

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO PARA EL AFRONTAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE ESTRATEGIAS DE ACEPTACIÓN Y DE CONTROL COGNITIVO

PSYCHOLOGICAL TREATMENT TO COPE WITH BREAST CANCER. A COMPARATIVE STUDY BETWEEN STRATEGIES OF ACCEPTANCE AND COGNITIVE CONTROL

Marisa Beatriz Páez*, Carmen Luciano** y Olga Gutiérrez***

* Asociación Española Contra el Cáncer

** Universidad de Almería

*** Universidad de Huelva

Resumen

El objetivo principal de este estudio clínico es analizar los problemas psicológicos derivados del diagnóstico, tratamientos y secuelas del cáncer de mama como Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) y aportar datos sobre las posibilidades de una intervención basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Se pretende delimitar la eficacia de estrategias específicas de aceptación y de control cognitivo, definiendo más ajustadamente qué tipos de cambios propician unas estrategias en comparación con otras. 12 mujeres diagnosticadas y tratadas por cáncer de mama que acudían a la Asociación Española Contra el Cáncer y que cubrían criterios de selección, fueron asignadas al azar a dos condiciones de tratamiento, una basada en ACT, cuyo eje fue la estrategia de aceptación y otra basada en la terapia cognitiva, cuyo eje fueron las estrategias de control cognitivo. El tratamiento estuvo formado por 8 sesiones, 3 individuales y 5 grupales. Los grupos de tratamiento estuvieron formados por 3 mujeres. Se tomaron medidas de ansiedad, depresión, calidad de vida y áreas importantes afectadas, antes y después de la intervención (medidas pre, post test) y se realizaron tres seguimientos, a los 3, a los 6 y a los 12 meses. Los resultados mostraron una mayor repercusión de la intervención basada en ACT, especialmente cuando se tienen en cuenta los cambios a largo plazo (al año de seguimiento).

Abstract

The aim of current study was to analyze the psychological disorders associated with the diagnosis, treatment and consequences of breast cancer through the functional dimension of Emotional Avoidance, as well as to provide some empirical support for the usefulness of the Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in this domain. Specifically, the impact of acceptance-based and cognitive-control-based strategies was compared, with the purpose of obtaining a better understanding of the elements that account for the changes observed with the respective psychological strategies. Twelve women diagnosed and treated with breast cancer who assisted to the Spanish Association against Cancer and who met certain selection criteria were randomly assigned to one of two treatment conditions: six women received an ACT-based protocol which addressed acceptance strategies and six women received a Cognitive-based protocol which addressed cognitive-control strategies. Each treatment consisted of 8 sessions, 3 individual sessions and 5 group sessions; 3 women integrated each treatment group. Measures on anxiety, depression, life quality and affected valued life areas were obtained at pre- and post-intervention. Additionally, three follow-up were taken, at 3, 6 and 12 months. Results showed a higher impact of the ACT-based intervention, mainly when long-term changes were considered (12 months follow-up). Other remarkable

Correspondencia:

Carmen Luciano
Dpto Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos
Universidad de Almería
04120, Almería.
E-mail: mluciano@ual.es

Parte de este estudio se desarrolló gracias a un convenio de colaboración entre la Asociación Española Contra el Cáncer, Junta de Almería y la Universidad de Almería.

También destaca que los cambios de la condición de ACT se centran en la activación conductual aún en presencia de malestar.

Palabras Clave: Terapia de Aceptación y Compromiso, trastorno de evitación experiencial, cáncer de mama, tratamientos psicológicos en psicooncología, enfermedades crónicas.

finding was that the changes observed in the ACT condition were associated to a behavioural activation, even when discomfort and suffering were present.

Key words: Acceptance and Commitment Therapy, experiential avoidance, breast cancer, psychological treatments on psychoncology, chronic diseases.

El interés primordial de este estudio es la comparación del efecto de un protocolo de la Terapia de Aceptación y Compromiso respecto del típico centrado en la terapia cognitivo-conductual. Se pretende con ello aportar procedimientos que mejoren el curso del afrontamiento de los problemas psicológicos que pueden derivarse del diagnóstico de cáncer de mama. Los modelos e intervenciones usuales hasta el momento han sido diseñados desde el enfoque cognitivo-conductual. La evidencia disponible indica que, en general, los tratamientos diseñados para aumentar la calidad de vida de enfermos oncológicos funcionan, de modo que, como indicó hace tiempo, Spiegel⁽¹⁾ esta cuestión ha dejado de ser relevante y en la actualidad sería primordial conocer por qué estas intervenciones funcionan, avanzando en la comprensión de las estrategias básicas implicadas en los cambios, cuestión que si bien se ha planteado hace tiempo, todavía sigue sin ser resuelta⁽²⁾.

La insuficiente comprensión de las estrategias fundamentales que hacen que el tratamiento sea eficaz, se hace patente cuando se revisan las intervenciones en psico-oncología, desde las dirigidas al entrenamiento en habilidades de afrontamiento⁽³⁻⁵⁾ hasta las intervenciones menos estructuradas dirigidas a brindar apoyo emocional y social⁽⁶⁻⁹⁾. Esta dificultad radica en que los paquetes de tratamiento están compuestos por mul-

titud de componentes que en ocasiones se solapan, se mezclan, y sus elementos suelen estar pobremente definidos, etc. En consecuencia, la cuestión relativa a la mayor o menor eficacia de unas estrategias sobre otras, es poco clara y sigue pendiente de esclarecimiento. No obstante, la información proveniente de estudios de tipo correlacional, postula una serie de procesos psicológicos básicos que favorecerían la adaptación de enfermos de cáncer. Por ejemplo, se sabe que la expresión emocional^(10, 11) tiene el potencial de facilitar el cambio desde el afrontamiento centrado en la emoción, al afrontamiento centrado en la resolución de los problemas. También, el apoyo social ha sido repetidamente relacionado con el mejoramiento de la salud, y han formado parte de muchas intervenciones terapéuticas⁽¹²⁻¹⁴⁾. Además, también se ha destacado el hecho de afrontar la amenaza de la muerte en lugar de evitarla^(10,15). Muchos autores consideran que hacer explícitas estas amenazas pueden ayudar a dividirla en una serie de problemas específicos a los que se puede encontrar solución. Entre estos temores, uno de los más frecuentes es el temor por la pérdida de control sobre las decisiones por tomar respecto del tratamiento, factor que se tiene como crítico en el afrontamiento del cáncer y de otras enfermedades^(16,17). En la misma línea, organizar las prioridades de la vida, es decir aceptar que la en-

fermedad pueda acortar la vida, implica una valoración realista sobre el futuro y el uso del tiempo para cumplimentar proyectos, comunicarse abiertamente con la familia y amigos y resolver asuntos pendientes⁽¹⁸⁾. De nuevo, esto revertiría en el sentido de control del individuo sobre aquellos aspectos que son importantes y que todavía, en las peores condiciones, podrían ser resueltos. En este sentido, devolverle al paciente la sensación de control, se ha sugerido que aumenta el bienestar psicológico y la calidad de vida de los enfermos⁽¹⁹⁾.

Si bien estos estudios correlacionales aportan bastante información y de hecho, estos elementos forman parte de las intervenciones de tipo cognitivo-conductual, existe una reciente conceptualización de los problemas psicológicos en cáncer como Trastorno de Evitación Experiencial^(20,21), para cuyo abordaje las estrategias de aceptación psicológica, derivadas de la aproximación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), están mostrando su utilidad y resultan plenamente coincidentes con los procesos que han sido identificados como útiles en el mejoramiento de la calidad de vida de éstos pacientes; lo que hace pensar que su aplicación en el contexto de la psicooncología podría resultar útil y mejorar las intervenciones existentes.

Los objetivos de este trabajo son analizar los problemas psicológicos derivados del diagnóstico, tratamientos y diversas secuelas del cáncer de mama como Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) y aportar datos sobre las posibilidades de una intervención basada en la aceptación psicológica^(22,23). Se pretende pues, delimitar la eficacia de estrategias específicas de aceptación y de control cognitivo, definiendo más ajustadamente qué tipos de cambios propician unas estrategias en comparación con otras.

