AUTOR	DESCRIPCIÓN	ESTUDIOS Y TIPO DE CÁNCER:
		DIFERENTES TIPOS DE CÁNCER
		CÁNCER DE MAMA
(Continuación: The Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), Zigmon y Snaith (1983))		-Glasdam, Jensen, Madsen y Rose (1996) -Greer et. al., (1991) -Greer, Moore, y Baruch (1992) -Moorey, Greer, Bliss y Law (1998) -Moorey et. al. (1994) -Morris y Coyle (1994) -Nordin, Berglund, Terje y Glimelius (1999) Razavi, Devaux, Farvacques y Robaye (1989) -Romero, Ibañez, y Monsalve (2000) -Thomas, Glyne-Jones, Chait y Marks (1997) -Watson et. al. (1988) -Watson et. al. (1992)

(CONTINUACIÓN TABLA 3: CUESTIONARIOS QUE MIDEN ALTERACIÓN EMOCIONAL)		
CUESTIONARIO Y AUTOR	DESCRIPCIÓN	ESTUDIOS Y TIPO DE CÁNCER:
		DIFERENTES TIPOS DE CÁNCER
		CÁNCER DE MAMA
<p>Psychiatric Assessment Schedule (PAS), -Dean et. al. (1983)</p>	<p>Se utiliza junto a los criterios diagnósticos DSM para determinar la depresión y la ansiedad.</p>	<p>-Harrison y Maguire (1995) -Harrison, Maguire, Ibbotson, Macleod y Hopwood, (1994) -Parle, Jones y Maguire (1996)</p>
<p>Profile of Mood States (POMS), -McNair et. al. (1971,1992)</p>	<p>Series de adjetivos que describen estados de ánimo transitorios y fluctuantes. Cada persona responde el grado en que ha experimentado cada uno de ellos durante la última semana, en una escala de 5 posibilidades desde "Nada", hasta "Muchísimo". Se puede obtener una puntuación total de alteración emocional, o en diferentes escalas: Depresión, ansiedad-tensión, confusión, hostilidad-agresividad, fatiga y vigor-actividad. La escala inicial tenía 65 ítems, que se han reducido en diferentes versiones.</p>	<p>-Akechi et. al. (2000) -Andrykowski y Brady (1994) -Carver et.al. (2000) -Cunningham, Jenkins, Edmonds y Lockwood (1995) -Cunningham, Lockwood, Edmonds (1993) -Cunningham et. al. (2000) -Fawzy et. al. (1990) -Fawzy et.al. (1993) -Fawzy y Fawzy (1998)</p>
		<p>-Dean y Surtees (1989) -Bultz, Speca, Brasher, Geggie y Page (2000) -Carver et. al. (1993) -Carver et. al. (1994) -Classen, Koopman, Angell y Spiegel (1996) -Edgar, Remmer, Rosberger y Fournier (2000) -Hosaka (1996) -Koopman et. al. (1998) -Levy et. al. (1991)</p>

(CONTINUACIÓN TABLA 3: CUESTIONARIOS QUE MIDEN ALTERACIÓN EMOCIONAL)		
CUESTIONARIO Y AUTOR	DESCRIPCIÓN	ESTUDIOS Y TIPO DE CÁNCER:
		DIFERENTES TIPOS DE CÁNCER
		CÁNCER DE MAMA
(Continuación: Profile of Mood States (POMS), McNair et. al. (1971,1992))		-Fawzy et. al. (1996) -Morrow (1992) -Schnoll, Mackinnon, Stolbach y Lorman (1995)
		-McCaul et. al. (1999) -Valdimarsdottir y Bovbjerg (1997) -Valdimarsdottir et. al. (1995)
The Brief Profile of Mood States-Total Mood Disturbance Score (POMS-TMDS), -Cella et. al. (1987)	Versión del POMS de 17 ítems.	-McQuellon et. al. (1998)
The Profile of Mood States-Linear Analog Self-Assessment (POMS-LASA), -Sutherland et. al. (1989)	Versión del POMS de seis escalas analógico-visuales de 100 milímetros, obteniéndose una puntuación total que puede ir desde 0 (ausencia de malestar emocional), a 600 (el peor malestar emocional posible).	No encontrados. -Samarel, Fawcett y Tulman (1997)

(CONTINUACIÓN TABLA 3: CUESTIONARIOS QUE MIDEN ALTERACIÓN EMOCIONAL)			
CUESTIONARIO Y AUTOR	DESCRIPCIÓN	ESTUDIOS Y TIPO DE CÁNCER:	
		DIFERENTES TIPOS DE CÁNCER	CÁNCER DE MAMA
<p>Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R), -Derogatis (1983-a, 1983-b)</p>	<p>90 ítems en formato auto-administrado que evalúan el malestar emocional en nueve dimensiones, preguntando por el disconfort en cada una de ellas durante la última semana: Depresión, ansiedad, somatización, obsesión-compulsión, susceptibilidad interpersonal, hostilidad, fobia, paranoia y psicoticismo. Además de una valoración en cada dominio se obtiene un índice de gravedad o severidad global.</p>	<p>-Johnstone et. al. (1991) -Morrow (1992) -Rodrigue, Behen y Tumlin (1994) -Rodrigue y Park (1996)</p>	<p>-Carter, Carter y Siliunas (1993) -Hannum, Geiss-Davis, Hardin, y Hatfield (1991) -Silverman-Dresner y Restaino-Bauman (1990)</p>
<p>The Brief Symptom Inventory (BSI), -Derogatis y Melisaratos (1983) -Derogatis y Spencer (1982)</p>	<p>Versión reducida del SCL-90 con 53 ítems para valorar los síntomas psiquiátricos experimentados en la última semana. Se divide en las mismas sub-escalas que el SCL-90. También se obtiene una valoración para cada escala y un índice general (GSI)</p>	<p>-Epping-Jordan et. al. (1994) -Kissane, Bloch, Burns, McKenzies y Posterino (1994) -Moadel, Ostroff, Lesko y Bajorunas (1995) -Pruitt et. al. (1993)</p>	<p>-Ayres et. al. (1994) -Hanson et. al. (2000) -Passik, Newman, Brennan y Tunkel (1995) -Schnoll, Harlow, Brandt y Stolbach (1998) -Schnoll, Harlow, Stolbach y Brandt (1998) -Valdimarsdottir et. al. (1995) -Valdimarsdottir y Bovbjerg (1997)</p>

(CONTINUACIÓN TABLA 3: CUESTIONARIOS QUE MIDEN ALTERACIÓN EMOCIONAL)		
CUESTIONARIO Y AUTOR	DESCRIPCIÓN	ESTUDIOS Y TIPO DE CÁNCER:
		DIFERENTES TIPOS DE CÁNCER
		CÁNCER DE MAMA
Affect Balance Scale (ABS), -Derogatis (1975)	Lista de 40 adjetivos que corresponden a cuatro estados anímicos positivos (alegría, vigor, sentirse contento, y sentirse querido) y cuatro estados negativos (ansiedad, depresión, culpa y hostilidad).	-Carver et.al. (2000) -Ayres et. al. (1994) -Bremer et. al. (1997) -Nelson, Friedman, Baer, Lane y Smith (1994)

3.1.2. LA ADAPTACIÓN COMO PROCESO

La Adaptación entendida como proceso se refiere a la regulación psicológica de los recursos de las personas para adaptarse a la enfermedad y a cómo estos esfuerzos se desarrollan a lo largo del tiempo. Hay diferentes teorías que han abordado el proceso de Adaptación al cáncer a partir del análisis de las estrategias de afrontamiento desplegadas por los individuos y orientadas tanto a las emociones como a combatir el cáncer (ver figura 7).



Figura 7: Adaptación como proceso

En este capítulo describiremos cuatro modelos básicos propuestos por diferentes líneas de investigación: El modelo de Lazarus y sus colaboradores, el de Moorey y Greer, el que parte de la Psicología del Control, y finalmente el referente al patrón C de personalidad.

3.1.2.1. El modelo de Lazarus

Uno de los modelos más importantes y en el que se basa una gran parte de la investigación en Psico-Oncología es la teoría sobre estrés psicológico y proceso de afrontamiento desarrollada por Lazarus y sus colaboradores. Esta teoría propone que los efectos psicológicos de cualquier relación entre sujeto y ambiente vienen modulados por dos tipos de procesos: (a) *Evaluación Cognitiva* y (b) *Afrontamiento* (Folkman y Greer, 2000; Lazarus y Folkman, 1984, 1987), que tendrán consecuencias en las tres áreas que constituyen la Calidad de Vida del sujeto: Funcionamiento social, ajuste psicológico y salud (figura 8).

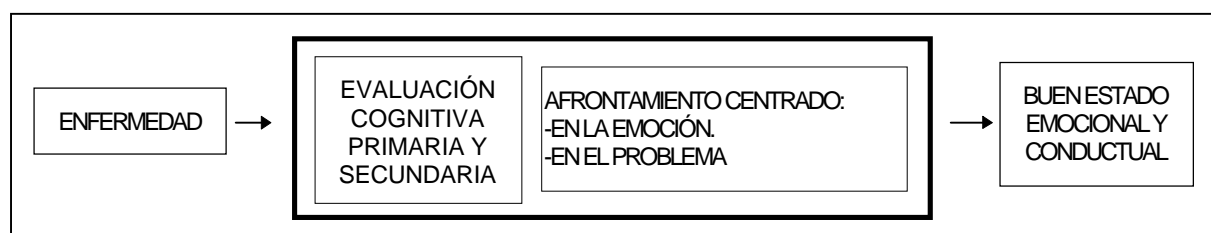


Figura 8: Adaptación como proceso: Modelo de Lazarus

La teoría de Lazarus plantea que al interactuar con el ambiente el sujeto realiza simultáneamente dos tipos de *Evaluación Cognitiva*: Primaria y secundaria. Mediante la evaluación primaria se interpretan los hechos como pérdida, amenaza o reto, y a través de la evaluación secundaria se evalúan las opciones de afrontamiento disponibles, cuál es la mejor y los resultados que se obtendrán en base a expectativas de resultados positivos y de eficacia. Ambos tipos de evaluación están influidos por factores personales y situacionales e interactúan determinando el nivel de estrés en base a: Grado de novedad del evento, incertidumbre en su ocurrencia, factores temporales (inminencia o duración), ambigüedad (qué y cuánto está en juego), el momento del ciclo vital en que ocurre, y la presencia de otros eventos también estresantes.

Por otro lado, el *Afrontamiento* viene definido como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, que lleva a cabo el sujeto para manejar las demandas específicas, externas e internas, estresantes (Ferrero 1993). Las estrategias de afrontamiento diferirán dependiendo de su objetivo (figura 9). Las centradas en la emoción serán re-evaluaciones que tenderán a dominar el malestar emocional (Evitación, minimización, distanciamiento, comparación positiva), o conductas distractoras (reír, llorar, comer, beber, buscar apoyo social). Las estrategias centradas en el problema adoptan la forma de solución de problemas (definir el problema, generar alternativas, sopesarlas en términos de coste-beneficio y ponerlas en práctica) y pueden operar sobre el mismo sujeto o el entorno (Folkman y Greer, 2000; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen, 1986).

En conclusión, este modelo teórico plantea que la Adaptación o ajuste al cáncer se basa especialmente en el proceso de afrontamiento, es decir, en el conjunto de respuestas cognitivas

y comportamentales que el sujeto ha puesto en marcha ante el diagnóstico de cáncer y sus tratamientos.

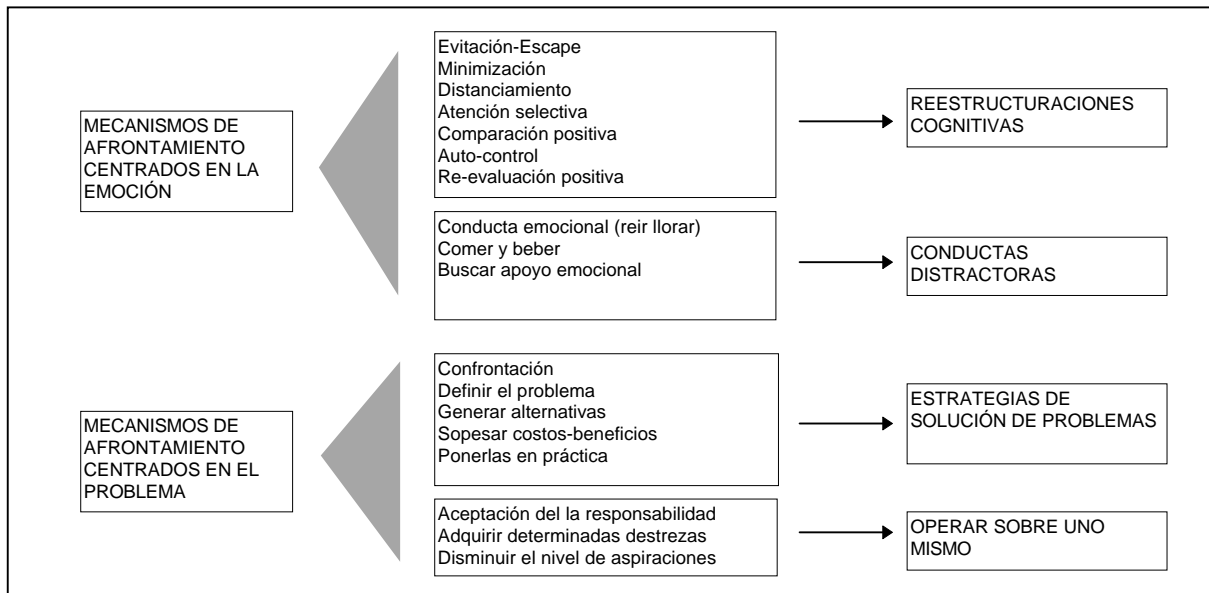


Figura 9: Modelo de evaluación cognitiva y afrontamiento de Lazarus

3.1.2.2. El Modelo de Moorey y Greer:

En base al modelo teórico anterior, otros autores adoptan esta idea. Por ejemplo Moorey y Greer (1989) proponen un modelo derivado del anterior, centrado en el significado personal del cáncer (interpretación del sujeto de la situación) y en las estrategias de afrontamiento que se ponen en marcha en el proceso de Adaptación.

Al igual que Lazarus, Moorey y Greer proponen una *Evaluación Cognitiva* por la que el sujeto da un significado al diagnóstico de cáncer, evaluando la situación como un reto potencialmente superable, como una amenaza capaz de superarle y destruirlo, como daño o pérdida ya ocurrido de hecho o como ausencia de amenaza. Dependiendo de este significado inicial, de la valoración que el sujeto haga de sus mecanismos de afrontamiento y del Control Percibido, la actuación y el resultado emocional ante la enfermedad será diferente.

Estos autores proponen un esquema de supervivencia o tríada de evaluación cognitiva (visión del diagnóstico, Percepción de Control, visión del pronóstico) que determinará cinco estilos o tipos de afrontamiento que se ilustran en la figura 10 (Ferrero, 1993). Las estrategias de afrontamiento y la respuesta emocional dependen de la evaluación que el sujeto hace de la enfermedad. El tipo de afrontamiento determinará la morbilidad psicológica de los pacientes. Así, la Preocupación Ansiosa correlaciona con depresión y ansiedad, mientras que el Fatalismo y Desamparo-Desesperanza (Indefensión) lo hace sólo con la depresión, siendo el Espíritu de Lucha el más favorable de cara a una buena Adaptación a la enfermedad pues protege al sujeto de padecer alteración emocional y correlaciona con un mejor pronóstico (figura 11).

Este modelo contempla la Adaptación como un proceso cuyo resultado está determinado por las interpretaciones del sujeto y sus acciones.

Vemos que la manera de afrontar el cáncer es una de las variables más importantes para determinar el nivel de bienestar ante la enfermedad. En general, la literatura propone que las estrategias activas de afrontamiento, es decir, todas aquellas pautas y esfuerzos cognitivos y conductuales que la persona pone en marcha para controlar y reducir tanto el malestar emocional como la interferencia en la vida cotidiana que causa la enfermedad y su tratamiento, servirán para que la persona tenga mejores niveles de bienestar. Por contra, las estrategias pasivas contribuirán a que la persona experimente elevados niveles de malestar (McCaul et. al., 1999), entendiendo por estrategias pasivas aquellas actitudes de aceptación estoica, con cierto grado de Indefensión y Fatalismo ante la enfermedad y todo lo que ésta acarrea.

<p>ESPÍRITU DE LUCHA</p> <ul style="list-style-type: none"> -Visión del diagnóstico: Reto. -Percepción de Control: Presente. -Visión del pronóstico: Optimista. -Estrategias de afrontamiento: Búsqueda moderada de información, papel activo en la recuperación, intentos por seguir con la vida habitual. -Tono emocional: Positivo, ligera ansiedad. 	<p>EVITACIÓN O NEGACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> -Visión del diagnóstico: No hay amenaza. -Percepción de Control: Cuestión no planteada. -Visión del pronóstico: Optimista. -Estrategias de afrontamiento: Minimización. -Tono emocional: Sereno.
<p>FATALISMO O ACEPTACIÓN ESTOICA</p> <ul style="list-style-type: none"> -Visión del diagnóstico: Ligera amenaza. -Percepción de Control: Ausente. -Visión del pronóstico: Se aceptará con dignidad el que sea. -Estrategias de afrontamiento: Aceptación pasiva, ausencia de estrategias dirigidas al problema. -Tono emocional: Sereno. 	
<p>DESAMPARO Y DESESPERANZA (INDEFENSIÓN)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Visión del diagnóstico: Gran amenaza o pérdida afectiva. -Percepción de Control: Ausente por completo. -Visión del pronóstico: Pesimista. -Estrategias de afrontamiento: Rendición, ausencia de estrategias dirigidas al problema, expresión emocional. -Tono emocional: Depresión. 	
<p>PREOCUPACIÓN ANSIOSA</p> <ul style="list-style-type: none"> -Visión del diagnóstico: Gran amenaza -Percepción de Control: Incertidumbre sobre si puede ejercerse control. -Visión del pronóstico: Incertidumbre respecto al futuro. -Estrategias de afrontamiento: Búsqueda compulsiva de seguridad (búsqueda excesiva de información y uso de medicinas alternativas), rumiación y excesiva atención a los síntomas físicos dirigidos a detectar la recaída. -Tono emocional: Ansiedad. 	

Figura 10: Modelo de Moorey y Greer: Tipos de ajuste a la enfermedad

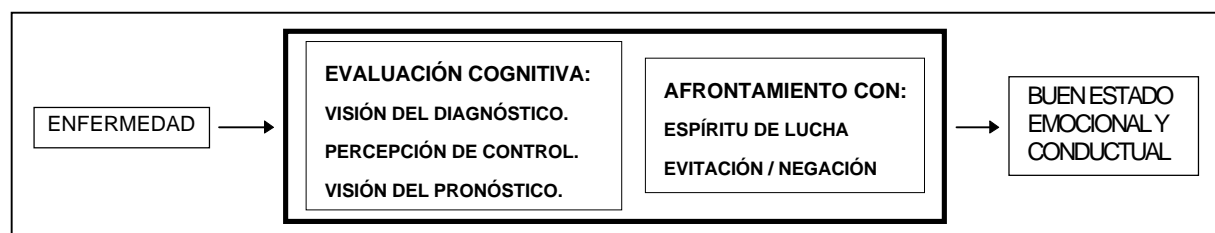


Figura 11: Adaptación como proceso: Modelo de Mooney y Greer

La Evitación y la Negación serán casos especiales y controvertidos. La Evitación implica no querer escuchar ni hablar de la enfermedad o todo lo que ella comporta. La Negación supone no aceptar el diagnóstico hasta el punto de negar que se padece una enfermedad y plantear que los tratamientos son sólo medidas preventivas. Algunos estudios consideran que la Evitación o Negación son estrategias positivas en la medida de que las personas que las manifiestan presentan poca alteración emocional (figura 11), especialmente durante el tratamiento (Glanz y Lerman, 1992) pues permiten al sujeto afrontar mejor los efectos secundarios. Según Greer, (1991), la Negación también contribuye a una mejor evolución de la enfermedad tras finalizar el tratamiento en los años posteriores. Por otro lado otros autores señalan que la Evitación o Negación puede hacer que la persona no ponga en marcha actitudes activas de afrontamiento que serían especialmente útiles cuando el estresor es severo y potencialmente crónico (Stanton y Snider, 1993). Estos mismos autores concluyen que la aceptación es el precedente necesario para un afrontamiento activo observándose menor alteración emocional con éste que con la Negación (Carver et. al., 1993). También se plantea que la inhibición de las emociones y el no poder hablar de ellas abiertamente tiene unas consecuencias psicológicas y fisiológicas negativas (Classen et. al., 1996).

3.1.2.3. El modelo de la Psicología del Control

Existen otras perspectivas respecto a la Adaptación entendida como proceso, que parten del campo de la Psicología del Control y que plantean diferentes conceptos que se consideran significativos en el ajuste a la enfermedad (Folkman y Greer, 2000; Taylor et. al., 1984), pues favorecen la adopción de actitudes y comportamientos que ayudan a mantener un bienestar

emocional. Entre dichos conceptos destacan los de Juicio de Control y Competencia Personal, que como hemos comentado en el capítulo 1, se relacionan directamente con las estrategias de afrontamiento. Así, se ha hipotetizado que ciertos mecanismos de afrontamiento serán más o menos efectivos dependiendo de la percepción que el sujeto tenga de la capacidad de control sobre el estresor (Fernández, 1999; Osowiecki y Compas, 1998). En este sentido, podemos hablar de afrontamiento pasivo o activo dependiendo del Juicio de Control que experimente la persona. El afrontamiento pasivo es el que se produce cuando el sujeto percibe que no puede ejercer control y solamente puede soportar lo mejor posible la situación aversiva (Obrist, 1981), lo que determina el uso de estrategias de afrontamiento centradas en las emociones (concretamente, a paliar o eliminar las emociones negativas) (Osowiecki y Compas, 1998). El afrontamiento activo es aquél en el que el sujeto percibe que puede realizar una acción para controlar la situación (Obrist, 1981), lo que favorece el uso de estrategias de afrontamiento centradas en el problema (esfuerzos para cambiar o actuar sobre el estresor, buscar información sobre la enfermedad, seguir las recomendaciones médicas y el tratamiento) (Osowiecki y Compas, 1998). No obstante, según Seligman (1981), las personas son capaces de aprender que las fuentes de estrés son incontrolables, lo que produce el efecto denominado Indefensión Aprendida, que da lugar a la adopción de formas pasivas de afrontar situaciones que en realidad son controlables y en las que las formas de afrontamiento activas darían lugar a una mejor Adaptación. Se interpreta, por tanto, que las personas más adaptadas serán aquellas que discriminen mejor las situaciones controlables de las que no lo son y actúen usando estrategias de afrontamiento activo adecuadas para reducir el grado de alteración emocional, y provocar el mayor bienestar y la mejor Calidad de Vida posible. En este sentido, hay datos que indican que la existencia de Juicio de Control positivo, junto al uso de estrategias activas de afrontamiento se asocian a una mejor Adaptación al cáncer (Merluzzi y Martínez, 1997), y que esta asociación es un predictor significativo de bajos niveles de ansiedad y depresión (Osowiecki y Compas, 1998). Así, el Juicio de Control positivo se considera un moderador de la asociación entre estrategias de afrontamiento centradas en el problema y los niveles de alteración emocional, ya que estos serán menores cuando el tipo de afrontamiento encaje bien con el nivel de Juicio de Control (figura 12); es decir, cuando el Juicio de Control positivo

vaya acompañado del uso de estrategias de afrontamiento activas y centradas en el problema (Osowiecki y Compas, 1998).

