

Efectividad de una psicoterapia positiva para supervivientes de cáncer en Uruguay

Tesis presentada para optar por el título de Magíster en Psicología Clínica

Carlos Francisco Urrutia Fuentes

Directora de Tesis: Prof. Adj. Mag. Ana Luz Protesoni

Co-Director de Tesis: Prof. Adj. Dr. Victor E. C. Ortuño

Financiada por la Comisión Académica de Posgrados

Montevideo, Uruguay

Julio 2021

A mi amado padre y amada madre

“Los abrazos y las rosas...
¡en vida, hermano!”

F. U.

Agradecimientos

Son muchísimas manos las que han escrito este trabajo, el cual es uno de los logros más gratificantes y valiosos de mi vida. Es menester reconocer a quienes colaboraron para hacerlo posible. A cada persona, infinitas gracias.

A mi familia y amistades, quienes me apoyaron desde el momento T0 de este viaje académico. En especial a Rachel, quien gravita conmigo en aventuras de toda índole, y a mis padres, mis ejemplos de perseverancia y amor.

A cada valiente mujer que participó en los grupos terapéuticos. Representan el corazón de este trabajo, sus historias la columna vertebral y su tiempo la vitalidad de este texto.

A Ana Luz y Víctor, mis directores de tesis, quienes con mucha comprensión y calidad profesional me apoyaron y guiaron a lo largo del trayecto de la elaboración de este trabajo.

A Cristian, Miquel y Aída, miembros del equipo del Instituto Catalán de Oncología, quienes a distancia aportaron voluntariamente con sus conocimientos y tiempo desde sus inicios.

A todas las integrantes de las asociaciones civiles y medios de comunicación que creyeron y difundieron este proyecto. En especial a Sonia y Myriam de Dame Tu Mano, Elizabeth y Patricia de Mama Mía, Zulma y Silvana de Honrar La Vida y Claudia y Nivia de Caminemos Juntos.

A los integrantes del Tribunal y distintos profesionales de la UdelaR y UCU que colaboraron directa o indirectamente en la elaboración de este trabajo.

Finalmente, a la Comisión Académica de Posgrados de la Universidad de la República por financiar y facilitar la implementación de este trabajo.

Tabla de contenidos

Resumen	7
Introducción	9
Capítulo 1 Fundamentación y antecedentes	12
1.1 Panorama epidemiológico mundial, regional y local del cáncer	14
1.2 Factores psicosociales asociados al desarrollo del cáncer	23
1.2.1 Fase de sospecha y diagnóstico	24
1.2.2 Fase del tratamiento	27
1.2.3 Fase de supervivencia o libre de enfermedad	30
1.2.4 Fase de recidiva, progresión y enfermedad terminal	33
1.3 Intervenciones psicosociales en la fase de supervivencia	34
1.4 A modo de síntesis	40
Capítulo 2 Problema de investigación	42
2.1 Problema de la investigación	42
2.2 Preguntas de la investigación	43
2.3 Objetivos de la investigación	44
Capítulo 3 Marco teórico	45
3.1 La Psicología Positiva: una mirada sobre la salud, el bienestar y la enfermedad	46
3.1.1 Intervenciones psicológicas positivas	48
3.1.2 Psicoterapia Positiva para supervivientes de Cáncer: aspectos formales y variables clínicas	50
3.2 Estrés postraumático	52
3.3 Crecimiento postraumático	55
3.4 Malestar emocional	60
3.4.1 Malestar emocional y crecimiento postraumático	64
3.5 Estrategias de afrontamiento	66
3.6 Resultados empíricos de la Psicoterapia Positiva para supervivientes de Cáncer	72
3.7 A modo de síntesis	75
Capítulo 4 Metodología	77
4.1 Diseño metodológico	77
4.2 Participantes	78
4.3 Variables	80
4.3.1 Variables dependientes	80
4.3.2 Variables independientes	82
4.3.3 Variables intervinientes	82
4.4 Instrumentos	82
4.5 Procedimiento	85
4.6 Procedimiento de análisis estadísticos	86

4.7 Consideraciones éticas	88
Capítulo 5 Resultados	90
5.1 Análisis preliminares	90
5.2 Análisis longitudinal	98
5.2.1 Resultados globales del grupo experimental	98
5.2.2 Resultados globales del grupo control	105
5.2.3 Resultados por subdimensiones del grupo experimental	107
5.2.4 Resultados por subdimensiones del grupo control	115
5.3 Resultados entre grupos	118
5.3.1 Resultados globales entre grupos	118
5.3.2 Resultados por subdimensiones entre grupos	122
Capítulo 6 Discusión	128
Capítulo 7 Conclusiones	140
Capítulo 8 Aplicabilidad	147
Referencias bibliográficas	149
Lista de figuras	166
Lista de tablas	168
Glosario de siglas	169
Apéndices	170
Anexos	179

Resumen

La tasa de supervivientes de cáncer en Uruguay ha ido incrementando sostenidamente desde 1990. A nivel regional y local, las investigaciones psicosociales en supervivientes de cáncer son escasas. La evidencia científica señala la importante presencia de cambios vitales positivos, como el crecimiento postraumático (CPT), que surgen tras afrontar un cáncer. En este estudio, se propuso describir y analizar la efectividad de la Psicoterapia Positiva para supervivientes de Cáncer (PPC) junto a sus dianas terapéuticas en una muestra uruguaya. La PPC fue diseñada para facilitar el CPT como vía para reducir el malestar emocional, el estrés postraumático y adquirir estrategias de afrontamiento adaptativas. Veintinueve supervivientes de cáncer con elevados niveles de malestar emocional fueron asignadas aleatoriamente al grupo experimental (PPC) o al grupo control. Los resultados mostraron que los cambios dentro del grupo experimental fueron estadísticamente significativos a lo largo del tiempo. Los beneficios se mantuvieron en el seguimiento realizado a los 3 meses. Los cambios entre grupos fueron mejores en el grupo experimental, aunque solo los cambios en el CPT fueron estadísticamente significativos. De esta forma se puede concluir que la PPC facilita de manera significativa el CPT y genera reducciones en el malestar emocional y estrés postraumático en supervivientes de cáncer. Las estrategias de afrontamiento no mostraron diferencias significativas a lo largo del tiempo.