En otro trabajo⁽²⁰⁾ se ha ahondado en el análisis de las intervenciones genéricas en Psico-oncología y se ha presentado la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso. A modo de resumen, cabría indicarse que las aproximaciones cognitivas persiguen el objetivo de manejar, modificar o suprimir cogniciones y procesos disfuncionales ya que los mismos subyacen o influyen en las reacciones emocionales que se entienden como las responsables de las conductas por las que el cliente acude a tratamiento. Se busca modificar la forma, frecuencia, intensidad y sensibilidad situacional de estas cogniciones, aumentar cogniciones valoradas como positivas y reducir las evaluadas como negativas (cambios en las formas de los eventos privados). Sin embargo, en el marco de ACT, el énfasis se centra en plantear un nuevo contexto verbal a través de intervenciones que alteren el seguimiento de reglas de evitación y promuevan la aceptación de los eventos privados en el contexto de los valores personales. El énfasis se sitúa en alterar la función de los eventos emocionales y cognitivos para que la persona pueda tomar perspectiva de los mismos y con ello que dejen de tener un rol determinante para regular la vida. Con ello, la persona estará en condiciones de actuar orientada por lo que es valioso para su vida en vez de por la literalidad de sus pensamientos o dicho de otro modo, por actuaciones fusionadas a los mismos. Genéricamente, ACT promueve que la persona enferma de cáncer esté más centrada en el comportamiento relevante en cada momento y dirigido a resolver y cambiar aquello que sea posible de las situaciones concretas relacionadas con la enfermedad y otros ámbitos de su vida. El aspecto central es que el individuo esté en disposición de aceptar (de hacer *un lugar en su vida*), a

las emociones, sentimientos y temores derivados de la situación y de los aspectos que no pueden modificarse, ni preverse, ni controlarse (como es el caso de pensamientos temerosos ante el diagnóstico, el curso de la enfermedad, la posibilidad de las recidivas, el tiempo de supervivencia, la posibilidad de remisiones espontáneas o la propia muerte, etc), centrando la atención diaria en un compromiso a fondo con los comportamientos dirigidos a manejar aquellos aspectos que se pueden controlar y se elige cambiar, según las prioridades que cada uno tenga. ACT se centra en no pelear con los pensamientos y emociones y, por tanto, en estar dispuesto a tenerlos, a dar permiso a que ocurran los eventos privados tal cual surgirán en el transcurso del comportamiento efectivo⁽²⁴⁻²⁶⁾ que, en definitiva, es el eje y meta directa del cambio terapéutico.

Las dos aproximaciones indicadas suponen procesos de cambio terapéutico indiscutiblemente diferentes. Por un lado, el enfoque cognitivo tradicional **que resalta el control de la forma o frecuencia de los contenidos cognitivos considerados disfuncionales** y por otra parte, el enfoque contextual de **la aceptación psicológica que resalta el cambio de la función de los contenidos psicológicos de modo que dejen de actuar como barreras para acciones valiosas**. El estudio que se presenta tiene como objetivo la comparación de dos protocolos de actuación basados en las estrategias mencionadas que se han aplicado a grupos de mujeres con cáncer de mama.

MÉTODO

Sujetos

Inicialmente 38 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama que acudían a la Asociación Española Contra el Cán-

cer, (AECC) de la Junta Provincial de Almería participaron voluntariamente en una entrevista inicial en la que se valoró la posibilidad de iniciar tratamiento psicológico. Todas las mujeres tenían alguna vinculación con la Asociación (participaban de las actividades habituales o habían acudido para algún tipo de consulta). El criterio de inclusión fue haber sido diagnosticada y tratada por cáncer de mama y que esto supusiese en la actualidad la existencia de problemas centrados en el afrontamiento de la enfermedad. Se consideraron problemáticos, la presencia de reacciones ansiosas o depresivas y/o el hecho de que tales reacciones a la enfermedad generasen limitaciones y estuviesen afectando a, por los menos, dos aspectos importantes de la vida de cada mujer. El único criterio médico de inclusión fue el hecho de haber sido diagnosticada de cáncer de mama, no se tuvieron en cuenta criterios tales como la fase de la enfermedad, presencia de enfermedad metastásica, tiempo transcurrido desde el momento del diagnóstico, tratamientos realizados, etc., considerando que la diferencia entre las pacientes podría enriquecer las interacciones grupales. Se excluyó a aquellas mujeres que estuvieran recibiendo algún tipo de tratamiento psicológico. De las 38 mujeres, nueve informaron haber superado la enfermedad exitosamente, considerando no necesitar ayuda psicológica, 11 afirmaron necesitar ayuda debido a las dificultades habidas desde la enfermedad, pero no participaron por la presencia de compromisos ineludibles. Finalmente 18 mujeres participaron en el estudio. Seis mujeres que inicialmente formaban parte del mismo fueron excluidas por ausencias a las sesiones de grupo bien por la realización de estudios médicos relacionados con la enfermedad, o por un empeoramiento súbito o por trasla-

Tabla 1. Principales características de las participantes del estudio

	S	EDAD	ESTADO CIVIL ¹	TIEMPO DESDE EL DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO MÉDICO ²
ACT	1	43	D	2 años	MT- QT- RT- RM
	2	45	V	4 años recae 1 año	MT- QT- RT-
	3	43	C	5 años	MT- QT- RT-
	4	47	C	3 años	MT- QT- RT-
	6	49	C	1 año	CC-RM. QT- RT-
	8	49	C	10 meses	CC- RT- QM- BT-
COG	9	48	C	7 años	CC- QT – RT- BT-
	10	50	C	3 años	MT- QT- RT- BT
	11	42	S	1 año	CC- QT- RT-
	13	48	C	3 años	MT- QT- RT-
	14	45	C	2 años	MT- QT- RT-
	16	50	C	3 años recidiva 5 meses	MT- RT-

NOTA 1: estado civil de las participantes. D= divorciada, V= viuda, C: casada, S: soltera.

NOTA 2: tratamiento médico recibido: MT = mastectomía total, CC= cirugía conservadora, QT= quimioterapia, RT= radioterapia, BQ= braquiterapia, RM= reconstrucción mamaria.

do de domicilio por razones laborales o bien por la presencia de trastornos psicológicos previos al diagnóstico de cáncer. Aunque no formaron parte de este estudio, en la mayoría de los casos el terapeuta realizó sesiones de forma esporádica y mantuvo un seguimiento exhaustivo, según las necesidades de estas mujeres. La tabla 1 muestra algunas características de las participantes del estudio: 12 mujeres, entre 42 y 50 años de edad ($M = 46,58$ años; $DT = 2,87$).

Diseño, Medidas e Instrumentos

Se empleó un diseño experimental entre sujetos, con medidas repetidas aplicadas a un conjunto de variables dependientes para valorar los resultados relativos a dos condiciones de tra-

tamiento, una basada en la aceptación y otra basada en el control cognitivo. Las condiciones de tratamiento consistieron en dos protocolos de intervención psicológica breve y diseñada al efecto, aplicados a seis participantes distribuidas al azar a cada condición de tratamiento, ACT y Control Cognitivo. Las participantes no tenían conocimiento de la existencia de diferentes condiciones de tratamiento, sino que se les explicaba que los tratamientos se ajustaban a las necesidades específicas de cada una.

El tratamiento completo estuvo formado por un total de ocho sesiones, tres sesiones individuales (dos antes y una después de la intervención grupal) y cinco sesiones grupales. Cada sesión individual duraba aproximadamente una hora y las sesiones grupales una

hora y media, en ambos casos se realizaban semanalmente. Los grupos estaban formados por tres mujeres y un terapeuta. Al finalizar el tratamiento completo se realizó otra sesión de evaluación (medidas post - tratamiento). Luego se realizaron tres seguimientos, a los tres meses, a los seis meses y a los doce meses (medidas de seguimiento). Se tuvieron en cuenta medidas de ansiedad, depresión, calidad de vida y áreas importantes afectadas. Los análisis se efectúan por las comparaciones intra-sujeto (evaluaciones pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimientos) y las réplicas inter-sujetos en cada condición experimental. Se tienen en cuenta cambios estadísticamente significativos, pero especialmente se consideran criterios de cambio clínicamente significativo lo que permitirá valorar el efecto comparativo entre ambas condiciones de tratamiento desde una perspectiva acorde con el análisis funcional.