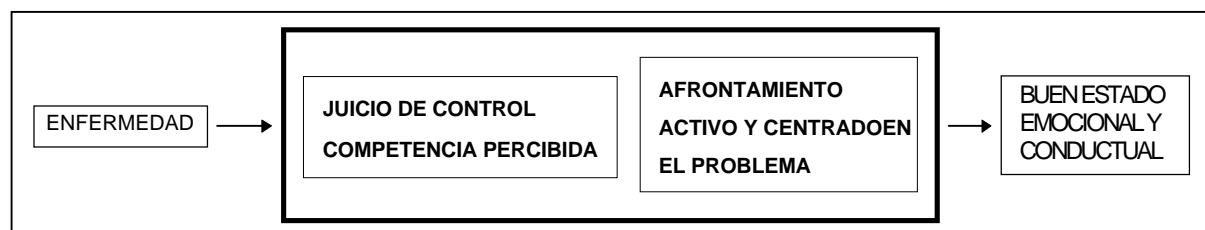


Figura 12: Adaptación como proceso: Psicología del Control

3.1.2.4. El modelo del Patrón C de Personalidad

Siguiendo en otra línea de investigación, varios estudios intentan demostrar a partir de la propuesta de Temoshok (1987) que las personas que padecen cáncer de mama presentan un determinado tipo de personalidad denominado C que las predispone a tener esta enfermedad. Este tipo de personalidad se caracteriza por el control excesivo de las emociones y de la agresividad, así como por la supresión de expresiones de necesidad, dolor, o disconfort. Son personas que pueden estar dispuestas a sacrificar sus propias necesidades para conseguir y mantener la armonía en sus relaciones interpersonales (Fernández-Ballesteros, 1998). Tras una extensa revisión, Eysenck (1994) resume algunos rasgos más de este tipo de personalidad: Son personas muy cooperativas, pacíficas, no asertivas, pacientes, evitadoras de los conflictos, que suprimen emociones como ira o ansiedad, usan la represión y la evitación como mecanismos de afrontamiento de los problemas, auto-sacrificadas, rígidas, predispuestas a experimentar desesperanza y depresión. Los investigadores que trabajan en esta línea plantean que esto puede suponer un cierto riesgo en el inicio de procesos oncológicos o en el pronóstico de los mismos (Cooper y Faragher, 1993; Levenson y Bemis, 1991; Meyer y Mark, 1995). También se plantea que la supresión de las emociones y las actitudes de desesperanza e indefensión pueden estar relacionadas y formar parte del mismo continuum. Esto implicaría que las personas que de manera crónica bloquean la expresión de sus necesidades y sentimientos, tipificadas como personalidad C, al pensar que no tiene utilidad expresar sus necesidades son también

crónicamente desesperanzadas e indefensas, que no movilizan estrategias activas de afrontamiento, y por tanto, están más predispuestas a mostrar estos modos de afrontamiento ante situaciones estresantes (Temoshok, 1987). Al mismo tiempo, esto se asociará a mayores síntomas de depresión (Watson et. al., 1991) y a una peor adaptación general. Vemos que el patrón C además de ser un tipo de personalidad que la persona tiene antes de padecer un cáncer también es un estilo que determina la manera de hacerle frente y que podría relacionarse con el modelo planteado por Moorey y Greer, concretamente con la Desesperanza-Desamparo (Indefensión), que dará lugar a mayores niveles de alteración emocional, especialmente de depresión (figura 13).

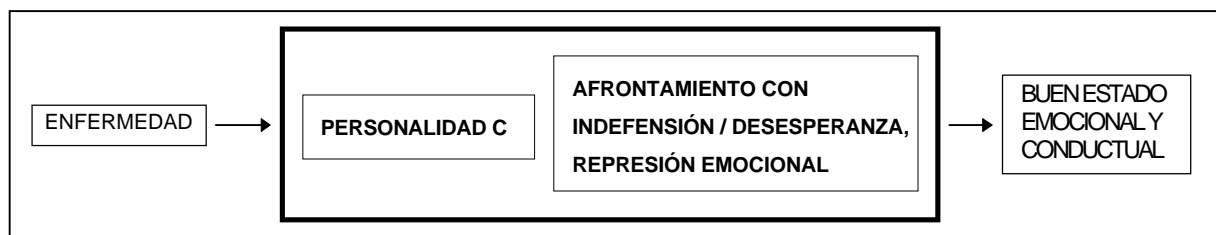


Figura 13: Adaptación como proceso: Personalidad C

3.1.2.5. Cuestionarios que miden el Afrontamiento

Los cuestionarios más usados para valorar o medir el proceso de afrontamiento dentro del ámbito de la Psicología Oncológica están descritos en la tabla 4 y son:

Mental Adjustment to Cancer Scale (MAC) (Ferrero, 1992; Schwartz, Daltroy, Brandt, Friedman y Stolbach, 1992; Watson et. al., 1988): Es uno de los más utilizados en los diferentes estudios en Psico-Oncología y lo describiremos en profundidad en el punto 3.2 del presente capítulo.

Mini-Mental Adjustment to Cancer (Mini-MAC) (Watson et.al., 1994-a, 1994-b): Es la versión corta del anterior.

Medical Coping Modes Questionnaire (MCMQ) (Feifel, Strack y Nagy, 1987-a, 1987-b): Mide estrategias de afrontamiento a través de tres escalas: Confrontación, Evitación y Aceptación-Resignación.

Bernese Coping Modes (Becomo) (Heim, Augustiny, Schaffner y Valach, 1993): Evalúa estrategias de afrontamiento conductuales, cognitivas y emocionales. Ampliamente utilizado en países de lengua germana, también existen versiones en francés, italiano e inglés.

Ways of Coping (WOC) (Folkman y Lazarus, 1980, 1988): La primera versión se pensó para población general y contenía 66 ítems sobre modos generales de afrontamiento cognitivo y conductual ante situaciones estresantes. Posteriormente se han hecho muchas otras versiones para adaptarlo a pacientes con cáncer, añadiendo y eliminando ítems y obteniéndose una diversidad de nuevos factores y escalas. Diferentes versiones son:

-Coping Strategies Inventory (CSI) (Tobin, Holroyd y Reynolds, 1984; Tobin, Holroyd, Reynolds y Wigal, 1989).

-Versión WOC (Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro y Becker, 1985).

-Versión WCQ (Jarrett, Ramirez, Richards y Weinman, 1992) para pacientes de cáncer de mama.

-Versión COPE (Carver, Scheier y Weintraub, 1989).

The Faith Courtauld Schedule for Coping with Cancer (Burgess, Morris y Pettingale, 1988): No es un cuestionario, sino una entrevista semi-estructurada referida a respuestas cognitivas y conductuales al diagnóstico de cáncer.

Coping Response Indices (R) (Moos, Cronkite, Billings y Finney, 1983): Se miden tres maneras de afrontar: Afrontamiento Cognitivo Activo, Afrontamiento Conductual Activo y Evitación.

Dealing with Illness Coping Inventory (DWICI) (Fawzy et. al., 1990; Fawzy et. al. 1993; Fawzy et. al. 1996): Propone tres métodos generales de afrontar: (a) Conductual-Activo, (b) Cognitivo-Activo, (c) Evitación.

Impact of Event Scale (IES) (Horowitz, Wilner y Álvarez, 1979): Se evalúan las reacciones del sujeto tras sufrir un evento estresante.

Courtauld Emotional Control Scale (CECS) (Watson y Greer, 1983). Se valora la represión de emociones.

Internal-External Locus of Control Scale (Rotter, 1966): La más utilizada para medir el Locus de Control

Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC) (Wallston et. al., 1978; Wallston y Wallston, 1981): Contiene tres sub-escalas: De control interno, de control externo correspondiente al azar y, de control externo de otras personas.

TABLA 4: CUESTIONARIOS QUE MIDEN AFRONTAMIENTO			
CUESTIONARIO Y AUTOR	DESCRIPCIÓN	ESTUDIOS Y TIPO DE CÁNCER:	
		DIFERENTES TIPOS DE CÁNCER	CÁNCER DE MAMA
<p>Mental Adjustment to Cancer Scale (MAC), -Ferrero (1992) -Schwartz et. al. (1992) -Watson et. al. (1988)</p>	<p>Compuesto por 40 ítems que se contestan en una escala de 4 posibilidades. Evalúa respuestas psicológicas al cáncer de: Espíritu de Lucha, Desesperanza-Desamparo (Indefensión), Preocupación Ansiosa, Fatalismo y Negación (ver punto 3.2.).</p>	<p>-Akechi et. al. (2000) -Berglund et. al. (1994-a, 1994-b) -Bottomley (1997-a, 1997-b) -Bottomley et. al. (1996) -Grassi, Rosti, Lasalvia y Marangolo (1993) -Greer et. al. (1991, 1992) -Merluzzi et. al. (2001) -Moorey et. al. (1998) -Moorey et. al. (1994) -Nordin et. al. (1999) -Romero et. al. (2000) -Schnoll et. al. (1995) -Schwartz et. al. (1992) -Watson et. al. (1988)</p>	<p>-Ayres et. al. (1994) -Bultz et.al. (2000) -Classen et. al. (1996) -Ferrero, Barreto y Toledo (1994, 1995) -Ferrero, Rodríguez-Marín, Toledo y Barreto (1996) Ferrero, Toledo y Barreto (1995) -Sebastian, Bueno, Mateos y García (1999) -Schnoll, Harlow, Brandt y Stolbach (1998) -Schnoll, Harlow, Stolbach y Brandt (1998) -Tjemsland, Soreide, Matre y Malt (1997) -Watson et. al. (1991) -Watson et. al. (1999)</p>

(CONTINUACIÓN TABLA 4: CUESTIONARIOS QUE MIDEN AFRONTAMIENTO)		
CUESTIONARIO Y AUTOR	DESCRIPCIÓN	ESTUDIOS Y TIPO DE CÁNCER: DIFERENTES TIPOS DE CÁNCER
Mini-Mental Adjustment to Cancer (Mini-MAC), -Watson et. al. (1994-a, 1994-b)	Es la versión corta del anterior, con 29 ítems que valoran las diferentes actitudes y estrategias de afrontamiento ante el cáncer. Elimina la escala de Negación e incluye una nueva de Evitación Cognitiva. Conserva alguno de los ítems originales, pero otros los elimina e incluye nuevos (ver punto 3.2.1.1.).	-Watson et. al. (1994a, 1994-b) -Cotton, Leline, Fitzpatrick, Dold y Targ. (1999) CÁNCER DE MAMA
Medical Coping Modes Questionnaire (MCMQ), -Feifel et.al. (1987-a, 1987-b)	19 ítems diseñados para evaluar estrategias de afrontamiento en adultos enfermos. Tiene tres escalas: Confrontación (afrontar la enfermedad buscando información, hablando con otros sobre la enfermedad, redefiniéndola y en general, asumiendo un rol activo), Evitación (escapar de la situación de enfermedad, no enfrentarse al estrés que provoca) y Aceptación-Resignación (pasividad y rendición). Cada ítem se presenta en una escala de 4 posibilidades que van desde "Todo el tiempo / Mucho" a "Nunca / Muy poco".	-Rodríguez et. al. (1994) -Shapiro, Rodrigue, Boggs y Robinson (1994) -Shapiro et. al. (1997)

(CONTINUACIÓN TABLA 4: CUESTIONARIOS QUE MIDEN AFRONTAMIENTO)			
CUESTIONARIO Y AUTOR	DESCRIPCIÓN	ESTUDIOS Y TIPO DE CÁNCER:	
		DIFERENTES TIPOS DE CÁNCER	CÁNCER DE MAMA
Bernese Coping Modes (Becomo) , -Heim et.al. (1993)	Evalúa 26 modos diferentes de afrontamiento que pueden clasificarse en conductuales, cognitivos y emocionales, en escalas tipo Likert de 5 posibilidades.	-Heim et.al. (1993) -Heim, Valach y Schaffner (1997)	No encontrados.
Ways of Coping (WOC) , -Folkman y Lazaras (1980, 1988)	Versión original de 66 ítems.	-Aliaga y Capafons (1996)	-Edgar et. al. (2000) -Sosa, Capafons y Carballeira (1999)
Coping Strategies Inventory (CSI) , -Tobin et. al. (1984) -Tobin et. al. (1989)	Versión del WOC: Autoinforme con 72 ítems que evalúan pensamientos y conductas ante fuentes específicas de estrés. El sujeto debe escribir en uno o dos párrafos una situación de estrés cualquiera o una sugerida por el entrevistador. Después debe rellenar el CSI reflejando en una escala de 5 niveles (de nada a mucho) el grado en que ha realizado cada ítem ante el problema. Contiene 14 sub-escalas de afrontamiento.	-Tobin et. al. (1984) -Tobin et. al. (1989)	No encontrados.

(CONTINUACIÓN TABLA 4: CUESTIONARIOS QUE MIDEN AFRONTAMIENTO)			
CUESTIONARIO Y AUTOR	DESCRIPCIÓN	ESTUDIOS Y TIPO DE CÁNCER:	
		DIFERENTES TIPOS DE CÁNCER	CÁNCER DE MAMA
WOC, -Vitaliano et. al. (1985)	Versión del WOC utilizada por estos autores.	-Vitaliano et. al. (1985)	No encontrados.
WOC, -Jarret et. al. (1992)	Versión del WOC : De 53 ítems para pacientes de cáncer de mama.	No encontrados.	-Jarret et. al. (1992)
COPE, -Carver et. al. (1989)	Versión del WOC: Compuesto por varias escalas con ítems diferentes referidos a modos de afrontamiento centrados en el problema, en el apoyo social, la religión, re-interpretación positiva de la situación o evitación.	No encontrados.	-Carver et. al. (1993) -Thomas y Marks (1995)
The Faith Courtauld Schedule for Coping with Cancer, -Burgess et. al. (1988)	Entrevista semi-estructurada referida a respuestas cognitivas y conductuales al diagnóstico de cáncer.	-Burgess et. al. (1988)	-Jarret et. al. (1992)

(CONTINUACIÓN TABLA 4: CUESTIONARIOS QUE MIDEN AFRONTAMIENTO)			
CUESTIONARIO Y AUTOR	DESCRIPCIÓN	ESTUDIOS Y TIPO DE CÁNCER:	
		DIFERENTES TIPOS DE CÁNCER	CÁNCER DE MAMA
Coping Response Indices (R) , -Moos et.al. (1983)	29 ítems que miden tres maneras de afrontar: Afrontamiento Cognitivo Activo, Afrontamiento Conductual Activo y Evitación. Se proponen frases con diferentes maneras de actuar y la persona debe responder en una escala de 4 posibilidades cuan a menudo ha realizado aquella conducta, desde "Nada" hasta "Bastante a menudo".	No encontrados.	-McCaul et. al. (1999)
Dealing with Illness Coping Inventory (DWICI) , -Fawzy et. al. (1990) -Fawzy et. al. (1993) -Fawzy et. al. (1996)	48 ítems que valoran las respuestas cognitivas y conductuales para afrontar la enfermedad. Las respuestas se categorizan en tres métodos generales de afrontar: (a) Conductual-Activo, (b) Cognitivo-Activo, (c) Evitación. Se valoran ocho tipos diferentes de afrontamiento. Éste es una modificación de la versión americana "Americans Dealing with Illness Scale".	-Fawzy et. al. (1990) -Fawzy et. al. (1993) -Fawzy et. al. (1996)	-Hosaka (1996) -Pasik et. al. (1995)

(CONTINUACIÓN TABLA 4: CUESTIONARIOS QUE MIDEN AFRONTAMIENTO)			
CUESTIONARIO Y AUTOR	DESCRIPCIÓN	ESTUDIOS Y TIPO DE CÁNCER:	
		DIFERENTES TIPOS DE CÁNCER	CÁNCER DE MAMA
Impact of Event Scale (IES), -Horowitz et. al. (1979)	15 ítems que evalúan cómo se siente el sujeto después de sufrir una situación estresante en los últimos siete días, en una escala de severidad tipo Likert de 0 a 5. Se divide en dos escalas: Intrusión (con 7 ítems que describen cómo los pensamientos e impresiones negativas del hecho estresante van reapareciendo los días posteriores); Evitación (8 ítems que evalúan la Negación y Evitación, Inhibición social y Bloqueo emocional).	-Córdoba et.al. (1995) -Epping-Jordan -et. al. (1994)	-Passik et. al. (1995) -Tjemsland et. al. (1996) -Tjemsland et. al. (1997) -Valdimarsdottir et. al. (1995) -Valdimarsdottir y Bovbjerg (1997)
Courtauld Emotional Control Scale (CECS), -Watson y Greer (1983)	Valora la medida en que la persona reprime las emociones negativas de enfado, ansiedad y depresión con una sub-escala para cada una de ellas.	No encontrados.	-Classen et. al. (1996) -Tjemsland et. al. (1997) -Watson et. al. (1991) -Watson et. al. (1999)

(CONTINUACIÓN TABLA 4: CUESTIONARIOS QUE MIDEN AFRONTAMIENTO)			
CUESTIONARIO Y AUTOR	DESCRIPCIÓN	ESTUDIOS Y TIPO DE CÁNCER:	
		DIFERENTES TIPOS DE CÁNCER	CÁNCER DE MAMA
Internal-External Locus of Control Scale , -Rotter (1966)	Es la escala más usada para medir el Locus de Control, que se refiere a un continuum unidimensional sobre la relación causal entre acciones y resultados, con la creencia de que las acciones están conectadas con los resultados, por un lado, y por el otro la creencia de que las acciones y los resultados son independientes unos de otros. Es un cuestionario autoadministrado, compuesto por 29 ítems emparejados.	No encontrados.	-Kreitler et. al. (1997).
Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLIC) , -Wallston et. al. (1978) -Wallston y Wallston (1981)	Consiste en 18 ítems medidos en una escala de seis puntos tipo Likert. Se obtienen tres sub-escalas de seis ítems cada una: Locus de Control de Salud Interno, Locus de Control de Salud Externo por parte de otros poderosos. Es una medida general de las creencias sobre el control de la salud	-Andrykowski y Brady (1994) -De Valck y Vinck (1996) -Jenkins y Burish (1995) -Marks, Richardson, Graham y Levine (1986) -Morris et.al. (1992) -Rokke, Mustafa Al Absi, Lall, Oswald (1991)	-Bremer et. al. (1997) -Bundek et. al. (1993)

3.1.3. FACTORES MODULADORES DE LA ADAPTACIÓN

Otras líneas de estudios incluyen y se centran en el apoyo social como otro elemento fundamental a tener en cuenta para afrontar el cáncer y mantener un buen estado anímico (figura 14), entendiendo como apoyo social no sólo el de los familiares cercanos, sino también el de otras personas y del personal sanitario (satisfacción con los cuidados médicos) (Grassi et. al., 1993; Rodrigue et. al., 1994).

Tener un buen apoyo social se asocia a menor alteración emocional en aquellas personas que están pasando por una situación estresante como el cáncer (Koopman et. al., 1998). El apoyo social, especialmente el emocional y educacional son necesarios para un buen afrontamiento al cáncer, pues permiten poder expresar y compartir emociones, aumentar la información y aprender maneras de hacer frente a la enfermedad (Helgeson y Cohen, 1996). Las personas que padecen cáncer normalmente reducen sus contactos sociales a pesar de ser el momento en que más los necesitan (Koopman et. al., 1998). Un estudio reciente de Andrykowski, Cordoba, McGrath, Sloan y Kenady (2000), muestra que las personas afectadas de cáncer y que sufren los síntomas de un trastorno de estrés post-traumático disminuyen significativamente sus síntomas al recibir un buen apoyo social.

El apoyo social influye en el Juicio de Control y en la Autoeficacia, ya que la persona no sólo basa sus acciones en sus recursos personales, sino también en los del ambiente (Merluzzi y Martínez, 1997). El apoyo del personal sanitario es muy importante, especialmente la información que proporciona el médico. Una información inadecuada respecto a la enfermedad y a sus tratamientos contribuye a aumentar los niveles de ansiedad y depresión. La información también debe adecuarse a cada caso, por ejemplo, no es lo mismo una mujer que ha sufrido una mastectomía que a la que se le ha practicado una tumorectomía en cuanto a preocupaciones y necesidades de adaptación, y esto es algo a tener en cuenta por el personal sanitario (Dunn, Steginga, Occhipinti, Wilson y McCaffrey, 1998).

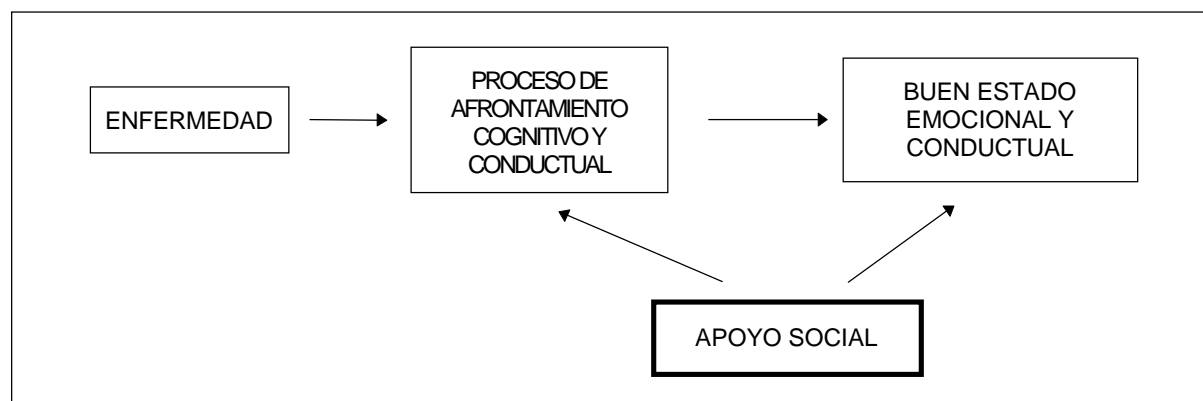


Figura 14: Apoyo Social como factor modulador de la adaptación

3.1.3.1. Cuestionarios que evalúan Apoyo Social

Algunos cuestionarios que evalúan el apoyo social se indican en la tabla 5 y son:

Social Support Questionnaire (SSQ) (Sarason, Levine, Basham y Sarason, 1983): Para evaluar el número de personas de soporte y la satisfacción con cada una. Existe una versión de sólo 6 ítems (**Social Support Questionnaire (short-form) (SSQ6)**) de Sarason, Sarason, Shearin y Pierce (1987).

