

International Journal of Psychology and Psychological Therapy

Universidad de Almería (España)

riotp@ual.es

ISSN (Versión impresa): 1577-7057

ESPAÑA

2002

Rosario J. Marrero Quevedo / Mónica Carballeira Abella

TERAPIA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN ENFERMOS DE CÁNCER

*International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, June, año/vol. 2,

número 001

Universidad de Almería (España)

Almería, España

pp. 23-39

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Universidad Autónoma del Estado de México

## Terapia de solución de problemas en enfermos de cáncer

Rosario J. Marrero Quevedo<sup>1</sup> y Mónica Carballeira Abella

*Universidad de La Laguna*

### RESUMEN

El propósito de este estudio fue mejorar el ajuste psicológico a la enfermedad de los pacientes de cáncer a través del incremento de sus habilidades cognitivas. Se presentan los resultados obtenidos de la aplicación de un programa de entrenamiento en habilidades de solución de problemas. La muestra ha estado compuesta por 46 pacientes de cáncer, de los cuales, 33 fueron adscritos aleatoriamente al grupo de intervención y 13 al grupo control. Para la valoración de la eficacia del programa se han usado medidas de autoinforme sobre habilidades interpersonales, miedos y capacidad para relajarse. Los resultados indicaron que el programa fue moderadamente eficaz de cara a potenciar las estrategias de solución de problemas, mostrando una eficacia relativa en la reducción de miedos y en el incremento de la capacidad de relajación.

*Palabras clave:* pacientes de cáncer, capacidades de solución de problemas, intervención psicosocial, malestar psicológico.

### ABSTRACT

The purpose of this study was to improve cancer patients' psychological adjustment to disease, by enhancing their cognitive skills. The results with the application of a problem solving abilities training program, are presented. The sample has been formed by 46 cancer patients, 33 were randomized to therapy group and 13 to control group. We have used self-report measures about interpersonal abilities, fears and relaxing ability, to assess the effectiveness of the therapy program. Results demonstrated that the program was moderately effective in order to improve problem solving abilities, showing a relative effectiveness in reducing fears and in increasing relaxing ability.

*Key words:* cancer patients, problem solving abilities, psychosocial intervention, psychological distress.

En las últimas décadas ha habido un interés creciente por investigar las distintas demandas a las que se enfrenta el enfermo de cáncer y, sobre todo, por fomentar estrategias de afrontamiento que le permitan hacer frente a dichas demandas. La situación de enfermedad genera en el paciente miedo, incertidumbre y un malestar subjetivo

---

<sup>1</sup>La correspondencia sobre el presente artículo puede dirigirse a: Rosario J. Marrero Quevedo. Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad de La Laguna. Campus de Guajara, s/n. La Laguna. 38205 S/C de Tenerife. Correo electrónico: rmarrero@ull.es

que se ha abordado mediante intervenciones psicosociales que tienen como fin último mejorar el ajuste y la adaptación a la enfermedad (Barreto, Ferrero y Toledo, 1993; Font, 1994; Pellicer y Salvador, 1990). Sin embargo, son escasos los trabajos que analizan sistemáticamente los efectos de la intervención psicológica en estos pacientes y en muchas ocasiones son difícilmente contrastables pues han empleado distintas perspectivas teóricas, distintos procedimientos terapéuticos, y distintos controles metodológicos. Pese a ello, estos trabajos muestran la relevancia de la intervención psicológica resultando útil para mejorar las estrategias de afrontamiento (Fawzy y Fawzy, 1994; Telch y Telch, 1986), el estado anímico (Worden y Weisman, 1984), la calidad de vida (Heinrich y Schag, 1985), los índices de supervivencia (Cwikel, Behar y Zabora, 1997; Spiegel, Bloom, Kraemer y Gottheil, 1989) y en definitiva, la adaptación a la enfermedad (Anderson, 1992).

Las intervenciones más frecuentes recogen desde estrategias educativas hasta intervenciones de asesoramiento y/o apoyo empleando distintas técnicas y procedimientos terapéuticos. Así, por ejemplo, tenemos la terapia de apoyo-expresiva de Spiegel que se centra en las respuestas emocionales que se desencadenan a consecuencia del diagnóstico y que ha sido eficaz no sólo mejorando la expresión emocional sino incrementando la tasa de supervivencia de los pacientes (Classen, et al., 2001; Gore-Felton y Spiegel, 1999; Spiegel y Classen, 2000; Spiegel y Diamond, 2001; Spiegel, et al., 1999). También nos encontramos con el tratamiento psicoeducativo de Fawzy y Fawzy (1994) que consta de cuatro componentes: educación para la salud, manejo del estrés, habilidades de afrontamiento y apoyo psicológico; y que ha permitido disminuir el malestar psicológico, aumentar la actividad y el deseo de desempeñar tareas, fomentar los métodos de afrontamiento conductual activo, y mejorar la tasa de supervivencia. O, la terapia psicológica adyuvante de Moorey y Greer (1989) que se basa en la terapia cognitiva de Beck y a través de expresión de sentimientos, reestructuración cognitiva, relajación, entrenamiento en comunicación y otros métodos de aprendizaje conductual ha permitido desarrollar el espíritu de lucha de los pacientes ante la enfermedad y disminuir la preocupación ansiosa, la desesperanza y el fatalismo (Greer, 1992; Greer y Moorey, 1997; Greer, et al., 1992).

En general, las distintas formas de tratamiento parecen haber sido exitosas pero, tal vez, los métodos cognitivo-conductuales son los que han mostrado efectos positivos más consistentes (Cwikel, Behar y Rabson-Hare, 2000). Telch y Telch (1986) comparando un entrenamiento en habilidades de afrontamiento con una terapia de grupos de apoyo encuentran que el grupo que recibió el primer tratamiento muestra menos malestar, menos problemas generales y mayor autoeficacia. Más recientemente, Moorey, Greer, Bliss y Law (1998) también demuestran la superioridad de la terapia psicológica adyuvante frente a una terapia de asesoramiento en pacientes con distintos tipos de cáncer. Y Helgeson, Cohen, Schulz y Yasko (1999, 2000) comparando un tratamiento educativo con un grupo de discusión de iguales en mujeres que padecen cáncer de mama, también encuentran que el grupo de intervención educativa mejora la vitalidad, el funcionamiento físico y social, y la salud general, mientras que el grupo de discusión presenta efectos negativos en vitalidad y en funcionamiento físico.

Así, parece que los programas de intervención de corte educativo o en los que

se incorporan técnicas cognitivo-conductuales benefician más a los pacientes que aquellos tratamientos en los que únicamente se discuten experiencias particulares o se promueve la descarga emocional (Edelman, Craig y Kidman, 2000). La terapia cognitivo-conductual ha mostrado su eficacia disminuyendo los niveles de ansiedad, depresión, confusión y fomentando el afrontamiento conductual-activo, que parece correlacionar negativamente con estados de humor negativo (Fawzy, et al., 1990; Fawzy y Fawzy, 1994; Fawzy, Fawzy y Canada, 2001); promoviendo estrategias de afrontamiento más adaptativas y un espíritu de lucha a través del manejo del estrés y de las habilidades de comunicación (Sebastian, Bueno, Mateos de la Calle y García, 1999); produciendo cambios en el humor, incrementando el optimismo y mejorando la autoestima (Antoni, et al., 2001; Edelman y Kidman, 2000); e incluso permitiendo a los pacientes adquirir nuevos patrones conductuales para afrontar eficazmente determinados acontecimientos vitales (Grossarth-Maticek y Eysenck, 1991).