Instrumentos

Las medidas tomadas fueron las siguientes:

- Cuestionario Hospitalario de Ansiedad y Depresión (*Hospital Anxiety and Depression Scale*⁽²⁷⁾): para medir ansiedad y depresión se empleó este cuestionario organizado por 14 ítems, siete correspondientes a la escala de ansiedad y siete a la escala de depresión. Consta de cuatro opciones relativas a la frecuencia con que ocurre cierto tipo de respuestas definidas como de ansiedad o de depresión. La traducción al español fue realizada por Caro e Ibáñez⁽²⁸⁾. La versión española también tiene una buena consistencia interna, validez externa y sensibilidad y especificidad favorable en identificar casos^(29,30).

- Cuestionario de calidad de vida en pacientes con cáncer de mama (*Funcio-*

nal Assessment of Cancer Therapy- Breast, FACT-B): este cuestionario está formado por un total de 36 ítems y ha sido diseñado para medir la calidad de vida a lo largo de diferentes dimensiones en pacientes con cáncer de mama^(31,32). El FACT-B consiste en el FACT-G, instrumento general, complementado por una sub-escala que contiene ítems específicos relacionados con la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama. Los ítems están agrupados en cinco sub-escalas (ej. estado físico general, ambiente familiar y social, estado emocional, etc.) y se contestan según cinco opciones de respuesta. La evidencia sostiene la fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio de este instrumento^(32,33)

- Cuestionarios de valores: para medir el número de áreas valiosas afectadas se emplearon los cuestionarios de importancia y consistencia en valores^(23,34). Se presentan diversas áreas o ámbitos de la vida para que cada persona evalúe en una escala de 1 a 10 el nivel de importancia de cada una de las 10 áreas (las áreas de la familia, la pareja, los hijos, el trabajo, etc); una vez identificadas las áreas de valor, se pide que indique, en una escala de 0 a 10 la consistencia o cómo es de fiel en su actuación cotidiana en cada una de mencionadas áreas. Este cuestionario es usado clínicamente y está en desarrollo para criterios psicométricos.

Finalmente, las sesiones fueron grabadas mediante videocámara Sony Handycam CCD-TR420E y cintas de grabación auditiva.

Condiciones de tratamiento

Los tratamientos consistieron en protocolos abreviados de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y de una terapia de corte cognitivo (control cognitivo) desarrollada al efecto a partir

del protocolo de actuación propuesto por el comité técnico de la Junta Nacional de la Asociación Española Contra el Cáncer para intervenciones grupales con mujeres con cáncer de mama. Las intervenciones se realizaron bajo la forma típica en la que se aplican los dos tipos de tratamientos y según se recoge en los manuales al uso.

Protocolo de terapia ACT

Este protocolo fue elaborado sobre la base del manual publicado en castellano de la Terapia de Aceptación y Compromiso⁽²³⁾, y el manual original de la terapia⁽²²⁾. Algunas intervenciones fueron modificadas para adaptarlas a la temática y otras fueron elaboradas para el presente estudio.

Las características de este protocolo se centraron en: (i) la clarificación de trayectorias personales valiosas y las acciones cotidianas en tales direcciones; (ii) la detección de las barreras psicológicas aparecidas en este trayecto y su superación a partir de la aceptación incondicional de dichos eventos, como parte ineludible de mencionados recorridos; (iii) la práctica continuada del distanciamiento cognitivo y la ruptura de la fusión con los eventos verbales a través de diversas interacciones y ejercicios clínicos.

Protocolo de terapia cognitiva

Este protocolo se elaboró según las indicaciones generales para la intervención psicológica en grupo realizadas en el programa "Vivir como Antes"⁽³⁵⁾, elaboradas por el equipo técnico de la *Junta Nacional de la Asociación Española Contra el Cáncer*. Este programa se estructura en cinco módulos, pero el protocolo actual sólo incorporó dos, el dirigido al estado de ánimo y el de ansiedad y es-

trés. Las intervenciones puntuales fueron extraídas del manual de la terapia psicológica para pacientes con cáncer, *Terapia Psicológica Adyuvante desarrollada por Moorey y Greer*⁽³⁶⁾; específicamente se emplearon técnicas cognitivas y de control de reacciones emocionales: de revisión de pensamientos distorsionados, reestructuración cognitiva, distracción, parada del pensamiento, técnica de autoinstrucciones, de respiración y relajación progresiva. Se excluyeron técnicas clásicamente entendidas como conductuales (por ejemplo: exposición, planificación de actividades) que generalmente forman parte y se incluyen en los protocolos cognitivo-conductuales. Como se ha mencionado, esta exclusión tuvo la finalidad de aislar los componentes específicos (aceptación y control cognitivo) que se pretendían analizar en el estudio.

El protocolo cognitivo se centró fundamentalmente en: (i) el análisis de las relaciones entre los pensamientos, los sentimientos y las acciones derivados de padecer cáncer; (ii) el entrenamiento en la modificación de cogniciones y emociones relacionados con la enfermedad mediante la práctica de estrategias para la identificación y manejo de reacciones distorsionadas, desadaptativas y automáticas, así como técnicas de ventilación emocional, respiración y relajación para el manejo del estado de ánimo y de la ansiedad. El objetivo era promover un sentido de control personal sobre dichos eventos privados induciendo un espíritu de lucha positivo como forma de afrontar la enfermedad. En las tablas 2 y 3 se incluye una descripción de los protocolos de intervención detallando los objetivos, componentes y estrategias empleadas por sesión (el protocolo completo puede solicitarse a las autoras del estudio).

Tabla 2. **Protocolo de la Condición ACT**

	OBJETIVOS Y COMPONENTES	INTERVENCIONES
SESIÓN 1	Presentar las características generales de la terapia.	Metáforas: "Cocinar un pastel"*, "Ir al gimnasio"*, "Ir al cine"*, "El vaso sucio" (p. 117)
	Comprender la importancia de una vida basada en los valores. Introducir la desesperanza creativa	"Metáfora del jardín" (p. 113). La diferencia entre arrancar la mala hierba y cultivar el jardín*
SESIÓN 2	Generar desesperanza creativa y analizar el problema del control	Metáforas: "El hombre en el hoyo" (p. 128) "El polígrafo" (p. 185); Ejercicios: "¿Cuáles son los números?"; "No pienses en..." (p. 143), "La regla del 95% y el 5%" (p. 184)
	Introducir la aceptación como alternativa del control	Ejemplos de cómo bailar, hacer el amor, cómo flotar, etc... ¿Qué haces cuando ves un atardecer?" (p. 190)
SESIÓN 3	Diferenciar entre las estrategias de control y la aceptación psicológica	Metáforas: "El dique con agujeros" (p. 196), "El tablero de ajedrez y la fichas" (p. 209). Ejercicios: "Lucha, no lucha con papeles", "Empujar vs. sostener" (p. 197).
	Practicar la aceptación de los eventos privados con funciones aversivas	Metáfora: "Las olas en la playa" (p. 204). Ejercicio experiencial: exposición a las reacciones al diagnóstico, tratamiento y consecuencias del cáncer*.
SESIÓN 4	Socavar la fusión cognitiva con el lenguaje	Metáforas "Las gafas azules" (p.224), "La radio siempre encendida" (p.226), ejemplos de las palabras no son lo que dicen ser* ...
	Socavar las razones basadas en eventos privados como causas del comportamiento	Ejemplos: "Diferencia entre dolor y trauma."(p. 145), la arbitrariedad de las razones como causas
	Practicar el distanciamiento comprensivo	Ejercicio experiencial: el cáncer y sus consecuencias como el "El gigante de lata y cuerdas" (p. 230).
SESIÓN 5	La aceptación incondicional al cáncer	Metáforas: "Bienvenidos todos y el invitado grosero" (p. 238)
	Generar flexibilidad frente a los contenidos con funciones aversivas	Ejercicio de exposición a la posibilidad de la recaída*. "Caminar con chinias en el zapato" (p. 237);

Nota 1: Para una descripción detallada de las intervenciones, se puede consultar el manual publicado en español de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) escrito por Wilson y Luciano⁽²³⁾. Ejercicios, ejemplos y metáforas que están publicados en este manual y aparecen en la descripción del presente protocolo, van seguidos con el número de página en la que aparecen en citada obra.