Social Provisions Scale (SPS) (Cutrona y Russel, 1990): Valora el apoyo social percibido.

Yale Social Support Index (Seeman y Berkman, 1988): Valora la cantidad y satisfacción con los contactos sociales y el apoyo social.

Bottomley Cancer Social Support Scale (Bottomley, 1995): Para utilizar con pacientes recién diagnosticados de cáncer. Es fácil, rápida de pasar y adecuada para aquellos servicios médicos masificados (tabla 5).

TABLA 5: CUESTIONARIOS QUE MIDEN APOYO SOCIAL		
CUESTIONARIO Y AUTOR	DESCRIPCIÓN	ESTUDIOS Y TIPO DE CÁNCER: DIFERENTES TIPOS DE CÁNCER CÁNCER DE MAMA
Social Support Questionnaire (SSQ) , -Sarason et. al. (1983)	27 ítems para evaluar el número de personas de apoyo y la satisfacción con cada una. Se describen situaciones donde el apoyo social es útil y cada persona expresa quién podría apoyar y la satisfacción con este apoyo en una escala Likert de seis puntos.	No encontrados. -Rodrigue et. al. (1994) -Shapiro et. al. (1997)
Social Support Questionnaire (short-form) (SSQ6) , -Sarason et. al. (1987)	Versión del anterior pero con sólo 6 ítems.	No encontrados. -Passik et. al. (1995) (Linfedema)
Social Provisions Scale (SPS) , -Cutrona y Russel (1990)	Valora el apoyo social percibido a través de 24 ítems que dan lugar a 6 sub-escalas (cariño-apego, integración social, valores, etc.) . Se contesta cada ítem en una escala de 4 posibilidades.	-Adams et.al. (1995) No encontrados.

(CONTINUACIÓN TABLA 5: CUESTIONARIOS QUE MIDEN APOYO SOCIAL)			
CUESTIONARIO Y AUTOR	DESCRIPCIÓN	ESTUDIOS Y TIPO DE CÁNCER:	
		DIFERENTES TIPOS DE CÁNCER	CÁNCER DE MAMA
Yale Social Support Index, -Seeman y Berkman (1988)	29 ítems que valoran la cantidad y calidad de los contactos sociales y el apoyo social, así como el grado de satisfacción con ellos.	-Koopman et. al. (1998)	No encontrados.
Bottomley Cancer Social Support Scale, -Bottomley (1995)	Contiene nueve ítems contestados en una escala Likert de 0 a 5 puntos. Para utilizar con pacientes recién diagnosticados de cáncer. Se centra en los dos constructos más importantes del apoyo social: Emocional e instrumental.	-Bottomley (1997-a, 1997-b) -Bottomley, Hunton, Roberts, Jons y Bradley (1996) -Bottomley y Jones (1997)	No encontrados.

Finalmente, otras líneas de estudio centran también su atención en variables externas como el tipo de cáncer, estado y gravedad de la enfermedad, el tipo de cirugía, el tratamiento y sus efectos secundarios a nivel físico, la edad del paciente, etc. Se plantea que son estas cuestiones las que determinarán las maneras de afrontar y el estado anímico ante la enfermedad (figura 15), por lo que se ha considerado que es más probable que sufran malestar emocional aquellas personas que han sido diagnosticadas recientemente, tienen un estado físico negativo y están recibiendo un tratamiento de quimioterapia o radioterapia. Se ha encontrado también que la cirugía debida a un cáncer provoca mayor malestar emocional y sentimientos de crisis más duraderos que la cirugía debida a un proceso benigno (Rodríguez et. al. 1994). El tipo de cirugía y las secuelas que ésta deja también influyen. Así, en el cáncer de mama no será lo mismo una mastectomía que una tumorectomía en cuanto a adaptación: Parece ser que las personas que sufren una mastectomía tienen más dificultades de adaptación y sufren mayores alteraciones emocionales en relación a aspectos de auto-imagen, mientras que a quienes se les practica una tumorectomía presentan más problemas en cuanto a cuestiones de información respecto al tratamiento efectuado y el riesgo de recidivas (Dunn et. al., 1998). No obstante, aunque las preocupaciones de cada tipo de cirugía en el cáncer de mama son diferentes, parece que esto no influye en el nivel general de alteración emocional, siendo el mismo para ambos tipos de cirugía (McCaul et. al., 1999).

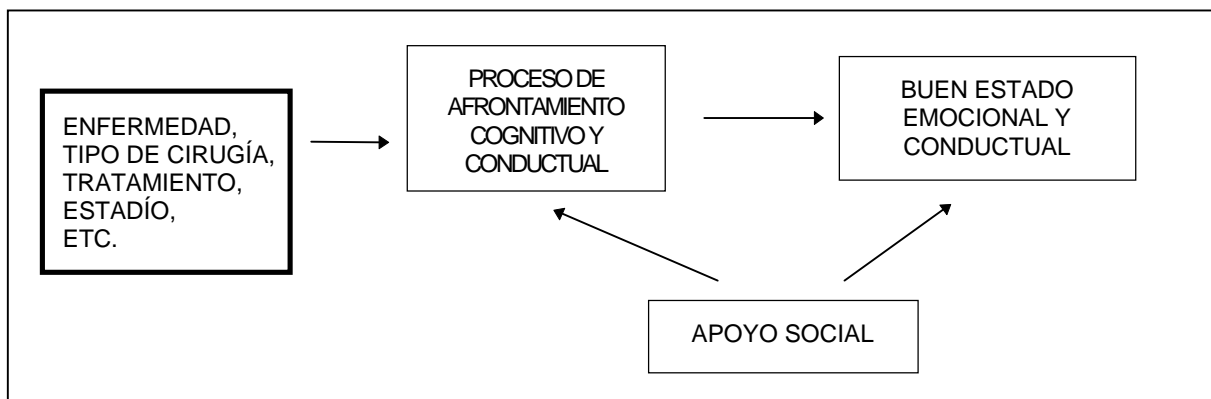


Figura 15: Aspectos de la enfermedad como factores moduladores de la adaptación.

3.1.4. OTROS INSTRUMENTOS UTILIZADOS COMO INDICADORES DE ADAPTACIÓN

Los cuestionarios que intentan evaluar la adaptación al cáncer de manera general atendiendo a aspectos de la enfermedad, el proceso de afrontamiento, el apoyo social y el estado emocional son cuestionarios que miden Calidad de Vida o aspectos que los autores engloban bajo el epígrafe de "adaptación general".

3.1.4.1. Instrumentos Generales

Hemos seleccionado los siguientes (ver tabla 6):

The Psychological Adjustment to Illness Scale (PAIS) (Derogatis, 1975, 1983-a, 1938-b): Se desarrolló para pacientes con cáncer de mama y pulmón. Una versión revisada y posterior es el **Psychological Adjustment to Illness Scale (Self-report) (PAIS-SR)** (Derogatis y López, 1983): Contiene 45 ítems que miden el ajuste al cáncer en siete dominios: Actitudes del cuidado de la salud, vocacional, doméstico, sexual, social, familiar y preocupaciones psicológicas. Las puntuaciones directas se estandarizan convirtiéndose en puntuaciones T, donde una elevada puntuación indica una mala adaptación al cáncer y una puntuación baja indica una buena adaptación. Nelson et. al. (1994) lo han utilizado en su estudio con pacientes de cáncer de mama (tabla 6).

The Profile of Adaptation to Life Clinical Scale (PAL-C) (Ellsworth, 1981): Con tres escalas.

The Experience of Breast Cancer Questionnaire (EBCQ) (Steginga, Occhipinti, Wilson y Dunn, 1998): Se aplica en pacientes con cáncer de mama, con cinco escalas.

The Multilevel Assessment Instrument (Hoskins, Budin y Maislin, 1996): Diseñado para medir el bienestar en personas mayores en diferentes áreas de la vida.

TABLA 6: CUESTIONARIOS QUE MIDEN ADAPTACIÓN GENERAL			
CUESTIONARIO Y AUTOR	DESCRIPCIÓN	ESTUDIOS Y TIPO DE CÁNCER:	
		DIFERENTES TIPOS DE CÁNCER	CÁNCER DE MAMA
<p>The Psychological Adjustment to Illness Scale (PAIS), -Derogatis (1975, 1983-a, 1983-b)</p>	<p>46 ítems con un formato auto-administrado, que se contestan en una escala de cuatro posibilidades (de 0 a 3), para reflejar el grado en que la enfermedad ha afectado a la vida en los últimos 30 días, en cada uno de los dominios de adaptación psicosocial contemplados: Entorno vocacional, doméstico, social y malestar emocional (pensamientos y sentimientos disforicos a consecuencia de la enfermedad y sus secuelas). Se desarrolló para pacientes con cáncer de mama o pulmón.</p>	<p>-Andrykowski y Brady (1994) -Moorey et. al. (1994) -Rodrigue et. al. (1994) -Rodrigue y Park (1996) -Watson et. al. (1992)</p>	<p>-Carter et. al. (1993) -Dura e Ibáñez (1991) -Kreitler et. al. (1997) -Noll, Budin y Maislin. (1996)</p>
<p>Psychological Adjustment to Illness Scale (Self-report) (PAIS-SR), -Derogatis y López (1983)</p>	<p>Versión del PAIS que contiene 45 ítems que miden el ajuste al cáncer en siete dominios: Actitudes del cuidado de la salud, vocacional, doméstico, sexual, social, familiar y preocupaciones psicológicas. Las puntuaciones directas se estandarizan convirtiéndose en puntuaciones T, donde una elevada puntuación indica una mala adaptación al cáncer y una puntuación baja indica una buena adaptación.</p>	<p>-Berckman y Austin (1993)</p>	<p>-Nelson et. al. (1994)</p>

(CONTINUACIÓN TABLA 6: CUESTIONARIOS QUE MIDEN ADAPTACIÓN GENERAL)			
CUESTIONARIO Y AUTOR	DESCRIPCIÓN	ESTUDIOS Y TIPO DE CÁNCER:	
		DIFERENTES TIPOS DE CÁNCER	CÁNCER DE MAMA
The Profile of Adaptation to Life Clinical Scale (PAL-C) , -Ellsworth (1981)	41 ítems auto-administrados que miden siete dominios del ajuste psicológico y físico. Compuesto por 3 escalas: Emociones negativas (preocupaciones, pesimismo, tensión y inquietud); Bienestar psicológico (alegría al hablar con otros, confianza en otros, encontrar útil e interesante el trabajo, interesarse por hacer cosas variadas y sentirse necesitado y útil); y Síntomas físicos.	No encontrados.	-Noll et. al. (1996)
The Experience of Breast Cancer Questionnaire (EBCQ) , -Steginga et. al. (1998)	Dificultades experimentadas por mujeres tras ser operadas de cáncer de mama a través de cinco sub-escalas: Efectos psicológicos (13 ítems sobre el temor a la recurrencia, pérdida de control o sexualidad); Efectos físicos (6 ítems referentes al brazo-hombro y dificultades con el sueño); Auto-imagen (7 ítems sobre feminidad y relaciones sociales); Efectos de la quimioterapia (cuatro síntomas típicos secundarios de este tratamiento); y Preocupaciones sobre el tratamiento (ítems sobre incertidumbre ante la decisión del tratamiento e inadecuada información). Cada ítem se valora en una escala tipo Likert de 7 puntos en función del problema ocasionado en las dos semanas anteriores.	No encontrados.	-Dunn et. al. (1998)

3.1.4.2. Instrumentos para medir Calidad de Vida

Para evaluar la Calidad de Vida se deben contemplar diversas áreas de la vida del sujeto como: Funcionamiento físico, bienestar psicológico, control de síntomas físicos propios de la enfermedad y de los tratamientos, apoyo social, familiar y de salud (Adams et.al., 1995)

Entre los instrumentos más utilizados en estudios con pacientes que sufren cáncer encontramos los siguientes (ver tabla 7):

The Rotterdam Symptom Checklist (RSCL) (De Haes et. al., 1985,1990): Elaborado en Holanda para medir el impacto de los síntomas en la Calidad de Vida del paciente con cáncer. Se han hecho versiones validadas en diferentes países, incluido España (Agra y Badía, 1998; Badia, Salamero y Alonso, 1999; Watson et. al., 1992) .

Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC (Aaronson, Bullinger y Ahmedzai, 1988): Desarrollado por la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC) y adaptado a nuestro contexto para cáncer de mama con muestra española por el equipo de Hematología y Oncología Médica del Hospital Clínico Universitario de Valencia (Barreto et. al., 1990; Toledo y Barreto, 1996; Toledo, Barreto, Pascual y Ferrero, 1993). Es un instrumento específico para la enfermedad y además de ítems relacionados con cuestiones genéricas del cáncer contiene módulos con ítems específicos para diferentes tipos de cáncer, como pulmón, cabeza y cuello y mama.

QLQ-C30 EORTC (Aaronson, Cull, Kaasa y Sprangers 1995; McLachlan, Devins y Goodwin,1999;): Podría considerarse una versión revisada y reducida del anterior, que también se divide en módulos para diferentes tipos de cáncer. Existe otra versión de 36 ítems y una anterior también de 30. La versión definitiva está revisada y validada con muestra española, primero por Arrarás, Illarramendi y Valerdi (1995, 1999) y posteriormente por Godoy, Rojas, García y Cabrera (1999) con pacientes oncológicos avanzados (Badia et.al., 1999).

SF-36 (Ware, Snow, Kosinski y Gandek, 1993; McHorney, Ware, Lu y Sherbourne, 1994): Cuestionario desarrollado para la auto-evaluación de la Calidad de Vida en la población general.

Linear analogue Self-Assessment (LASA) (Coates et. al., 1985; Coates et. al., 1990): Con cuatro indicadores de Calidad de Vida.

The Karnofsky Performance Status Scale (KPS) (Karnofsky y Burchenal, 1949): Proporciona una valoración subjetiva del estatus funcional. Normalmente lo rellena el médico u otro personal sanitario como enfermeras o psicólogos. Se considera una valoración superficial de la Calidad de Vida.

Quality of Life Index (QLI) (Padilla et. al., 1983): Con cuatro factores.

Escala de Calidad de Vida (Font, 1988): Se valoran diferentes áreas de la vida del sujeto, obteniéndose una puntuación en cada una de ellas y otra general. Utilizada en diferentes estudios en la Universidad Autónoma de Barcelona por su autor y colaboradores.

The Functional Living Index for cancer (FLIC) (Schipper, Clinch, McMurray y Levitt, 1984): Mide la calidad del funcionamiento diario de los pacientes con cáncer, obteniéndose un índice general.

Medical Outcomes Scale (MOS) (versión corta de Stewart, Hays y Ware, 1988): Con seis áreas.

TABLA 7: CUESTIONARIOS QUE MIDEN CALIDAD DE VIDA			
CUESTIONARIO Y AUTOR	DESCRIPCIÓN	ESTUDIOS Y TIPO DE CÁNCER:	
		DIFERENTES TIPOS DE CÁNCER	CÁNCER DE MAMA
<p>The Rotterdam Symptom Checklist (RSCL), -De Haes et. al. (1985,1990)</p>	<p>39 ítems agrupados en cuatro escalas: Síntomas físicos (fatiga, síntomas gastrointestinales, dolor y síntomas de la quimioterapia), síntomas psicológicos (malestar emocional sufrido en los últimos tres días), actividades de la vida diaria y el conjunto de la Calidad de Vida. Para las tres primeras, las respuestas se dan en una escala de cuatro categorías, y para la última en una escala de siete.</p>	<p>-Agra y Badía (1998) -Moorey et. al. (1994) -Morris y Coyle (1994) -Watson et. al. (1992)</p>	<p>-Dunn et. al. (1998) -Shapiro et. al. (1997)</p>
<p>Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC -Aaronson et. al. (1988)</p>	<p>Consta de 46 ítems, que configuran un instrumento modular con sub-escalas que valoran diferentes aspectos: 9 ítems dicotómicos para el nivel funcional; 35 ítems escalares que se responden en una escala Likert de 4 opciones para síntomas, malestar emocional, interacción socio-familiar, impacto económico, satisfacción con los cuidados médicos; y finalmente una evaluación global del estado físico y de la Calidad de Vida a través de dos ítems escalares que se contestan en una escala Likert de 7 puntos.</p>	<p>-Bjoridal (1994) -Ringdal y Ringdal (1993)</p>	<p>-Barreto et. al. (1990) -Ferrero et. al. (1996) -Ferrero Barreto y Toledo. (1994, 1995) -Ferrero, Toledo y Barreto (1995) -Sebastian et. al. (1999) -Toledo et. al. (1993) -Toledo y Barreto (1996)</p>

(CONTINUACIÓN TABLA 7: CUESTIONARIOS QUE MIDEN CALIDAD DE VIDA)		
CUESTIONARIO Y AUTOR	DESCRIPCIÓN	ESTUDIOS Y TIPO DE CÁNCER: DIFERENTES TIPOS DE CÁNCER
<p>QLQ-C30 EORTC, -Aaronson et. al. (1995) -McLachlan et.al. (1999)</p>	<p>Versión de la anterior, con 30 ítems. Se divide en diferentes escalas físicas (dolor, fatiga o insomnio) y psicosociales (estado anímico, relaciones interpersonales o problemas económicos).</p>	<p>-Arrarás et.al. (1995) -Arrarás et.al. (1999) -Godoy et.al. (1999) -King, Dobson y Harnett (1996) -Porzolt et. al. (1996)</p>
<p>SF-36 , -Ware et. al. (1993)</p>	<p>36 ítems divididos en ocho escalas: Funcionamiento físico, funcionamiento de rol físico, funcionamiento de rol emocional, salud emocional, funcionamiento social, salud general, energía y fatiga, y por último, dolor.</p>	<p>-McHorney et. al. (1994) -Porzolt et. al. (1996)</p>
<p>Linear analogue Self-Assessment (LASA), -Coates et. al. (1985) -Coates et. al. (1990)</p>	<p>Mide cuatro indicadores de Calidad de Vida a través de ítems colocados en una línea de 100 mm., donde a ambos extremos aparecen palabras que describen los dos polos del ítem. El sujeto debe hacer una marca en el punto donde él considere encontrarse. Las escalas se dividen en: Bienestar físico, estado de ánimo, apetito y el ajuste percibido.</p>	<p>-Hanson et. al. (2000)</p>
		<p>No encontrados.</p>
		<p>-Bernhard et. al. (1997) -Bernhard et. al. (1998)</p>

(CONTINUACIÓN TABLA 7: CUESTIONARIOS QUE MIDEN CALIDAD DE VIDA)			
CUESTIONARIO Y AUTOR	DESCRIPCIÓN	ESTUDIOS Y TIPO DE CÁNCER:	
		DIFERENTES TIPOS DE CÁNCER	
		CÁNCER DE MAMA	
The Karnofsky Performance Status Scale (KPS), -Karnofsky y Burchenal (1949)	Proporciona una valoración subjetiva del estatus funcional, con una puntuación de 0 a 100, en intervalos de 10.	-Adams et. al. (1995) -Moadel et. al. (1995)	No encontrados.
Quality of Life Index (QLI), -Padilla et. al. (1983)	24 ítems que valoran diferentes aspectos de la Calidad de Vida en pacientes con cáncer, referentes a cuestiones psicológicas y físicas que acompañan a los tratamientos y a la enfermedad (dificultades para dormir, dolor, náuseas o vómitos, etc.). Da lugar a 4 factores: Bienestar psicológico, bienestar físico, control de síntomas y finanzas. Los ítems se contestan en una escala de 7 posibilidades.	-Adams et. al. (1995)	No encontrados.
Escala de Calidad de Vida, -Font (1988)	27 ítems en forma de escala analógico-visual, entre 0 y 100, que valoran la alteración ocasionada por la enfermedad en diferentes áreas de la vida, en las 24 horas anteriores (síntomas somáticos, pérdida de las actividades cotidianas, relaciones familiares y alteración psicológica). Se obtiene una puntuación para cada área y un índice general para toda la escala.	-Blasco y Bayés (1992) -Blasco e Inglés (1997) -Juan, Blasco, Font, Pallarés y Sanz. (1999)	-Font, A. (1989) -Font, A. (1991)

(CONTINUACIÓN TABLA 7: CUESTIONARIOS QUE MIDEN CALIDAD DE VIDA)		
CUESTIONARIO Y AUTOR	DESCRIPCIÓN	ESTUDIOS Y TIPO DE CÁNCER:
		DIFERENTES TIPOS DE CÁNCER
The Functional Living Index for cancer (FLIC) , -Schipper et. al. (1984)	Contiene 22 ítems que se puntúan en una escala Likert de 7 puntos. Mide la calidad del funcionamiento diario de los pacientes con cáncer, incluyendo sub-escalas físicas, psicológicas, familiares y sociales. Se obtiene un índice global sumando estos factores.	<p>-Bernhard et. al. (1997)</p> <p>-Schnoll, Harlow, Brandt y Stolbach (1998)</p> <p>-Schnoll, Harlow, Stolbach y Brandt (1998)</p>
Medical Outcomes Scale (MOS) (versión corta) , -Stewart et. al. (1988)	20 ítems que representan seis áreas: Funcionamiento físico, social, profesional, salud mental, percepciones de salud y dolor.	<p>-Cella, Sarafian y Sridier (1993)</p> <p>-Cunningham et. al. (2000)</p> <p>-Cunningham et. al. (1993)</p> <p>-Cunningham et. al. (1995)</p> <p>-King et.al. (1996)</p> <p>No encontrados.</p> <p>-McCaul et.al. (1999)</p>

3.1.5. VALORACIÓN

En el ámbito de la Psicología de la Salud, y concretamente en el área de la Psico-Oncología, podemos concluir que, independientemente de la línea de investigación, la adaptación a la enfermedad se considera como un resultado al que se puede llegar de diferentes maneras, pero que en general, es la ausencia de alteración emocional y el mantenimiento de una buena Calidad de Vida, dentro de los límites de la enfermedad. Las diferentes orientaciones psicológicas se centrarán en distintos aspectos: Unas se basarán y estudiarán el proceso de afrontamiento asumiendo que existe una relación entre éste y el estado emocional del paciente, otras, dejando al margen este proceso, se fijarán en el resultado y finalmente otras, las más amplias y completas a nuestro entender, contemplarán ambas cosas como aspectos complementarios e inseparables.

