

8.5. Intervenciones grupales en cáncer avanzado

Cristian Ochoa Arnedo

Introducción

Las enfermedades graves que amenazan la vida exponen a los pacientes y a sus familiares a unas importantes fuentes de estrés y desgaste emocional. Los procesos crónicos de enfermedad, como el cáncer, pueden pasar de un impacto agudo y crítico inicial a una fase crónica, que puede evolucionar a avanzada, terminal o de final de la vida. Estos procesos se caracterizan por la confluencia de complejas consecuencias físicas y psicosociales. El impacto vital de estas enfermedades incluye asimilar un mal pronóstico y una perspectiva vital limitada, arduos tratamientos, el manejo de síntomas complejos como el dolor, la falta de control y la autonomía (dependencia), y las dificultades en la comunicación y la relación con los seres queridos con respecto a la enfermedad y la muerte. Todos estos retos son potenciales fuentes de malestar emocional y existencial. En las últimas tres décadas, las intervenciones grupales han sido utilizadas con gran interés y éxito como una forma útil y eficaz de manejar estos retos y reducir el malestar asociado. Existe una evidencia creciente de la utilidad de las intervenciones grupales en el alivio no solo de la psicopatología o malestar emocional, sino también de las secuelas psicosociales y, potencialmente, del propio curso de la enfermedad avanzada.¹⁻⁴

En este capítulo nos hemos centrado en temas de interés clínico y psicoterapéutico relacionados con las intervenciones grupales en cáncer avanzado. En concreto, abordaremos dos factores importantes: 1) factores estructurales de

-
1. Sherman, A. C.; Mosier, J.; Leszcz, M.; Burlingame, G. M.; Ulman, K. H.; Cleary, T. *et al.* «Group interventions for patients with cancer and HIV disease: Part I: Effects on psychosocial and functional outcomes at different phases of illness». *Int J Group Psychother* 2004;54(1):29-82.
 2. Breitbart, W.; Rosenfeld, B.; Gibson, C.; Pessin, H.; Poppito, S.; Nelson, C. *et al.* «Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial». *Psychooncology* 2010;19(1):21-28.
 3. Cunningham, A. J.; Edmonds, C. V.; Jenkins, G.; Lockwood, G. A. «A randomised comparison of two forms of a brief, group, psychoeducational program for cancer patients: weekly sessions versus a “weekend intensive”». *Int J Psychiatry Med* 1995:173-189.
 4. De Vries, M. J.; Schilder, J. N.; Mulder, C. L.; Vrancken, A. M.; Remie, M.; Garssen, B. «Phase II study of psychotherapeutic intervention in advanced cancer». *Psychooncology* 1997:129-137.

inicio y mantenimiento del grupo, y 2) resultados de las terapias grupales en cáncer avanzado.

8.5.1. Factores estructurales de inicio y mantenimiento del grupo

8.5.1.1. Tipo de cáncer, enfermedad avanzada y conciencia pronóstica

Existen muchos temas a tener en cuenta antes de empezar a trabajar con un grupo de pacientes con cáncer avanzado. Los objetivos terapéuticos, lo avanzada y sintomática que esté la enfermedad, y muy en particular la conciencia pronóstica van a ser determinantes en la toma de decisiones.

En general, y a nivel práctico, en cáncer avanzado se aconseja no discriminar por tipo de tumor, aunque sí es importante que se trate de patologías con una supervivencia estimada similar. También, y debido a que los objetivos terapéuticos tienen que ver con el final de la vida, se recomienda que exista conciencia pronóstica. Generalmente, se entiende que los pacientes tienen conciencia pronóstica en enfermedad avanzada cuando saben de la gravedad del estadio de su enfermedad y que los objetivos del tratamiento no consisten en la curación, sino en frenar la progresión o paliar los síntomas que esta origina.

8.5.1.2. Momento óptimo, tamaño, duración y formato abierto o cerrado del grupo

En supervivientes de cáncer en estadios iniciales y libres de enfermedad, el momento ideal que facilita su participación en un tratamiento psicológico es tras el final de su tratamiento oncológico primario.⁵ Sin embargo, en pacientes con cáncer avanzado suele ocurrir que sus tratamientos se alarguen en el tiempo. Por este motivo se ha recomendado, por ejemplo en pacientes metastásicos, que se les proponga su participación lo más pronto posible, porque así se favorece su recuperación.⁶

El tamaño óptimo para una psicoterapia de grupo en cáncer es de entre 6 y 8 miembros, con un rango aceptable de 5 hasta 10 pacientes. Teniendo en cuenta que se pueden esperar uno o dos abandonos, se recomienda empezar con un mínimo de 9-10 pacientes, y en el caso de cáncer avanzado mejor 12, ya que los pacientes tienen más posibilidades de faltar al grupo por sus condiciones físicas.^{6, 7}

5. Ochoa, C.; Sumalla, E. C.; Maté, J.; Castejón, V.; Rodríguez, A.; Blanco, I. *et al.* «Psicoterapia positiva grupal en cáncer. Hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer». *Psicooncología* 2010;7(1):7-34.