Por otro lado, dentro de la perspectiva cognitivo-conductual, una de las técnicas que ha mostrado resultados prometedores con distintos tipos de población y con diversos problemas psicopatológicos es la solución de problemas, disminuyendo conductas disfuncionales y mejorando la salud mental (Nezu, 1986; Touchet, Shure y McCown, 1993). El propósito de este tipo de intervención es enseñar a las personas a seleccionar e implementar estrategias de afrontamiento más eficaces para un estresor dado o, lo que es lo mismo, generar modos más eficaces de tratar con los problemas personales e interpersonales (D'Zurrilla, 1986). La solución de problemas interpersonales es necesaria para la adaptación vital del individuo (D'Zurilla y Nezu, 1982) pues permite ser más flexible para poder adaptarse a las diferentes circunstancias sociales. Se ha observado que los enfermos oncológicos con escasas capacidades de solución de problemas suelen presentar niveles más altos de síntomas depresivos y ansiosos, así como más problemas relacionados con su enfermedad (Nezu, Nezu, Friedman, Houts, et al., 1999). De este modo, el malestar psicológico y los problemas emocionales a los que se ven sometidos podrían resolverse si se desarrollan sus capacidades de solución de problemas (Nezu, Nezu, Friedman, Faddis y Houts, 1998; Nezu, Nezu, Houts, Friedman y Faddis, 1999) y esto les permitiría tratar eficazmente con las demandas de la enfermedad y desarrollar métodos para alcanzar sus metas personales y satisfacer sus necesidades. Además, la solución de problemas va a permitir contrarrestar los efectos negativos del estrés, restablecer el control y fomentar el bienestar subjetivo del paciente.

De ahí que nos hayamos planteado aplicar un entrenamiento en solución de problemas basado en el modelo propuesto por D'Zurilla y Golfried (1971) e integrando las estrategias cognitivas aisladas por Spivack, Platt y Shure (1976), la sensibilidad a los problemas interpersonales o toma de perspectivas, el pensamiento de soluciones alternativas, el pensamiento causal, el pensamiento consecuencial, y el pensamiento medios-fines.

También hemos considerado necesario, teniendo en cuenta que los enfermos de cáncer presentan ciertas dificultades para expresar las emociones, sobre todo negativas, como ira, ansiedad y depresión (Watson, et al., 1991), incluir como ingrediente terapéutico la expresión emocional. La disminución de la afectividad negativa o el aumento de afectividad positiva podrían funcionar como mediadores en la evolución de la enferme-

dad. Así, se ha encontrado que las personas que manifiestan y expresan abiertamente las emociones negativas sobreviven más tiempo (Rodin y Salovey, 1989). Y estudios que analizan cómo afecta la autoevaluación de las capacidades de solución de problemas y las reacciones emocionales ante la ejecución de una tarea, indican que una orientación negativa puede distorsionar la información acerca del problema y hacer al individuo incapaz de aplicar con éxito sus capacidades de afrontamiento (Nezu, 1986; Nezu y Perri, 1989; Shewchuk, Johnson y Elliot, 2000).

Otra demanda de muchos pacientes oncológicos, e incluso de sus familiares, tiene que ver con la comunicación (Blanchard, Toseland y McCallion, 1996; Rodríguez-Marín, López-Roig y Pastor, 1996; Taylor, Falke, Shoptaw y Lichtman, 1986). Es habitual que el enfermo no desee hablar con sus allegados acerca de la enfermedad por miedo a la reacción que estos puedan tener y, en ocasiones, es la familia la que evita la comunicación pues teme enfrentarse a los miedos de su ser querido y carece de estrategias adecuadas para ayudarle a restablecer el ajuste. De este modo, en muchas familias se reduce el proceso de comunicación y se crea lo que se ha denominado la «conspiración del silencio». La terapia puede ser útil para explorar los sentimientos y miedos que el paciente considere demasiado dolorosos para comentarlos con familia y amigos (Holland, 1998; Massie, Holland y Straker, 1990). Además, si tenemos en cuenta que los pacientes tienen un mejor ajuste psicológico cuando cuentan con altos niveles de apoyo social percibido, establecer patrones de comunicación adecuados podría facilitar el acceso a su red de apoyo social.

Por otro lado, también creemos que podemos fomentar el apoyo social si la terapia se aplica de manera grupal pues los pacientes, estando con personas que viven su misma situación, van a poder validar sus propias emociones y las distintas reacciones que aparecen durante la enfermedad disminuyendo los sentimientos de inadecuación personal (Fawzy y Fawzy, 1998; Gracia, 1997; Helgeson y Cohen, 1996; Krupnick, Rowland, Goldberg y Daniel, 1993). Ante situaciones amenazantes, los individuos tienden a compararse con otros que están en peor situación para restaurar la autoestima positiva, de ahí que el grupo pueda funcionar como un agente de cambio eficaz (Wills, 1981). Y, el apoyo social que provee el grupo va a actuar como un refuerzo permitiendo al enfermo aplicar estrategias de afrontamiento más eficaces (Gabaldón, Mayoral y Páez, 1993).

Al igual que Heller (1979) suscribimos la importancia de desarrollar intervenciones que no sólo incrementen el contacto con otras personas sino que, además, enseñen al individuo a movilizar el apoyo social y a desarrollar recursos de afrontamiento que le permitan utilizar el apoyo de un modo más eficaz. En este trabajo, por tanto, aplicamos un programa de intervención psicológica grupal incorporando distintas estrategias cognitivo-conductuales: solución de problemas, expresión emocional, reestructuración cognitiva, comunicación y asertividad, e hipotetizamos que los pacientes sometidos a intervención podrán beneficiarse del mismo incrementando su capacidad de resolución de problemas y disminuyendo los miedos e inseguridades propios de la enfermedad.

## MÉTODO

*Participantes*

La muestra está compuesta por 46 enfermos oncológicos que acudían en régimen ambulatorio a los principales hospitales de la provincia de Santa Cruz de Tenerife. Estos fueron asignados al azar al grupo de intervención (n= 33) y al grupo control (n= 13). Al grupo control se le mantuvo sin tratamiento hasta que se concluyó la fase experimental.

El rango de edad de la muestra está entre los 21 y 68 años, siendo la edad media del grupo de intervención de 47,55 años y del grupo control de 52,61. En cuanto al género, en ambos grupos hay un claro predominio de mujeres, 28 en el grupo de intervención (84,85%) y 12 en el grupo control (92,31%). El 63,63% del grupo de intervención y el 61,54% del grupo control tienen un nivel de estudios primario (EGB) o medio (equivalente a BUP y/o FP), y la mayor parte carecen de empleo siendo amas de casa, jubilados/as o estudiantes (69,70% en el grupo de intervención y 46,15% en el grupo control).