La adaptación al cáncer no se da en un momento puntual sino que se plantea para los diferentes momentos de la enfermedad. A lo largo de la enfermedad se suceden diferentes situaciones estresantes: El diagnóstico, la cirugía y sus secuelas, los efectos de los tratamientos, las pruebas complementarias, la incertidumbre sobre la curación etc. En cada momento la persona debe poner en marcha estrategias de afrontamiento efectivas para superar la situación y conseguir un bienestar emocional, con unas fases caracterizadas por un mayor estrés que otras. Mientras unas personas manifiestan mínimos efectos negativos, otras presentan síntomas físicos intensos, limitaciones sociales o sobre el control personal, durante mucho tiempo. Incluso cuando la persona está curada las limitaciones provocadas por las secuelas de la cirugía o los tratamientos exigen esfuerzos de afrontamiento (Noll et. al. 1996).

En Psico-Oncología se requiere una adecuada medida de la adaptación a la enfermedad (Bleiker, 1993) por dos razones primordiales: De entrada, se ha observado una alta morbilidad psicológica asociada al cáncer y existen evidencias que indican que el tipo de estrategias de afrontamiento utilizadas guardan estrecha relación con esta morbilidad y son determinantes de la misma (Watson et. al., 1988). En segundo lugar, algunos estudios intentan demostrar que las respuestas psicológicas al cáncer pueden influir en la recuperación y la supervivencia de estos pacientes. Por tanto, se plantea que los factores psicológicos pueden tener importancia en el pronóstico. Así, una buena evaluación psicológica es esencial pues nos permitirá saber

cuándo es necesario poner en marcha terapias adecuadas para limitar las reacciones patológicas, favorecer la adaptación a la situación y mejorar la Calidad de Vida, especialmente si además favorecemos la supervivencia influyendo en el pronóstico. Para este fin se utilizan fundamentalmente instrumentos que evalúan la morbilidad psicológica, especialmente la ansiedad y la depresión, pero también instrumentos que valoran el tipo de estrategias de afrontamiento, considerando que los métodos activos serán más efectivos y menos provocadores de alteración emocional. Finalmente, los cuestionarios de Calidad de Vida miden el ajuste o adaptación al cáncer a través de la severidad de los síntomas físicos que presenta el paciente, las alteraciones emocionales, las relaciones interpersonales y el nivel de actividad.

De manera indirecta también se usan instrumentos que valoran la personalidad, pues se considera que ésta puede determinar el estilo de afrontamiento. Por la misma razón, se utilizan también instrumentos que miden el Locus de Control, Competencia Personal y Juicio de Control, y, finalmente instrumentos que valoran el apoyo social y familiar, pues este es un factor que puede modular y determinar también las estrategias de afrontamiento y el estado anímico (Fernández, 1999).

Un buen instrumento de medida debería satisfacer tres requerimientos básicos: a) Que pueda pasarse en cualquier momento de la evolución de la enfermedad; b) que se refiera a las respuestas del sujeto y no a las valoraciones del clínico; c) que considere la adaptación a la vez como proceso y como resultado, atendiendo al ajuste entre las demandas de la enfermedad, las respuestas psicológicas a las mismas y el estado emocional resultante.

Aunque no parece existir todavía un instrumento que reúna todos los requisitos necesarios para medir la adaptación al cáncer, entre todos los revisados uno de los más idóneos parece ser el Mental Adjustment to Cancer Scale (MAC) (Watson et. al., 1988), pues de una manera rápida y fiable permite detectar el tipo de afrontamiento utilizado y determinar así el estado emocional que le acompaña. Este cuestionario se estudia ampliamente en el punto 3.2. del presente capítulo.

3.2. EL MAC: CUESTIONARIO DE AJUSTE MENTAL AL CÁNCER (MENTAL ADJUSTMENT TO CANCER SCALE)

3.2.1. DESARROLLO Y DESCRIPCIÓN DEL MAC

3.2.1.1. Desarrollo del MAC

Antes del desarrollo del cuestionario, el método utilizado por Greer y sus colaboradores (Greer y Watson, 1987; Watson y Greer, 1983; Watson et. al., 1988) para evaluar las respuestas psicológicas al cáncer en el Royal Marsden Hospital de Londres era la entrevista clínica semi-estructurada. A partir de ésta se desarrolló un método para valorar y clasificar las respuestas psicológicas observadas ante el diagnóstico de cáncer (Morris, Blake y Buckley, 1985) con el objetivo final de desarrollar un cuestionario, el MAC, que sirviera para evaluar estas respuestas en grandes muestras de pacientes. Tenía que ser un instrumento fiable, válido, aceptado por los pacientes, sencillo de contestar y de fácil administración en las unidades de oncología.

Se llevaron a cabo numerosas entrevistas con pacientes que padecían de linfoma o de cáncer de mama. Estas entrevistas se grabaron y posteriormente se analizaron para extraer afirmaciones que describiesen emociones, sentimientos, comportamientos o respuestas ante el conocimiento del diagnóstico. Se incluyeron afirmaciones en las que los sujetos evaluaban su diagnóstico (“No hay nada que yo pueda hacer”), afirmaciones para paliar el impacto emocional (“No quiero pensar en ello”), afirmaciones de afrontamiento que indicaban una manera positiva de pensar sobre la enfermedad y el diagnóstico (“Estoy decidido a luchar contra el cáncer”), afirmaciones de control sobre la enfermedad (“Creo que una actitud positiva beneficiará mi salud”) y finalmente frases que denotaban una actitud de Negación o Evitación (“No me gusta hablar de esto”).

Finalmente se seleccionaron y adaptaron 58 ítems o afirmaciones, que se agruparon en cuatro categorías, escalas o modos de afrontar la enfermedad: Espíritu de Lucha, Negación, Aceptación Estoica y Desesperanza/Desamparo (Indefensión). Los ítems se presentaron como afirmaciones a las que se podía responder escogiendo una de cuatro respuestas posibles desde

“Definitivamente esto no es aplicable a mí”, hasta “Definitivamente esto se aplica a mí” (Greer y Watson, 1987).

Con la finalidad de seleccionar definitivamente los ítems adecuados a las cuatro maneras de afrontar se administró el cuestionario de 58 ítems a 235 pacientes del King’s College Hospital y del The Royal Marsden Hospital, que padecían 25 diferentes tipos de cáncer y que habían sido informados de su diagnóstico.

De los 235 pacientes, se seleccionaron aleatoriamente a 24 y se les administró el cuestionario también a sus parejas, a fin de valorar la fiabilidad y validez.

Para medir la estabilidad de las respuestas, también se seleccionaron aleatoriamente 34 sujetos que pasaron el cuestionario en dos ocasiones en un periodo de 24 días cuando todavía no recibían tratamiento activo.

Para valorar las respuestas de ansiedad y depresión, los primeros 100 pacientes también contestaron el Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) que es un cuestionario específicamente diseñado para su utilización en pacientes ingresados y que es especialmente apropiado para pacientes con cáncer (Zigmond y Snaith, 1983).

Del estudio estadístico se obtuvieron cuatro factores. El primer factor lo constituyó una dimensión con respuestas de “Espíritu de Lucha” valoradas positivamente, y el segundo factor, un conjunto de respuestas de “Desesperanza/Desamparo (Indefensión)” valoradas en negativo. El tercer factor contenía ítems relacionados con la “Preocupación Ansiosa” y la vigilancia sobre la enfermedad. El cuarto factor, referido originariamente a la “Aceptación Estoica” se catalogó más concreta y correctamente con el nombre de “Fatalismo”. Este análisis sirvió para establecer la versión final del cuestionario en 40 ítems divididos en cinco sub-escalas, las cuales se muestran en la tabla 8, con ejemplos de algunos de los ítems que componen cada una de ellas. La sub-escala de “Negación” incluyó sólo un ítem referido a la evitación y negación del diagnóstico (Watson et. al. 1988).

TABLA 8: SUB-ESCALAS DE LA VERSIÓN FINAL DEL MAC Y ALGUNOS DE SUS ÍTEMS

<p><i>ESPÍRITU DE LUCHA</i></p> <p>Creo que mi actitud positiva será beneficiosa para mi salud</p> <p>Veo mi enfermedad como un reto</p> <p><i>DESESPERANZA/DESAMPARO (INDEFENSIÓN)</i></p> <p>Siento que en la vida no me queda esperanza</p> <p>Me siento completamente desorientado sobre lo que he de hacer</p> <p><i>PREOCUPACIÓN ANSIOSA</i></p> <p>Me preocupa que vuelva la enfermedad o que vaya a peor la que tengo</p> <p>Intento conseguir toda la información que puedo sobre la enfermedad</p> <p><i>FATALISMO</i></p> <p>Dejo todo en manos de mis médicos</p> <p>De momento, procuro vivir día a día</p> <p><i>NEGACIÓN</i></p> <p>En realidad, yo no creo que tenga cáncer</p>
--

Los estudios de fiabilidad determinaron las escalas como homogéneas. Se observó que las escalas de “Preocupación Ansiosa”, “Desesperanza/Desamparo (Indefensión)” y “Fatalismo” se solapaban en algunos ítems (Watson et. al. 1988). También se consideró como un instrumento válido en base a las correlaciones entre las respuestas obtenidas de los pacientes y de sus parejas.

La consistencia también se determinó con las correlaciones entre las respuestas obtenidas en los dos diferentes momentos en que se administró el cuestionario a la sub-muestra de 34 pacientes.

En relación a los síntomas de depresión y ansiedad, la escala de “Preocupación Ansiosa” se relacionó con la de ansiedad del HAD, y las de “Desesperanza/Desamparo (Indefensión)” y “Fatalismo” con la depresión del HAD. Esto indicaba que eran malas formas de ajuste o afrontamiento, mientras que el “Espíritu de Lucha” y la “Negación” eran formas adecuadas al no relacionarse con la depresión ni la ansiedad.

La “Preocupación Ansiosa” se constituyó como una nueva categoría que indicaba una aceptación depresiva y ansiosa. Los pacientes que puntuaban alto en esta escala reaccionaban ante el diagnóstico con una excesiva ansiedad o depresión y, a diferencia de lo que ocurría con el “Espíritu de Lucha”, buscaban la información pero la interpretaban desde un punto de vista pesimista.

En cuanto a la “Negación” solo un ítem consiguió ser estadísticamente significativo para ser incluido en el cuestionario, pero se consideró como poco representativo al ser sólo uno.

Podemos concluir que el MAC se diseñó para medir una serie de respuestas psicológicas al cáncer previamente definidas. No intentaba medir todas las posibles respuestas, sino que estuvo pensado especialmente para poder administrarse en servicios de oncología con un amplio número de pacientes, y como un instrumento de orientación al servicio médico sobre las actitudes de sus pacientes ante el diagnóstico y la enfermedad. Cuando la puntuación en las escalas de actitudes negativas fuera elevada serviría de indicador de la necesidad de aplicar una intervención psicológica de apoyo. Era una forma rápida de detectar a las personas que necesitaban terapia. No obstante, se consideró que para explorar las respuestas en profundidad la entrevista semi-estructurada continuaba siendo un método mejor por ser más completo (Watson et. al. 1988).

Posteriormente Watson et. al. (1994-a, 1994-b) han desarrollado una nueva versión del MAC (el Mini-MAC) que contiene 29 ítems. En dicha versión se han mantenido algunos ítems de la escala original, pero otros se han cambiado o añadido consiguiendo una nueva escala que sustituye a la de Negación y se denomina Evitación Cognitiva. Para la elaboración de esta escala, se administró el MAC y 26 ítems más, entre los que se encuentran algunos que intentan medir la actitud de Evitación, a una muestra de 573 sujetos que padecían diferentes tipos de

cáncer. En la elaboración final de resultados, y tras eliminar o cambiar algunos de los ítems originales incorporando algunos de los nuevos, se obtuvo un cuestionario de 29 ítems: 8 en la escala de Desesperanza/Desamparo (Indefensión), 8 para la de Preocupación Ansiosa, 4 para el Espíritu de Lucha, 4 para la Evitación Cognitiva y 5 para el Fatalismo.

3.2.1.2. Descripción del MAC

El MAC (Mental Adjustment to Cancer Scale) es un cuestionario auto-administrado para ser aplicado en estudios clínicos y en centros masificados, con el fin de determinar de manera rápida posibles respuestas desadaptadas ante el diagnóstico de cáncer y poder establecer el apoyo psicológico pertinente. Con este cuestionario no se pretende explorar en profundidad todas las posibles respuestas al diagnóstico de cáncer, sino que sólo pretende ser un método rápido de “screening” de respuestas desadaptadas.

El cuestionario en su versión final está compuesto por 40 ítems, que representan afirmaciones sobre diferentes maneras de hacer frente al diagnóstico de cáncer. Cada ítem puede ser contestado con una de cuatro opciones (tabla 9), las dos primeras equivalen a contestar “Falso” y las dos últimas a “Verdadero” (ver Anexo 2):

TABLA 9: OPCIONES DE RESPUESTA DEL MAC			
Estoy seguro/a de que no es aplicable a mi caso.	Creo que no es aplicable a mi caso.	Creo que es aplicable a mi caso.	Estoy seguro/a de que es aplicable a mi caso.
Se obtiene una puntuación de 1	Se obtiene una puntuación de 2	Se obtiene una puntuación de 3	Se obtiene una puntuación de 4
FALSO		VERDADERO	

Los ítems se pueden clasificar en cuatro escalas o modos generales de afrontamiento :

- ESPÍRITU DE LUCHA: Compuesta por 16 ítems. Son afirmaciones que indican que el/la paciente acepta el diagnóstico, interpretándolo como una oportunidad para mejorar y como un reto, y que adopta una actitud optimista respecto al futuro, con sensación de control sobre la enfermedad y con estrategias de afrontamiento basadas fundamentalmente en la re-evaluación positiva de la situación. Asimismo, indica una tendencia a no pensar en la enfermedad, a llevar a cabo una búsqueda moderada de información, con un papel activo en la recuperación y con intentos por seguir con la vida habitual y el sentido del humor (Ferrero et. al., 1996). El tono emocional será positivo.

Las respuestas que indican buen “Espíritu de Lucha” serán las de la opción 3 y preferiblemente la 4 (tabla 9). Así, la puntuación máxima que se obtiene es de 64, que equivale a responder a los 16 ítems con la opción 4, expresando la presencia de un elevado “Espíritu de Lucha”. La puntuación mínima será de 16, lo que supone haber contestado a los 16 ítems con la opción 1, indicando una ausencia total de “Espíritu de Lucha”. Los mismos autores del cuestionario en algunos de sus estudios sitúan el punto de corte de esta escala en 47/48 (Moorey et. al., 1994), lo que supone haber contestado a todos los ítems por lo menos con la opción tres. Cualquier puntuación igual o superior a 48 indica la presencia de un buen “Espíritu de Lucha”. Por tanto, una puntuación alta indicará que el sujeto posee estrategias adecuadas de afrontamiento al cáncer y ello, asimismo, supondrá una buena adaptación con ausencia de alteraciones emocionales serias. Mientras que cualquier puntuación de 47 o inferior es interpretada como la presencia de un bajo “Espíritu de Lucha”, presuponiéndose que la adaptación será mala, con elevados niveles de ansiedad y/o depresión.

-DESESPERANZA/DESAMPARO (INDEFENSIÓN): Compuesta por 6 ítems. Son afirmaciones que indican que el paciente se siente desbordado con el diagnóstico, lo interpreta como una gran amenaza o pérdida, con ausencia de control, una percepción del pronóstico muy negativa y estrategias de afrontamiento muy limitadas, ya que la actitud predominante es

la de rendición. El tono emocional predominante será la depresión. Sería el polo opuesto a la anterior escala.

Las respuestas que indican la presencia de “Desesperanza/Desamparo (Indefensión)” son las de las opciones 3 ó 4. Siendo preferible por tanto, en los ítems de esta escala contestar con las opciones 1 o 2. Puede obtenerse una puntuación máxima de 24, equivalente a haber contestado a todos los ítems con 4, lo que supone muy mal resultado. La puntuación mínima es de 6, lo que es lo mismo que haber contestado con la opción 1 a todos los ítems, indicando ausencia total de “Desesperanza/Desamparo (Indefensión)”. El punto de corte se establece en 11/12 (Moorey et. al., 1994), de modo que, obtener una puntuación de 12 o mayor es indicativo de estar afrontando la enfermedad de un modo negativo, con estrategias de Indefensión que propiciarán la presencia de alteraciones emocionales, mientras que una puntuación inferior indica lo contrario.

Estas dos primeras escalas en principio eran la misma, pues muchos de sus ítems implican modos opuestos de afrontar la enfermedad. En la versión definitiva se separaron por no considerarse completamente opuestas, y poderse interpretar de manera independiente.

-PREOCUPACIÓN ANSIOSA: Compuesta por 9 ítems. Representan afirmaciones que indican que el paciente interpreta el diagnóstico como una gran amenaza, se percibe poco control sobre la enfermedad, así como un pronóstico incierto (incertidumbre hacia el futuro) y con estrategias de afrontamiento centradas en la búsqueda compulsiva de seguridad (búsqueda excesiva de información y uso de medicinas alternativas), rumiación y excesiva atención a los síntomas físicos dirigidos a detectar la recaída (Ferrero et. al., 1996). El tono emocional básico será la ansiedad.

La puntuaciones de 3 ó 4 serán negativas, pudiéndose obtener puntuaciones máximas de 36 y mínimas de 9. El punto de corte puede estar en 26/27, que equivaldría a contestar todos los ítems con un mínimo de 3, por lo que cualquier puntuación igual o superior a 27 indica la presencia de este modo desadaptativo de interpretar y enfrentar la enfermedad, con la presencia de alteraciones emocionales, fundamentalmente basadas en la ansiedad.

-FATALISMO: Compuesta por 8 ítems. Contiene afirmaciones que indican una aceptación fatalista o estoica del diagnóstico, el cual se interpreta como una amenaza, sobre la que no se posee ningún control y con estrategias de afrontamiento basadas en la aceptación pasiva. El tono emocional será sereno.

Como en los dos casos anteriores, las puntuaciones de 3 ó 4 son negativas. La máxima puntuación se sitúa en 32, la mínima en 8 y el punto de corte estaría en 23/24. Cualquier puntuación igual o superior a 24 indica la presencia de “Fatalismo” y por tanto, la utilización de estrategias pasivas de afrontar la enfermedad con alteraciones emocionales.

-EVITACIÓN O NEGACIÓN Compuesta, en la versión original, por un solo ítem, el 38. Esta escala representa una negación o minimización del diagnóstico por parte del paciente, quien no se siente amenazado e interpreta siempre que hay un buen pronóstico, manteniéndose un tono emocional sereno.

Contestar este único ítem con la opción 3 ó 4 indicaría la presencia de “Negación”. No obstante, esta escala se ha considerado problemática desde el desarrollo del cuestionario. Los autores del mismo, de entre los ítems planteados para medir esta estrategia, sólo conservaron el ítem 38, porque fue el único con significación estadística, pero ya desaconsejaban su uso por ser una medida pobre y escasa (Watson et. al., 1988). Schwartz y et. al. (1992) propusieron eliminar este ítem, puesto que ocasionaba confusión entre los pacientes, al ver que algunos lo interpretaban como índice de curación, es decir, pacientes que habían acabado el tratamiento y que se consideraban libres de enfermedad respondían con las opciones 3 ó 4 y esto no debía considerarse una negación de la enfermedad (Schnoll et. al., 1995). Pensaban también que un solo ítem no es suficiente para valorar correctamente esta manera de afrontar la enfermedad, ya que en general la Negación es un fenómeno complejo, difícil de medir, pudiendo en algunos casos ser una estrategia adaptativa (Orr, 1986; Glanz y Lerman, 1992) y ser completamente desadaptativa en otros (Carver et. al. 1989; Friedman, Baer, Lewy, Lane y Smith, 1989). En la nueva versión de 29 ítems, previamente comentada (Mini-MAC) (Watson et. al., 1994-a, 1994-b) se incluyen nuevos ítems para desarrollar una escala de Evitación Cognitiva.

En la versión española del cuestionario para pacientes con cáncer de mama (Ferrero, Barreto y Toledo, 1994, 1995) se ha intentado paliar esta dificultad del MAC a la hora de medir la Negación. Así, además de sustituirse la palabra “cáncer” por la de “enfermedad”, se ha añadido un ítem más, siguiendo un procedimiento sugerido por Weissman (1979), que consiste en una pregunta directa sobre el nombre de la enfermedad (“¿Cómo se llama su enfermedad?”). Las respuestas a esta pregunta se clasifican en una escala de cuatro puntos donde:

-Se puntúa 1 si se responde con la palabra cáncer, tumor maligno u otra expresión similar.

-Se puntúa 2 si se responde que se piensa o sospecha que se tiene o ha tenido cáncer o un tumor maligno.

-Se puntúa 3 si se contesta que se tiene o ha tenido un tumor benigno que hubiera podido llegar a ser cáncer o si se responde que sólo se está recibiendo un tratamiento preventivo.

-Se puntúa 4 cuando se responde que se tiene o ha tenido un tumor benigno que no guarda ninguna relación con el cáncer.

La puntuación total de la escala de “Negación” en la versión española de Ferrero et. al. (1994) se obtiene combinando la respuesta emitida ante el ítem 38 de la escala original y la del ítem o pregunta añadida sobre el nombre de la enfermedad. La puntuación máxima, combinando los dos ítems, es de 8 y la mínima de 2. El punto de corte se sitúa en 6, por lo que cualquier puntuación igual o superior se interpreta como la presencia de Negación de la situación. Se considera no obstante, que presentar Negación puede prevenir en algunos casos al sujeto de padecer alteraciones emocionales serias, ya que la persona no se enfrenta directamente con el planteamiento del cáncer como situación amenazante para la vida o el bienestar (Schwartz et. al., 1992). Según Ferrero et. al. (1996) también puede influir positivamente en la Calidad de Vida, así como en el nivel de malestar psicológico.

En general serán convenientes las puntuaciones altas en la escala de “Espíritu de Lucha” y bajas en el resto de las escalas. El caso concreto de la escala de “Negación” es un caso a

parte, ya que aunque lo deseable sea una aceptación saludable de la situación, si negarla supone para el paciente gozar de un mejor tono emocional, deberemos respetar esta actitud, siempre y cuando no implique un abandono del tratamiento curativo (Ayres et. al. 1994; Matt, Sementilli y Burish, 1988).

Como ya hemos comentado en el punto anterior, se ha desarrollado una nueva versión de 29 ítems, el Mini-MAC (Watson et. al., 1994-a, 1994-b), pero aunque los autores recomiendan su uso por ser igual de válida y más rápida, continúa utilizándose más la versión de 40 ítems pues ha sido más estudiada y se conocen más resultados que pueden servir de orientación tanto al clínico como al investigador. En el siguiente apartado resumiremos algunos de esos resultados.