6. Spiegel, D.; Classen, C. *Group therapy for cancer patients. A Research-based Handbook of Psychosocial Care*. Nueva York: Basic Books, 2000.

7. Yalom, I. *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. 4.ª ed. Nueva York: Basic Books, 1995.

En cuanto a la «dosis» o número de sesiones, en la literatura de cáncer avanzado se han hallado intervenciones grupales beneficiosas de 8 semanas² y de 12 meses.^{8,9} En una revisión amplia del tema,¹ se señala que 37 estudios (82,22 %) realizaban menos de 14 sesiones, mientras que 4 de ellos se extendían durante más de 35 sesiones (8,89 %). Se observaba que las intervenciones más duraderas eran más comunes en pacientes con cáncer avanzado, comparándolos con otros con cáncer en estadios iniciales. En un estudio que evaluó directamente tratamientos que diferían en duración en pacientes con múltiples estadios de cáncer, se observó que las mejoras en malestar emocional eran comparables en tratamientos cortos y largos, mientras que las mejoras en calidad de vida eran más pronunciadas en las intervenciones largas.³ Como siempre, la duración óptima dependerá de la disponibilidad, los recursos, el interés y las necesidades de los pacientes. En general, se considera que 12 semanas parece ser un tiempo suficiente para consolidar una cohesión grupal y conducir el trabajo psicoterapéutico en cáncer.⁶ En grupos con un objetivo psicoeducativo y focos terapéuticos más limitados, pueden reducirse las sesiones, pero con riesgo de dificultar la cohesión grupal.

El plantearse grupos cerrados (mismos miembros a lo largo de todo el tratamiento) o abiertos (posibilidad de incorporar nuevos miembros) en cáncer avanzado se ha asociado especialmente con la duración de los tratamientos, entre otros parámetros. Para grupos de hasta 12 sesiones, se recomienda crear grupos cerrados, para facilitar la cohesión grupal y poder trabajar más rápidamente en focos terapéuticos más definidos. Para grupos de duración más larga, y particularmente si son de estadios avanzados, se recomienda crear grupos abiertos que permitan la entrada de otros miembros. Dado que pueden darse fallecimientos y ausencias frecuentes en cáncer avanzado, este formato es más óptimo, pero hay que ser muy cuidadosos con no transmitir el mensaje de que los pacientes son reemplazados. Nadie puede ocupar el lugar que la pérdida de un miembro origina en un grupo. Además, puede ser útil y terapéutico recuperar simbólicamente la voz de un miembro que ha fallecido, dejando una silla libre y recordando su participación en las interacciones del grupo. Por ejemplo: «¿Qué diría Juan (paciente fallecido) ante una situación como esta?».

8.5.1.3. Abandono, metas y estrategias de tratamiento

En una revisión sobre terapia grupal en cáncer e HIV,¹ se observaba que el abandono de la terapia hasta la última evaluación final en pacientes con enfermedad avanzada era de 8-69,62 %. Este rango de abandono era más elevado que el hallado en grupos de pacientes oncológicos en estadios más iniciales, del 8-38,30 %. Por lo tanto, en pacientes terminales, los tratamientos grupales

-
8. Spiegel, D.; Bloom, J. R.; Yalom, I. «Group support for patients with metastatic cancer. A randomized outcome study». *Arch Gen Psychiatry* 1981;38(5):527-533.
 9. Spiegel, D.; Bloom, J. R.; Kraemer, H. C.; Gottheil, E. «Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer». *Lancet* 1989;2(8668):888-891.

tienen entre sus principales retos el lograr una asistencia continuada al grupo. En un estudio reciente,¹⁰ se analizan los factores asociados al abandono de una terapia grupal centrada en la búsqueda de sentido en pacientes con cáncer avanzado. Se señala que los participantes que abandonaban antes del tratamiento, habiendo realizado la evaluación inicial, tenían menos preocupaciones económicas que los que abandonaban después del tratamiento. Además, se determina que los participantes que abandonaban en medio del tratamiento tenían peor salud física que los que lo completaban. En este ámbito, por lo tanto, la investigación actual se dirige a buscar estrategias para reducir este importante abandono. Algunas propuestas tienen que ver con identificar antes al paciente en fase avanzada o terminal, y otras, con el uso de nuevas tecnologías, como Internet, para diseñar tratamientos en línea^{2, 10} que faciliten que los pacientes no tengan que desplazarse al hospital.