Nota 2: Ejercicios, ejemplos y metáforas elaborados exclusivamente para este protocolo, van seguidas de un*

Nota 3: Una versión completa del protocolo está a disposición a petición de las autoras del manuscrito.

Tabla 3. **Protocolo de la Condición de Control Cognitivo**

	OBJETIVOS Y COMPONENTES	INTERVENCIONES
SESIÓN 1	Ventilar emociones Presentación de los miembros mediante la exposición de sus problemas fundamentales. Expectativas sobre el grupo Revisar estrategias de afrontamiento predominantes	Diálogo
	Enseñar el modelo cognitivo. Relaciones entre pensamientos, emociones y comportamiento	Introducción de conceptos teóricos. Ejemplos generales y personales acerca de tópicos teóricos. Revisión de pensamientos distorsionados relativos al cáncer.
SESIÓN 2	Distinguir los propios pensamientos automáticos	Discusión de la relación entre pensamientos-sentimientos-acciones
	Diferenciar pensamientos adaptativos y desadaptativos Enseñar los principios de las técnicas cognitivas	Introducción teórica - Lista de errores cognitivos frecuentes.
	Modificar pensamientos distorsionados	Práctica en reestructuración cognitiva y la búsqueda activa de evidencias (p. 118). Tarea: registro de pensamientos distorsionados y modificarlos, buscando evidencias y aportando pensamientos alternativos más ajustados
SESIÓN 3	Practicar la reestructuración cognitiva	Trabajo con registro de pensamientos
	Enseñar y practicar en sesión otras estrategias cognitivas	Distracción (p. 116), parada del pensamiento, imaginación inducida, imaginación positiva (p. 88), autoinstrucciones (p. 117) Trabajo con ejemplos extraídos del registro.
	Esclarecer información sobre el cáncer.	Trabajo con el folleto de autoayuda: "Mitos sobre el cáncer".
SESIÓN 4	Introducir conceptos de ansiedad y estrés	Conceptos teóricos y discusión grupal de ejemplos personales
	Enseñar técnicas para aliviar síntomas afectivos	Pautas para la Ventilación de emociones, técnica de inducción de autocompasión, técnica de respiración Técnica de la relajación progresiva. Tarea: práctica diaria de la relajación
SESIÓN 5	Revisar resultados de la práctica semanal de la relajación progresiva	Informe personal, ejemplos de la agenda
	Preparar a las clientes para afrontar situaciones estresantes. Revisar las estrategias aprendidas. Discutir sus usos y resultados. Revisar expectativas iniciales, objetivos alcanzados y objetivos por cumplir.	Discusión grupal.

Nota 1: para una descripción más detallada de las intervenciones se puede consultar el Manual de la Terapia Psicológica Adyuvante de Moorey y Greer⁽³⁶⁾, las páginas aparecen entre paréntesis.

Nota 2: Indicaciones y la estructura general fue elaborada a partir de las indicaciones del programa "Vivir Como Antes" de la A.E.C.C.⁽³⁵⁾.

Nota 3: Una versión completa del protocolo está a disposición a petición de las autoras del manuscrito.

Procedimiento

Las evaluaciones y las sesiones grupales e individuales fueron realizadas en despachos de la AECC. Cada uno de los protocolos fue aplicado, respectivamente, por dos psicólogas con formación equivalente, bien en terapia cognitiva como en terapia de aceptación y compromiso.

Se describen a continuación 1) el reclutamiento de las participantes, 2) la evaluación inicial, 3) las sesiones individuales iniciales, 4) las sesiones grupales, 5) la última sesión individual, 6) las evaluaciones post-tratamiento y 7) los seguimientos.

1. Reclutamiento de participantes

Al comienzo del estudio las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama que formaban parte de la base de datos de la AECC de Almería (n= 250 mujeres), fueron invitadas por escrito a una reunión informativa sobre nuevas actividades del programa "Vivir Como Antes"⁽³⁵⁾. Asimismo, se enviaron cartas y se mantuvieron reuniones informativas con médicos de los servicios de Oncología y Radiología de hospitales de la ciudad con la intención de reclutar pacientes. Asistieron a esta reunión 42 mujeres, se les explicó que se iba a iniciar un proyecto sobre la efectividad de una terapia psicológica breve para mujeres con problemas relacionados con el afrontamiento de la enfermedad, enfatizando no sólo el provecho personal que esto pudiera suponer sino la utilidad de su colaboración para mejorar las intervenciones psicológicas. Treinta y ocho de las 42 dieron su Consentimiento Informado para participar en el estudio y para permitir la grabación de las sesiones en video o en audio.

2. Evaluación inicial

Cada participante fue entrevistada por una de las dos psicólogas en despachos de la asociación. La entrevista inicial duró entre 45 minutos y una hora.

La evaluación se iniciaba con una pregunta abierta sobre cómo iba su vida a partir del diagnóstico de cáncer, dejando unos minutos para responder. Luego, se le preguntaba si consideraba necesario participar de un programa de atención psicológica orientado a ayudarlo a afrontar la enfermedad y si la respuesta era afirmativa, la entrevista continuaba para evaluar los siguientes aspectos:

(a) Reacciones más frecuentes (de las siguientes), así como circunstancias en las que ocurrían y su intensidad: tristeza, mal humor, falta de ganas, cansancio, desesperanza, pensamientos reiterativos de muerte, pensamientos y preocupación por posibles recaídas, recuerdos desagradables, temor, rabia, ansiedad, disgusto con el propio aspecto físico, malestar físico, y otras que pudiera indicar.

(b) Intentos de solución a tales reacciones y la efectividad de ese modo de funcionamiento: se preguntaba qué hacía ante las reacciones más frecuentes e intensas y qué conseguía a corto y a largo plazo.

(c) Áreas afectadas por ese funcionamiento en la vida cotidiana, por ejemplo: en el trabajo, en las tareas del hogar, en las actividades de ocio y tiempo libre, académicas o de formación, en relaciones sociales, en la comunicación y contacto con hijos y padres, con su pareja, en la vida sexual, etc.

(d) Datos médicos oncológicos, historia de problemas psicológicos o psiquiátricos previos y/o actuales, así como su tratamiento.

(e) Completados estos puntos en la entrevista, se pasaban los cuestionarios indicados en el apartado de medidas.

Terminada la evaluación y según la disponibilidad horaria de la cliente, ésta se asignaba a un grupo de terapia en tanto que los resultados de la evaluación fueron equivalentes.

3. Sesiones individuales iniciales

Se realizaron dos sesiones individuales con el objetivo de plantear las características fundamentales de la terapia según cada condición experimental. Respectivamente, en la condición de ACT, se indicó que la terapia tenía como eje central profundizar en las direcciones y metas que el cliente quería conseguir en su vida cotidiana, detectando las reacciones que funcionaban como barreras psicológicas al intentarlo y que mantenían al cliente atrapado. En la condición de Control Cognitivo se indicó que la terapia tendría como eje central el papel clave que juegan los pensamientos y sentimiento en el significado de la enfermedad y de cómo estas reacciones se relacionaban e interponían en conseguir un mejor funcionamiento cotidiano. Se establecía como eje central del trabajo el tipo de pensamientos y creencias que se tenían y la importancia de su modificación para conseguir un control de las reacciones negativas a la enfermedad.

Ambas sesiones individuales consistieron en el análisis personal de los correspondientes ejes centrales de modo que al ser retomadas en la intervención grupal cada persona supiera a que se hacía referencia en relación a las trayectorias de valor personal y a las barreras psicológicas específicas que en cada caso pudieran surgir.