En cuanto a las características de la enfermedad, aproximadamente la mitad de la muestra está diagnosticada de cáncer de mama (57,58% en el grupo de intervención y 46,15% en el grupo control); un porcentaje considerable tiene linfomas (el 21,21% en el grupo de intervención y el 30,77% en el grupo control); y el resto de la muestra tiene cánceres diversos como melanomas (1 en el grupo de intervención), matriz (1 en el grupo de intervención), ovario (1 en el grupo de intervención y 1 en el grupo control), vejiga (1 en el grupo de intervención) y colon (1 en el grupo de intervención y 1 en el grupo control). También debemos tener en cuenta que en cada grupo, intervención y control, un pequeño porcentaje (6,06% y 7,69%, respectivamente) padece tumores de origen desconocido. Atendiendo al estadio según el criterio de la *American Joint Committee on Cancer* (1988), en ambos grupos predominan los pacientes con estadio II, (42,43% en el grupo de intervención y 46,15% en el grupo control), distribuyéndose la muestra restante de manera similar en los estadios I, III y IV.

*Instrumentos*

Se emplearon una serie de escalas desarrolladas y validadas en estudios previos con enfermos oncológicos (Carballeira, 1993), pues la estructura factorial de las pruebas había demostrado ciertas diferencias en población enferma frente a población sana (Pelechano, 1997).

Las capacidades cognitivas se evaluaron a través de la batería de habilidades interpersonales de Bethencourt (1989). Esta batería está formada por cinco instrumentos diseñados para medir las dimensiones aisladas por el grupo de Spivack. El *Cuestionario de Percepción de Sentimientos* (TDP) consta de 15 situaciones problemáticas en las que el paciente debe adoptar el punto de vista de cada uno de los personajes y señalar cómo se siente en dicha situación. El *Cuestionario de Pensamiento Alternativo* (PA) está formado por 15 situaciones en las que el paciente debe generar todas las

soluciones que se le ocurran ante cada situación. El *Cuestionario de Pensamiento Causal* (PCA) también consta de 15 situaciones en las que el objetivo es generar los motivos que han podido ocasionar un problema dado. El *Cuestionario de Pensamiento Consecuencial* (PCO) plantea 15 situaciones en las que las personas deben señalar qué ocurre después de que se aplique una decisión. Por último, el *Cuestionario Pensamiento Planificador* (PMF) consiste en generar los medios necesarios para llegar a un fin determinado, también consta de 15 situaciones en las que el paciente debe gestionar los pasos para alcanzar una meta propuesta. Las respuestas a cada cuestionario eran calificadas por dos evaluadores independientes según fueran adaptativas para la población. La fiabilidad interjueces fue de un 90% a través del índice Kappa.

Los miedos se evaluaron con el *Cuestionario de Miedos* de Pelechano (1981), un instrumento adaptado del cuestionario de temores de Wolpe y Lang (1964). Esta prueba consta de 94 ítems y se empleó porque sondeaba distintos tipos de miedos (a los animales, a la medicina, a la agresión, etc.) y por tanto podría ser útil para apresar la amplia gama de miedos que suele manifestar el enfermo oncológico. De las 15 escalas obtenidas tras una factorización del cuestionario realizada con población general en nuestra comunidad autónoma (Capafóns, 1991), hemos empleado aquellas que podían tener más relación con la enfermedad oncológica: el miedo a la reprobación social (MRS) que recoge el temor al rechazo o a la desaprobación por parte de los demás; el miedo a aspectos relacionados con la medicina (MMD), sobre todo hacia las personas que trabajan en los servicios sanitarios (médicos, ATS...); el miedo a la pérdida de seres queridos (MPS), ya sea por muerte o porque se produzca algún tipo de distanciamiento; el miedo a objetos relacionados con la muerte (MM), que se refiere a todos los signos de la misma como ataúdes, coches fúnebres, etc.; el miedo a la sangre y a la enfermedad (MSE); la fobia social (FS) que refleja el miedo a situaciones en las que el individuo se tiene que exponer ante las personas; el miedo a la agresión (MA), donde se recogen situaciones en las que hay un daño directo ya sea físico o verbal; y aprensión (AP) que se refiere a miedos genéricos y, en cierta forma, fuera de la lógica.

Para apresar otros tipos de miedos que surgen en el contexto interpersonal incluimos el *Cuestionario de Miedo a la Crítica e Intransigencia* de Pelechano (1990). Este también fue factorizado con población oncológica (Carballeira, 1993) quedando con 25 ítems que evalúan miedo a la crítica (MC), es decir, en qué medida el individuo se ve influido por los comentarios de los demás ante la ejecución de determinadas tareas, y miedo al enfrentamiento personal (MEP), que refleja una actitud de inhibición y conformismo para evitar problemas o enfrentamientos con los demás.

Por último, para conocer la capacidad de relajación del individuo y otros estados emocionales empleamos el *Cuestionario BUSQUEST-DISGIR-INCREL* de Pelechano (1990) que tras la factorización realizada con enfermos oncológicos quedó con 28 ítems (Carballeira, 1993). Este cuestionario evalúa la ira manifiesta (IM), referida a la capacidad para expresar o controlar sentimientos negativos, y la incapacidad de relajación (IR), que recoge situaciones en las que el individuo tiene problemas para relajarse lo que le dificulta el disfrute de la vida.

### *Programa de intervención*

El programa de intervención está estructurado en siete fases, con un total de 16 sesiones, distribuidas semanalmente, y con una duración aproximada de 90 minutos. La aplicación fue llevada a cabo por personal especializado, psicólogos con formación específica en oncología, en 8 grupos de 3 a 5 enfermos oncológicos por grupo.

El principal componente terapéutico es la solución de problemas. Nezu, Nezu, Friedman, Houts, et al. (1999) aplican el modelo de solución de problemas a pacientes oncológicos bajo la perspectiva de que la enfermedad genera otros acontecimientos vitales estresantes y diversos problemas diarios, para los cuales van a ser necesarias nuevas respuestas de afrontamiento. Estos problemas que son comunes a la mayor parte de los pacientes oncológicos son los que pretendemos abordar con la técnica de solución de problemas. Puesto que el paciente lo que aprende es un modo de funcionar ante las dificultades, creemos que estas estrategias serán extrapolables a los problemas concretos y propios de cada individuo y podrán reducir el malestar psicológico. Entendemos la resolución de problemas interpersonales como la habilidad para generar ciertos procesos de pensamiento que nos permitan considerar una variedad de factores y seleccionar la mejor solución posible frente a una situación problema. Por otro lado, este tipo de programa ya ha demostrado su eficacia en trabajos previos realizados en nuestro país con otros grupos poblacionales, en una línea de investigación desarrollada e impulsada por Pelechano (Beleña y Báguena, 1992; Pelechano, 1991; Pelechano y González-Leandro, 1999). Y creímos conveniente adaptarlo y aplicarlo a enfermos oncológicos con el fin de fomentar las estrategias cognitivas básicas para la solución de problemas, desarrollando así el sentido de control y autoeficacia de los pacientes.