Palabras clave: supervivientes de cáncer, psicoterapia positiva, crecimiento postraumático, estrés postraumático, afrontamiento, malestar emocional, 2-Way MANOVA.

Abstract

Cancer survivors' rates in Uruguay have been steadily increasing since 1990. However, psychosocial research for cancer survivors is scarce in Latin American countries. After facing cancer primary treatments, scientific evidence has identified the existence of positive life changes in survivors, such as post-traumatic growth (PTG). This research zeroes in on describing and analyzing the effectiveness of the Positive Psychotherapy for Cancer (PPC), along with its therapeutic objectives with Uruguayan cancer survivors. The PPC was designed to enable PTG as a way to reduce emotional distress, post-traumatic stress, and facilitate adaptive coping strategies. Twenty-nine cancer survivors with high levels of emotional distress were randomly assigned to an experimental or a control group. Results: Changes within the experimental group were significantly higher over time. The PPC benefits were maintained at the 3-month follow-up. Changes within the experimental group were higher in comparison with the control group, although only changes in PTG were significantly greater. In conclusion, PPC significantly enables PTG and reduces emotional distress and post-traumatic stress in cancer survivors. Coping strategies did not change significantly over time.

Keywords: cancer survivors, positive psychotherapy, post-traumatic growth, post-traumatic stress, emotional distress, coping strategies, 2-Way MANOVA.

Introducción

El objetivo general de este trabajo ha sido analizar la efectividad de la intervención psicosocial *Psicoterapia Positiva para supervivientes de Cáncer* (PPC) en una muestra de supervivientes oncológicos uruguayos. Este objetivo se justifica por el panorama epidemiológico del cáncer a nivel global, regional y local, que demanda una respuesta científica para atender las necesidades psicosociales de sus supervivientes. Además, se fundamenta por los resultados de numerosos estudios que señalan los múltiples cambios fisiológicos, psicosociales y conductuales que las personas experimentan desde la fase de diagnóstico hasta la supervivencia (Faller *et al.*, 2013; Reich, Lesur y Perdrizet-Chevallier, 2008; Pearman, 2008). También, se corrobora su importancia por los antecedentes de los efectos de las intervenciones psicosociales en la fase de supervivencia. Estas han mostrado beneficios para reducir el malestar emocional y estrés postraumático, así como mejorar la calidad de vida, estrategias de afrontamiento en la enfermedad, entre otros (García-Torres, Alós, Pérez-Dueñas y Moriana, 2016; Vázquez *et al.*, 2014).

No obstante, en muchos casos las limitaciones metodológicas no permiten aseverar de forma concluyente las condiciones que explican la utilidad de la intervención psicosocial. En América Latina, las investigaciones sobre estas intervenciones con supervivientes de cáncer son reducidas. Incluso, en Uruguay no se registran estudios de este tipo. De esta forma, tanto la fundamentación como los antecedentes relevantes para este trabajo se exponen en el capítulo 1.

En el capítulo 2, se comenta puntualmente cuál es el problema central de esta investigación, las preguntas que derivan a partir de este problema y, por último, se menciona el objetivo general y los objetivos específicos correspondientes a cada pregunta planteada.

En el capítulo 3, se describe el marco teórico que sustenta este trabajo y a la PPC. En este sentido, se comenta inicialmente cuál es la mirada teórica que la Psicología Positiva tiene sobre la salud y sus aportes en el armado de intervenciones. Tras ello, se ahonda en los referentes teóricos que contribuyen a cada variable estudio de esta investigación y de la PPC.

De manera sintética, este protocolo psicoterapéutico integra los aspectos del daño y sufrimiento (malestar emocional y sintomatología de estrés postraumático) junto a los cambios vitales positivos (crecimiento postraumático y estrategias de afrontamiento adaptativas) tras afrontar un cáncer. Asimismo, fomenta la construcción de narrativas terapéuticas con elementos de las orientaciones cognitivo-conductual y humanístico-experiencial. Con todo, Ochoa *et al.* (2010) denominan la Psicoterapia Positiva a la integración de estos elementos psicoterapéuticos más tradicionales (soporte expresivo y psicoeducativo) centrados en el malestar junto a algunas propuestas basadas en la Psicología Positiva Aplicada.

En el capítulo 4, se explica con mayor detalle la metodología utilizada. Para evaluar la efectividad del protocolo PPC, se trabajó con supervivientes de cáncer que terminaron su tratamiento primario en un lapso de tiempo determinado. Se utilizó como control a un grupo de supervivientes con las mismas características sociodemográficas y clínicas. Los grupos experimentales recibieron la intervención centrada en los objetivos psicoterapéuticos del protocolo.

En síntesis, en este capítulo se detalla: diseño metodológico; reclutamiento y selección de participantes; variables dependientes, independientes e intervinientes; instrumentos utilizados; procedimiento; análisis estadísticos empleados; y, finalmente, las consideraciones éticas.

El capítulo 5 contiene los resultados obtenidos de los datos recogidos durante el trabajo de campo. En primer lugar, se brindan los análisis preliminares efectuados. Segundo, se exponen los resultados longitudinales de los tres tiempos de medición para el grupo experimental como grupo control. Se presentan primero los resultados globales de cada variable y luego los resultados de las respectivas subdimensiones. Tercero, se muestra la efectividad del protocolo comparando los resultados entre grupos (momentos T0 y T1), tanto por puntajes globales como por subdimensiones.

En el capítulo 6 se discuten los hallazgos de este estudio a la luz del estado del arte, de los referentes teóricos y de los resultados empíricos de la PPC. Posteriormente, en el capítulo 7 se aportan las conclusiones contrastadas con el objetivo general y los objetivos específicos planteados.

Finalmente, se comenta en el capítulo 8 la aplicabilidad para estudios prospectivos con base a los resultados, aspectos discutidos y limitaciones de esta investigación. Se concluye con recomendaciones para futuros trabajos que apunten a esta área de aplicación clínica.