La mayor parte de los estudios de terapia de grupo en cáncer han tenido como metas terapéuticas básicas la adaptación o la calidad de vida global de los pacientes. Para valorar la adaptación, se han usado principalmente escalas o cuestionarios que miden el malestar emocional o la psicopatología en esta fase de la enfermedad. Algunos objetivos específicos habituales han sido, también, mejorar el conocimiento de la enfermedad, el apoyo social, las estrategias de afrontamiento y la comunicación con los médicos.¹ Por último, otras metas terapéuticas relevantes de las terapias grupales en cáncer avanzado han sido la modificación de variables más médicas, como la progresión o supervivencia de la propia enfermedad, los mediadores inmunológicos y endocrinos y, en menor medida, el uso de servicios sanitarios (días de hospitalización, uso de analgesia, participación en ensayos clínicos) y la adherencia a los tratamientos.¹¹

Las estrategias de tratamiento psicológico grupal estudiadas en cáncer han sido variadas: desde las que se han centrado en factores comunes a muchas terapias de grupo, como el apoyo mutuo, el afecto compartido y la cohesión grupal, hasta las focalizadas en intervenciones más directivas de educación para la salud, entrenamiento y estrategias de autorregulación. Entre los factores comunes, el más relevante en terapia grupal es la cohesión grupal. Se entiende que la cohesión es el equivalente grupal a la alianza terapéutica en el tratamiento individual. Guías sobre práctica clínica en psicoterapia grupal, como la de la Asociación de Psicoterapia Grupal Americana, sitúan a la cohesión grupal como el factor terapéutico central en terapia grupal.¹² En un estu-

10. Applebaum, A. J.; Lichtenthal, W. G.; Pessin, H. A.; Radoski, J. N.; Gökbayrak, N. S.; Katz, A. M. *et al.* «Factors associated with attrition from a randomized controlled trial of meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer». *Psychooncology* 2012;21(11):1195-1204.

11. Sherman, A. C.; Leszcz, M.; Mosier, J.; Burlingame, G. M.; Cleary, T.; Ulman, K. H. *et al.* «Group interventions for patients with cancer and HIV disease: Part II. Effects on immune, endocrine, and disease outcomes at different phases of illness». *Int J Group Psychother* 2004;54(2):203-233.

12. Leszcz, M.; Kobos, J. C. «Evidence-based group psychotherapy: using AGPA's practice guidelines to enhance clinical effectiveness». *J Clin Psychol* 2008;64(11):1238-1260.

dio de terapia grupal con pacientes con cáncer, la cohesión grupal¹³ predecía la reducción del malestar emocional y el incremento de la actividad física, y aumentaba el índice de Karnofsky.

Sin embargo, las intervenciones grupales con una guía teórica más clara y centradas específicamente en cáncer avanzado se han caracterizado por focalizarse principalmente en el malestar emocional y existencial al final de la vida. LeMay y Wilson¹⁴ publican una importante revisión sobre el tratamiento del malestar existencial en enfermedades que amenazan la vida. En esta revisión, los autores indican que las preocupaciones existenciales al final de la vida se han asociado con el bienestar psicoespiritual, la calidad de vida, el incremento en los niveles de ansiedad y depresión, la ideación suicida y la pérdida del deseo de vivir. Los temas existenciales específicos que se han relacionado con el deseo de acelerar la muerte son la pérdida de dignidad y de sentido, los sentimientos de ser una carga para los demás, la dependencia y la desesperanza. Algunas conclusiones clínicas relevantes que resaltan los autores son: mayor beneficio de las terapias grupales sobre las individuales, importancia de que los propios terapeutas realicen un trabajo existencial-espiritual, y sesiones con flexibilidad en cuanto a la duración y la frecuencia, que puedan incrementarse en momentos de crisis.