3.2.2. PRINCIPALES RESULTADOS HALLADOS (ESTUDIOS POSTERIORES)

El MAC es un cuestionario que desde su desarrollo se ha venido utilizando ampliamente en diferentes estudios con pacientes que padecen cáncer. En este apartado resumiremos algunos de ellos y mostraremos sus principales resultados:

- En un estudio con pacientes de cáncer de mama, Watson et. al. (1991) plantearon que el MAC además de mostrar diferentes maneras de afrontar el cáncer, podría relacionarse con factores de personalidad. Concretamente se plantearon estudiar las afirmaciones de Temoshock (1987) respecto a que las personas con un patrón de personalidad tipo C, que acostumbran a suprimir sus emociones, especialmente las agresivas, tienen más tendencia a presentar ante situaciones estresantes, como el cáncer, mayores sentimientos de Desesperanza y Desamparo (Indefensión) y consecuentemente, mayores niveles de depresión. La muestra estuvo constituida por 380 mujeres que habían sido recientemente diagnosticadas de cáncer de mama (estadío I o II), entre 1 y 3 meses antes, y que tras la extirpación del tumor habían seguido un tratamiento de radioterapia. Utilizaron además del MAC, dos escalas: Por un lado, el Courtauld Emotional Control Scale (CECS) (Watson y Greer, 1983) para determinar hasta qué grado las pacientes muestran una tendencia a controlar las emociones de agresividad, ansiedad

y depresión; y por otro lado, administraron el HAD ya validado para el uso de pacientes con cáncer (Razavi, Devaux, Farvacques y Robaye, 1989; Zigmond y Snaith, 1989). Los resultados confirmaron el hecho de que las personas con alto “Espíritu de Lucha” y “Negación” presentan escasos síntomas de ansiedad y depresión, mientras que éstos son elevados en personas con “Preocupación Ansiosa”, “Desesperanza/Desamparo (Indefensión)” y “Fatalismo”. Además, los aspectos típicos del patrón C de personalidad como el control de las emociones, se relacionaron con la actitud fatalista hacia la enfermedad, y el control de la agresividad y de la ansiedad con “Desesperanza/Desamparo (Indefensión)”, por lo que los autores plantean que una buena manera de desarrollar afrontamiento pasa por ventilar las emociones. Watson y sus colaboradores a partir de los resultados de su estudio (1991) también plantean que algunos ítems de la escala de “Fatalismo” podrían hacer referencia a un Locus de Control Externo (p.ej.: Dejo todo en manos de mis médicos), e hipotetizan que la escala de “Desesperanza/Desamparo (Indefensión)” mediría reacciones emocionales, mientras que la de “Fatalismo” podría medir el Juicio de Control, algo interesante que proponen para ser más estudiado.

- Posteriormente se realizó una réplica del estudio de Watson para validar el MAC en Estados Unidos (Schwartz et. al., 1992) con una muestra americana de 239 pacientes que padecían diferentes tipos de cáncer. La consistencia interna y la validez fueron similares a las del estudio original, pero los factores estructurales obtenidos fueron diferentes, lo cual fue atribuido a diferencias culturales. Las nuevas escalas resultantes del estudio factorial fueron: “Desamparo”, “Actitud positiva”, “Reevaluación positiva” y “Vigilancia participativa”. La “Actitud positiva” se relacionó inversamente con el “Desamparo” y positivamente con la “Reevaluación positiva” y la “Vigilancia participativa”. Esta última se relacionó negativamente con el “Desamparo”. Estos autores también sugirieron la eliminación del cuestionario del único ítem que intentaba medir la “Negación” (“En realidad, yo no creo que tenga cáncer”), debido a que daba lugar a interpretaciones erróneas, pues algunos pacientes asumían que en el momento posterior a la intervención su cáncer había sido erradicado, pero no negaban con eso la realidad de su enfermedad. También propusieron cambiar el tipo de respuestas, y en lugar de plantear respuestas polarizadas, sugirieron respuestas alternativas sobre la frecuencia en que se

mostrasen las diferentes actitudes establecidas en el cuestionario (p.ej. Siempre / Algunas veces / Raramente / Nunca).

•Schnoll et. al. (1995) basándose en las sub-escalas propuestas por Watson et. al. (1988) y las propuestas por Schwartz et. al. (1992), realizaron un estudio con el MAC para examinar las dos estructuras factoriales y su relación con el ajuste emocional en una muestra heterogénea de 58 pacientes con diferentes tipos de cáncer, que estaban recibiendo tratamiento de quimioterapia y/o radioterapia. Utilizaron al mismo tiempo el Profile of Moods Scale (POMS) (McNair et. al.,1992) compuesto por una lista de 65 adjetivos, diseñada para evaluar diferentes estados anímicos que dan lugar a 6 sub-escalas: Depresión-Abatimiento; Tensión-Ansiedad; Agresividad-Hostilidad; Vigor; Fatiga; Confusión. Los resultados mostraron que el “Espíritu de Lucha” correlacionaba positivamente con el Vigor y negativamente con la Depresión-Abatimiento. La escala de “Desesperanza/Desamparo (Indefensión)” correlacionó positivamente con Tensión-Ansiedad, Depresión-Abatimiento, Fatiga y Confusión, y negativamente con el Vigor. La “Preocupación Ansiosa” correlacionó positivamente con la Tensión-Ansiedad, Depresión-Abatimiento, Agresividad-Hostilidad y Confusión. No se encontraron otras correlaciones positivas para el resto e las escalas del MAC propuestas por Watson. Pero de un análisis más exhaustivo se dedujo también que: (1) Los sujetos con bajo “Espíritu de Lucha”, alta “Desesperanza/Desamparo (Indefensión)” y elevada “Preocupación Ansiosa”, presentaban también elevados niveles de Depresión-Abatimiento, Tensión-Ansiedad, Agresividad-Hostilidad, Fatiga y Confusión, con bajos niveles de Vigor. (2) Los sujetos con bajo “Espíritu de Lucha” y alto “Fatalismo”, presentaban baja Agresividad-Hostilidad y Fatiga. (3) Los sujetos con alta “Preocupación Ansiosa” y elevado “Fatalismo” también tenían bajos niveles de Fatiga y moderados de Tensión-Ansiedad y Confusión. En conclusión, los sujetos con bajo “Espíritu de Lucha”, alta “Desesperanza/Desamparo (Indefensión)” y moderada “Preocupación Ansiosa”, tenían niveles mayores de Tensión-Ansiedad, Depresión-Abatimiento, Agresividad-Hostilidad, Fatiga y Confusión y menor Vigor.

Continuando con este estudio en relación a las escalas obtenidas por Schwartz se vio que el “Desamparo” se correlacionó positivamente con Tensión-Ansiedad, Depresión-Abatimiento, Agresividad-Hostilidad y Confusión y negativamente con Vigor. La “Reevaluación positiva”

se correlacionó positivamente con el Vigor y negativamente con la Tensión-Ansiedad, Depresión-Abatimiento y la Fatiga. La “Vigilancia participativa” correlacionó positivamente con el Vigor. La “Actitud positiva” no correlacionó con ninguna escala. El análisis más exhaustivo indicó que: (1) Los sujetos con bajo “Desamparo” y moderada “Reevaluación positiva”, también tenían bajos niveles de Depresión-Abatimiento, Tensión-Ansiedad, Agresividad-Hostilidad, Fatiga y Confusión, pero altos en Vigor. (2) Por otro lado, la “Actitud positiva” y la “Vigilancia participativa” se acompañaron de moderados niveles de Agresividad-Hostilidad y Vigor. (3) Finalmente, la “Reevaluación positiva”, dio lugar a baja Tensión-Ansiedad y Fatiga y niveles medios de Vigor. Resumiendo, diríamos que los sujetos con un bajo “Desamparo”, con “Actitud positiva”, “Interpretación positiva” y alta “Vigilancia participativa”, tenían menos Depresión-Abatimiento, Tensión-Ansiedad, Agresividad-Hostilidad, Fatiga y Confusión, así como mayores niveles de Vigor.

Estos resultados confirman los anteriores en relación a las sub-escalas de Watson, concluyendo que un elevado “Espíritu de Lucha” en el MAC supone un mejor ajuste o adaptación a la enfermedad de cáncer, mientras que la “Desesperanza/Desamparo (Indefensión)”, y la “Preocupación Ansiosa” suponen el efecto contrario. El “Fatalismo” no pareció relacionarse con el ajuste, y la “Negación” continua siendo en este estudio una medida confusa. En cuanto a las escalas de Schwartz, solo el “Desamparo” y la “Reevaluación positiva”, se relacionaron con la Adaptación, la primera en sentido negativo y la segunda en sentido positivo.

•Otro estudio más reciente de Schnoll y colaboradores (Schnoll, Harlow, Brandt y Stolbach, 1998; Schnoll, Harlow, Stolbach y Brandt, 1998), utilizando el modelo de ecuaciones estructurales, investigó la relación entre edad, estadio de la enfermedad, el estilo de afrontamiento y el ajuste psicológico en un grupo de 100 mujeres con cáncer de mama (estadios II y IV), que recibían tratamiento de quimioterapia o radioterapia. Para valorar las estrategias de afrontamiento usaron el MAC y para evaluar el ajuste psicológico utilizaron las sub-escalas de depresión y ansiedad del BSI (Derogatis y Spencer, 1982) y el FLIC (Schipper et. al., 1984). Concluyeron que tanto la edad como el estadio de la enfermedad tienen una influencia directa en los mecanismos de afrontamiento que se ponen en marcha, y son estas

estrategias de afrontamiento las que directamente determinan una buena o mala adaptación a la enfermedad, considerándose una buena adaptación cuando la depresión y la ansiedad son bajas y la Calidad de Vida general es buena. Así, por un lado, observan que las mujeres mayores y con un estadio de enfermedad peor (IV) tienden a mostrar mecanismos de afrontamiento donde el “Espíritu de Lucha” es bajo, predominando las estrategias basadas en la “Desesperanza/Desamparo (Indefensión)”, el “Fatalismo” y la “Preocupación Ansiosa”. Por otro lado, las mujeres más jóvenes y con mejor pronóstico (estadio I) tienden a mostrar estrategias mayormente basadas en el “Espíritu de Lucha”, con mejor estado anímico y mejor Calidad de Vida. En cualquier caso, las mujeres que presentan alto “Espíritu de Lucha” y baja “Desesperanza/Desamparo (Indefensión)”, también son las que muestran mayores niveles de Calidad de Vida y menores de ansiedad y depresión, independientemente de la edad o del estadio de la enfermedad.

El mismo estudio lo hicieron referido a las sub-escalas de Schwartz (Schnoll, Harlow, Brandt y Stolbach, 1998; Schnoll, Harlow, Stolbach y Brandt, 1998) encontrando también diferencias en relación al estadio de la enfermedad, destacando que las mujeres de estadio II mostraban menores niveles de “Desamparo”, y mayores de “Actitud positiva”, y “Vigilancia participativa” en comparación a las de estadio IV. Independientemente de la edad y del estadio, las mujeres que manifestaban bajos niveles de “Desamparo”, y altos en “Actitud positiva” y “Reevaluación positiva” también eran las que puntuaban más en Calidad de Vida y menos en ansiedad y depresión.

Por tanto, tras analizar los diferentes modelos estadísticos resultantes, y tomando como referencia tanto las escalas de Watson como las de Schwarz, estos autores afirman que lo que determina de manera directa una buena adaptación (con una buena Calidad de Vida y bajos niveles de ansiedad y depresión) son las estrategias de afrontamiento utilizadas, siendo la edad y el estadio de la enfermedad elementos que influyen en el tipo de afrontamiento. Sería lo mismo decir que el estilo de afrontamiento es un elemento mediador entre la severidad del estresor, (estadio, edad) y el resultado psicológico (malestar emocional y Calidad de Vida).

•Un estudio italiano (Grassi et. al., 1993) utilizó el MAC para investigar la influencia de las variables Psico-Sociales (Apoyo social y Locus de Control) y la vulnerabilidad psicológica (historia de alteraciones emocionales y síntomas psicopatológicos actuales) en el ajuste/adaptación al cáncer. La muestra estuvo formada por 157 pacientes que padecían diversos tipos de cáncer. Utilizaron una entrevista psiquiátrica estructurada para detectar y descartar a cualquier persona que hubiera sufrido anteriormente algún problema psiquiátrico, además de una adaptación de la escala Social Support Interview (Surtees, 1980) para evaluar el apoyo social y una versión corta de la escala de Locus de Control Externo derivada de la Rotter Locus of Control Scale (Rotter, 1966). Encontraron una correlación positiva entre el Locus de Control Externo y la escala de “Desesperanza/Desamparo (Indefensión)”, y una correlación negativa entre el Locus de Control Externo y la escala de “Espíritu de Lucha”. El Locus de Control Externo también se relacionó con la variable de Apoyo Social. En resumen, el estudio sugiere que la percepción de Apoyo Social, junto a un bajo Locus de Control Externo puede influir en una mejor adaptación a la enfermedad, favoreciendo el “Espíritu de Lucha”, es decir, la tendencia a tener una actitud positiva ante la enfermedad, percibiéndola como un reto y asumiendo un rol activo en su recuperación. Por otro lado, un inadecuado Apoyo Social con un Locus de Control Externo elevado se relaciona con “Desesperanza/Desamparo (Indefensión)” y “Fatalismo”, con ausencia de estrategias activas para afrontar la enfermedad y sus tratamientos. Este mismo estudio también demostró que haber padecido anteriormente alteraciones psico-emocionales suponía una mayor probabilidad de tener actitudes de “Desesperanza/Desamparo (Indefensión)”, “Fatalismo o “Preocupación Ansiosa” ante el cáncer.

•En nuestro país Ferrero y sus colaboradores (Ferrero, Barreto y Toledo, 1994, 1995; Ferrero et. al., 1996), desde Valencia llevaron a cabo un estudio con el MAC con la finalidad de analizar algunos de sus aspectos psicométricos y la relación entre el ajuste mental al cáncer de mama (las diferentes escalas del MAC) y la Calidad de Vida. Seleccionaron una muestra de 68 mujeres con cáncer de mama y ausencia de metástasis. Utilizaron también, además del MAC, el Cuestionario de Calidad de Vida para Cáncer de Mama, que es una versión española del Quality of Life Questionnaire of the E.O.R.T.C (Aronson et. al., 1988). Este cuestionario

había sido validado anteriormente en otros estudios con pacientes de cáncer de mama (Barreto et. al., 1990; Toledo, 1992). Incluye las siguientes sub-escalas: Estatus funcional, síntomas físicos, malestar emocional, problemas sexuales y satisfacción con los cuidados médicos. También dos medidas subjetivas de salud y Calidad de Vida que la persona valora en una escala de 0 a 7. En cuanto al MAC, y como ya hemos indicado anteriormente, se sustituyó la palabra "cáncer" por la de "enfermedad" para respetar la posible Negación de algunas pacientes. Tras el análisis estadístico, se obtuvieron dos factores en el MAC, uno referido al Juicio de Control, compuesto por las escalas de "Espíritu de Lucha", "Fatalismo" y "Desesperanza/Desamparo (Indefensión)", y otro referido a la percepción de amenaza compuesto por las escalas de "Preocupación Ansiosa" y la "Negación" (Ferrero et. al., 1994).

En cuanto al cuestionario de Calidad de Vida se estudió la relación entre la sintomatología física y la Calidad de Vida: La sintomatología física parecía influir en la percepción global del estado de salud y de Calidad de Vida, asociándose a mayor malestar emocional, problemas sexuales y socio-familiares (Ferrero, Barreto y Toledo, 1995).

En cuanto a la relación entre las diferentes escalas del MAC y las de Calidad de Vida: El "Espíritu de Lucha" se asoció con una mejor percepción global de Calidad de Vida y menor malestar emocional, mientras que los otros tipos de afrontamiento se relacionaron con puntuaciones altas en malestar emocional, a excepción de la "Negación" que se asoció a mejor percepción global de Calidad de Vida pero peor en malestar emocional (Ferrero, Barreto y Toledo, 1995)

Concluyen los autores que las estrategias de afrontamiento definidas por un Juicio de Control negativo ("Desesperanza/Desamparo (Indefensión)" y "Fatalismo") se asocian a peores resultados psicológicos y con tendencia a desarrollar un estado de ánimo negativo, mientras que las que implican Juicio de Control ("Espíritu de Lucha") dan lugar a un resultado positivo. Estas afirmaciones apoyan la hipótesis propuesta por los estudios que parten del campo de la Psicología del Control, donde se plantea que la falta de Percepción de Control tiene un efecto negativo en el estado emocional. Por otro lado, el "Fatalismo" no se plantea como una causa sino como un resultado de un malestar prolongado. La Preocupación Ansiosa

se considera como un modulador de la Calidad de Vida global, como un indicador de malestar emocional más que como una medida de evaluación cognitiva y de afrontamiento a la enfermedad (Ferrero et. al.,1996).

•Recientemente también el equipo de Valencia (Romero et. al., 2000) ha realizado un estudio donde han utilizado el MAC para evaluar la efectividad de la “Terapia Psicológica Adyuvante” propuesta por Moorey y Greer (1989). Han comparado una muestra española con la utilizada por estos autores para determinar el punto de corte antes de iniciar la terapia. Los autores que elaboraron el MAC, así como los que lo han utilizado posteriormente han establecido el punto de corte para determinar los casos que necesitan terapia en una puntuación igual o inferior a 47 en la escala de “Espíritu de Lucha” junto a una puntuación de 12 o más en la de “Desesperanza/Desamparo (Indefensión)”. El equipo de Valencia ha encontrado que en general su muestra española presenta un menor “Espíritu de Lucha” que la inglesa y mayor “Desesperanza/Desamparo (Indefensión)”, “Preocupación Ansiosa” y “Fatalismo”. Esto sugiere que se debería reajustar el punto de corte para determinadas muestras españolas ya que existen diferencias con la muestra inglesa que pueden deberse a factores culturales, así como a una mayor educación para la salud de la muestra inglesa respecto a la española. Las mujeres inglesas saben más acerca del cáncer de mama que la media de las mujeres españolas, teniendo en cuenta también que la muestra seleccionada en este estudio tiene un nivel educativo medio-bajo (muy pocas con bachillerato superior y menos aún con estudios universitarios), aspecto que correlaciona con el “Espíritu de Lucha”.

•En Suecia Nordin et. al. (1999) llevaron a cabo un estudio con 868 pacientes de diferentes tipos de cáncer con la finalidad de validar el cuestionario con muestra sueca, como previamente hicieran Schwartz et. al. (1992) con muestra americana y Ferrero et. al. (1994) con muestra española. Utilizaron también el HAD (Razavi et. al., 1989; Zigmond y Snaith, 1989). Del estudio estadístico resultó una versión de 28 ítems con cuatro factores: Desesperanza (12 ítems), Positividad (10 ítems), Ansiedad (3 ítems) y Evitación (3 ítems). La Ansiedad correlacionó más con las escalas de ansiedad y depresión del HAD que lo hiciera la escala original de “Preocupación Ansiosa, y la Positividad correlacionó de manera negativa con

las escalas del HAD pero menos que la escala de “Espíritu de Lucha”. La Evitación correlacionó con el HAD, pero aunque algo más que la escala original también esta relación fue débil.

- Continuando con otra línea de investigación, varios estudios demuestran que la efectividad de los tratamientos contra el cáncer depende de que éstos se completen en su totalidad y que los factores psicológicos juegan un importante papel en la adherencia al tratamiento. Para determinar los factores psicológicos que pueden potenciar la adherencia al tratamiento de quimioterapia, Ayres et. al. (1994) realizaron un estudio con pacientes con cáncer de mama que habían sido diagnosticadas recientemente y que debían seguir tratamiento de quimioterapia. Además del MAC utilizaron otro cuestionario desarrollado por Derogatis (1975), el Affects Balance Scale (ABS) compuesto por 40 ítems que representan 8 dimensiones anímicas: Cuatro positivas (Júbilo, Alegría, Vigor, Afecto), y cuatro negativas (Ansiedad, Depresión, Culpa, Hostilidad). Se concluyó que las pacientes de cáncer de mama que presentaban un elevado “Espíritu de Lucha” en el MAC así como puntuaciones elevadas en las sub-escalas de Ansiedad, Depresión y Vigor en el ABS, se adherían más y mejor al tratamiento, mientras que elevados niveles de Culpa y Hostilidad en el ABS se asociaban a menor cumplimiento terapéutico.

- El MAC se ha utilizado con pacientes que padecen cáncer, especialmente cáncer de mama recién diagnosticado, pero hay pocos estudios aplicados a pacientes avanzados. Classen et. al. (1996) llevaron a cabo un estudio con mujeres con cáncer de mama avanzado. En este estudio además se utilizó el POMS (Mcnair et. al., 1992) para valorar la alteración emocional y el CECS (Watson y Greer, 1983) para valorar el control de las emociones. Pretendían demostrar que también en ese momento avanzado de la enfermedad el “Espíritu de Lucha” puede promover un estado anímico bueno y que, por el contrario, la “Negación”, el “Fatalismo” y la falta de expresión emocional se relacionan con alteraciones emocionales. Confirmaron sus hipótesis respecto al “Espíritu de Lucha” y la falta de expresión emocional, pero no con las demás variables.

•En el campo de la Psiconeuroinmunología, Tjemsland et. al. (1997) estudiaron la relación entre la alteración emocional, las características de personalidad y el tipo de afrontamiento con el número de linfocitos, y si los parámetros psicológicos podían predecir el número de células del sistema inmune. Seleccionaron una muestra de 106 mujeres con cáncer de mama operable (estadio I o II), a las que se les tomaron muestras de sangre para valorar el sistema inmune el día anterior a la intervención quirúrgica y después de la misma. Para la evaluación psicológica, además del MAC, usaron el Impact of Events Scale (Horowitz et. al., 1979), el Montgomery Aasberg Depression Rating Scale (Montgomery y Aasberg, 1979), y el Courtland Emotional Control Scale (Greer, Morris y Pettingale, 1979). El principal resultado fue que la ansiedad intrusiva, la “Preocupación Ansiosa” y, especialmente, los síntomas depresivos, dieron lugar a un menor número de las diferentes células responsables del sistema inmune. Los autores proponen más estudios que valoren la relación entre el sistema inmune y las variables psicológicas, y que el tratamiento de la depresión sea considerado como algo necesario y prioritario en este tipo de pacientes.

•En relación a la supervivencia, Greer (1991) menciona que la respuesta psicológica adoptada ante el cáncer puede influir en el curso de la enfermedad, como se demuestra en el estudio llevado a cabo por su equipo con pacientes de cáncer de mama (Greer et. al., 1991) donde se utiliza el MAC para medir las estrategias de afrontamiento, observándose que al cabo de 15 años el 45% de aquellas mujeres que habían presentado “Espíritu de Lucha” o “Negación” seguían vivas y libres de enfermedad en comparación al 17% de las que habían presentado otras respuestas de afrontamiento.