Capítulo 1

Fundamentación y antecedentes

La ciencia considera que el cáncer siempre ha afectado a los humanos, aunque durante siglos su impacto se vio ensombrecido por las muertes prematuras ocasionadas por enfermedades infecciosas. En los últimos 60 años, un mejor saneamiento y el desarrollo de vacunas y antibióticos han permitido disminuir dramáticamente la mortalidad por enfermedades infecciosas. Hasta hace poco, la información sobre la distribución mundial del cáncer se limitaba para determinados países y comunidades (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

Actualmente se cuenta con una base razonable para estimar la carga mundial de cáncer así como teorías relevantes que explican las diferencias entre su distribución. Por ejemplo, para varios tipos de tumores –colorrectal, de próstata y de mama– las altas tasas de incidencia se circunscribían a países de América del Norte, Europa occidental y Australia, pero ahora las tasas de incidencia están aumentando en muchos otros países. El cáncer de pulmón, cuya alta incidencia fue inicialmente registrada en los países de ingresos altos, se ha reconocido desde hace mucho tiempo como un flagelo mundial. Anteriormente, los países de bajos ingresos tenían principalmente una alta incidencia de cáncer de estómago, hígado y cuello uterino, pero su incidencia ha cambiado con el tiempo para estos y otros tipos de cáncer.

Por otra parte, los patrones y tendencias en la mortalidad varían notablemente entre países y tipos específicos de cáncer. En la mayoría de los países desarrollados, las tasas de mortalidad de cáncer están disminuyendo como resultado de las acciones para combatir los tipos de cáncer más comunes, por ejemplo a través de intervenciones efectivas para la

prevención, detección temprana y tratamiento. Como resultado de esta disminución, más personas están sobreviviendo la enfermedad en estos países, lo cual no implica que hayan mantenido incólume su salud mental.

¿Qué aspectos de la salud mental de las personas son afectados por la enfermedad?

Diversos estudios han planteado esta pregunta dentro de sus objetivos y han puesto a prueba evaluaciones y/o intervenciones en las distintas fases que transita una persona con cáncer para demostrar su eficacia.

Para considerar estas cuestiones, este capítulo explora en primer lugar la forma en que organismos internacionales y locales estudian e informan actualmente la distribución del cáncer a nivel global, regional y local. A continuación, se analizan los términos *transición epidemiológica* y *transición demográfica* para explicar las diferencias en la incidencia y mortalidad de cáncer entre regiones y países, que influyen en consecuencia en la cantidad de supervivientes de cáncer. Se detalla el estado actual del cáncer en Uruguay que, si bien muestra niveles altos de mortalidad, ha tenido un aumento sostenido en supervivientes de cáncer por más de dos décadas.

En segundo lugar, se informa sobre estudios que hayan indagado sobre los factores psicológicos asociados al cáncer acorde a sus distintas fases, a saber: fase de sospecha y diagnóstico, de tratamiento, de supervivencia o libre de enfermedad y de recidiva y enfermedad terminal. Se hace énfasis en la fase de supervivencia y sus orígenes, puesto constituye el tema central de esta investigación. Por último, se aportan los antecedentes de las intervenciones psicosociales más frecuentemente practicadas en la fase de supervivencia –de acuerdo con los factores psicológicos encontrados–.

1.1 Panorama epidemiológico mundial, regional y local del cáncer

El cáncer es una de las distintas patologías que integra el grupo de las enfermedades no transmisibles (ENT), también conocidas como enfermedades crónicas, que tienden a ser de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Además del cáncer, las ENT están conformadas por enfermedades cardiovasculares (como los ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares), las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes.

En el 2018, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó una tasa de mortalidad bruta de más de 41 millones de defunciones anuales causadas por las ENT, lo que equivale al 71 % de las muertes producidas en el mundo. Las enfermedades cardiovasculares constituyeron la mayoría de estas muertes (17.9 millones cada año), seguidas por el cáncer (9.5 millones), las enfermedades respiratorias (3.9 millones) y la diabetes (1.6 millones). Asimismo, este grupo de enfermedades representó más del 80 % de las muertes prematuras (edades entre los 30 a 69 años) a nivel mundial (OMS, 2018).

En vista de la alta carga en la tasa de mortalidad a nivel mundial, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) tomó acciones a escala global para concientizar y reducir la carga de las ENT. Por ejemplo, en 2009 fue creada la Red Global de Enfermedades No Transmisibles (NCDnet, en sus siglas en inglés) cuya misión es brindar apoyo en la prevención y control de las ENT a países de ingreso bajo y medio, así como la inclusión del combate a las ENT en los 17 objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, la cual fue firmada por 193 países en 2015.

El perfil epidemiológico de las ENT de cada país es distinto. Para determinar las tendencias y tasas epidemiológicas de cada país es fundamental conocer su nivel de

desarrollo humano, puesto este impacta directamente en sus indicadores de salud.

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) es un indicador integral medido por la ONU que permite evaluar el desarrollo de un país tomando en cuenta otros factores adicionales a los tradicionales indicadores económicos. Está compuesto por tres dimensiones básicas del desarrollo humano: una expectativa de vida larga y saludable (basada en la expectativa de vida desde el nacimiento), la educación (basada en el promedio y expectativa de años de escolaridad) y un nivel de vida general decente (basada en el producto interno bruto per cápita). Acorde al cómputo de estas dimensiones, el IDH de cada país será categorizado en un nivel bajo, medio, alto o muy alto (Wild, Weiderpass y Stewart, 2020), el cual, como se mencionó, impactará en su perfil epidemiológico. Así, la OMS reportó en 2018 que más del 75 % (32 millones) de las muertes por ENT se atribuyen a países con IDH medio y bajo. Esta alta atribución en la mortalidad de estos países se explica por el declive de la mortalidad por enfermedades infecciosas, que también se justifica por los fenómenos de la transición demográfica y epidemiológica de cada país.

La transición demográfica se refiere a los cambios de patrones de una población con altas tasas de natalidad y mortalidad a uno de bajas tasas de natalidad y mortalidad, visto en los países con alto y muy alto IDH. Esta transición ocasiona un aumento en el número de adultos mayores, quienes son más susceptibles a enfermedades relacionadas con el envejecimiento como el cáncer (Wild *et al.*, 2020; Caldwell, 1976).