La fase 1 (2 sesiones) la denominamos *presentación general y conocimiento mutuo* y básicamente trata de exponer de manera general los contenidos del programa y precisar qué entendemos por problema. La fase 2 (4 sesiones) la llamamos *identificación de problemas*. El objetivo es definir operativamente todos los elementos que están implicados en una situación problemática. Para ello, se suministran recursos como expresión de sentimientos, habilidades comunicativas, toma de perspectivas o sesgos cognitivos que permitan identificar los problemas y hacer valoraciones objetivas de los mismos. La fase 3 (1 sesión) la llamamos *búsqueda de soluciones: pensamiento alternativo*. En ella se fomenta el pensamiento alternativo a través de la técnica del *brainstorming*, los pacientes aprenden que dejando fluir las alternativas pueden generar una multitud de soluciones para un mismo problema. La fase 4 (2 sesiones) denominada *valoración de soluciones: pensamiento causal*, tiene como objetivo ordenar secuencialmente los fenómenos interpersonales y descubrir los principales desencadenantes de la situación problema. A los pacientes se les presentan problemas interpersonales y deben analizar los motivos que pudieron ocasionar tal situación. La fase 5 (2 sesiones) se llamó *valoración de soluciones: pensamiento consecuencial* y se trabaja con la búsqueda de consecuencias tanto a corto, medio como a largo plazo. Este análisis permite jerarquizar las soluciones según las consecuencias sean beneficiosas o perjudiciales para la relación interpersonal. En la fase 6 (2 sesiones) denominada *ensayo de soluciones: pensamiento planificador* se aprende el proceso de toma de decisión ana-



lizando qué solución es más adecuada en función de las causas y consecuencias y qué pasos serían necesarios para poner en marcha dicha solución. La fase 7 (3 sesiones) de *revisión* es una fase integradora en la que se anima a los pacientes a poner en práctica las habilidades aprendidas de manera más asertiva. El entrenamiento asertivo se incluye con el objetivo de que el individuo entienda que tiene derecho a actuar del modo que ha decidido una vez aplicado el esquema de solución de problemas.

Durante todas las sesiones se anima a los pacientes a identificar y discutir sus propios problemas aplicando el esquema de solución de problemas, al mismo tiempo que se les proporciona apoyo y refuerzo positivo ante respuestas de afrontamiento adaptativas. La terapia incluye ejercicios didácticos, oportunidad de practicar las respuestas de afrontamiento, estrategias de *role-playing* y reestructuración cognitiva.

## RESULTADOS

### Línea base

No se encontraron diferencias significativas entre los grupos experimental y control en las variables sociodemográficas y las relacionadas con la enfermedad. Sin embargo, en Miedo a la crítica e Ira manifiesta sí aparecen diferencias entre ambos grupos. El grupo control manifestaba mayor miedo a la crítica y mayor ira manifiesta que el grupo de intervención [ $F(1,44)=4,32, p=.044$ ;  $F(1,44)=8,19, p=.006$ ]. En la tabla 1 se recogen las puntuaciones medias y desviaciones típicas de cada una de las varia-

Tabla 1: Medias y desviaciones típicas en la línea base y después del tratamiento

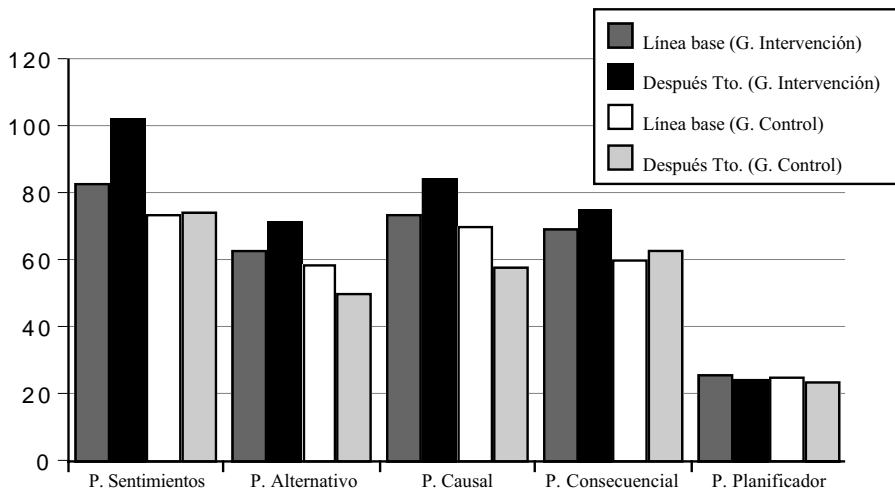
	GRUPO DE INTERVENCIÓN				GRUPO CONTROL			
	Línea base		Después tratamiento		Línea base		Después tratamiento	
	$\bar{X}$	DT	$\bar{X}$	DT	$\bar{X}$	DT	$\bar{X}$	DT
Percepción de sentimientos	83.1	42.6	102.4	54.9	73.7	18.6	74	15.2
Pensamiento alternativo	62.7	25.2	71.1	26.4	58.7	19.3	50.3	18.7
Pensamiento causal	73.8	26.7	84	24.1	69.8	25.5	57.8	15.9
Pensamiento consecuencial	69	28.3	75.2	25.5	60.3	17.3	62.8	9.6
Pensamiento planificador	25.4	7.6	24.5	7.7	25.3	8.3	23.7	6.5
Miedo a la reprobación social	10.1	4.6	8.6	4.3	10.1	5.1	7.8	5.1
Miedo a aspectos relacionados con la medicina	3.2	2.6	2.4	2.4	3	2.8	2.5	3.1
Miedo a la pérdida de seres queridos	11.1	3.3	10.7	3.7	10.8	3.2	9.5	4.1
Miedo a objetos relacionados con la muerte	5.6	3.5	4.5	3.4	3.7	3.2	2.6	3.7
Miedo a la sangre y a la enfermedad	5.6	2.9	5.3	2.9	5.7	2.9	5.2	3.1
Fobia social	2.6	2.1	2.4	2.2	3.8	2.4	2.2	1.9
Miedo a la agresión	13.1	4.7	12.4	4.4	13.2	4.9	12.5	4.4
Aprensión	4.4	1.9	3.3	1.8	4.5	2.1	4.1	2.2
Miedo a la crítica	14.1	6.3	12.3	7.1	18.5	7.4	16.5	7.1
Miedo al enfrentamiento personal	15.1	4.2	14.1	4.3	16.3	4.1	16.4	3.4
Incapacidad de relajación	9.6	5.9	7.9	5.6	7.5	3.9	8.7	4.2
Ira manifiesta	11.5	6.9	11.4	6.9	18	6.6	18.1	7.9

bles evaluadas tanto en la línea base como después del tratamiento para ambos grupos, intervención y control.