4. Sesiones grupales

Amén de los objetivos y contenidos específicos de cada sesión grupal en cada condición de tratamiento (ver tabla 2 y 3), se siguieron pautas concretas y equivalentes para el manejo de las sesiones en sendos tratamientos. El terapeuta introducía algún contenido (metáfora, ejercicio, técnica cognitiva, etc.) y cada mujer daba su opinión de lo expuesto por el terapeuta. Se propiciaba el diálogo entre los integrantes del grupo y el terapeuta pedía ejemplos personales a cada participante, insistiendo en la similitud o diferencia de la experiencia de las participantes. El terapeuta estaba atento a los comportamientos clínicamente relevantes (según definición de Kohlemberg y Tsai⁽³⁷⁾) que ocurrían en sesión para ayudar a las participantes a discriminar su propio comportamiento, a la vez que ello servía de ejemplo para los otros miembros del grupo. Este tipo de conductas aparecidas en sesión eran utilizadas por el terapeuta para mostrar *in situ* las técnicas de afrontamiento (de aceptación o de control cognitivo). El objetivo de ejercitar estas estrategias *in situ* de modo reiterado era facilitar la generalización de las mismas a otros contextos y áreas personales.

5. Última sesión (individual)

Tras las sesiones grupales se concertó una sesión individual con cada participante para reforzar aspectos en los que cada una necesitaba más ayuda. No se introdujo ningún componente ni intervención nueva, sino que se ajustaban los ya trabajados a temáticas particulares de cada participante y que no habían tenido efecto en las sesiones grupales.

6. Evaluación post – tratamiento

Las entrevistas de evaluación final se realizaron individualmente. Para ambas condiciones, el protocolo seguido fue equivalente al efectuado para la evaluación inicial.

La evaluación fue cuidadosamente realizada enfatizando la utilidad de la colaboración de las mujeres para mejorar las intervenciones psicológicas. Para reducir los informes bajo deseabilidad social, se hizo hincapié en varios aspectos. Por un lado, que diferentes actuaciones terapéuticas se ajustan a diferentes personas y que debido a que la intervención había sido breve no tenía por qué haber repercutido en su vida. Teniendo eso en consideración, se trataba de ver hasta qué punto para ella (refiriéndose a la participante en concreto) había sido útil. Por otro lado, se recalaba que la evaluación se refería al trabajo y a los procedimientos empleados y no tenían que ver con el buen hacer de los profesionales, insistiendo en la necesaria sinceridad de las opiniones allí vertidas de cara a avanzar en nuestros conocimientos. Se dejaban unos minutos para que la mujer planteara en términos generales su experiencia y luego se iba centrando el foco de la entrevista en los mismos aspectos valorados en la evaluación inicial, poniendo el acento en posibles cambios experimentados a partir del tratamiento; finalmente se pasaban los cuestionarios.

7. Seguimientos

Se realizaron tres seguimientos, que fueron equivalentes a la evaluación post- tratamiento, a los tres meses, a los seis y el último a los doce meses. Estas sesiones se iniciaban haciendo un resumen de los acontecimientos más relevantes de los últimos meses, la manera

en que habían sido afrontados, la efectividad del afrontamiento y por último se completaban los cuestionarios.

RESULTADOS

En primer lugar, se analizan las posibles diferencias pre-tratamiento entre las dos condiciones de tratamiento (ACT y COG) a lo largo de las distintas variables estudiadas. En segundo lugar, se presentan los análisis que atienden a criterios de cambio clínico significativo, que son los más coherentes con la perspectiva funcional y con el enfoque ideográfico fundamental en psicología clínica^(38,39). De acuerdo con estos criterios, se realizan las comparaciones entre los datos obtenidos al pre-tratamiento, al post- tratamiento y al tercer seguimiento (1 año) para cada sujeto en ambas condiciones de tratamiento en las variables ansiedad, depresión, calidad de vida y número de áreas valiosas afectadas. Se ha escogido presentar los datos del tercer seguimiento ya que el mantenimiento de los cambios a largo plazo es el criterio de eficacia más relevante. Paralelamente, estos análisis descriptivos se acompañan de estadísticos no paramétricos que se ajustan al tamaño reducido de la muestra (p.e., la prueba de Wilcoxon para las comparaciones intra-condición y la *U* de Mann-Whitney para las comparaciones entre-condiciones).

Diferencias pre-test

Los análisis revelan que las participantes de ambas condiciones de tratamiento no difieren significativamente en la edad ($U = 13,50$; $p = ,49$), tiempo transcurrido desde el diagnóstico de cáncer ($U = 16,00$; $p = ,82$), nivel de ansiedad ($U = 15,50$; $p = ,70$), depresión ($U = 17,00$; $p = ,94$), número de áreas valiosas afectadas.

tadas ($U = 13,00$; $p = ,49$); solamente se ha encontrado que existen diferencias al pre-tratamiento en la variable calidad de vida ($U = 5,00$; $p < ,05$), presentando las mujeres de la condición de ACT ($M = 60,00$; $DT = 11,03$) una calidad de vida menor que las mujeres de la condición de control cognitivo ($M = 77,83$; $DT = 14,11$).

Análisis basados en la significación clínica

Para las medidas de ansiedad y depresión, los criterios de cambio clínico significativo empleados fueron los establecidos en el cuestionario Hospitalario de Ansiedad y Depresión, HADS⁽²⁷⁾. En concreto, la puntuación entre 0-7 puntos se considera ansiedad baja, ansiedad media entre 8-10 puntos y, ansiedad alta desde 11 puntos. En este trabajo se consideró cambio clínicamente significativo cuando las puntuaciones de una participante cambiaban de una categoría superior a otra inferior. Como se observa en la tabla 4, Figura 1; 3 mujeres de la condición de ACT y 3 mujeres de la condición de control cognitivo disminuyeron la ansiedad en el post-tratamiento. En el tercer seguimiento, (al año), 5 participantes de la condición ACT y 1 de la condición control cognitivo mostraron un nivel inferior de ansiedad en comparación con las medidas informadas al pre-tratamiento.

Siguiendo los mismos criterios de cambio clínico que los indicados en la variable ansiedad⁽²⁷⁾, para la variable depresión se encontró que 3 mujeres de la condición de ACT y 2 mujeres de la condición de control cognitivo disminuyeron los informes de depresión en comparación con los niveles informados al pre-tratamiento. Al año de seguimiento, la disminución en los niveles de depresión se observó en 4 participantes de la

condición ACT y en 2 de la condición de control cognitivo (ver tabla 4 y figura 1).

Para calidad de vida y, siguiendo los criterios establecidos en el instrumento empleado⁽³³⁾, se consideró un cambio significativo cuando el puntaje aumentaba por lo menos siete puntos. En comparación con el pre-tratamiento, 5 mujeres en la condición de ACT y 4 mujeres en la condición de control cognitivo mejoraron su calidad de vida en el post-tratamiento. Al tercer seguimiento se encontró que 6 mujeres de la condición de ACT y 3 mujeres de la condición de control cognitivo mostraron un aumento en calidad de vida (ver tabla 4 y figura 1).

Finalmente, a partir del cuestionario de valores⁽³⁴⁾ se calcularon el número de áreas valiosas afectadas estableciendo que un área se la consideraría afectada cuando: i) fuese importante para la cliente en más de cinco puntos y ii) cuando la participante considerase el grado de consistencia en cinco o por debajo de cinco puntos. Asimismo, se consideró un cambio relevante en las áreas valiosas afectadas, cuando la participante informaba de cambios en, al menos, dos áreas de valor previamente afectadas. La tabla 4 y la figura 1 muestran que en comparación con los niveles observados durante el pre-tratamiento, 5 mujeres en la condición de ACT, disminuyeron el número de áreas valiosas afectadas en el post-tratamiento, lo que se mantuvo hasta el tercer seguimiento. En la condición de control-cognitivo, 2 mujeres disminuyeron el número de áreas afectadas al post-tratamiento y, al año de seguimiento, 3 mujeres mostraron una disminución en la afectación de áreas valiosas.