Por otra parte, la transición epidemiológica corresponde a los cambios en las tasas de mortalidad y las causas de muerte. En países con un IDH alto o muy alto, esta transición alude a las modificaciones en estilos de vida y una mayor exposición a factores de riesgo. Entre estas se encuentran los cambios sintéticos en el entorno físico (que incluye las condiciones estructurales que impactan en la movilidad y recreación), los cambios en los hábitos alimentarios y la exposición a contaminantes ambientales (Kanavos, 2006).

Paralelamente, las mejoras en los sistemas de saneamiento, la prevención primaria y secundaria de las enfermedades cardiovasculares y el desarrollo de vacunas y antibióticos en los últimos 60 años han contribuido a reducir notablemente la mortalidad de enfermedades cardiovasculares e infecciosas.

De esa forma, los fenómenos de la transición demográfica y epidemiológica han generado las condiciones para que el cáncer se ubique actualmente como la primera o segunda causa de muerte prematura en 134 de 183 países; del mismo modo, ocupa el tercer o cuarto lugar en 45 países adicionales (Wild *et al.*, 2020; véase *Figura 1*).

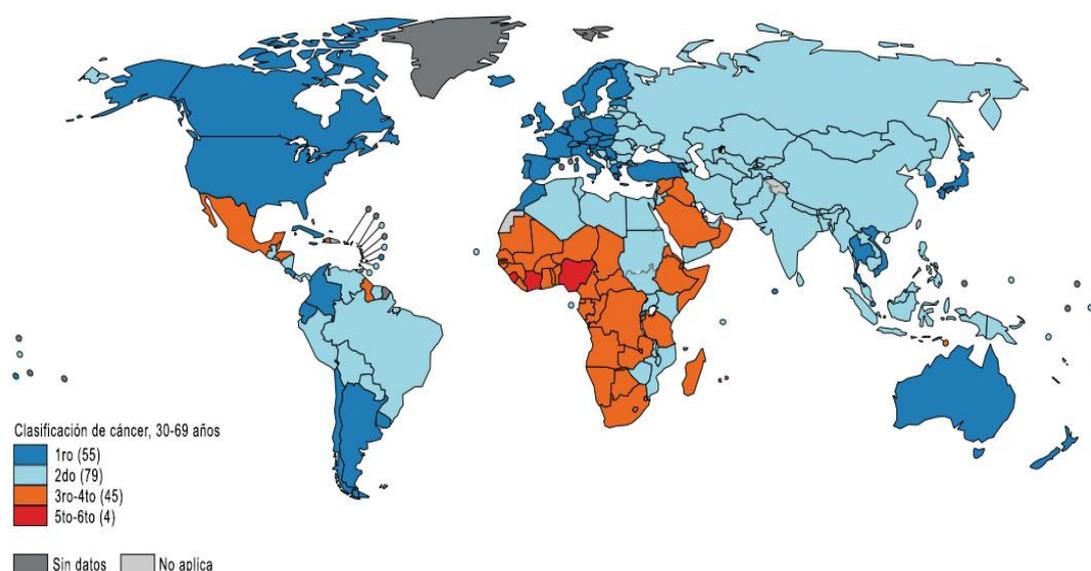


Figura 1. Clasificación de incidencia de cáncer por país en población de 30 a 69 años de edad. Extraído de *World Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention* (Wild, C., Weiderpass, E. y Stewart, B, 2020).

Dado que los países con bajo y medio IDH están atravesando progresivamente la transición demográfica y epidemiológica, se proyecta un incremento del 70 % para el 2030

en la magnitud mundial del cáncer (Bray, 2016). Consecuentemente, el aumento en la incidencia del cáncer ocurrirá especialmente por el aporte de los países menos desarrollados, que generarán casi dos tercios del total de los casos (Ferlay *et al.*, 2010).

La Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC, en sus siglas en inglés) de la OMS tiene como misión medir y aportar las tasas de incidencia y mortalidad de cáncer a nivel mundial, regional y por cada país. Estas tasas representan respectivamente la cantidad de casos nuevos de una enfermedad y de muertes ocurridas en un determinado período de observación (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2015). En 2018 la IARC reportó a nivel mundial que el cáncer de pulmón (11.6 %), de mama (11.6 %) y colorrectal (10.2 %) representaron los tres cánceres con mayor incidencia (véase *Figura 2*), mientras que el cáncer de pulmón (18.4 %), colorrectal (9.2 %) y de estómago e hígado (8.2 % cada uno) configuran los cánceres con mayor mortalidad (véase *Figura 3*).

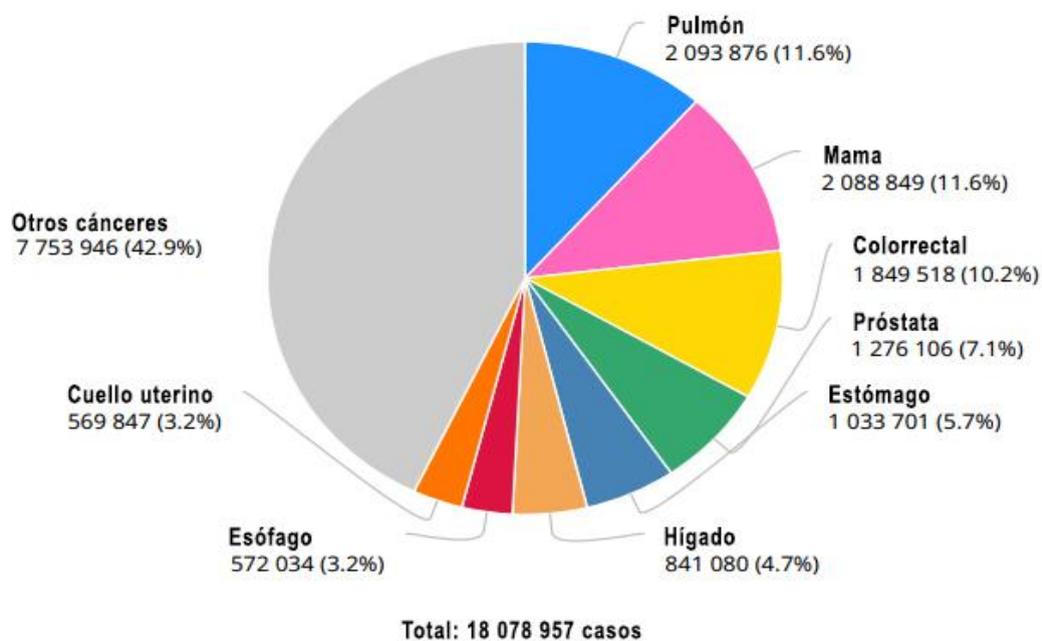


Figura 2. Cantidad de nuevos casos en 2018 según sitios de cáncer, ambos sexos y todas las edades. Extraído del reporte *Cancer Today* (Global Cancer Observatory, 2020a).