### *Efectos de la intervención*

Se realizaron análisis multivariados de varianza para comprobar la eficacia de la terapia, estableciendo contrastes entre las medidas antes y después del tratamiento para cada grupo, intervención y control (análisis intragrupo) y contrastes entre el grupo de intervención y control en las medidas tomadas inmediatamente después del tratamiento (análisis intergrupo).

En los pacientes del grupo de intervención, las capacidades de solución de problemas se incrementaron inmediatamente después del tratamiento, apareciendo diferencias significativas en percepción de sentimientos, pensamiento alternativo y pensamiento causal (ver figura 1).



*Figura 1:* Contrastes entre los grupos intervención y control antes y después del tratamiento en las variables de solución de problemas

En percepción de sentimientos aparece un efecto simple significativo [ $F(1,44)=7,93$ ,  $p=.007$ ] que indica un incremento de tal capacidad para el grupo de intervención una vez finalizada la terapia. En pensamiento alternativo aparece un efecto de interacción significativo [ $F(1,44)=8,70$ ,  $p=.005$ ]. Los efectos simples indican que el grupo de intervención mejora el pensamiento alternativo después del tratamiento [ $F(1,44)=8,54$ ,  $p=.005$ ], y estos cambios no se produjeron en el grupo control. En el caso del pensamiento causal, también aparece un efecto de interacción significativo [ $F(1,44)=8,35$ ,

$p=.006$ ]. Los efectos simples indican que el grupo de intervención ha incrementado su pensamiento causal después de la terapia [ $F(1,44)=6,23$ ,  $p=.016$ ], mientras que el grupo control disminuye, incluso, sus puntuaciones.

Los análisis intergrupo en las medidas tomadas después de la aplicación del tratamiento van en la misma línea (ver gráfico 1): aparece un efecto significativo en pensamiento alternativo [ $F(1,44)= 15,62$ ,  $p=.000$ ], puntuando más alto los pacientes del grupo de intervención que los del grupo control, y lo mismo ocurre en pensamiento causal [ $F(1,44)=12,97$ ,  $p=.001$ ]. Sin embargo, en percepción de sentimientos sólo aparecen diferencias marginalmente significativas [ $F(1,44)= 3,10$ ,  $p= .085$ ]. El pensamiento consecuencial también se ha incrementado después de la intervención, pero estas diferencias no resultan del todo significativas [ $F(1,44)= 3,56$ ,  $p=.066$  a nivel intragrupo;  $F(1,44)= 2,87$ ,  $p=.097$  a nivel intergrupo].

Los análisis efectuados con las variables de miedos resultaron significativos para

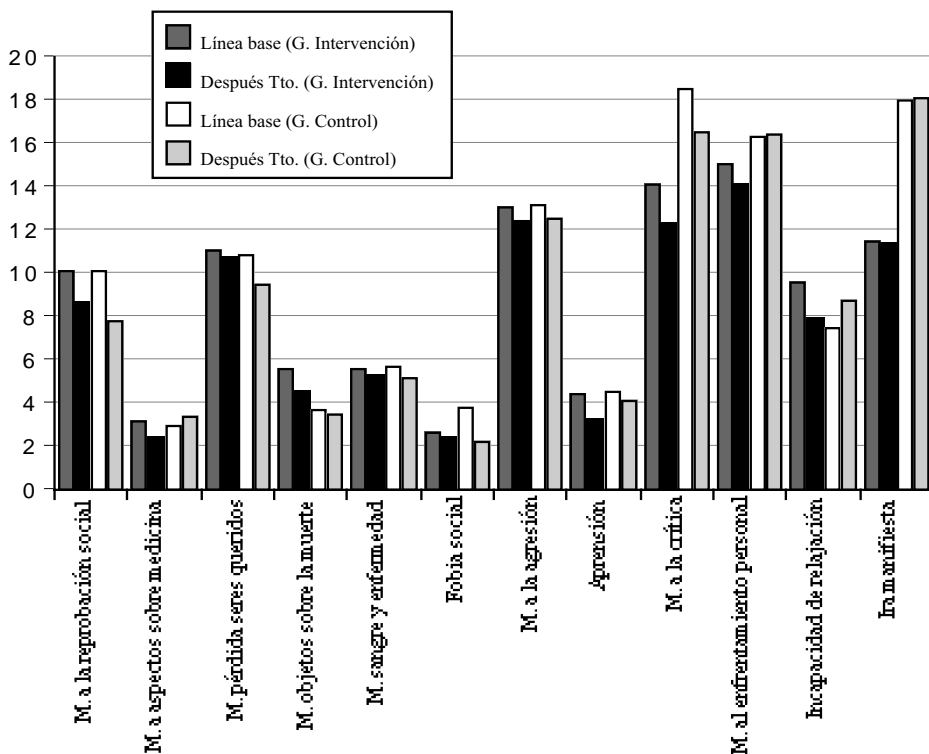


Figura 2: Contrastes entre los grupos intervención y control antes y después del tratamiento en las variables de miedos e incapacidad de relajación

el grupo de intervención, pero no cuando se establecían contrastes intergrupo (ver figura 2).

En miedo a la reprobación social y en aprensión aparece un efecto principal significativo para el tiempo [ $F(1,44)=10,88$ ,  $p=.002$ ;  $F(1,44)=4,86$ ,  $p=.033$ , respectivamente]. En el caso del miedo a la reprobación social, tanto el grupo de intervención como el control disminuyen su miedo después del período de tratamiento [ $F(1,44)=6,05$ ,  $p=.018$ ;  $F(1,44)=5,53$ ,  $p=.023$ ]; y en aprensión es el grupo de intervención el que presenta niveles más bajos de la variable [ $F(1,44)=9,91$ ,  $p=.003$ ]. En fobia social los análisis muestran una interacción significativa [ $F(1,44)=5,02$ ,  $p=.030$ ] aunque las diferencias no están a favor del grupo de intervención, sino que es el grupo control el que disminuye su fobia social transcurrido el tiempo de intervención [ $F(1,44)=8,89$ ,  $p=.005$ ]. En cuanto a miedo a aspectos relacionados con la medicina, las diferencias sólo son marginalmente significativas en la interacción [ $F(1,44)=3,03$ ,  $p=.089$ ] pero sí resultan significativas cuando analizamos los efectos simples en el grupo de intervención indicando una disminución del miedo después de la terapia [ $F(1,44)=4,96$ ,  $p=.031$ ], estas diferencias no aparecen en el contraste intergrupo. El miedo a objetos relacionados con la muerte también disminuye en el grupo de intervención después del tratamiento [ $F(1,44)=6,64$ ,  $p=0.13$ ], pero no hay diferencias significativas entre el grupo de intervención y el control. En el resto de las variables de miedos los resultados no arrojan diferencias significativas intra o intergrupo.