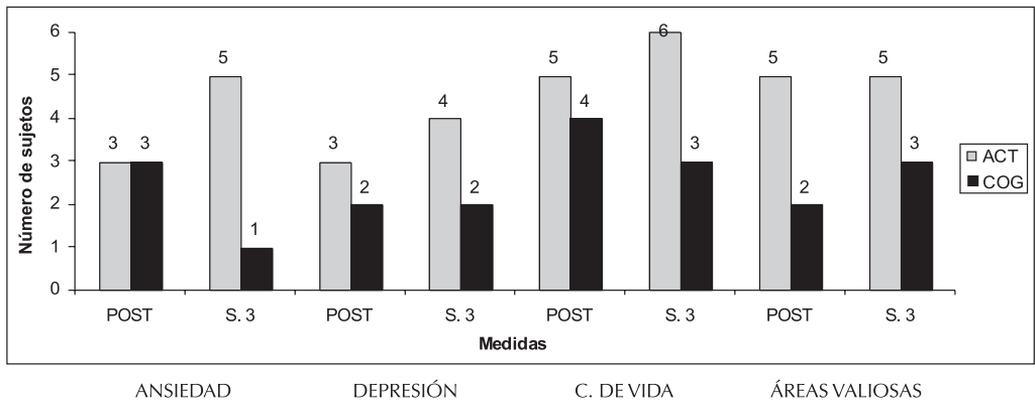
Análisis basados en la significación estadística

La tabla 5 muestra las puntuaciones medias y desviaciones típicas en todas

Tabla 4. Porcentaje de participantes de las dos condiciones de tratamiento (ACT y COG) que informan de cambios clínicamente significativos en las variables ansiedad, depresión, calidad de vida, y número de áreas valiosas afectadas durante el post-tratamiento y el tercer seguimiento, en comparación con el pre-tratamiento

	Ansiedad		Depresión		Calidad de vida		Áreas afectadas	
	ACT	COG	ACT	COG	ACT	COG	ACT	COG
Post	50%	50%	50%	33,3%	83,3%	66,7%	83,3%	33,3%
S. 3	83,3%	16,7%	66,7%	33,3%	100%	50%	83,3%	50%

Figura 1. Número de participantes de las dos condiciones de tratamiento (ACT y COG) que informan de cambios clínicamente significativos en las variables ansiedad, depresión, calidad de vida, y número de áreas valiosas afectadas durante el post-tratamiento y el tercer seguimiento, en comparación con el pre-tratamiento



las variables del estudio obtenidas en el pre-tratamiento, en el post-tratamiento y al año de seguimiento, en cada condición de tratamiento. Para todas las variables, se realizaron los análisis estadísticos para comprobar si en cada condición de tratamiento los cambios observados en el post-tratamiento y en el tercer seguimiento, en comparación con los niveles pre-tratamiento, resultaban estadísticamente significativos. Para ello, se usaron pruebas de Wilcoxon para muestras relacionadas (comparaciones intra-condición). En la condición ACT, se observa al finalizar el tratamien-

to una disminución estadísticamente significativa del número de áreas afectadas. En la condición COG, se encuentra que el número de áreas afectadas y las puntuaciones de depresión obtenidas en el post tratamiento difieren significativamente de los respectivos niveles pre intervención. Con respecto a las comparaciones de las medidas pre-tratamiento y las obtenidas al año (tercer seguimiento), se observa que en la condición ACT se obtienen cambios estadísticamente significativos en todas las variables medidas (ansiedad, depresión, calidad de vida, número de áreas valiosas afecta-

Tabla 5. Puntuaciones medias (y desviaciones típicas) en ansiedad, depresión, calidad de vida y número de áreas valiosas afectadas obtenidas durante el pre-tratamiento, el post-tratamiento y en el tercer seguimiento en cada condición de tratamiento (ACT y COG)

	ACT			COG		
	Pre	Post	S.3	Pre	Post	S.3
Ansiedad	11,67 (2,66)	10,17 (2,93)	6,33* (2,66)	11,33 (4,50)	8,17b (3,97)	8,5 (2,43)
Depresión	10,17 (4,96)	7,00 (3,16)	6,67* (2,50)	10,83 (4,45)	6,00* (4,47)	6,17* (3,76)
Calidad de vida	60,00 (11,03)	82,33 (15,02)	96,50* (11,67)	77,83 (14,11)	92,83 (15,88)	89,50 (13,05)
Áreas afectadas	4,67 (1,21)	2,33* (1,03)	0,00* _a (0,00)	4,33 (1,51)	3,33* (2,42)	2,17* _a (1,72)

Nota, Se usaron pruebas de Wilcoxon para la comparación de muestras relacionadas

Nota, Se usaron pruebas de U de Mann-Whitney para la comparación de muestras independientes

* Las comparaciones intra-condición resultan estadísticamente significativas al nivel de $p < ,05$

a, Las comparaciones entre-condición resultan estadísticamente significativas al nivel de $p < ,05$

das). Sin embargo, en la condición de control cognitivo, se observa que las diferencias durante el tercer seguimiento son estadísticamente significativas únicamente para las variables de depresión y número de áreas valiosas afectadas.

Las comparaciones entre las dos condiciones mediante pruebas *U* de Mann-Whitney para muestras independientes indicaron que la única diferencia que alcanzó significación estadística fue la afectación de áreas valiosas en el tercer seguimiento. Es decir, un año después de la finalización del tratamiento, las participantes de la condición de ACT informaban un número significativamente inferior de áreas afectadas que las reportadas por las participantes de la condición de control cognitivo, $U = 3,00$, $p = 0,015$ (ver tabla 5). Para el resto de variables, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones entre-condiciones.

DISCUSIÓN

Los datos indicados muestran que al finalizar el tratamiento, los cambios en reacciones emocionales categorizadas como ansiedad y depresión son equivalentes entre condiciones (3 participantes de 6 en cada condición para criterios de ansiedad y, 3 y 2 de 6, respectivamente para ACT y condición control cognitivo, para los criterios de depresión). Sin embargo, con el seguimiento, se observa una mayor eficacia del tratamiento ACT en ambas variables (5 y 4 participantes de 6, en ansiedad y depresión) respecto de la condición Control Cognitivo (1 y 2 participantes de 6, respectivamente en ansiedad y depresión). Es decir, el mayor impacto del protocolo ACT se ha mostrado más evidente con el paso del tiempo, mientras que el protocolo cognitivo aunque mostró cambios equivalentes al post-

tratamiento; los mismos se han suavizado con el paso del tiempo.

En la misma dirección se sitúan los datos sobre la calidad de vida. Si bien no existieron diferencias relevantes entre ambas condiciones de tratamiento a corto plazo (más de la mitad de los sujetos en ambas condiciones mejoraron su calidad de vida, 5 y 4 respectivamente en ACT y en la condición de control cognitivo), en el tercer seguimiento, en la condición de ACT se observa que el número de participantes que mejoraron la calidad de vida es mayor (6 versus 3). Cabe añadir que estos números amplían su importancia si se tiene en cuenta que al inicio del tratamiento, los participantes diferían en esta variable, siendo más las participantes con peor calidad de vida en la condición ACT. Por tanto, la tendencia a la consolidación de las mejoras se hace patente nuevamente en la condición ACT.

Finalmente, en relación al cambio en los comportamientos en áreas valiosas afectadas, las diferencias son evidentes tanto al final del tratamiento (5 mujeres en la condición ACT versus 2 en la condición de control cognitivo disminuyeron el número de áreas afectadas) como al año de seguimiento en el que se mantuvieron los cambios en la condición ACT y se incrementó a 3 el número de mujeres que mejoraron en las áreas afectadas en la condición de control cognitivo.

Considerados los datos en su globalidad, resaltan dos aspectos. Por un lado, la gradual mejoría de las participantes que siguieron el protocolo de ACT desde el post-tratamiento al seguimiento. Por otro lado, el impacto del protocolo ACT de un modo claramente diferencial en la activación comportamental, es decir, en la implicación de las participantes en comportamientos en dirección valiosa, lo que se ha hecho evidente con la disminución de las

áreas afectadas consideradas importantes por cada mujer.

En relación al primer aspecto, el mantenimiento y ampliación de los cambios en el tiempo, cabe mencionar su importancia en tanto que se trata de la aplicación de una intervención a una población que padece de una condición crónica. En tales circunstancias, la posibilidad de empeoramiento, de recaídas o la incertidumbre están siempre presentes. En el caso de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, las revisiones periódicas, las recaídas de compañeras del grupo, sumadas a muchas situaciones cotidianas que tienen que afrontar, hacen crítico este aspecto. En este sentido, cabe retomar la metáfora del funcionamiento de ACT como una vacuna en la práctica de integrar el malestar y el sufrimiento verbal que no puede evitarse, de aceptarlo como parte inherente a la vida y aprender a centrarse en los facetas de la vida prioritarias en cada momento⁽⁴⁰⁾. Hacerlo parece que previene que el individuo quede atrapado en el sufrimiento y se centre en lo relevante en el presente. Asimismo, estos datos apoyan otros resultados que concluyen que las principales ventajas de ACT en comparación con otro tipo de intervenciones se verifican especialmente en los seguimientos⁽²⁶⁾, esto añade valor a la intervención ya que uno de los criterios fundamentales en las evaluaciones empíricas de la eficacia y efectividad de los tratamientos es el mantenimiento de los logros conseguidos a largo plazo^(41,42).