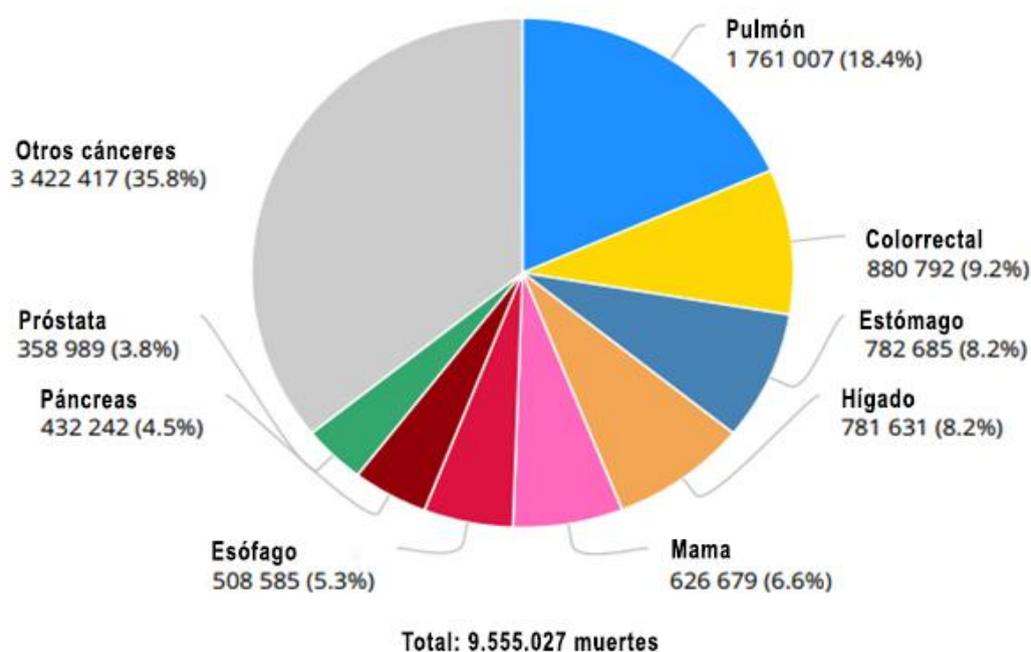


Figura 3. Cantidad de muertes en 2018 según sitios de cáncer, ambos sexos y todas las edades. Extraído del reporte *Cancer Today* (Global Cancer Observatory, 2020a).

A nivel regional, América del Sur se ubica en el noveno y decimosexto lugar respecto a incidencia y mortalidad. En el 2018, en América del Sur se registraron 1.044.017 nuevos casos de cáncer en todas las edades (48.8 % masculino, 51.2 % femenino) y 490.515 muertes en todas las edades (51.7 % masculino, 48.3 % femenino) (Global Cancer Observatory, 2020a).

Uruguay, considerado un país con nivel de IDH muy alto desde 2014, se ubica a nivel regional como el país con más incidencia y mortalidad de cáncer. En 2018 se reportó una tasa estandarizada de incidencia de 263 personas afectadas por 100.000 habitantes y una tasa estandarizada de mortalidad de 131 defunciones por 100.000 habitantes (Global Cancer Observatory, 2020b). Esta tasa estandarizada de incidencia, la cual incluye todos los

tipos de cáncer, todas las edades y ambos sexos, se encuentra en el rango de países con muy alto IDH (más de 262 casos por 100.000 habitantes; véase *Figura 4*).

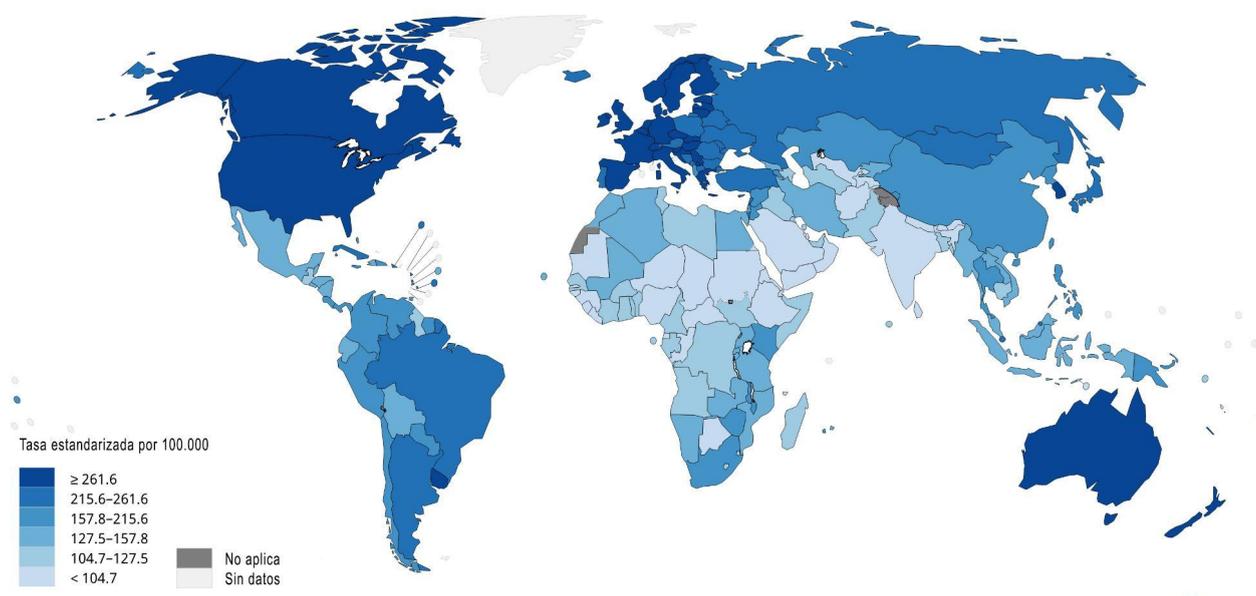


Figura 4. Tasa estandarizada de incidencia global de cáncer, todos los sitios, ambos sexos y todas las edades. Extraído del reporte *Cancer Today* (Global Cancer Observatory (2020a).