En cuanto al efecto del tratamiento en las medidas de miedo a la crítica y miedo al enfrentamiento personal sólo aparecen diferencias marginalmente significativas. En miedo a la crítica hay un efecto principal significativo a nivel intergrupo [ $F(1,44)=4,67$ ,  $p=.036$ ]. No obstante, debemos tener en cuenta que estas diferencias ya existían antes del tratamiento [ $F(1,44)=4,32$ ,  $p=.044$  en la línea base;  $F(1,44)=3,12$ ,  $p=.084$  después del tratamiento]. Por otro lado, el grupo de intervención presenta menos miedo al enfrentamiento personal después del tratamiento, aunque la diferencia es marginalmente significativa [ $F(1,44)=2,86$ ,  $p=.098$ ], y estos cambios también aparecen cuando se contrasta con el grupo control, teniendo menos miedo al enfrentamiento personal los pacientes del grupo de intervención que los del grupo control [ $F(1,44)=3,49$ ,  $p=.069$ ].

El tratamiento también resultó eficaz para disminuir la sensación de falta de relajación en el grupo de intervención [ $F(1,44)=4,27$ ,  $p=.045$ ], pero estas diferencias no se encontraron cuando se contrasta al grupo de intervención con el grupo control. En ira manifiesta las diferencias que se encontraron entre los grupos de intervención y control después del tratamiento [ $F(1,44)=8,19$ ,  $p=.007$ ] ya estaban presentes en la línea base [ $F(1,44)=8,19$ ,  $p=.006$ ], por lo que no podemos saber en qué medida la terapia ha contribuido a reducir las emociones negativas de los enfermos oncológicos.

## DISCUSIÓN

El propósito de este trabajo fue enseñar estrategias para mejorar el ajuste a la enfermedad del paciente oncológico y promover el sentido de control personal. Los resultados indican que el programa, en general, es capaz de mejorar las habilidades de

solución de problemas interpersonales en el grupo de pacientes que recibieron tratamiento. Encontramos que los pacientes del grupo de intervención mejoran su capacidad para generar distintas alternativas ante una situación problemática lo que les permitirá en el futuro adoptar soluciones más acertadas. También se observa un incremento de su capacidad para analizar las causas y consecuencias de las acciones y una mayor capacidad para percibir los estados de ánimo de los otros. Curiosamente, no se encuentran cambios en el pensamiento planificador, el cual se ha mantenido estable durante el tiempo de tratamiento en ambos grupos. Habría que investigar qué factores pueden estar implicados en el hecho de que el enfermo, a pesar de haber analizado minuciosamente una situación problema tenga dificultades para secuencializar los pasos necesarios en la consecución de una meta. Otros estudios que incorporan como ingrediente terapéutico la terapia de solución de problemas también han demostrado la efectividad de esta técnica para incrementar el afrontamiento y reducir el malestar del paciente oncológico (Fawzy y Fawzy, 1998; Telch y Telch, 1986). Aunque los resultados son difícilmente contrastables debido a que en muchos casos la solución de problemas se ha aplicado junto con otras estrategias terapéuticas y en otros contextos socioculturales. Tal vez uno de los objetivos de trabajos futuros tendría que ir en la línea de detectar cuál es la contribución única que puede hacer esta terapia en población oncológica.

Otro aspecto de interés es el efecto que ha tenido el programa disminuyendo distintos tipos de miedos, como los relacionados con la medicina, con objetos asociados a la muerte, con aprensión y con el enfrentamiento personal. Estos miedos, habituales en los enfermos oncológicos (Pelechano, 1999), y que suponen una fuente más de estrés, aunque no se hayan tratado expresamente en el contexto terapéutico, han podido ser abordados desde la solución de problemas. Al trabajar con procesos cognitivos, el enfoque de solución de problemas genera en el paciente una estrategia de funcionamiento válida para distintas situaciones personales y sociales. De hecho, también ha permitido disminuir la sensación de falta de relajación probablemente porque ha generado en los enfermos mayor seguridad y confianza en sí mismos permitiéndoles tener una actitud más positiva ante los problemas.

Existen ciertas limitaciones que podrían dar cuenta de la eficacia relativa del programa. Sólo un 10% de los pacientes a los que se les propuso tratamiento psicológico accedieron a participar en el mismo, esta selección muestral natural podría estar explicando el tipo de resultados obtenidos. Edgar, Remmer, Rosberger y Fournier (2000) señalan que las mujeres que utilizan terapias complementarias o que acuden a organizaciones de apoyo son las que puntúan más alto en afrontamiento centrado en la solución de problemas y más bajo en estrategias de evitación/escape, tal vez nuestros pacientes partían de un nivel adecuado de habilidades y por ello, los cambios encontrados no fueron de suficiente magnitud. De hecho, un análisis no sistemático de los resultados nos indica que algunas personas se beneficiaron más del programa que otras, sobre todo las que tenían escasas habilidades de solución de problemas, quizá la homogeneización de los grupos en función de las habilidades previas u otras características personales podría haber mejorado los resultados. Parece que las distintas necesidades de los pacientes regulan la eficacia de los programas de intervención. En mujeres con cáncer de mama, los grupos educativos han resultado más adecuados cuando éstas

informan de un número importante de problemas; mientras que los grupos de discusión de iguales resultan útiles para las mujeres que carecen de apoyo pero perjudiciales para las que ya cuentan con él (Helgeson, et al., 2000). A esto hay que añadir la ausencia de un seguimiento que tal vez podría haber arrojado más datos sobre los beneficios de la terapia a largo plazo. En otros estudios en los que no se apreciaban cambios inmediatamente después de la intervención, transcurridos 12 meses los pacientes mejoraban su ajuste (Spiegel, Bloom y Yalom, 1981). Quizá nuestros pacientes necesitaban más tiempo para consolidar las habilidades aprendidas durante el entrenamiento y poderlas generalizar a otras situaciones vitales. En cualquier caso, cuando contamos con un número reducido de personas dispuestas a recibir tratamiento psicológico, cualquier intento de homogeneización puede resultar inviable por lo que, en estas ocasiones, sólo nos queda intervenir con la población disponible, anteponiendo el criterio clínico al metodológico.

Otra limitación tiene que ver con los instrumentos que hemos empleado, los cuales pueden no haber sido sensibles al cambio terapéutico, pues en los casos en que se evaluaron directamente los componentes del programa (capacidades de solución de problemas) se observaron mejoras después de la intervención; mientras que en el resto de las variables evaluadas (miedos y capacidad de relajación) los resultados no fueron los previstos. Además, es un hecho que en Psicología de la Salud los estudios de intervención suelen tener menos poder a la hora de detectar sus efectos frente a los estudios de tipo descriptivo o explicativo (Maddock y Rossi, 2001) y los informes subjetivos de nuestros pacientes así lo avalan, pues la mayor parte alude al efecto positivo del programa en sus vidas. Algo similar ocurre en el trabajo de Edmonds, Lockwood y Cunningham (1999) en el que a pesar de los cambios observados por los terapeutas a nivel clínico, las medidas empleadas no reflejaron a largo plazo las mejoras obtenidas por el grupo de intervención. Owen, Klapow, Hicken y Tucker (2001) en una revisión de las distintas intervenciones psicosociales que se han desarrollado con pacientes oncológicos, destacan la dificultad que tienen estos tratamientos a la hora de establecer su eficacia.