En relación al segundo punto, respecto de la rápida activación conductual circunscrita a trayectorias que estaban afectadas y que habían sido identificadas por las propias mujeres como valiosas en su actual momento vital; cabe señalar que es precisamente en esa faceta donde las diferencias entre las dos condiciones se hacen más evidentes. ACT

ha producido una rápida activación conductual aún cuando las modificaciones en las barreras que las mujeres identificaron como "sus síntomas" de ansiedad y depresión fueron menos evidentes (la disminución en ansiedad y depresión se produjo sólo en la mitad de las participantes). Estos datos concuerdan con los procesos que regulan el cambio de funcionamiento en ACT como queda reflejado, por ejemplo, al afirmar que "ACT funciona haciendo que la persona esté menos centrada en sus síntomas y más centrada en su comportamiento efectivo"^(22 p.78); siendo la actuación en trayectorias valiosas la meta primordial del tratamiento^(23,43,44). El tipo de cambio que se produce en ACT es la reducción de la credibilidad de los eventos cognitivos que de un modo radical viene a evidenciarse por la actuación en dirección valiosa en presencia de eventos privados con función aversiva o de malestar^(40,45). Los cambios en credibilidad es la clave diferencial de los tratamientos cognitivos centrados en el control versus centrados en la aceptación como muestra la revisión de estudios de casos y ensayos controlados recogida en Hayes et al⁽²⁶⁾. Nuevamente en este estudio se observó este proceso no sólo por los informes proporcionados sino de un modo más general cuando, por ejemplo, mencionaban que eran capaces de (contactaron con la experiencia de) de actuar hacia objetivos relevantes diarios, incluso con dolor, con temor, con ansiedad o tristeza. A la larga, como igualmente se ha reflejado a nivel clínico⁽⁴⁰⁾, el malestar o las funciones aversivas, terminaron resultando *menos aversivas*, de modo que aunque su frecuencia no disminuye necesariamente, ocurre que ya no interfieren de la misma forma dejando de ser cruciales en el control del comportamiento y quedando éste controlado por las metas personalmen-

te significativas⁽⁴⁵⁾. Esto se comprueba en las propias verbalizaciones de las clientes al poner de manifiesto que "*la ansiedad viene pero la vivo de otra forma*", "*los temores por las recaídas siempre están allí, pero han dejado de influir en lo que hago cada día*", o que "*la rabia de verme con limitaciones aparece, pero procuro encontrar alternativas*".

En cambio, en un contexto de cambio deliberado, como es el caso del contexto generado a partir de la intervención de control cognitivo, determinados contenidos, pensamientos, sentimientos y sensaciones, seguirán siempre siendo inherentemente atemorizantes, con lo que frente a cada situación a la que ha de hacer frente la persona se actualizarán estas mismas funciones (con las implicaciones que se de ello al tratarse de una condición crónica como es el caso). En este contexto, el evento es sostenido en sus funciones aversivas⁽⁴⁴⁾.

A pesar de todo lo anterior, este estudio muestra las limitaciones propias de un estudio clínico cuasiexperimental de tal modo que las afirmaciones han de sostenerse de un modo cauteloso. En primer lugar, aunque los datos son claramente favorables a incorporar intervenciones centradas en la aceptación de eventos privados, este estudio no permite conocer qué procedimiento en particular produjo determinados efectos sobre qué individuo. Sin embargo, sí se puede afirmar que los cambios producidos por ACT han ocurrido al compás de múltiples fórmulas metafóricas y de ejercicios de exposición que suponen cambios en el contexto de los contenidos cognitivos con el fin de producir cambios funcionales de tales cogniciones. Específicamente, el punto central de la intervención trató de re-situar el malestar y los miedos como eventos en coordinación con las trayectorias de valor personal⁽⁴⁵⁾, es decir, hacerse cargo

del sufrimiento como una parte ineludible al proceder en la consecución de metas importantes. El cambio desde un contexto verbal en el que el malestar y los miedos tendrían funciones opuestas para tener una vida con cierto sentido, a un contexto verbal en coordinación con acciones valiosas en cada momento, probablemente sea el cambio responsable de que, a la larga, tales cogniciones cambiasen su valor aversivo. Los diversos ejercicios de práctica en la exposición al malestar, a los miedos, etcétera, parece una parte esencial para poder alterar la clase funcional de evitación experiencial destructiva. Ejercicios para desliteralizar las funciones verbales y para tomar perspectiva de los propios eventos privados, habrían generado el distanciamiento psicológico de la persona respecto de sus propios contenidos verbales y así elegir la acción acorde a valores. Al priorizar las trayectorias de valor frente a los contenidos cognitivos per se, estos últimos habrían perdido su credibilidad, pasando de ser, verdades rotundas y buenas razones para abandonar comportamientos dirigidos a metas de valor, a ser simplemente eventos que se tienen. De modo que, el control verbal del comportamiento habría pasado de estar sujeto a la literalidad de los *eventos privados* a estar controlado por las metas *personalmente relevantes*^(46,47).

Finalmente, es llamativo que los efectos positivos producidos por el protocolo de control cognitivo hayan sido relativamente escasos, lo que contrasta con los datos existentes que avalan este tipo de intervenciones^(6,8,9). Esta discrepancia probablemente se deba a que los protocolos de *corte cognitivo* típicos en el ámbito de la psico-oncología, contemplan la inclusión de numerosos elementos ajenos al manejo cognitivo, específicamente, es importante señalar que suelen estar formados por componentes que se deno-

minan de tipo conductual y que estarían a la base de numerosas discriminaciones y sobre todo de la actividad que se pudiera haber generado en alguna dirección. Sin embargo, no hay que recalcar que en el protocolo de control cognitivo elaborado para la presente investigación, se han eliminado componentes conductuales y otros procesos vinculados con la aceptación psicológica, básicamente para minimizar el efecto de superposición de técnicas. Los elementos de esta intervención cognitiva han estado orientados exclusivamente a la modificación, cambio y control de eventos privados relacionados con la enfermedad (pensamientos y emociones); para comprobar si, en consonancia con los supuestos teóricos de este planteamiento, cambiaba el comportamiento que estaría bajo su control. Los datos del estudio muestran la escasa repercusión que muestran estas estrategias específicas de control cognitivo cuando son empleadas de forma aislada; sin que el foco del tratamiento se sitúe en los denominados componentes conductual, un efecto ya señalado en otros contextos⁽⁴⁸⁾.

Como hemos indicado, los datos obtenidos cabrían identificarse como una investigación preliminar que necesita ser replicada en tanto que la muestra ha sido muy reducida y relativamente sesgada porque los participantes fueron extraídos de un entorno muy concreto (una asociación para afectados de cáncer). Además, sería aconsejable que estudios futuros impliquen medidas más específicas sobre los procesos de cambios involucrados, y un análisis minucioso o protocolos diferenciales que permitan analizar la contribución de cada elemento terapéutico incorporado en los protocolos en la línea de la investigación básico al efecto (por ejemplo, en la serie de estudios de dolor de Gutiérrez et al.,⁽⁴⁹⁾ y Páez et al.,⁽⁵⁰⁾). A pesar de