•Watson et. al. (1999) también llevan a cabo un estudio para analizar la relación existente entre las estrategias de afrontamiento y la supervivencia en una muestra de 578 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama (estadio I y II). Las respuestas psicológicas se midieron con el MAC, el CECS y el HAD a las 4 y 12 semanas y a los 12 meses del diagnóstico. Se hizo un seguimiento de estas mujeres a lo largo de 5 años, observándose un elevado riesgo de defunción en aquellas mujeres que habían obtenido puntuaciones elevadas en la escala de depresión del HAD, y un elevado riesgo de recaída en las que habían puntuado

alto en “Desesperanza/Desamparo (Indefensión)”, en comparación a las que obtuvieron un resultado bajo en la misma escala. No se encontró ningún resultado significativo para la escala de “Espíritu de Lucha” ni para el control emocional (característico del patrón C) medido a través del CECS. Concluyen que serán necesarios más estudios sobre el tema para poder explicar de manera fiable estos resultados, pero consideran que éstos no son casuales y, por tanto, recomiendan que se utilicen métodos diagnósticos para detectar a aquellas personas que responden con depresión y “Desesperanza/Desamparo (Indefensión)” ante la enfermedad para modificar estas respuestas a fin de propiciar una mejor Calidad de Vida a las pacientes y, si es posible, alargar su supervivencia.

•Cotton et. al. (1999) han utilizado la versión corta del MAC (Mini-MAC) para estudiar la relación existente entre el bienestar espiritual, la Calidad de Vida y la adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama. Encuentran que el bienestar espiritual se relaciona positivamente con una mejor Calidad de Vida, positivamente con el “Espíritu de Lucha” y negativamente con la “Desesperanza/Desamparo (Indefensión)”. Curiosamente también se relaciona la Calidad de Vida y el bienestar espiritual con el “Fatalismo”, lo que los autores explican a través de plantear que esta escala representa un concepto complejo que puede interpretarse más como un modo de aceptación que como una resignación estoica.

3.2.3. QUÉ MIDE EL MAC

Basándonos en los estudios anteriormente revisados, vemos que los diferentes autores proponen diversas definiciones de lo que se pretende medir a través del MAC:

- La Adaptación al cáncer (Watson et. al. 1991).
- Reacciones ante el cáncer (Schwartz et. al., 1992; Watson et. al., 1999).
- Respuestas específicas ante el cáncer (Grassi et .al., 1993)
- Ajuste/Adaptación mental al cáncer (Ferrero et. al., 1994).

- Estilos de afrontamiento ante el diagnóstico de cáncer (Schnoll et. al., 1995).
- Dimensiones de evaluación cognitiva y afrontamiento (Ferrero, Barreto y Toledo, 1995; Ferrero, Toledo y Barreto, 1995).
- Las diferentes respuestas cognitivas y conductuales frente al diagnóstico de cáncer y sus tratamientos (Classen et. al. 1996).
- Actitudes cognitivas y conductuales hacia la enfermedad (Tjemsland et. al. 1997).

Nordin et. al.(1999) señalan que, si bien el MAC estaba diseñado para medir el ajuste mental al cáncer, entendiendo este concepto como las respuestas cognitivas y conductuales dadas por el sujeto ante el cáncer (Greer y Watson, 1987), en los estudios recientes los diferentes autores lo han utilizado en realidad como una medida de estrategias de afrontamiento.

A nuestro entender, el MAC es un cuestionario que contiene afirmaciones que intentan representar diferentes maneras de interpretar y hacer frente a la enfermedad. En este sentido está evaluando actitudes y reacciones cognitivas y conductuales ante la enfermedad, que al agruparse en diferentes escalas son consideradas como diferentes estilos de afrontar la enfermedad; es decir, como **5 estrategias de afrontamiento** a las que se ha llegado agrupando los diferentes ítems. Esto sería lo que directamente está midiendo este cuestionario: La adaptación como un proceso que viene definido por las estrategias de afrontamiento utilizadas por el paciente. Sin embargo, también puede medir de forma indirecta los aspectos siguientes:

El MAC también se ha considerado un instrumento fiable para valorar la adaptación al cáncer, considerando ésta como aquellas respuestas cognitivas y conductuales que pone en marcha el sujeto y que son adecuadas para conseguir un buen estado anímico y una buena Calidad de Vida. Podríamos considerar que de manera indirecta está midiendo **reacciones ansiosas y depresivas**. Así, aquellas personas que puntúen alto en las afirmaciones referentes a “Espíritu de Lucha”, también serán las que presentarán menores índices de ansiedad y

depresión, siendo, por tanto, las mejor adaptadas a la situación de enfermedad (Watson et. al., 1991; Schnoll, Harlow, Brandt y Stolbach, 1998; Schnoll, Harlow, Stolbach y Brandt, 1998). Las reacciones de “Desamparo/Desesperanza (Indefensión)” y “Fatalismo” se relacionan principalmente con la depresión, y la “Preocupación Ansiosa” con la ansiedad. El caso concreto de la “Negación”, a pesar de entenderse como una mala estrategia de afrontamiento, pues la persona no reconoce su situación real, se considera una buena forma de adaptación en la medida en que previene al sujeto de padecer ansiedad y/o depresión.

Por otro lado, el MAC de manera también indirecta, puede servir para medir **Calidad de Vida**, ya que se ha visto que el “Espíritu de Lucha” se asocia con una mejor percepción global de Calidad de Vida y con menor ansiedad y depresión, mientras que los otros tipos de afrontamiento se relacionan con puntuaciones altas en ansiedad y depresión, a excepción de la “Negación” que se asoció a mejor percepción global de Calidad de Vida, pero peor en malestar emocional (Ferrero, Barreto y Toledo, 1995; Ferrero, Toledo y Barreto, 1995).

Algunos estudios relacionan el MAC con **aspectos de personalidad**, y plantean que la escala de “Desesperanza/Desamparo (Indefensión)” guarda una relación directa con el patrón C de personalidad, a raíz de la observación de que algunas personas que padecen cáncer de mama presentan un determinado tipo de personalidad denominado C, caracterizado por el control excesivo de las emociones y por la supresión de la agresividad, y que esto puede suponer un cierto riesgo en el pronóstico. También se plantea que la supresión de las emociones y la “Desesperanza/Desamparo (Indefensión)” pueden estar relacionadas formando parte del mismo continuum. Esto implicaría que las personas que de manera crónica bloquean la expresión de sus necesidades y sentimientos, tipificadas como personalidad C, al pensar que no tiene utilidad expresar sus necesidades son también crónicamente desesperanzadas e indefensas, y por tanto, están más predispuestas a mostrar estos modos de afrontamiento ante situaciones estresantes (Temoshok, 1987). Watson et. al. (1991) en su estudio encuentran que el control de las emociones se relaciona con la escala de “Fatalismo” del MAC y que el control de la agresividad lo hace con la de “Desesperanza/Desamparo (Indefensión)”.

Otro aspecto que puede evaluar indirectamente el MAC es el **Juicio de Control**. Ferrero, Barreto y Toledo (1995) y Ferrero, Toledo y Barreto (1995) encuentran que las

escalas de “Espíritu de Lucha”, “Desesperanza/Desamparo (Indefensión)” y “Fatalismo” se relacionan con el Juicio de Control. Así, puntuar alto en la primera y bajo en las otras dos, estará indicando que la persona posee un Juicio de Control positivo. Por su parte, Watson et. al. (1991) relacionan el Locus de Control Externo con la escala de “Fatalismo”, mientras que Grassi et.al. (1993) encontraron una correlación positiva entre el Locus de Control Externo y la escala de “Desesperanza/Desamparo (Indefensión)”, y una correlación negativa entre el Locus de Control Externo y la escala de “Espíritu de Lucha”.

3.3. EFECTOS DE LAS TERAPIAS PSICOLÓGICAS EN ONCOLOGÍA

3.3.1. FUNDAMENTOS

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 (Kissane, 1994). 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; Goldberg et. al., 1992; Holland, 1989, 1998; Hopwood, Howel. y Maguire, 1991; Maguire, 2000; Pinder et. al., 1993; Pinder, Ramírez, Richards y Gregory, 1994; Simon, 1992).

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 con ausencia de alteraciones emocionales, de ansiedad y/o depresión (Andersen, 1992), y con la menor alteración posible de la vida social, laboral y familiar (Owen, Klapow, Hicken y Tucker, 2001).

Según Fawzy y colaboradores (Fawzy, 1999; Fawzy et. al., 1995; Fawzy y Fawzy, 1998), 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, además tienen la ventaja de que animan a la persona para que adopte más responsabilidad en volver a estar bien y en colaborar con los tratamientos médicos.

Según Padierna et. al. (1994), las diferentes terapias con pacientes oncológicos y sus familias se dirigen a mejorar el estado anímico, la capacidad de afrontamiento, la autoestima, la sensación de control, la resolución de problemas y a disminuir el malestar emocional.

Recientemente Folkman y Greer (2000), proponen que el objetivo básico de los tratamientos psicológicos en situación de enfermedad grave debe ser el mantenimiento del bienestar psicológico.

Los anteriores son una muestra de los múltiples y variados planteamientos que se hacen en relación a los objetivos que deben perseguir las intervenciones psicológicas en pacientes con cáncer. En base a todos ellos, podemos concluir que las personas que padecen de cáncer necesitan tres tipos de soporte o apoyo para conseguir una buena adaptación a la enfermedad: Apoyo emocional, apoyo informacional-educacional, y apoyo instrumental (Blanchard, Albrecht, Ruckdeschel, Grant y Malcolm 1995; Fawzy 1999; Helgeson y Cohen, 1996). Esos diversos tipos de apoyo determinan y fundamentan los diferentes tipos de terapias a aplicar.

A continuación exponemos en qué consiste cada tipo de apoyo.

3.3.1.1. 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 plantea 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.

Intervenciones que proporcionan soporte social-emocional:

Un tipo de intervención puede ser el poder mantener **charlas o encuentros** con personas que han sobrevivido al cáncer. Es un encuentro individual entre una o más personas que han sobrevivido al cáncer y personas recientemente diagnosticadas. Los veteranos animan, escuchan las preocupaciones, comparten sentimientos, y pueden aconsejar sobre cómo afrontar el cáncer y sus tratamientos. En general, pueden proporcionar confort y empatía pues ayudan a que los pacientes acepten sus sentimientos, ya que ellos han pasado por lo mismo. También fomentan el optimismo al demostrar con su presencia que las personas pueden curarse, y ayudan a aumentar la autoestima. Tienen la categoría de trabajadores sociales y aunque aconsejan cómo afrontar el cáncer en base a su experiencia propia, el apoyo que proporcionan es más emocional que educacional, pues la información que dan no es tan especializada como la que pueden proporcionar los profesionales. El tiempo que dura este apoyo es variable, pudiendo ser una única charla puntual o bien encuentros semanales, quincenales o mensuales durante el tiempo que la persona lo necesite.

Otra modalidad es la de los **grupos de apoyo** donde se comparten experiencias con personas que padecen la misma enfermedad. Pueden adoptar dos formas: Grupos de auto-ayuda no conducidos por un profesional o grupos conducidos por un profesional.

Los de auto-ayuda son grupos formados por pacientes, tanto recién diagnosticados como ya recuperados, y no conducidos por un profesional. Se basan en el apoyo mutuo, y en la igualdad de los miembros del grupo evitando las jerarquías. Los resultados de los diferentes estudios indican que los beneficios y las mejorías se deben a los siguientes factores: Poder conectar con otras personas con preocupaciones similares, compartir experiencias en un contexto que entiende, poder reír en el grupo, obtener esperanza al conocer a otras personas que han sobrevivido, obtener y compartir información complementaria, aumentar la asertividad y Autoeficacia por imitación de otras personas, mejorar la comunicación con la familia, y, finalmente, aumentar la participación social y en la comunidad (Gray, Fitch, Davis y

Phillips, 1996, 1997). Pueden ser grupos de pacientes recientemente diagnosticados o de pacientes con la enfermedad avanzada. La dificultad de estos últimos está en que los problemas de salud pueden incapacitar a algunos miembros para asistir a las reuniones, o que el fallecimiento de algún componente del grupo provoque un efecto negativo que desestructure al conjunto.

Por otro lado, pueden ser grupos estructurados dirigidos por un líder que normalmente es un profesional de la salud (Meyer y Mark, 1995; Samarel et. al., 1997). Se basan en la guía de un líder y en la intervención. El apoyo recibido también es emocional (Blanchard et. al., 1995; Bottomley y Jones, 1997; Bottomley 1997-a, 1997-b; Feigin et. al., 2000; Gray et. al., 1997). En el grupo se busca el apoyo de otros miembros que padecen la misma enfermedad, se comentan preocupaciones comunes y se toma ejemplo de diferentes maneras de superarlas. Se crea un ambiente de aceptación y cuidado, y se discuten cuestiones relacionadas con la enfermedad y su tratamiento. Especialmente se potencia en estos grupos la expresión de emociones y el compartir experiencias con otras personas. También intentan potenciar otras fuentes de apoyo social como el apoyo de la familia y de los amigos (Marcus et. al., 1993; Mermelstein y Lesko, 1992; Cella et. al., 1993).

La duración total del grupo y de las sesiones, así como la periodicidad de los encuentros o el número de miembros de cada grupo es variable.

En resumen, tanto las charlas individuales como los grupos de apoyo emocional, favorecen la adaptación al cáncer, aumentando la autoestima a través del apoyo emocional. Hablar con personas que pasan o han pasado por lo mismo y compartir experiencias con ellas provoca sentimientos positivos de aceptación hacia uno mismo, y disminuye los de inadecuación personal. El soporte mutuo y el darse ánimos también aumenta el optimismo hacia el futuro. Finalmente, el proceso de expresar sentimientos en un ambiente cálido y de aceptación afecta a la adaptación aumentando el conocimiento de las propias emociones y la capacidad para aceptarlas, controlarlas o cambiarlas (Feigin et. al., 2000; Helgeson y Cohen, 1996)

3.3.1.2. Apoyo Informacional-Educacional

Se refiere a poder obtener la información relevante y necesaria respecto a la enfermedad, su tratamiento y a la manera de hacerle frente, tanto a nivel físico como psicológico. Muchos médicos tienen dificultades para explicar con claridad a sus pacientes de cáncer en qué consiste la enfermedad y sus tratamientos. Normalmente no dan grandes explicaciones y los pacientes no preguntan. Se ha demostrado que una comunicación clara y completa sobre la enfermedad y sus tratamientos ayuda al paciente, pues al aumentar su conocimiento se reduce su confusión y disminuye la ansiedad. La información adecuada y completa también reduce la ansiedad porque aumenta los recursos de afrontamiento del sujeto. En el caso concreto de los pacientes que reciben quimioterapia se ha observado que elevados niveles de ansiedad se relacionan con mayores síntomas de náuseas y vómitos tras el tratamiento (Blasco, Pallarés, Alonso y López, 2000; Burish, Snyder y Jenkins, 1991) y que esto también podría determinar la aparición de estos síntomas incluso antes de recibir los tratamientos. La información y las estrategias terapéuticas que reduzcan la ansiedad contribuirían también a reducir los síntomas físicos. Finalmente, tener más información contribuye a reducir los niveles de alteración emocional durante las visitas médicas y facilita la interacción entre médico-paciente, mejorando la satisfacción con el personal médico y el seguimiento del tratamiento (Pruitt et. al., 1993; Siminoff, Fetting y Abeloff, 1989). Por otro lado, McQuellon et. al. (1998) plantean que la información, especialmente en pacientes recién diagnosticados, proporciona Juicio de Control, pues ayuda a reducir la ansiedad ante estímulos poco familiares e imprevisibles, como los que los pacientes sufren ante las primeras visitas médicas. En ese sentido, aumentar la predecibilidad aumenta también el Juicio de Control. Finalmente, aumenta el optimismo ante el futuro y reduce sentimientos de vulnerabilidad. Este tipo de apoyo es efectivo si es proporcionado por profesionales.

Nos podemos encontrar por otro lado, con el caso especial de los pacientes evitadores o negadores, es decir aquellas personas que prefieren evitar hablar sobre temas referentes a la enfermedad y todo lo que ésta comporta, o las que niegan su enfermedad y se plantean que los tratamientos son sólo medidas preventivas. La evitación y/o negación se consideran estrategias de afrontamiento dirigidas a mantener un buen estado emocional pero no serán adaptativas en

el sentido de que las personas que las adoptan mantienen unas actitudes y comportamientos que no se ajustan a la realidad. En el caso de la evitación, ésta no permite desarrollar estrategias de afrontamiento ante los estresores que efectivamente se van a encontrar a lo largo de la enfermedad, aumentando los niveles de alteración emocional cuando se presenten, aunque el resto del tiempo no se experimenten. En el caso de la negación, incluso se pueden adoptar comportamientos peligrosos para la salud, como abandonar los tratamientos o ni siquiera iniciarlos. En este sentido, en general, se considera que debe darse información y al mismo tiempo proporcionar estrategias efectivas de afrontamiento y control emocional.

Intervenciones que proporcionan apoyo informativo-educacional:

Terapias informativo-educacionales: Estos programas contienen dos elementos básicos: La información técnica sobre la enfermedad y sus tratamientos, y la educación en afrontamiento y control de emociones. Aunque se han planteado intervenciones sólo informativas e intervenciones sólo educativas, normalmente estos dos elementos van juntos.

La intervención informativa consiste en proporcionar información médica (Meyer y Mark, 1995) con el objetivo de reducir el sentimiento de indefensión e inadecuación debido a la incertidumbre y poca información. Se intenta desplazar los sentimientos de desamparo, impotencia, incapacidad, e inutilidad por los sentimientos de dominio y control. Se puede hacer dando folletos informativos completos o charlas especiales efectuadas por personal profesional, sobre los tratamientos y sus efectos.

La intervención educativa o terapias educativas enfatizan los aspectos educativos y proporcionan terapias pensadas para enseñar maneras de afrontar la enfermedad y sus tratamientos. Se basan en el entrenamiento cognitivo-conductual, incluyendo el aprendizaje y práctica de las estrategias de afrontamiento para cambiar pensamientos, comportamientos, reducir el estrés y las complicaciones físicas de los tratamientos de quimioterapia y radioterapia (Burish et. al., 1991; Holland, 1989, 1998; Meyer y Mark, 1995). Son programas de tratamiento que combinan diferentes técnicas como relajación muscular progresiva, auto-hipnosis, respiración profunda, meditación, “biofeedback”, relajación pasiva,

visualización, imaginación guiada, desensibilización sistemática, reestructuración cognitiva, solución de problemas, manejo de la agresividad, aumento de la autoestima, pautas de ejercicio y dieta, indicaciones sobre la sexualidad, etc. Con programas cognitivo-conductuales se reducen los niveles de ansiedad y depresión, aumentan los sentimientos de control y se facilita la participación activa en los tratamientos (Bottomley et. al., 1996; Die, Calvo, Berasategui y Pérez, 1997; Fawzy et. al., 1995; Fawzy et. al., 1996; Gray et. al., 1997; Holland, 1989, 1998; Kissane et. al., 1997; Moorey y Greer, 1989; Moorey et. al., 1994; Moorey et. al., 1998; Samarel et. al., 1997).

Las terapias informativo-educacionales pueden adoptar el formato de grupo o el individual (Fertig, 1997; Moorey et. al., 1994). Los grupos estarán formados por personas con la misma enfermedad y liderados por un profesional de la salud que proporciona la información acerca del cáncer, sus tratamientos y como manejarlos. Cuando se hace en grupo se añade además el beneficio del apoyo social-emocional (Fawzy et. al., 1993; Fawzy y Fawzy, 1998; Sirgo y Gil, 2000). La ventaja del abordaje individual respecto al grupal es la de poder centrarse en aspectos específicos de cada paciente, asegurando que se prestará atención a todo aquello que realmente necesite la persona (Fawzy et. al., 1995), ya que, aunque algunos de estos programas pueden tener una duración estándar, a nivel individual se puede aumentar el número de visitas en los casos en que los pacientes lo requieran (Hellbon, Brandberg, Glimelius y Sjöden., 1998).

Una modalidad especial del tratamiento individual puede ser el “counseling” telefónico, pensado para aquellos casos en que a la persona le es difícil acudir al centro sanitario o quiere guardar su anonimato (Holland, 1989, 1998; Marcus et. al., 1993; Mermelstein y Holland, 1991).

En conclusión, las intervenciones informativo-educacionales facilitan la Adaptación a la enfermedad porque ayudan a aumentar el Juicio de Control, en cuanto que proporcionan información acerca de la causa, curso y tratamiento de la enfermedad y proporcionan estrategias para hacerle frente. Sirven también para encontrar significado a la experiencia. Aumentan la autoestima, ya que se enseña cómo hacer frente a las alteraciones de la imagen corporal que de manera temporal o permanente puede causar la enfermedad. También,

indirectamente, aumentan el optimismo ante el futuro y favorecen la esperanza. Cuando el tratamiento se hace en grupo, al mismo tiempo también se está recibiendo apoyo emocional (Helgeson y Cohen, 1996).

Una modalidad de tratamiento independiente de las anteriores es la psicoterapia no cognitivo-conductual que puede ser terapia psicodinámica, existencial, de apoyo o de “counseling” general. Éstas pueden ser grupales o individuales, incluyendo el soporte social de los profesionales. Se centran en la enfermedad y variarán dependiendo de la fase de la enfermedad en que se encuentren los pacientes (Die et. al., 1997; Holland, 1989 1998; Meyer y Mark, 1995). Así, por ejemplo, la terapia existencial especialmente se plantea para pacientes que presentan una enfermedad avanzada y se centra en dar una explicación al cáncer, enfrentar la muerte y responsabilizarse de la vida (Kissane et. al., 1997).

Finalmente se plantea la psicoterapia de pareja, encaminada a tratar trastornos sexuales, alteraciones de la imagen corporal y conflictos de comunicación de pareja (Die et. al., 1997; Holland, 1998;), y la psicoterapia familiar para identificar el rol del paciente en la familia, la dinámica familiar y los miembros problemáticos de la misma, con el objeto de restablecer el equilibrio familiar en la medida de lo posible (Die et. al., 1997; Holland, 1998;). Las terapias de apoyo a la pareja también ayudan a afrontar mejor todo el proceso de enfermedad (Bultz et. al., 2000).

3.3.1.3. 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. Este es un tipo de apoyo que ayuda a recuperar el Juicio de Control proporcionando recursos tangibles que sirven para controlar mejor la situación estresante. Puede también, no obstante, aumentar los sentimientos de dependencia. 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 cuanto a las fuentes de apoyo, la familia y los amigos suponen un apoyo emocional que contribuye a aumentar la Autoeficacia en relación a la búsqueda de este apoyo. El personal sanitario da un apoyo más educacional y aumenta la Autoeficacia en relación a la capacidad de afrontamiento de la enfermedad y sus tratamientos. Ambas fuentes de apoyo aumentan la Autoeficacia en cuanto al mantenimiento de actividades e independencia (Merluzzi y Martínez, 1997).

En la tabla 10 presentamos una revisión de estudios llevados a cabo desde el año 1990 en los que se han realizado diferentes tipos de terapias.