En cualquier caso, y a pesar de estas limitaciones, los resultados del estudio sugieren que el modelo de tratamiento propuesto resulta útil para abordar tanto la problemática concreta del enfermo como otros problemas añadidos (Nezu, Nezu, Friedman, Houts, et al., 1999). Además, al ser un programa de amplio espectro en el que se trabaja con procesos cognitivos y se enseña una forma de actuar, más que soluciones puntuales a los problemas, puede ser extrapolable a las distintas circunstancias que atraviesa el enfermo de cáncer independientemente de su diagnóstico y pronóstico. Si los pacientes de cáncer son más eficaces al resolver sus problemas y tratan de forma realista la enfermedad podrán mejorar su ajuste y reducir su malestar psicológico. Y si además somos capaces de identificar a las personas que podrán beneficiarse en mayor medida de un tipo u otro de intervención podremos desarrollar programas en función de las necesidades psicosociales concretas de cada paciente.

## REFERENCIAS

- American Joint Committee on Cancer (1988). *Staging of cancer forms*. Philadelphia: Lippincott Company.
- Antoni, M.H., Lehman, J.M., Klibourn, K.M., Boyers, A.E., Culver, J.L., Alferi, S.M., Yount, S.E., McGregor, B.A., Arena, P.L., Harris, S.D., Price, A.A. y Carver, C.S. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 20 (1), 20-32.
- Anderson, B.L. (1992). Psychological interventions for cancer patients to enhance quality of life. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 552-559.
- Barreto, M.P., Ferrero, J. y Toledo, M. (1993). La intervención psicológica en pacientes de cáncer. *Clínica y Salud*, 4 (3), 252-262.
- Beleña, M.A. y Báguena, M.J. (1992). Habilidades interpersonales: efectos de un programa de entrenamiento en mujeres delincuentes internas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18 (61), 751-772.
- Bethencourt, J.M. (1989). *Evaluación de habilidades interpersonales en adultos*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de La Laguna, España.
- Blanchard, C.G., Toseland, R.W. y McCallion, P. (1996). The effects of a problem-solving intervention with spouses of cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 14 (2), 1-21.
- Capafóns, J.I. (1991). *Estudio psicopatológico y estrategias de intervención para la fobia a volar en transporte aéreo* (Informe Técnico Nº 1). España: Universidad de La Laguna.
- Carballeira, M. (1993). *Un estudio exploratorio sobre los problemas eméticos en pacientes oncológicos a través de variables de personalidad, afrontamiento y miedos*. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad de La Laguna, España.
- Classen, C., Butler, L.D., Koopman, C., Miller, E., DiMiceli, S., Giese-Davis, J., Fobair, P., Carlson, R.W., Kraemer, H.C. y Spiegel, D. (2001). Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer. *Archives of General Psychiatry*, 58 (5), 494-501.
- Cwikel, J., Behar, L. y Rabson-Hare, J. (2000). A comparison of a vote count and a meta-analysis review of intervention research with adult cancer patients. *Research on Social Work Practice*, 10 (1), 139-158.
- Cwikel, J., Behar, L. y Zabora, J.R. (1997). Psychosocial factors that affect the survival of adult cancer patients: A review of research. *Journal of Psychosocial Oncology*, 15 (3-4), 1-34.
- D'Zurilla, T.J. (1986). *Problem solving therapy*. New York: Springer.
- D'Zurilla, T.J. y Goldfried, M.R. (1971). Problem-solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- D'Zurilla, T.J. y Nezu, A.M. (1982). Social problem solving in adults. In P.C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*, 1. New York: Academic Press.
- Edelman, S., Craig, A. y Kidman, A.D. (2000). Group interventions with cancer patients: Efficacy of psychoeducational versus supportive groups. *Journal of Psychosocial Oncology*, 18 (3), 67-85.
- Edelman, S. y Kidman, A.D. (2000). Application of cognitive behaviour therapy to patients who have advanced cancer. *Behaviour Change*, 17 (2), 103-110.
- Edgar, L., Remmer, J., Rosberger, Z. y Fournier, M.A. (2000). Resource use in women completing

treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 9 (5), 428-438.

- Edmonds, C.V., Lockwood, G.A. y Cunningham, A.J. (1999). Psychological response to long term group therapy: A randomized trial with metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 8 (1), 74-91.
- Fawzy, F.I., Cousins, N., Fawzy, N.W., Kenemy, M.E., Elashoff, R. y Morton, D. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients. I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 47, 720-725.
- Fawzy, F.I. y Fawzy, N.W. (1994). Psychoeducational interventions and health outcomes. In R. Glaser y J.K. Kiecolt-Glaser (Eds.), *Handbook of human stress and immunity*. San Diego: Academic Press.
- Fawzy, F.I. y Fawzy, N.W. (1998). Group therapy in the cancer setting. *Journal of Psychosomatic Research*, 45 (3), 191-200.
- Fawzy, F.I., Fawzy, N.W. y Canada, A.L. (2001). Psychoeducational intervention programs for patients with cancer. In A. Baum y B.L. Andersen (Eds.), *Psychosocial interventions for cancer*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Font, A (1994). Cáncer y calidad de vida. *Anuario de Psicología*, 61, 41-50.
- Gabaldón, O., Mayoral, J.L. y Páez, D. (1993). Afectividad, apoyo social, represión, alexitimia y grupos de apoyo. *Boletín de Psicología*, 41, 31-55.
- Gore-Felton, C. y Spiegel, D. (1999). Enhancing women's lives: The role of support groups among breast cancer patients. *Journal for Specialists in Group Work*, 24 (3), 274-287.
- Gracia, E. (1997). Grupos de autoayuda y enfermedades que amenazan la vida de la persona: Cáncer y Sida. *Revista de Psicología de la Salud*, 9 (2), 49-68.
- Greer, S. (1992). Terapia psicológica adyuvante para mujeres con cáncer de mama. *Boletín de Psicología*, 36, 71-83.
- Greer, S. y Moorey, S. (1997). Adjuvant psychological therapy for cancer patients. *Palliative Medicine*, 11 (3), 240-244
- Greer, S., Moorey, S., Baruch, J.D., Watson, M., Robertson, B.M., Mason, A., Rowden, L., Law, M.G. y Bliss, J.M. (1992). Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: A prospective randomized trial. *British Medical Journal*, 301, 675-680.
- Grossarth-Maticek, R. y Eysenck, H.J. (1991). Creative novation behaviour therapy as a prophylactic treatment for cancer and coronary heart disease: Part I description of treatment. *Behavioral Research and Therapy*, 29 (1), 1-16.
- Heinrich, R.L. y Schag, C.C. (1985). Stress and activity management: group treatment for cancer patients and spouses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 439-446.
- Helgeson, V.S. y Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive, correlational and intervention research. *Health Psychology*, 15 (2), 135-148.
- Helgeson, V.S., Cohen, S., Schulz, R. y Yasko, J. (1999). Education and peer discussion group interventions and adjustment to breast cancer. *Archives of General Psychiatry*, 56, 340-347.
- Helgeson, V.S., Cohen, S., Schulz, R. y Yasko, J. (2000). Group support interventions for women with breast cancer: Who benefits from what? *Health Psychology*, 19 (2), 107-114.
- Heller, K. (1979). The effects of social support: Prevention and treatment implications. In A.P. Goldstein y F.H. Kanfer (Eds.), *Maximizing treatment gains: Transfer enhancement in Psychotherapy*. New York: Academic Press.
- Holland, J.C. (1998). *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press.