las limitaciones indicadas, este estudio preliminar muestra el impacto de una aplicación relativamente breve, en grupo e individual, siendo el primer estudio clínico con un cierto control para mejorar la calidad de vida de enfermos de cáncer. Las características de brevedad y economía de la intervención a la par que la eficacia mostrada sugieren investigación adicional en el entorno de la aplicación de ACT en pacientes con cáncer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Spiegel D. How do you feel about cancer now? Survival and psychosocial support. *Public Health Rep.* 1995; 110: 298- 8.
2. Kazdin AE. Progression of therapy research and clinical application of treatment require better understanding of the change process. *Clin Psychol Sci Pract* 2001; 8: 143-51.
3. Hellbom M, Brandberg Y, Glimlius, B, Sjoeden P. Individual psychological support for cancer patients: utilization and patient satisfaction. *Patient Educ Couns* 1998; 34: 247-56.
4. Fawzy IF, Cousins N, Fawzy NW, Kemeny M, Elashoff R., Morton D. A structured psychiatric intervention for cancer patients: I: changes over time in methods of coping and affective disturbances. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 720-5.
5. Telch C, Telch M. Group coping skills instruction and supportive group therapy for cancer patients: A comparison of strategies. *J Consult Clin Psychol* 1986; 54: 802- 8.
6. Edelman S, Bell D, Kidman A. Group CBT versus supportive therapy with patients who have primary breast cancer. *J Cogn Psychoth* 1999; 13: 189-202
7. Edelman,S, Kidman A. Application of cognitive behaviour therapy to patients who have advanced cancer. *Behav Change* 2000; 17: 103-10.
8. Bottomley A, Hunton S, Roberts G, Jones L. A pilot study of cognitive behavioral therapy and social support group interventions with newly diagnosed cancer patients. *J Psychosoc Oncol* 1996; 14: 65-83
9. Cunningham AJ, Edmonds C, Jenkins G, Pollack H, Lockwood G, Warr D. A randomized controlled trial of the effects of group psychological therapy on survival in women with metastatic breast cancer. *Psychooncology* 1998; 7: 508-17.
10. Blake- Mortimer J, Gore-Felton C, Kimerling R, Turner-Cobb J. M, Spiegel D. Improving the quality and quantity of life among patients with cancer: a review of the effectiveness of group psychotherapy. *Eur J Cancer* 1999; 1: 1581-6.
11. Greer S, Morris T, Pettingale KW. Psychological response to breast cancer: effect on outcome. *Lancet* 1979; 2: 785-7.
12. Bloom JR, Spiegel D. The relationship of two dimensions of social support to the psychosocial well-being and social functioning of women with advanced breast cancer. *Soc Sci Med* 1984; 19: 831-7
13. Dunkel-Schetter C. Social support and cancer: finding based on patients interviews and their implications. *J Soc. Issues* 1984; 40: 77-98.
14. Spiegel D, Bloom J, Kraemer H, Gottheil E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989; 2: 888-91.
15. Epping-Jordan JA, Compas BE, Howell DC. Predictors of cancer progression in young adult men and women: avoidance, intrusive thoughts, and psychological symptoms. *Health Psychol.* 1994; 13: 539-47.
16. Bayés R, Limonero JT, Romero E, Arranz P. ¿Qué puede ayudarnos a morir en paz?. *Med Clín (Barc)* 2000; 115: 579-82.

17. Gonzáles-Tablas MM, Palenzuela DL, Pulido RF, Sáez LM, López E. El papel de las expectativas generalizadas de control en el afrontamiento y ajuste psicológico en mujeres con cáncer de mama. *Ansiedad Estrés* 2001; 7: 1-14.
18. Spiegel D, Bloom J, Yalom I. Group support for patients with metastatic cancer. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38: 527- 33.
19. Barez M, Blasco T, Fernández- Castro J. La inducción de la sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer. *Anales de Psicología* 2003; 19: 235- 46.
20. Páez MB, Luciano MC, Gutiérrez O. La aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el tratamiento de problemas psicológicos asociados al cáncer. *Psicooncología* 2005; 2: 49-70
21. Montesinos F, Hernández B, Luciano MC. Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en pacientes enfermos de cáncer. En: Luciano M. C, Dir. *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Libro de casos. Valencia: Promolibro, 2001; p. 197-218.
22. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and Commitment Therapy*. New York: The Guilford Press, 1999.
23. Wilson KG, Luciano MC. *Terapia de Aceptación y Compromiso*. Un tratamiento conductual orientado a los valores. Madrid: Pirámide, 2002.
24. Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention. A conceptual and empirical review. *Clin Psychol (New York)* 2003; 10: 125-43.
25. Dougher MJ. The act of acceptance. En: Hayes SC, Jacobson NS, Follette VM, Dougher MJ, editors. *Acceptance and change*. Content and context in psychotherapy. Reno, Nevada: Context Press, 1994; p. 37-45.
26. Hayes SC, Luoma JB, Bond F, Masuda A, Lillis J. *Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes*. *Behav Res Ther* 2006; 44: 1-25.
27. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-70.
28. Caro I, Ibáñez E. La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. Su utilidad práctica en Psicología de la Salud. *Bol Psicol* 1992; 36: 43-9.
29. Herrero MJ, Blanch JM, Peri JM, De Pablo J, Pintor L., Bulbena AA. validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *Gen Hosp Psychiatry* 2003; 25: 277-83.
30. Lopez- Roig S, Terol M, Neip M. Assessing anxiety and depression with HADS in a cancer population: a preliminary validation study. *Psychooncology* 1998; 7: 76- 83.
31. Cella DF. Métodos de evaluación de la calidad de vida en psico-oncología. En: Die Trill M, editora. *Psico-oncología*. Madrid: ADES, 2002; p. 779-89.
32. Brady MJ, Cella DF, Mo F, Bonomi AE, Tulsy D.S, Lloyd SR et al. Reliability and validity of the functional assessment of cancer therapy-breast quality -of- life instrument. *J Clin Oncol* 1997; 15: 974-86.
33. Cella DF, Tulsy DS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A, Silberman M, Yellen SB, Winicour P, Brannon J. The functional assessment of cancer therapy scale: development and validation of the general measure. *J Clin Oncol* 1993; 11: 570-9.
34. Wilson K, Groom J. *The Valued Living Questionnaire*. Disponible sobre petición al primer autor: Mississippi, EEUU: Department of Psychology, University of Mississippi, 2002.
35. Equipo Técnico de la Junta Nacional de la Asociación Española Contra el Cáncer. *Programa de Rehabilitación Integral para Mujeres Diagnosticadas y Tratadas*

- por Cáncer de Mama: Vivir Como Antes. Madrid, 1991.
36. Moorey S, Greer S. Psychological Therapy for Patients with Cancer: A New Approach. Oxford: Heinemann Medical Books, 1989.
 37. Kolhemberg R, Tsai M. Functional analytic psychotherapy. New York: Plenum Press, 1991.
 38. Dougher MJ, Hayes SC. Clinical behavior analysis. En: Dougher MJ, editor. Clinical Behavior Analysis. Reno, NV: Context Press, 2000; p. 11-26.
 39. Jacobson NS, Truax P. Clinical Significance: a statistical approach to defining Meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59: 12-9.
 40. Luciano MC. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Libro de casos. Valencia: Promolibro, 2001.
 41. Fernández Hermida JR, Pérez Álvarez M. Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos. *Psicothema* 2001; 13: 337-44.
 42. Jacobson NS, Christensen A. Studying the effectiveness of Psychotherapy. How well can clinical trials do the job? *Am Psychol* 1996; 51: 1031-9.
 43. Blackledge JT, Hayes SC. Emotion Regulation in Acceptance and Commitment Therapy. *J Clin Psychol* 2001;57(2):243-55.
 44. Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy. New York: Springer-Verlag, 2005.
 45. Luciano MC, Rodríguez M, Gutiérrez O. A proposal for synthesizing verbal contexts in Experiential Avoidance Disorder and Acceptance and Commitment Therapy. *Int J Psychol Psychol Ther* 2004; 4: 377-94.
 46. Hayes SC. Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behav Ther* 2004; 35: 639-65.
 47. Barnes-Holmes D, Roche B. Relational Frame Theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition. Nueva York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers, 2001.
 48. Pérez Álvarez M, Fernández Hermida JR. El grano y la criba de los tratamientos psicológicos. *Psicothema* 2001; 13: 523-9.
 49. Gutiérrez, O, Luciano MC, Rodríguez M, Fink B. Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control based protocol for coping with pain. *Behav Ther* 2004; 35: 767-83.
 50. Páez M, Luciano C, Gutiérrez O, Valdivia S, Rodríguez M, Ortega J. Coping with pain in the motivational context of values: Comparison between an Acceptance-based and a Cognitive-control-based Protocol. *Behav Modif*. En prensa, 2007.