En conclusión, parece existir una evidencia creciente a favor de la ayuda y el beneficio de los tratamientos grupales en enfermedades graves como el cáncer. Los mecanismos de acción sugeridos son los mismos que en la mayor parte de los grupos, e incluiríamos aquí, entre otros, la mejora del apoyo social, el efecto reconfortante y tranquilizador de las comparaciones sociales, el incremento del conocimiento y manejo de la enfermedad, la ventilación emocional, el fortalecimiento de la percepción de control y de autoeficacia, y un más profundo sentido y significado vital. En los abordajes más estructurados cognitivo-conductuales, presumiblemente serían una fuente de mejora terapéutica también los logros en el afrontamiento y las habilidades de regulación aprendidas, mientras que en los abordajes menos estructurados, con dinámicas más interactivas grupales, la mejora podría medirse a partir de cambios existenciales o de una mayor profundidad en el nivel de procesamiento emocional.¹ Nuevos abordajes grupales, como la psicoterapia positiva⁵ y su propuesta para cáncer avanzado (capítulo 8.4), tratan de combinar ambas perspectivas: enfoque estructurado centrado en tareas (más que en habilidades de control o manejo emocional), cuyo foco terapéutico se encuentra precisamente en facilitar esos cambios vitales y existenciales profundos, conceptualizados como crecimiento personal. Los resultados de la psicoterapia positiva en supervivientes de cáncer

13. Andersen, B. L.; Shelby, R. A.; Golden-Kreutz, D. M. «RCT of a psychological intervention for patients with cancer: I. mechanisms of change». *J Consult Clin Psychol* 2007;75(6):927-938.

14. LeMay, K.; Wilson, K. G. «Treatment of existential distress in life threatening illness: a review of manualized interventions». *Clin Psychol Rev* 2008;28(3):472-493.

de mama no avanzado son prometedores en la reducción del malestar emocional y el estrés postraumático, así como en la facilitación del crecimiento personal, manteniéndose a largo plazo (12 meses) los cambios y siendo significativamente mayores en comparación con terapias cognitivo-conductuales de manejo del estrés, en estudios piloto.^{15, 16}

8.5.2. Resultados de las terapias de grupo en cáncer avanzado

8.5.2.1. Malestar emocional y existencial, psicopatología y calidad de vida

El más reciente, amplio y completo metaanálisis y revisión sistemática realizado hasta la fecha, que incluye a 22.238 pacientes, sobre los efectos de las intervenciones psicosociales en el malestar emocional y la calidad de vida en pacientes con distintos estadios de cáncer, ha mostrado efectos positivos mantenidos de pequeños a moderados en la reducción del malestar emocional, la ansiedad y la depresión, y en la mejora de la calidad de vida asociada con la salud.¹⁷ Los estudios donde los participantes eran preseleccionados por manifestar niveles elevados de malestar emocional son los que han demostrado resultados más efectivos de la intervención psicosocial. Concretamente, en cáncer avanzado, existe una importante evidencia de que las intervenciones grupales son eficientes y económicas en la mejora de la calidad de vida, la reducción del malestar psicológico, la mejora de las estrategias de afrontamiento, la reducción del malestar emocional asociado a síntomas como el dolor, la mejora del bienestar espiritual y la percepción de sentido.^{2, 18-20}

-
15. Ochoa, C. *Psicoterapia positiva grupal en cáncer: la facilitación del crecimiento como vía terapéutica*. I Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psicología Positiva. Symposium, 2012, p. 17.
 16. Ochoa, C. *Psicoterapia positiva grupal en supervivientes de cáncer: eficacia en la reducción de malestar emocional y en la facilitación de crecimiento postraumático* (comunicación oral). IV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psicooncología. Barcelona, 2009.
 17. Faller, H.; Schuler, M.; Richard, M.; Heckl, U.; Weis, J.; Küffner, R. «Effects of Psycho-Oncologic Interventions on Emotional Distress and Quality of Life in Adult Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis». *J Clin Oncol* 2013;31(6):782-793.
 18. Goodwin, P. J.; Leszcz, M.; Ennis, M.; Koopmans, J.; Vincent, L.; Guthrie, H. *et al.* «The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer». *N Engl J Med* 2001;1719-1726.
 19. Edelman, S.; Bell, D. R.; Kidman, A. D. «A group cognitive behaviour therapy programme with metastatic breast cancer patients». *Psychooncology* 1999;8(4):295-305.
 20. Edmonds, C.; Lockwood, G.; Cunningham, A. «Psychological response to long term group therapy: a randomized trial with metastatic breast cancer patients». *Psychooncology* 1999;8(1): 74-91.

En otra revisión sobre ocho intervenciones manualizadas existentes en el tratamiento del malestar existencial en enfermedades que amenazan la vida,¹⁴ utilizando los criterios de eficacia establecidos por la APA (American Psychological Association), solo la *supportive-expressive group therapy* (terapia grupal de apoyo y expresiva) a largo plazo²¹ reúne criterios para un tratamiento «probablemente eficaz».