- Krupnick, J.L., Rowland, J.H., Goldberg, R.L. y Daniel, U.V. (1993). Professionally-led support groups for cancer patients: an intervention in search of a model. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 23 (3), 275-294.
- Maddock, J.E. y Rossi, J.S. (2001). Statistical power of articles published in three health-psychology related journals. *Health Psychology*, 20 (1), 76-78.
- Massie, M.J., Holland, J.C. y Straker, N. (1990). Psychotherapeutic interventions. In J.C. Holland y J.H. Rowland (Eds.), *Handbook of Psychooncology*. New York: Oxford University Press.
- Moorey, S. y Greer, S. (1989). Adjuvant Psychological Therapy: A cognitive behavioural treatment for patients with cancer. *Behavioural Psychotherapy*, 17 (2), 177-190.
- Moorey, S., Greer, S., Bliss, J. y Law, M. (1998). A comparison of adjuvant psychological therapy and supportive counselling in patients with cancer. *Psycho-Oncology*, 7 (3), 218-228.
- Nezu, A.M. (1986). Efficacy of a social problem-solving therapy approach for unipolar depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 196-202.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M., Friedman, S.H., Faddis, S. y Houts, P.S. (1998). *Helping cancer patients cope: A problem-solving approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M., Friedman, S.H., Houts, P.S., DelliCarpini, L., Bildner, C. y Faddis, S. (1999). Cancer and psychological distress: Two investigations regarding the role of social problem-solving. *Journal of Psychosocial Oncology*, 16 (3-4), 27-40.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M., Houts, P.S., Friedman, S.H. y Faddis, S. (1999). Relevance of problem-solving therapy to psychosocial oncology. *Journal of Psychosocial Oncology*, 16 (3-4), 5-26.
- Nezu, A.M. y Perri, M.G. (1989). Social problem-solving therapy for unipolar depression: An initial dismantling investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 408-413.
- Owen, J.E., Klapow, J.C., Hicken, B. y Tucker, D.C. (2001). Psychosocial interventions for cancer: Review and analysis using a three-tiered outcomes model. *Psycho-Oncology*, 10, 218-230.
- Pelechano, V. (1981). *Miedos infantiles y terapia familiar natural*. Valencia: Alfaplús.
- Pelechano, V. (1990). *Personalidad y nivel de vida en pacientes renales terminales* (Informe Técnico Nº 1), España, Universidad de La Laguna.
- Pelechano, V. (1991). Inteligencia y habilidades interpersonales: un diseño de modelo de trabajo y algunas hipótesis contrastables. *Psicologemas*, 5 (10), 205-248.
- Pelechano, V. (1997). Personalidad y el binomio salud-enfermedad: Una revisión conceptual selectiva. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23 (92), 751-795.
- Pelechano, V. (1999). Problemas funcionales en el cáncer y propuestas a partir de una muestra de enfermos oncológicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25 (101), 335-374.
- Pelechano, V. y González-Leandro, P. (1999). Habilidades interpersonales en segundo y tercer ciclo de primaria: Un programa de intervención y resultados. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25 (100), 223-248.
- Pellicer, X. y Salvador, L. (1990). Terapia de conducta en Oncología. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 13, 6-20.
- Rodin, J. y Salovey, P. (1989). Health Psychology. *Annual Review of Psychology*, 40, 553-579.
- Rodríguez-Marín, J., López-Roig, S. y Pastor, M.A. (1996). Doctor's decision-making on giving information to cancer patients. *Psychology and Health*, 11, 839-844.
- Sebastian, J., Bueno, M.J., Mateos de la Calle, N. y García, P. (1999). Evaluación de un programa de intervención sobre cáncer de mama. *Boletín de Psicología*, 65, 53-73.
- Shewchuk, R.M., Johnson, M.O. y Elliott, T.R. (2000). Self-appraised social problem solving abilities,

emotional reactions and actual problem solving performance. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 727-740.

- Spiegel, D., Bloom, J.R., Kraemer, H.C. y Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 2, 888-891.
- Spiegel, D., Bloom, J.R. y Yalom, I. (1981). Group support for patients with metastatic cancer. *Archives of General Psychiatry*, 38, 527-533.
- Spiegel, D. y Classen, C. (2000). *Group therapy for cancer patients: A research-based handbook of psychosocial care*. New York, NY: Basic Books, Inc.
- Spiegel, D. y Diamond, S. (2001). Psychosocial interventions in cancer: Group therapy techniques. In A. Baum y Andersen, B.L. (Eds.), *Psychosocial interventions for cancer*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Spiegel, D., Morrow, G.R., Classen, C., Raubertas, R., Stott, P.B., Mudaliar, N., Irving, H., Flynn, P.J., Heard, L. y Riggs, G. (1999). Group psychotherapy for recently diagnosed breast cancer patients: a multicenter feasibility study. *Psycho-Oncology*, 8 (6), 482-493.
- Spivack, G., Platt, J.J. y Shure, M.B. (1976). *The problem-solving approach to adjustment*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Taylor, S.E., Falke, R.L., Shoptaw, S.J. y Lichtman, R.R. (1986). Social support, support groups, and the cancer patient. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (6), 608-615.
- Telch, C.F. y Telch, M.J. (1986). Group coping skills instruction and supportive group therapy for cancer patients: A comparison of strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (6), 802-808.
- Touchet, M.E., Shure, M.B. y McCown, W.G. (1993). Interpersonal cognitive problem solving as prevention and treatment of impulsive behaviors. In W.G. McCown, J.L. Johnson y M.B. Shure (Eds), *The impulsive client. Theory, research and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Watson, M., Greer, S., Rowden, L., Garmon, C., Robertson, B., Bliss, J.M. y Tunmore, R. (1991). Relationship between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological Medicine*, 21, 51-57.
- Wills, T.A. (1981). Downward comparison principles in social psychology. *Psychological Bulletin*, 90, 245-271.
- Wolpe, J. y Lang, P.J. (1964). A fear survey for use in behavior therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 2, 27-30.
- Worden, J.W. y Weisman, A.D. (1984). Preventive psychosocial intervention with newly diagnosed cancer patients. *General Hospital of Psychiatry*, 6, 243-249.

Recibido 15 Septiembre 2001

Aceptado 5 Marzo 2002