Por el contrario, la tasa de mortalidad de Uruguay exhibe relaciones más desfavorables comparada con países con muy alto IDH (menos de 117 casos por cada 100.000 habitantes; véase *Figura 5*).

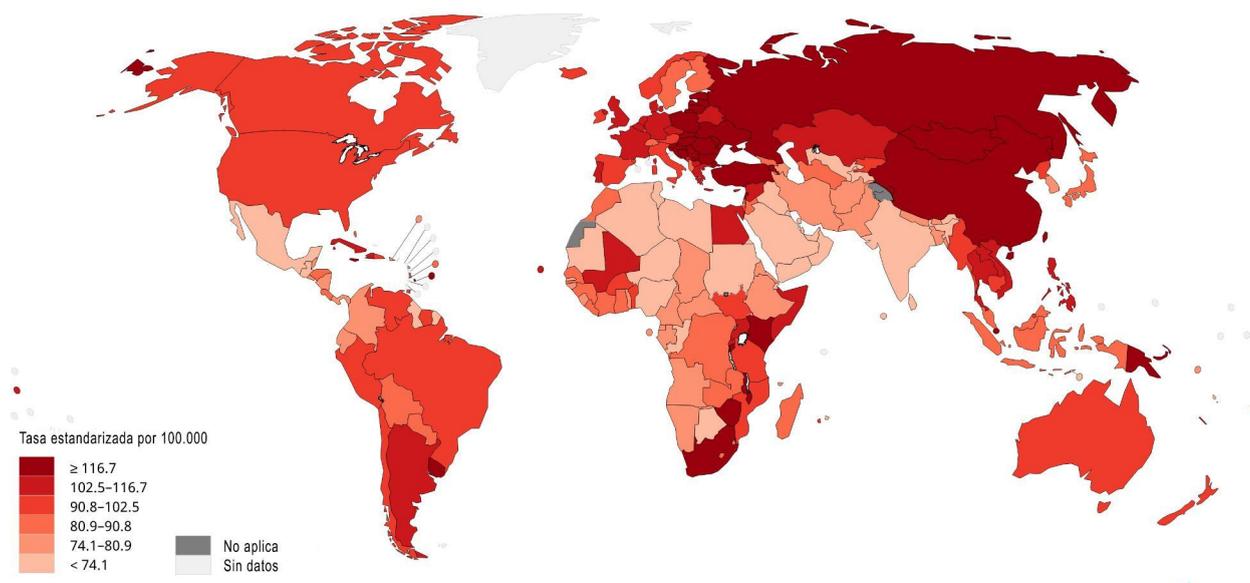


Figura 5. Tasa estandarizada de mortalidad global de cáncer, todos los sitios, ambos sexos y todas las edades. Extraído del reporte *Cancer Today* (Global Cancer Observatory (2020a).

A nivel nacional, datos epidemiológicos del Ministerio de Salud del Uruguay del 2018 atribuyen el 23.7 % del total de las muertes (8.088 de 34.128) al cáncer, en contraste con otras enfermedades (Comisión Honoraria de la Lucha Contra el Cáncer [CHLCC], 2020; véase *Figura 6*). La incidencia de los cuatro tipos de cáncer más frecuentes en Uruguay son los mismos que aquellos que se observan en los países con alto IDH: cáncer de mama, de próstata, colorrectal y de pulmón. En el período de 2012 a 2016, estos tipos acumularon casi la mitad del total de los cánceres (48.5 %) (CHLCC, 2020). Sin embargo, algunos cánceres propios de los países menos desarrollados (p. ej. cervicouterino en mujeres o de estómago y esófago en hombres) muestran aún cifras relativamente elevadas en comparación con los primeros. Cabe mencionar que para la recopilación epidemiológica del cáncer los datos suelen informarse en períodos de cinco años para atenuar el efecto de las fluctuaciones anuales.

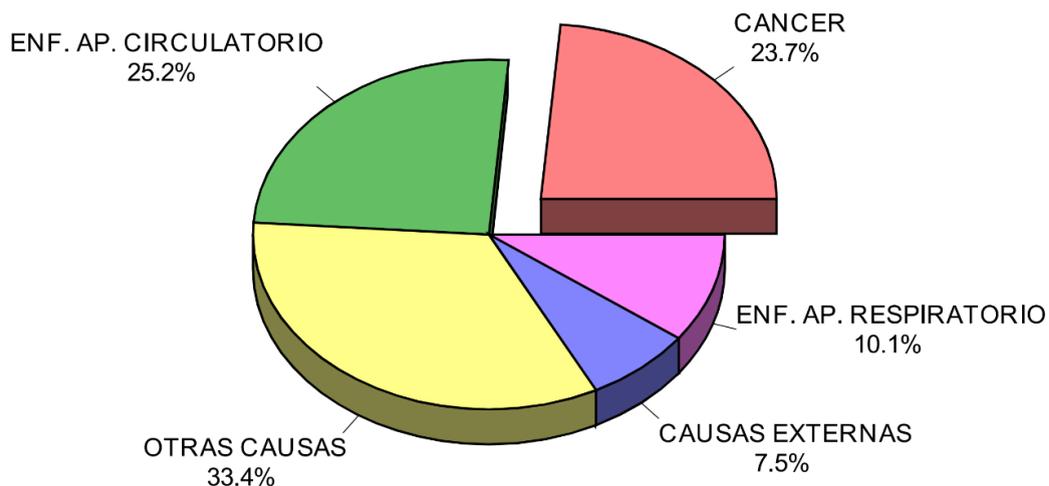


Figura 6. Causas de mortalidad de 2018 en Uruguay. Extraído del Ministerio de Salud del Uruguay.