TABLA 10: ESTUDIOS DE DIFERENTES TIPOS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON CÁNCER						
AUTORES	TIPO DE TERAPIA	ESTADÍO	TIPO DE CÁNCER	DURACIÓN	SEGUIMIENTO	RESULTADOS
Fawzy et. al. (1990) Fawzy et. al. (1993) Fawzy et. al. (1995)	Grupal. Tipo combinado: Educativa, informacional y 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 las mejorías emocionales y en las estrategias de afrontamiento fueron más pronunciadas. También aumentó la supervivencia.
Bindemann et. al. (1991)	Individual. Tipo educacional (entrenamiento en relajación).	Recién diagnosticado	Variado	Doce semanas 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 et. al. (1991)	Individual (también con la familia). Tipo combinado: Educativa e informacional.	Tratamiento con quimioterapia	Variado	No especificado.	No especificado.	Incremento del conocimiento sobre la enfermedad y sus tratamientos, reducción de los efectos secundarios anticipatorios.

(CONTINUACIÓN TABLA 10: ESTUDIOS DE DIFERENTES TIPOS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON CÁNCER)						
AUTORES	TIPO DE TERAPIA	ESTADÍO	TIPO DE CÁNCER	DURACIÓN	SEGUIMIENTO	RESULTADOS
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 educativo.	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 mejoras en el estado anímico (depresión y ansiedad) y en las estrategias de afrontamiento. También en las preocupaciones referentes a la enfermedad.
Greer et. al. (1991, 1992) Moorey et. al. (1994)	Individual. Tipo educativo (Terapia Psicológica Adyuvante cognitivo-conductual).	Recién diagnosticado	Variado	Seis sesiones semanales en un periodo de ocho semanas.	Después de acabar la terapia, y a los cuatro meses.	Mejorías emocionales en depresión y ansiedad, aumento del Espíritu de Lucha y reducción de Desesperanza, Fatalismo y ansiedad. Después de cuatro meses se mantuvieron.

(CONTINUACIÓN TABLA 10: ESTUDIOS DE DIFERENTES TIPOS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON CÁNCER)							
AUTORES	TIPO DE TERAPIA	ESTADÍO	TIPO DE CÁNCER	DURACIÓN	SEGUIMIENTO	RESULTADOS	
Gruber et. al. (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 et. al. (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 mejoría en las estrategias de afrontamiento y el estado de ánimo, especialmente en los pacientes más jóvenes.	
Pruitt et. al. (1993)	Individual. Tipo combinado: Educativo e informativo.	Diagnóstico en los seis meses anteriores.	Variado	Tres sesiones de una hora.	Al mes y a los tres meses.	Se observó una reducción en los niveles de depresión.	
Cella et. al. (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.	

(CONTINUACIÓN TABLA 10: ESTUDIOS DE DIFERENTES TIPOS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON CÁNCER)						
AUTORES	TIPO DE TERAPIA	ESTADÍO	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.	Mejorías en depresión, pesimismo, desesperanza, preocupaciones somáticas, insomnio, aislamiento social, anorexia, vómitos y fatiga.
Moorey et. al. (1994)	Individual. Tipo educacional (Terapia Psicológica Aduvante cognitivo-conductual).	Diagnóstico primario o de recurrencia	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 año se continúan observando mejorías en el estado emocional, reducción de la ansiedad y de la estrategia de afrontamiento de Desesperanza.
Berglund et. al. (1994-a, 1994-b)	Grupal. Tipo combinado: Educativo e informacional.	Localizado	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.	Mejorías en aspectos físicos, Espíritu de Lucha, imagen corporal, información y alteraciones del sueño.
Manne, Girase, y Ambrosino (1994)	Grupal. Tipo educacional (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.

(CONTINUACIÓN TABLA 10: ESTUDIOS DE DIFERENTES TIPOS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON CÁNCER)						
AUTORES	TIPO DE TERAPIA	ESTADÍO	TIPO DE CÁNCER	DURACIÓN	SEGUIMIENTO	RESULTADOS
Cunningham et. al. (1995)	Grupal. Tipo educacional (compara dos grupos: Educacional 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 resultados comparables en el estado anímico y la Calidad de Vida, no obstante, las mejorías en Calidad de Vida fueron mayores en la intervención de seis semanas.
Fawzy et. al. (1996)	Compara terapia Individual frente a grupal. Tipo combinado: Educacional 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 año los pacientes del grupo aumentaron el uso de estrategias activas de afrontamiento cognitivo-conductual, disminuyendo la Evitación. En terapia individual aumenta el uso de estrategias activas conductuales pero no cognitivas. Ambas terapias efectivas en reducir la alteración emocional, especialmente la modalidad grupal.

(CONTINUACIÓN TABLA 10: ESTUDIOS DE DIFERENTES TIPOS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON CÁNCER)						
AUTORES	TIPO DE TERAPIA	ESTADÍO	TIPO DE CÁNCER	DURACIÓN	SEGUIMIENTO	RESULTADOS
Hosaka (1996)	Compara terapia individual educacional y terapia grupal educacional 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 mejoría en los niveles de malestar emocional, pero no en cambiar las estrategias de afrontamiento.
Bottomley et. al. (1996) Bottomley (1997-b)	Grupal. Comparación entre tipo de apoyo y tipo educacional (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 educacional.
Bottomley (1997-a)	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 educacionales.	Después de la intervención.	No especificado.

(CONTINUACIÓN TABLA 10: ESTUDIOS DE DIFERENTES TIPOS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON CÁNCER)							
AUTORES	TIPO DE TERAPIA	ESTADÍO	TIPO DE CÁNCER	DURACIÓN	SEGUIMIENTO	RESULTADOS	
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 et. al. (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.	Mejoría 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.	
De Vries et. al. (1997)	Compara "Counseling" individual combinado (terapia existencial) con grupos de apoyo emocional.	Avanzado	Variado	Una sesión semanal, noventa-ciento veinte minutos, a lo largo de doce semanas de "Counseling". Se añaden encuentros en grupo.	Después de la intervención.	Se observó una leve mejoría en el estado emocional y las estrategias de afrontamiento.	

(CONTINUACIÓN TABLA 10: ESTUDIOS DE DIFERENTES TIPOS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON CÁNCER)						
AUTORES	TIPO DE TERAPIA	ESTADÍO	TIPO DE CÁNCER	DURACIÓN	SEGUIMIENTO	RESULTADOS
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.
Hellbon et. al. (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 mostraron satisfechos al mejorar sus sentimientos depresivos y pensamientos negativos sobre la enfermedad.
McQuellon et. al. (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.

(CONTINUACIÓN TABLA 10: ESTUDIOS DE DIFERENTES TIPOS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON CÁNCER)						
AUTORES	TIPO DE TERAPIA	ESTADÍO	TIPO DE CÁNCER	DURACIÓN	SEGUIMIENTO	RESULTADOS
Moorey et. al. (1998)	Compara terapia individual, educativa (Terapia Psicológica Ayuvante 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 et. al. (1999)	Grupal. Tipo combinado: Educativo e informativo	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.	Mayor grado de independencia en las tareas cotidianas y autocuidado, percepción del estado físico, psicológico y de Calidad de Vida y Espíritu de Lucha. Disminuye el Desamparo y el malestar físico- psíquico.
Feigin et. al. (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.	Menor alteración emocional, mayor Espíritu de Lucha, mejor relación social y familiar, y mejor Calidad de Vida.

(CONTINUACIÓN TABLA 10: ESTUDIOS DE DIFERENTES TIPOS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON CÁNCER)						
AUTORES	TIPO DE TERAPIA	ESTADÍO	TIPO DE CÁNCER	DURACIÓN	SEGUIMIENTO	RESULTADOS
Romero et. al. (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.

3.3.2. RESULTADOS

Los diferentes estudios de revisión aparecidos en los últimos años, una muestra de los cuales hemos presentado en la tabla 10, han demostrado en general, la eficacia de la terapia psicológica en cuanto a la disminución de alteración emocional. No obstante, 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). Hay que 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 pueden necesitar diferentes aproximaciones o estilos terapéuticos (Fawzy, 1999; Feigin et. al., 2000; Hanson, 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).

Los diferentes tipos de terapia se pueden aplicar en distintos momentos de la enfermedad: En pacientes recién diagnosticados, pacientes con recidiva, terminales o en supervivientes. Por un lado, unos estudios abogan por iniciar el apoyo psicológico en el momento inmediatamente posterior al diagnóstico y antes de una posible cirugía, mientras que otros concluyen que es mejor iniciar la terapia posteriormente, pues debe ir encaminada a afrontar los efectos negativos de los tratamientos de quimioterapia o radioterapia, etc.

Dependiendo del momento de realización de la terapia puede variar el tipo de tratamiento, sus objetivos y resultados. Se plantea, por ejemplo, que para pacientes terminales hay que enfocar el tratamiento en el apoyo social, en el afrontamiento diario de los problemas, en el ordenamiento de sus asuntos y en la preparación a la muerte. Algunos estudios también intentan demostrar que este tipo de tratamientos pueden actuar además en el estado físico aumentando la supervivencia, tema que debe estudiarse más a fondo (De Vries et. al., 1997; Fawzy, 1999; Spiegel, 1990).

Por otro lado, la terapia que se plantea para los supervivientes de cáncer va encaminada a prepararles para que puedan afrontar posibles secuelas más o menos permanentes, vivir con el temor a la recidiva y, en general, afrontar posibles estresores o respuestas mal adaptativas (Fawzy, 1999). Se considera que los supervivientes de cáncer en general, son personas con mayor riesgo de padecer alteraciones emocionales, especialmente si han tenido problemas de afrontamiento, “life-events” estresantes añadidos, historia anterior de alteración emocional, inadecuado apoyo social o prolongadas limitaciones físicas. Una vez curada la enfermedad deben hacer frente a varios problemas en diferentes áreas, y son estos problemas específicos los que se deben abordar en la terapia: Problemas relacionados con la salud física (además del temor a una recurrencia del cáncer, efectos secundarios de los tratamientos que pueden ocasionar otras enfermedades a nivel vascular, neurológico, cardíaco, pulmonar, urológico, inmunológico, gastrointestinal y de los órganos reproductivos); problemas relacionados con el bienestar psicológico (desconsuelo al haber terminado el tratamiento con sentimientos de vulnerabilidad y incertidumbre, irritabilidad, tristeza, etc.); y por último, problemas relacionados con los seguros médicos o con el trabajo (Edgar et. al., 2000; Zampini y Ostroff, 1993).

También se plantean intervenciones específicas en cáncer de mama antes de la mastectomía, viéndose que en estos primeros momentos las terapias informativas y las que proporcionan mecanismos de afrontamiento influyen en los niveles de adaptación posteriores, reduciendo los niveles de ansiedad y depresión (Burton et. al., 1995). Pero en el caso concreto del cáncer de mama se proponen cuatro momentos de mayor vulnerabilidad a padecer alteraciones emocionales y en los que puede ser más útil un apoyo psicológico o psiquiátrico (Fertig, 1997):

- Después del diagnóstico se observan reacciones de ansiedad intensa y desesperanza, con dificultad para realizar las actividades cotidianas. En esos momentos existe una gran necesidad de obtener información sobre las opciones de tratamiento para poder decidir sobre las más adecuadas (a excepción de las personas que prefieren evitar o negar la situación). También pueden observarse reacciones fóbicas a la anestesia o a los tratamientos de quimioterapia o radioterapia. Los elevados niveles de ansiedad pueden interferir en la toma de

decisiones así como en la adherencia a los tratamientos, por lo que el tratamiento psicológico debe orientarse hacia la información y el afrontamiento (Fawzy, 1999).

- El periodo que sigue a la finalización de los tratamientos también es crítico para estas pacientes, observándose ansiedad asociada a la incertidumbre hacia el futuro, y el temor a la recurrencia de la enfermedad, preocupación por volver a las responsabilidades laborales o domésticas, y adaptación a las secuelas del tratamiento (cicatrices, síntomas resistentes secundarios al tratamiento de quimioterapia, menopausia inducida). El tratamiento psicológico irá encaminado a afrontar estas preocupaciones y a ayudar a que la persona pueda volver a su vida habitual (Fawzy, 1999). Un caso particular en que la terapia psicológica ha demostrado ser especialmente útil es el de las mujeres que han pasado por un autotrasplante de médula, donde la recuperación tanto física como psicológica es aún más complicada (Feigin et. al. 2000).

- El diagnóstico de la recurrencia de la enfermedad es comparable al primer diagnóstico, provocando elevados niveles de ansiedad, con mayores preocupaciones sobre la supervivencia y mayores sentimientos de tristeza y depresión. Nuevamente la persona debe recobrar el control y plantearse un plan de tratamiento a seguir. La comunicación con el médico y el Juicio de Control son fundamentales en este periodo, así como el apoyo familiar y social (Fawzy, 1999).

- La fase terminal presenta alteraciones emocionales donde destaca un temor intenso, más que a la muerte a la manera en que se llegue a ella, especialmente en lo referente al dolor. En esos momentos la seguridad de que el dolor podrá controlarse es esencial. La dependencia de otros también es un tema al que la persona debe adaptarse. El bienestar espiritual también es un tema a tener en cuenta (Fawzy, 1999).

Las intervenciones psicológicas también pueden variar en cuanto a la duración de cada sesión, la periodicidad de las sesiones y la duración del tratamiento general (Maguire, 1995; McQuellon et. al., 1998). La duración de las sesiones suele ser de una media que oscila entre 60 y 90 minutos. La periodicidad acostumbra a ser semanal, aunque en algunos casos es quincenal. Se proponen tratamientos breves de 5-8 sesiones en el caso de terapias

educacionales y tratamientos más largos en el caso de terapias de apoyo social-emocional. Incluso se han probado tratamientos educacionales intensivos de fin de semana (Cunningham et. al., 1995). Este formato intensivo ha demostrado ser tan efectivo en la mejoría de la Calidad de Vida como un programa de seis semanas. Los autores plantean que posiblemente la mejor fórmula sería empezar con un fin de semana y después continuar con sesiones semanales. También plantean que los programas intensivos pueden ser efectivos para ayudar a pacientes de buen pronóstico a afrontar la enfermedad y sus tratamientos, mientras que los programas más prolongados podrían reservarse para pacientes en los que la enfermedad amenace seriamente la vida, y que pueden requerir un apoyo más continuado (Fawzy, 1999). Vemos, por tanto, que el tema referente a la duración puede variar en base al tipo de terapia a seguir y al profesional que la dirija (Pruitt et. al. 1993), o en función de la severidad de la enfermedad y el tipo de tratamiento (Fawzy, 1999; Meyer y Mark, 1995).

Se plantea también el dilema de si es bueno proporcionar ayuda a todos los pacientes o sólo a aquellos que lo necesiten. Se concluye que hay que hacer una aproximación a todos con instrumentos de evaluación o métodos que permitan detectar, ya en los primeros momentos, a aquellas personas que necesitarán ayuda psicológica (Maguire, 1995) y ofrecérsela a éstas. Weissman (1979) por su parte desarrolló un Índice de Vulnerabilidad para identificar a aquellos pacientes que presentan un mayor riesgo de sufrir alteraciones psicológicas o psiquiátricas a medida que la enfermedad progresa. Éste se basa en aspectos médicos (síntomas físicos, estadio, características del personal médico, percibiéndose como poco reforzante o proporcionando poca información), sociales (presiones socio-económicas, problemas maritales, aislamiento social, poco apoyo social, pérdidas recientes), psicológicas y psiquiátricas (problemas psiquiátricos o emocionales anteriores, elevada ansiedad, tendencia al pesimismo, abuso de sustancias). En cualquier caso, es importante tener en cuenta la personalidad del sujeto y su estilo de afrontamiento (Fertig, 1997), así como el momento de la vida del sujeto en que ocurre la enfermedad, en relación con el desarrollo personal y con las cuestiones del mismo que se ven afectadas. Por último, debe tenerse presente el ataque a la feminidad y a la fertilidad, especialmente en mujeres solteras que padecen cáncer de mama.

En cuanto a la efectividad de los tratamientos atendiendo a la modalidad o tipo de terapia, algunos resultados indican que los grupos educacionales son más efectivos en cuanto a proporcionar una adaptación al cáncer que los grupos de apoyo, a pesar de que el apoyo que más se valora es el emocional. Esto se debe a que en los grupos educacionales muchas veces también hay un componente de apoyo emocional y que los grupos de discusión en ocasiones pueden conseguir lo contrario de lo que pretenden cuando no son del todo homogéneos y no están bien estructurados. No obstante, cuando metodológicamente ambos tipos de intervenciones cumplen los requisitos necesarios, tanto los grupos de apoyo emocional como los educacionales de intervención cognitivo-conductual (ya sea individual o en grupo) han demostrado ser beneficiosos en cuanto a proporcionar estrategias de afrontamiento, y mejorar el estado de ánimo y la Calidad de Vida. Aunque continúe discutiéndose sobre cuál de las modalidades es más efectiva y numerosos estudios den resultados contradictorios, todos están de acuerdo en decir que los grupos control no muestran estas mejorías, y que incluso muestran un deterioro en los meses posteriores al diagnóstico (Bottomley et. al., 1996).

En relación a la mayor efectividad de un abordaje individual o grupal también existen resultados contradictorios. Los resultados obtenidos en los numerosos estudios comparativos son muy variados. Unos están a favor de terapias grupales, porque dan la oportunidad de conseguir información sobre la enfermedad y compartirla, y sobre cómo superar los problemas y potenciar la expresión de emociones, pero tienen la desventaja de que pueden ser inefectivos o perjudiciales en los siguientes casos: a) En aquellas personas que no acepten verse a sí mismas como enfermos de cáncer, b) en aquellas personas que no desean hablar del tema con otros, cuando la comparación con otras personas que están afrontando mejor o tienen mejor pronóstico aumente la indefensión, c) cuando algunas necesidades específicas de un paciente queden desatendidas, y d) cuando un miembro del grupo sufre una recaída o fallece (Hitch et. al., 1994). Una posible conclusión de estos resultados aparentemente contradictorios es que lo idóneo sería hacer una mezcla de estrategias. Por ejemplo, con un primer abordaje individual para pasar a grupal en los casos en que fuera necesario (Fawzy et. al., 1996; Hosaka, 1996).

Independientemente de todas las particularidades, en general los resultados de los diferentes estudios han sido siempre favorables a la intervención psicológica, concluyendo que

las intervenciones psicosociales tienen un efecto positivo en el ajuste y adaptación al cáncer, en el funcionamiento del paciente en su vida cotidiana, y en la mejora de los síntomas consecuentes de la enfermedad y sus tratamientos (Cunningham, 2000; Fawzy, 1999; Merluzzi et. al., 2001; Meyer y Mark, 1995). No parece que exista un tipo de intervención significativamente más eficaz para ayudar a los pacientes a adaptarse al cáncer, pero sí se observa que cada tipo se orienta a diferentes necesidades que contribuyen a la adaptación. Así, parece que las terapias educacionales y cognitivo-conductuales ayudan a los pacientes a afrontar la falta de información médica y las reacciones estresantes al tratamiento y a mantener hábitos saludables. Las intervenciones más específicamente orientadas a proporcionar apoyo emocional ayudan a afrontar preocupaciones interpersonales y existenciales y propician la oportunidad de obtener apoyo de otras personas que están en la misma situación. En general, los tratamientos que contienen soporte social y proporcionan estrategias adecuadas de afrontamiento serán los más efectivos. Algunos autores abogan por una mezcla de apoyo social y terapia cognitivo conductual en grupo (Berglund et. al., 1994-a, 1994-b; Bottomley, 1997-a, 1997-b). Se considera especialmente efectiva esta mezcla por aumentar la Autoeficacia (Cunningham et. al., 1995), aumentar el Juicio de Control, la autoestima y el optimismo (Helgeson y Cohen, 1996), siendo este aspecto de optimismo un elemento fundamental para conseguir un buen estado emocional y una buena adaptación a la enfermedad (Carver et. al., 1993, 1994). En cuanto a las intervenciones individuales o grupales, tampoco parecen diferir en cuanto a su efectividad, la cual puede depender más de las preferencias personales y la personalidad que de la aproximación terapéutica o su contenido (Iacovino y Reesor, 1997). En cualquier caso, el programa de tratamiento más completo, que contemple todas las necesidades del paciente será el mejor (Berglund et. al., 1994-a, 1994-b; Clot, 1991; Cruzado, Olivares y Fernández, 1993; Die et. al., 1997; Moorey et. al., 1998; Zampini y Ostroff, 1993).

Según Fawzy et. al., (1995) los programas de tratamiento psico-educacionales que son estructurados, planteados a corto término, y que proporcionan información sobre salud, manejo del estrés y afrontamiento con entrenamiento cognitivo-conductual, junto con un grupo de apoyo psicosocial, ofrecen los efectos más beneficiosos para pacientes que han sido recientemente diagnosticados o se encuentran en los primeros estadios de la enfermedad, con buen pronóstico para aprender como vivir con cáncer. Por otro lado, se recomiendan

especialmente grupos de apoyo emocional, con reuniones semanales, para pacientes con la enfermedad avanzada (con metástasis), que se centren en el afrontamiento diario, manejo del dolor y afrontamiento de la muerte (Fawzy, 1999; Fawzy et. al., 1995).

En los últimos años numerosos estudios plantean que un tratamiento psicológico, además de contribuir a mejorar el estado psicológico y ayudar a mejorar el estado físico (mejorando el dolor y sus consecuencias y las náuseas y vómitos de la quimioterapia), también influyen en el sistema inmunitario contribuyendo de manera indirecta a lograr una mayor supervivencia (Fawzy y Fawzy, 1998; Gruber et. al., 1993; Spiegel, 1990). Algunos autores consideran que la mayor supervivencia podría conseguirse a través de aumentar el Espíritu de Lucha (Greer, 1991; Morris et. al., 1992; Spiegel, 2001; Tschuschke et.al., 2001) y otros a través del apoyo social, propiciando la confrontación y expresión de emociones (Epping-Jordan et. al., 1994; Cwikel et. al., 1997; Kreitler et. al., 1997; Levy et. al., 1991), así como aumentando la sensación de control ante el afrontamiento a la muerte (Spiegel, 1990). No obstante, éste es un tema controvertido que requiere ser más estudiado.

3.3.3. POSIBLES MECANISMOS DE ACCIÓN

Los programas de tratamiento demuestran su utilidad en términos de mejoría en la Calidad de Vida (Owen et. al., 2001) y en la satisfacción tanto de los pacientes como de sus familiares, así como del propio servicio de atención médica (Cunningham, 2000; Cruzado et. al., 1993). Hemos visto que los componentes de las terapias para mejorar la Calidad de Vida se basan en el soporte emocional para manejar temores y ansiedades sobre la enfermedad, en la información sobre la enfermedad, el tratamiento y cuestiones particulares de los diferentes tipos de cáncer, y en la enseñanza de estrategias cognitivo-conductuales (Andersen, 1992). Las medidas que se toman como referencia para determinar la efectividad del tratamiento se hacen a través de cuestionarios o escalas que evalúan cambios en las estrategias de afrontamiento, en el estado emocional y en la Calidad de Vida.