8.5.2.2. Resultados físicos, inmunidad, actividad endocrina y progresión de la enfermedad

A lo largo de las últimas décadas, se ha mostrado un especial interés por el potencial impacto de intervenciones grupales en parámetros más físicos, dado que existe una evidencia cada vez más clara de cómo los factores psicosociales pueden influir clínicamente en procesos biológicos relevantes.²²

Algunos beneficios de las intervenciones grupales incluyen la reducción de la fatiga, el dolor y el estrés asociados a los propios síntomas físicos consecuencia de la enfermedad. Estos efectos beneficiosos se han observado tanto en intervenciones estructuradas como en otras menos estructuradas, pero siendo especialmente evidentes solo para pacientes con niveles basales elevados de sintomatología.¹⁸

Algunos estudios en cáncer avanzado^{4, 23} sugieren también que la capacidad para lograr cambios en la función inmune y endocrina (niveles de cortisol, prolactina, células citotóxicas o supresoras T como CD4+ y CD8+, células NK o la respuesta linfocítica) se han asociado particularmente a las intervenciones grupales centradas en el entrenamiento en regulación emocional (estrés). Sin embargo, la consistencia de los cambios, su persistencia en el tiempo y su importancia clínica aún están por determinar.

Por otro lado, siguen apareciendo estudios que examinan el efecto de las intervenciones grupales en la propia enfermedad (supervivencia global, tiempo libre de la enfermedad, respuesta tumoral). Existen datos recientes en cáncer de mama no avanzado que muestran que, tras una media de once años de seguimiento, los sujetos que realizaron la intervención psicológica grupal habían reducido el riesgo de recurrencia de su cáncer de mama y de muerte por cáncer, lo cual demuestra que las intervenciones psicológicas llevadas

21. Spiegel, D.; Spira, J. *Supportive-Expressive Group Therapy: A treatment manual of psychosocial intervention for women with recurrent breast cancer*. Stanford: Stanford University School of Medicine, 1991.

22. Cohen, S.; Doyle, W. J.; Skoner, D. P. «Psychological stress, cytokine production, and severity of upper respiratory illness». *Psychosom Med* 1999;61(2):175-180.

23. Van der Pompe, G.; Antoni, M. H.; Duivenvoorden, H. J.; De Graeff, A.; Simonis, R. F. A.; Van der Vegt, S. G. L. *et al.* «An exploratory study into the effect of group psychotherapy on cardiovascular and immunoreactivity to acute stress in breast cancer patients». *Psychother Psychosom* 2001;70(6):307-318.

a cabo en ese estudio pueden mejorar la supervivencia.²⁴ Sin embargo, una revisión Cochrane de 2009,²⁵ que analiza intervenciones psicológicas grupales para mujeres con cáncer de mama metastásico, concluye que la evidencia es limitada con respecto al beneficio que conllevan dichas intervenciones. Si el posible efecto de las intervenciones psicológicas sobre la supervivencia en cáncer está mediado por hábitos de salud, por la adherencia a los tratamientos o por el efecto de estados mentales psicopatológicos (ansiedad y depresión), es otra de las claves de este debate, aún no resuelto.

Por último, apuntar algunas consideraciones a valorar en futuras investigaciones sobre la evidencia empírica de intervenciones psicológicas grupales, como por ejemplo: los múltiples problemas metodológicos hallados, la intención del tratamiento (*intent-to-treat*) en los análisis estadísticos de los ensayos aleatorizados, la realización de seguimientos, el análisis de los elementos del proceso grupal (efectos del terapeuta y de la cohesión grupal), mayor operacionalización del resultado terapéutico, y el bagaje y entrenamiento de los terapeutas. En el único estudio encontrado que aborda la diferencia entre el bagaje de los terapeutas en el resultado de la terapia grupal en cáncer, son los psicólogos quienes obtienen mejores resultados que los psiquiatras, trabajadores sociales y enfermeras.²⁶

-
24. Andersen, B. L.; Yang, H. C.; Farrar, W. B.; Golden-Kreutz, D. M.; Emery, C. F.; Thornton, L. M. *et al.* «Psychologic intervention improves survival for breast cancer patients: a randomized clinical trial». *Cancer* 2008;113(12):3450-3458.
 25. Edwards, A. G. K.; Hulbert-Williams, N.; Neal, R. D. «Psychological interventions for women with metastatic breast cancer». *Cochrane Database Syst Rev* 2009;3.
 26. Kissane, D.; Bloch, S.; Smith, G.; Miach, P.; Clarke, D.; Ikin, J. *et al.* «Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: A randomised controlled trial». *Psychooncology* 2003;12(6):532-546.