Pese a su elevada tasa de mortalidad, existen datos esperanzadores respecto a la supervivencia de quienes padecen un cáncer. De acuerdo a modelos de regresión de datos de mortalidad de cáncer en todos los sitios desde 1990 al 2018, se observan descensos sostenidos tanto en hombres como mujeres, disminuyendo valores anuales ligeramente inferiores al 1 % (0.7 % en hombres y 0.5 % en mujeres; véase *Figura 7*). El descenso acumulado de la mortalidad durante ese periodo de tiempo está en el entorno del 18 % (CHLCC, 2020). Consecuentemente, esta tendencia sostenida a la baja en la mortalidad del cáncer durante casi tres décadas ha incidido orgánicamente en el aumento de supervivientes de cáncer.

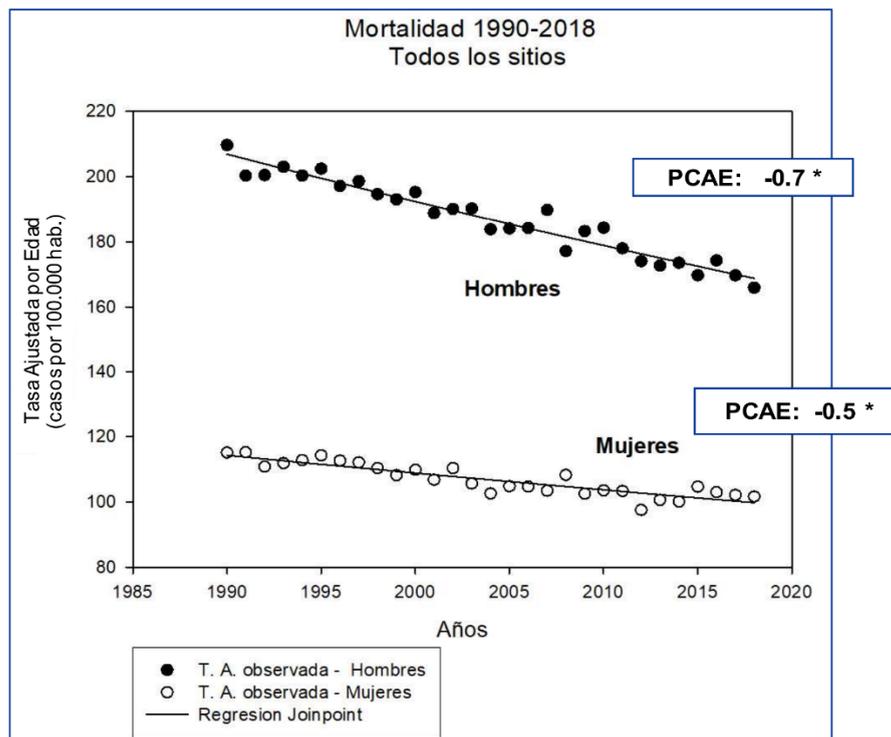


Figura 7. Evolución de mortalidad por cáncer en todos los sitios de 1990 a 2018 en Uruguay. Extraído del reporte *Situación epidemiológica del Uruguay en relación al cáncer* (CHLCC, 2020).

Hasta este punto se ha expuesto detalladamente el panorama epidemiológico del cáncer a nivel mundial, regional (América del Sur) y local (Uruguay) con el objetivo de presentar los conceptos, metodologías y resultados actuales según cada nivel analizado. En términos generales, el perfil epidemiológico de cada país está compuesto según su IDH y el avance de su transición demográfica y epidemiológica. Uruguay, al tener resultados de un país con muy alto IDH, muestra altas tasas estandarizadas de incidencia y mortalidad como otros países desarrollados. Empero, su índice de mortalidad se encuentra a la baja de manera sostenida durante casi tres décadas. Consecuentemente, esta tendencia ha incidido orgánicamente en el aumento de supervivientes de cáncer, quienes son susceptibles de

muchos cambios extremos.

La literatura ha estudiado los efectos transversales en una persona tras un evento disruptivo como el cáncer, sean estos físicos, psicológicos, sociales, económicos, entre otros. A continuación se comentan los antecedentes encontrados en la literatura sobre los factores psicológicos asociados a las distintas fases que la enfermedad comprende, haciendo énfasis en la fase de supervivencia o libre de enfermedad.

1.2 Factores psicosociales asociados al desarrollo del cáncer

El cáncer es una enfermedad que puede entenderse como un proceso con distintas fases que la persona y su entorno tendrán que afrontar. En esa línea, Saforcada (1999) sostiene que, si bien una enfermedad afecta preponderantemente uno de los tres componentes biopsicosociales, la persona estará afectada integralmente. Por tanto, el cáncer debe estudiarse y tratarse en los tres aspectos que lo integran. A los síntomas propios de la enfermedad y los efectos generados por el tratamiento, el cáncer suma una serie de factores amenazantes con relación al miedo, al dolor, al sufrimiento, a la muerte, la incertidumbre, así como el estigma que supone la enfermedad.

En su conjunto, la enfermedad puede romper la continuidad de rutinas y hábitos diarios en los diversos ámbitos de la vida de la persona (familiar, social, académico, laboral, etc.), repercutiendo emocionalmente, en su calidad de vida y la de los que le rodean (Montazeri *et al.*, 2008; Yokoyama *et al.*, 2012). En estas circunstancias la persona puede verse vulnerable a una progresión de abandonos de actividades de su vida y delegación de responsabilidades. Frecuentemente, estas recaen en las personas cercanas de su entorno (profesionales de la salud, familia, cuidadores, etc.), quienes en paralelo pueden estar favoreciendo y/o manteniendo este abandono. Así, la persona puede adoptar el rol de enferma y desplegar una serie de conductas relativas a la enfermedad, que puede suponer

la pérdida de gratificaciones y actividades relevantes de la persona y favorezca un aumento en el malestar emocional (Fernández *et al.*, 2011).