En nuestra opinión, el mecanismo fundamental que subyace a estas intervenciones es la mejoría en el Juicio de Control de los pacientes (es decir, en la obtención de un Juicio de

Control positivo o Percepción de Control). Varios autores apoyan esta idea con las conclusiones de sus estudios:

-Fertig (1997) menciona como objetivo básico en el tratamiento del cáncer el ganar Percepción de Control.

-Para Folkman y Greer (2000) una terapia en principio debe atender al Control después a la Autoeficacia y finalmente al mantenimiento de un buen estado emocional.

-Wallston (1992) afirma que las terapias deben promover acciones para mantener la salud y la Percepción de Control, lo que implica que la persona debe valorar la salud, creer que sus acciones pueden promoverla, y consecuentemente creerse capaz de llevar a cabo las acciones para conseguirlo (Autoeficacia y Competencia Personal).

-Eifert, Coburn y Seville (1992) asumen que las estrategias para reducir la ansiedad deben centrarse en aumentar el Control Percibido ante la sintomatología física. La ansiedad también aumenta cuando la persona piensa que un acontecimiento desagradable incontrolable ha de ocurrir en el futuro. También en estos casos es adecuado fomentar la Percepción de Control ante hechos desagradables que puedan ocurrir.

-Helgeson y Cohen (1996) en su revisión de los diferentes tipos de terapia concluyen que las psico-educacionales pueden mejorar la Percepción de Control, la autoestima y el optimismo, al proporcionar información y enseñando modos de afrontar la enfermedad y sus tratamientos.

-Mcquellon et.al. (1998) mencionan que la terapia puramente informacional sirve para reducir la incertidumbre y el temor a lo desconocido e imprevisible. Reduce la ansiedad y depresión, con un afrontamiento más activo, fomentando el Control Percibido, aunque la intervención sea breve.

-Según Andersen (1992) las terapias psicológicas fomentan una buena adaptación a la enfermedad pues permiten saber más sobre ella, hacerle frente mediante estrategias

activas cognitivo-conductuales, y reducir la alteración emocional. Todo ello posibilita una interpretación realista de la situación y provoca una percepción de Autoeficacia y de Control temprano en el proceso de afrontamiento.

-Merluzzi y Martínez (1997) concluyen que la efectividad de la intervención psicosocial se consigue a través de propiciar la expresión de emociones, proporcionar más información realista, eliminar falsas ideas respecto a la enfermedad y ayudar a poner en marcha estrategias adecuadas de afrontamiento. Con esto se consigue de manera general que el sujeto aumente su Juicio de Control y Autoeficacia, favoreciendo así la adaptación a la enfermedad al reducir la manifestación de alteraciones emocionales.

La información completa y clara sobre la enfermedad y sus tratamientos contribuye a mejorar el Juicio de Control, en el sentido de que disminuye la imprevisibilidad, al tiempo que define claramente el papel de cada uno de los agentes de control (paciente y personal médico).

Fomentar las estrategias adecuadas de afrontamiento contribuye a aumentar el Juicio de Control. Ya hemos señalado a lo largo del presente capítulo que dichas estrategias equivalen a lo que el MAC define como "Espíritu de Lucha", pues conllevan la sensación subjetiva de ser capaz de llevar a cabo las acciones adecuadas para superar el reto que supone la existencia de la enfermedad. Otros estudios revisados basan el funcionamiento de la terapia psicológica en este elemento fundamental del Juicio de Control, el afrontamiento, por tanto, aunque no estén mencionando directamente el Juicio de Control, en la base de su afirmación subyace la misma idea: La terapia psicológica puede modificar el estilo de afrontamiento y por tanto el Juicio de Control sobre la situación. . Entre estos estudios podemos mencionar los siguientes:

-Tanto Bottomley (1997-a, 1997-b), Bottomley et.al. (1996), como Fawzy y Fawzy (1998), Fawzy et. al. (1993) afirman que la Terapia Psicológica Adyuvante (cognitivo-conductual) es capaz de conseguir un cambio en las estrategias de afrontamiento medidas con el MAC, especialmente el Espíritu de Lucha, así como en

las medidas de alteración emocional del HAD y del POMS, principalmente disminuyendo la ansiedad.

-Tucker (1999) concluye que la Indefensión (entendida como un modo de afrontar) puede cambiarse mediante terapia.

- Zampini y Ostroff (1993) hablan de que tanto las secuelas físicas como los impedimentos consecuencia de los tratamientos del cáncer, que persisten una vez finalizados éstos, provocan alteraciones emocionales psicológicas. Los programas post-tratamiento son útiles también en fomentar el afrontamiento posterior y reducir la Indefensión.

- Gray et.al. (1997), asimismo consideran que los grupos de autoayuda aumentan la Autoeficacia al hacer que la persona, aunque sea por aprendizaje vicario, afronte mejor.

- Schnoll, Harlow, Stolbach et.al. (1998) plantean un modelo psicológico en el que se concluye que el estilo de afrontamiento determina de manera significativa la adaptación a la enfermedad. Llegan a esta idea observando que las pacientes más mayores con un peor estadio de la enfermedad presentan peores estrategias de afrontamiento en el MAC, más depresión, más ansiedad y menor Calidad de Vida que aquellas más jóvenes y con un estadio más favorable. Pero la edad y el estadio de la enfermedad no se relacionan con la adaptación de manera directa sino a través de las estrategias de afrontamiento, sobre las que habrá que actuar para conseguir una buena Adaptación.

El apoyo social-emocional también contribuye a obtener un Juicio de Control positivo y mejorar la Autoeficacia debido a que la persona que sufre de cáncer encuentra así un sistema social donde las reacciones emocionales y los comportamientos de los otros le influyen de manera favorable. Así, las personas con cáncer evalúan sus propios recursos y los del entorno (apoyo social, de la familia o amigos, información del personal médico, marcadores tumorales,

etc.), y desarrollan expectativas de eficacia sobre sus habilidades de afrontamiento. Si este entorno induce una sensación de control, provocará expectativas de eficacia más elevadas y dará lugar a pacientes más eficaces que afrontarán mejor la enfermedad y sus tratamientos que las menos eficaces (Merluzzi y Martinez, 1997; Merluzzi et.al., 2001).

Igualmente, el apoyo social-emocional favorece la adaptación y aumenta el Juicio de Control, como afirman Blanchard et. al. (1995) en su revisión de estudios sobre apoyo social y terapias de apoyo social. Estos autores concluyen que el apoyo social-emocional: a) Puede hacer disminuir la ocurrencia de hechos estresantes; b) Si éstos ocurren, la interacción con otras personas significativas puede modificar la interpretación y mitigar el efecto estresante del suceso; c) Puede influir en las estrategias de afrontamiento y reducir el efecto entre el hecho estresante y sus consecuencias negativas; d) Puede mitigar también el efecto del suceso en la autoestima. Por otro lado, puede ser negativo si es excesivo al potenciar sentimientos de dependencia e incapacidad (Bottomley y Jones, 1997)

Así, finalmente podríamos decir que la intervención psicológica, en sus diferentes modalidades, persigue, además de reducir la reactividad emocional, aumentar el Juicio de Control y la Competencia Personal en relación a fomentar la Autoeficacia y la capacidad de realizar acciones para lograr una buena adaptación a la enfermedad, siendo el Juicio de Control el aspecto que, en nuestra opinión, constituye la clave de la efectividad de las terapias, ya que es fomentado de dos maneras: a) De forma indirecta, disminuyendo el impacto emocional, lo que permitirá que el paciente desarrolle el Juicio de Control positivo cuando sea capaz de hacerlo por sí mismo, y b) de forma directa, adiestrando al paciente y a su entorno social para llevar a cabo aquellas estrategias de afrontamiento para obtener un Juicio de Control positivo.

3.4. VALORACIÓN Y CONCLUSIONES:

La adaptación al cáncer se puede considerar como un proceso, como un resultado, o como ambas cosas, es decir como todas aquellas actitudes y conductas a nivel cognitivo y conductual que pone en marcha el sujeto ante el diagnóstico, durante el periodo de tratamiento

e incluso posteriormente, que le permiten mantener un buen estado emocional, funcional, y en conclusión, una buena Calidad de Vida.

Si nos quedamos con esta definición de adaptación a la enfermedad deberemos atender a los pacientes que padecen de cáncer en consecuencia con la misma. Esto supone valorar sus mecanismos de afrontamiento (sus actitudes y comportamientos) y el resultado emocional que consiguen. Así, los instrumentos de evaluación que nos pueden ser útiles deberán contemplar estos dos aspectos. En este sentido, uno de los más utilizados y que a nuestro entender reúne más cualidades, es el Cuestionario de Ajuste Mental a la Enfermedad (MAC). Este instrumento está valorando actitudes y comportamientos ante la enfermedad, es decir estrategias cognitivas y conductuales, clasificadas, como ya hemos visto anteriormente en este mismo capítulo, en cinco categorías, siendo el “Espíritu de Lucha” la más deseable en función del estado emocional que la acompaña o que puede conseguirse cuando se adopta. A esta conclusión han llegado los diferentes estudios que han relacionado las diferentes escalas del MAC con cuestionarios que miden estado afectivo, como son el HAD o el POMS. Al mismo tiempo, los diferentes estudios que han relacionado las estrategias de afrontamiento con la Calidad de Vida también han encontrado que los estilos de afrontamiento que acompañan o dan lugar a una mejor Calidad de Vida son equivalentes a la escala de Espíritu de Lucha del MAC. Incluso se ha relacionado el MAC con factores de personalidad, concretamente relacionando el patrón C con La escala de “Desesperanza/Desamparo (Indefensión)”. Vemos por tanto, que el MAC es una herramienta de evaluación que directa o indirectamente proporciona amplia información de una manera sencilla y rápida, que es lo que pretendían sus autores.

Por otro lado, una vez conseguida la información referente a como el sujeto afronta la situación de enfermedad, la cuestión es si se puede intervenir y cómo hacerlo para modificar los estilos inadecuados. Los diferentes estudios sobre terapias de apoyo psicológico a los pacientes de cáncer muestran numerosas modalidades y variaciones. Nuestra reflexión es que aunque no todo el mundo necesita apoyo existe un elevado porcentaje de pacientes que puede beneficiarse del mismo, especialmente aquellas personas que adoptan estrategias de afrontamiento causantes o consecuentes de estados anímicos alterados (ansiedad y/o depresión). Así, una vez identificadas estas personas hay que ofrecerles un apoyo. Las

intervenciones que proporcionan información sobre la enfermedad y que contienen un componente educacional, es decir, que proporcionan estrategias cognitivo-conductuales de afrontamiento, son las más efectivas. La opción por una modalidad individual o grupal puede tomarse en función de las características y preferencias personales. Así, la terapia grupal puede estar indicada en aquellos casos donde el apoyo familiar y social sea limitado, mientras que la individual puede ser más efectiva en aquellos casos en los que la persona sea reticente a relacionarse con otros pacientes y el apoyo social sea bueno o suficiente. El objetivo de las terapias informativo-educacionales será proporcionar una información realista y clara sobre la enfermedad y sus tratamientos, así como proporcionar mecanismos de afrontamiento que permitan al sujeto mantener un buen estado anímico y una buena Calidad de Vida. Las terapias grupales, al mismo tiempo, aportan un apoyo social que supone el poder disponer de un ambiente en que se pueden expresar emociones, no solo ante el terapeuta, sino también ante personas que están pasando por lo mismo y que entienden bien la situación.

Se plantea que el mecanismo básico de la terapia es la recuperación o el aumento del Juicio de Control, ya que con la información y la expresión de emociones se hace posible que los sujetos re-evalúen sus propios recursos y los del entorno (apoyo social, de la familia o amigos, del personal médico, etc.) y a través del aprendizaje de adecuadas estrategias de afrontamiento desarrollen expectativas de eficacia sobre sus habilidades de afrontamiento, y las pongan en marcha.

4. EL JUICIO DE CONTROL Y LA ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD

En los capítulos 2 y 3 hemos ofrecido evidencia suficiente que muestra que un paciente de cáncer que mantenga estrategias de afrontamiento activas ante la enfermedad podrá mantener un buen estado emocional (es decir, una buena adaptación). No obstante, los datos provenientes de las investigaciones permiten también la interpretación complementaria; esto es, que la existencia de un estado emocional estable favorece el uso de estrategias de afrontamiento adecuadas, como el Espíritu de Lucha. En cualquier caso, ambos aspectos psicológicos parecen ir indisolublemente relacionados, por lo que sería interesante determinar qué otras variables psicológicas (si las hay) determinan la aparición de esos perfiles de comportamiento. Para ello, el modelo de Psicología del Control que hemos presentado en el apartado 1.2. nos puede dar algunas orientaciones, ya que del mismo se deriva que tanto el uso de determinadas estrategias de afrontamiento como el estado emocional son consecuencia de un Juicio de Control previo. En el caso de que éste sea positivo, el individuo considerará que, o bien él mismo, o bien el personal médico pueden hacer algo para controlar la enfermedad y los efectos que conlleva y, en consecuencia, desarrollará estrategias de afrontamiento activas y mostrará un estado emocional carente de alteraciones importantes. Si el Juicio de Control es nulo, se derivará el perfil contrario.

El modelo de la Psicología del Control que hemos propuesto nos permite integrar también el caso de la ilusión de control, pues las consecuencias beneficiosas de la misma (que hemos abordado en el capítulo 2) vienen también supeditadas a la existencia de un Juicio de Control positivo que desencadena el cuadro que hemos descrito en el párrafo anterior. Lo mismo puede decirse de la situación inversa, que tiene lugar cuando se produce una ilusión por Juicio de Control nulo que da lugar a las reacciones de Indefensión y sus consecuencias, ya descritas en el apartado 3.2.1.3.

De forma similar, y tal y como hemos argumentado en el apartado 3.3.3., el mecanismo en el que las terapias que se aplican en Psicología Oncológica basan su efectividad se fundamenta en la inducción de un Juicio de Control positivo por parte del paciente. Por todo

ello, argumentamos que el Juicio de Control es la base a partir de la cual el individuo desarrolla sus reacciones emocionales y sus estrategias de afrontamiento de la enfermedad. Dependiendo de que el Juicio de Control sea positivo o nulo, la consecuencia será más o menos adecuada para la calidad de vida y el bienestar del individuo. Consideramos, en consecuencia, que el Juicio de Control es la variable psicológica antecedente y moduladora de las reacciones conductuales y emocionales ante la enfermedad, y que su valoración puede permitir deducir el nivel de adaptación y el tipo de estrategias de afrontamiento que llevará a cabo el individuo.

Ahora bien, el Juicio de Control, tal como lo hemos definido en nuestro modelo de la Psicología del Control es una aseveración sobre un hecho concreto, que está implícita en las acciones de los individuos, pero que sólo ante una demanda explícita (una pregunta concreta y precisa) se manifiesta de manera "consciente". Esto es factible en determinadas investigaciones, especialmente en el ámbito del laboratorio, en las que la formulación de la pregunta ("¿qué grado de control cree Ud. que tiene sobre...?") es relativamente sencilla, pues se refiere a eventos muy concretos y muy claramente delimitados por el contexto del laboratorio y por el diseño de la investigación que se desarrolla en el mismo. Así, en este tipo de investigaciones, se formulan preguntas respecto a la relación existente entre acciones sencillas (por ejemplo, apretar una tecla) y resultados claramente visibles e inmediatos (aparecerá, o no, un punto luminoso en la pantalla del ordenador). Sin embargo, cuando nos referimos a situaciones no experimentales, fuera del contexto del laboratorio, las preguntas son más difíciles de formular, especialmente cuando se trata de casos relativos a la presencia de una enfermedad con múltiples manifestaciones y formas de tratamiento, y cuyos resultados más relevantes son difíciles de prever y aparecen a medio o largo plazo. Esto ocurre de forma muy patente en el cáncer, ya que los diagnósticos son muy variados y los resultados esperables se basan, en general, en referencias estadísticas sobre el porcentaje de pacientes que experimentan determinados síntomas ante los tratamientos o que sobreviven a la enfermedad al cabo de un período de tiempo que suele medirse en años.

En consecuencia, si bien es teóricamente posible llegar a formular la pregunta o preguntas pertinentes para valorar el Juicio de Control en cada caso, la complejidad de ciertas situaciones, como la que constituyen la enfermedad oncológica y sus tratamientos, hace que

sea poco adecuado y práctico utilizar esta estrategia en esos casos. La alternativa pasa entonces por realizar medidas indirectas del Juicio de Control a través de cuestiones que permitan a los individuos describir con facilidad lo que hacen ante la enfermedad y lo que sienten o piensan ante la misma. Así, cuestionarios como el MAC o baterías de preguntas relativas a la Autoeficacia pueden permitirnos inducir, a partir de lo que el sujeto describe, cuál es el Juicio de Control que subyace a su comportamiento. De forma similar, este mismo concepto de medida indirecta puede también aplicarse a la adaptación a partir de su valoración mediante cuestionarios que miden diferentes manifestaciones del estado de ánimo, el bienestar y la Calidad de Vida.

El concepto de "medida indirecta" es susceptible de ser operacionalizado mediante una metodología específica que integra esa idea en el concepto de "variable latente", la cual constituye la base del denominado análisis de modelos de ecuaciones estructurales, estrategia ésta que ha sido ya utilizada en algunas investigaciones de Psicología Oncológica (Schnoll, Harlow, Brandt y Stolbach, 1998; Schnoll, Harlow, Stolbach y Brandt, 1998). El análisis de modelos de ecuaciones estructurales es un procedimiento estadístico multivariado el cual mezcla la potencia de la regresión múltiple y el análisis factorial en el marco de un modelo a testar. Se hipotetiza un modelo que plantea relaciones entre variables mensurables y constructos latentes. La estructura de varianza-covarianza del modelo hipotetizado se compara con la del modelo planteado para valorar la adecuación de éste, utilizándose diversos índices de ajuste (Maruyama, 1998; Schnoll, Harlow, Brandt et. al., 1998). Describiremos esta metodología con más detalle en el capítulo 7.

Por lo tanto, no sólo es teóricamente factible plantear la conceptualización y evaluación de una variable mediante medidas indirectas (esto es, mediante valoraciones realizadas con instrumentos que no evalúan directamente los aspectos básicos y fundamentales en los que se basa dicha variable), sino que también es metodológicamente posible llevarlo a cabo mediante la técnica del análisis de vías.

Una vez justificadas, tanto la pertinencia teórica del Juicio de Control como variable antecedente de las estrategias de afrontamiento y de la adaptación, y la posibilidad de analizarlo de forma indirecta como variable latente, podemos enunciar de forma definitiva la

hipótesis básica que pretendemos poner a prueba en la presente investigación y que ilustramos en la figura 16.

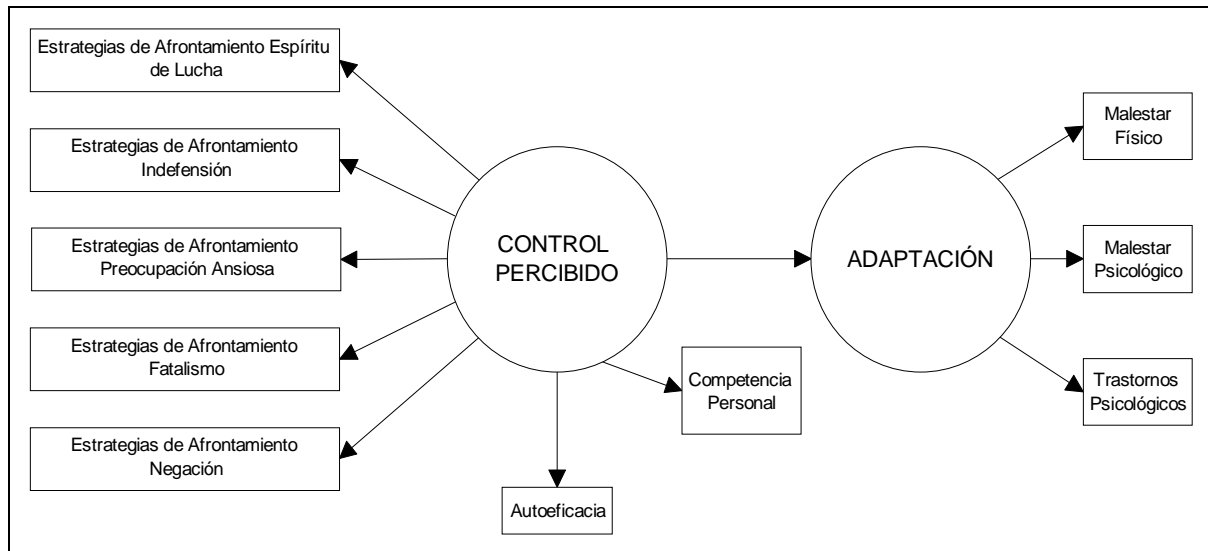


Figura 16: Guía de nuestra hipótesis de trabajo.

Planteamos que:

1) El Juicio de Control sobre aquellas situaciones en las que el agente es el sujeto es la variable que determina la Adaptación a la enfermedad (sobrentendiéndose, de lo visto en los capítulos anteriores, que es el Juicio de Control positivo o Control Percibido, el que determinará una buena Adaptación y el Juicio de Control nulo el que determinará una mala Adaptación).

2) El Juicio de Control descrito en 1) es una variable que puede valorarse de forma indirecta mediante la evaluación de las estrategias de afrontamiento, de la Autoeficacia y la Competencia Personal.

3) La Adaptación puede valorarse de forma indirecta mediante la evaluación del estado de ánimo, de la calidad de vida, y de la situación médica del paciente.

Nótese que, de acuerdo con el modelo de Psicología del Control que hemos presentado en el capítulo 1, el Juicio de Control se establece sobre una situación en la que deben existir un agente, unos medios, y unos resultados, aun cuando en situaciones concretas puede ocurrir que alguno de esos elementos no pueda ser claramente identificado. En la presente investigación hemos acotado la situación a valorar, restringiéndola a aquellos casos en los que el agente de control es el propio paciente, ya que los instrumentos de medida disponibles para valorar de forma indirecta el Juicio de Control en Psicología Oncológica se fundamentan en este planteamiento; es decir, valoran qué hace el sujeto ante la situación y no evalúan (o, al menos, no lo hacen de forma explícita), el Juicio de Control sobre aquellas situaciones en las que, objetivamente, el agente de control no es el sujeto, sino el personal médico. En el capítulo siguiente concretaremos con detalle qué elementos son los que, en este contexto, y en nuestra opinión, nos van a permitir llevar a cabo esta investigación utilizando el caso particular de las pacientes de cáncer de mama que acaban de recibir un diagnóstico en las fases tempranas de la enfermedad.