Las distintas circunstancias que rodean a la persona y su entorno (p. ej. la sintomatología psicológica, alteraciones de las rutinas diarias, deterioro en la calidad de vida, limitaciones, etc.) pueden variar según la fase de la enfermedad y/o tratamiento. Estas fases por las que la persona puede pasar en el transcurso de la enfermedad, junto al pronóstico, resultan críticas para determinar los objetivos generales y el formato más adecuado de la intervención psicológica a utilizar (Fawzy, 1999). A continuación se exploran los aspectos psicológicos involucrados en las fases de sospecha y diagnóstico, del tratamiento, supervivencia o libre de enfermedad y de recidiva, progresión y enfermedad terminal.

1.2.1 Fase de sospecha y diagnóstico

Ante la existencia de posibles signos, síntomas o chequeos rutinarios, el paciente puede encontrarse con una serie de pruebas diagnósticas que hacen sospechar la presencia de la enfermedad. En esta situación, el paciente puede o no estar informado respecto a lo que está ocurriendo, pero en definitiva, supondrá un periodo variable de días o semanas sin tener respuestas claras para confirmar o descartar la enfermedad.

Stephens *et al.* (2007) han relacionado esta espera con la aparición de una serie de reacciones como preocupación, hipervigilancia, alteraciones del sueño, ansiedad, irritabilidad, angustia, miedo a lo desconocido, sensación de pérdida de control, entre otras. Adicionalmente, reportaron síntomas asociados a la enfermedad (p. ej. dolor, cansancio, fatiga) que podrían generar malestar emocional así como alteraciones en la vida cotidiana del paciente (p. ej. ámbito familiar, social, académico, laboral). Por todo ello, es imperativo que al paciente le sea comunicado su diagnóstico con la mayor brevedad posible, para

procurar la puesta en marcha de procedimientos y tratamientos médicos necesarios y otros procesos como el apoyo o la orientación con información fidedigna, que se asume influirían positivamente en el estado emocional y funcional del paciente.

De confirmarse el diagnóstico de cáncer, este puede manifestar un gran impacto emocional y desencadenar distintas reacciones y emociones tales como ira y hostilidad, ansiedad, depresión, culpabilidad, sentimientos de tristeza, soledad e incompreensión, dificultad de concentración, retardo psicomotor, alteraciones del sueño y apetito, entre otros (Stark *et al.*, 2002; Cimprich, 1999; Fallowfield, 2008; Fawcy, 1999). Tras una amplia revisión de 198 estudios, Faller *et al.* (2013) reportaron que entre un 35 % a 38 % de pacientes cuyo diagnóstico de cáncer es confirmado genera un malestar emocional significativo. Múltiples estudios adicionales evidencian que este malestar emocional se asocia con peor calidad de vida, menor adherencia a los tratamientos oncológicos, a peor supervivencia en general, menor adopción de estilos de vida saludables y peor autocuidado (Reich *et al.*, 2008; DiMatteo, Lepper y Croghan, 2000; Giese-Davis *et al.*, 2011).

Para ilustrar las distintas reacciones emocionales que conlleva un diagnóstico de cáncer, los investigadores Holland, Rowland, Lebovits y Rusalem (1979) plantearon “las seis D” como una guía sobre qué miedos esperar a partir de esta fase y así realizar intervenciones más concienzudas. Estas son:

1. *Death*: el miedo a morir sería el temor directamente asociado con el diagnóstico.
2. *Dependency*: el miedo a depender de otras personas y perder la autonomía.
3. *Disfigurement*: el miedo a sufrir cambios o deformaciones de una o varias partes del cuerpo como consecuencia de la propia enfermedad o de los tratamientos médicos (p. ej. pérdida del cabello, alteraciones en el peso, amputaciones de las zonas afectadas) y también sobre las funciones fisiológicas como la micción, la

defecación, la sexualidad, entre otros.

4. *Disability*: el miedo a la incapacidad, relacionada en principio con la interferencia en los objetivos de los distintos ámbitos del paciente (familiar, social, laboral, económico, etc.).
5. *Disruption of interpersonal relationship*: el miedo a las alteraciones de las relaciones interpersonales como consecuencia de la enfermedad, puesto puede comprometer el cumplimiento de los roles y actividades sociales usuales (p. ej. separación familiar, pérdida de amistades, pérdida de roles sociales significativos, etc.).
6. *Discomfort*: el miedo al dolor y al sufrimiento físico en las últimas fases de la enfermedad.

Holland (1982) agregó posteriormente la séptima “D”, como consecuencia del desarrollo de las características de los tratamientos (quimioterapia, radioterapia, cirugía) que ha proporcionado un mayor número de supervivientes.

7. *Disengagement*: hace alusión a la retirada del entorno relacionado con el diagnóstico y la atención hospitalaria tras la finalización del tratamiento y la reincorporación a un estilo de vida normal.

Por añadidura, este conjunto de conductas y cogniciones se podrán agravar en función de otros factores, como las características de la enfermedad (localización, sintomatología, estadio, tratamientos, pronóstico), del paciente (estrategias de afrontamiento, experiencias de vida, edad, expectativas, entre otros), del equipo médico (forma de transmitir la información, contenido del mensaje) y del entorno social (reacciones

de círculos sociales inmediatos).

En suma, la fase de sospecha y diagnóstico de cáncer representa primero un quiebre en la homeostasis de la persona que podrá desatar otros procesos, tales como asimilar y aceptar la enfermedad, reorganizarse psicológicamente, tomar decisiones sobre los tratamientos, afrontar cambios físicos y pérdidas funcionales por la enfermedad y/o tratamiento y modificar su vida cotidiana (Montarezi *et al.*, 2008). Ante estos cambios, se podrá manifestar un alto nivel de malestar emocional, incertidumbre o la necesidad de información y apoyo (Ganz *et al.*, 2002; Budin *et al.*, 2008; Cimprich, 1999; Steinberg *et al.*, 2009) que, como se ha visto en diferentes trabajos, puede persistir a lo largo de todas las fases de la enfermedad (Badger, Brader, Mishel y Longman, 2004; Semple, Sullivan, Dunwoody, Kernoham, 2004; Budin *et al.*, 2008; Ganz *et al.*, 2002).

1.2.2 Fase del tratamiento

La fase de tratamiento incide directamente en la calidad de vida del paciente, puesto este es el medio para combatir la enfermedad y procurar la mejora de determinados síntomas y del pronóstico. Paralelamente, puede añadir otros síntomas y dificultades relacionadas con el propio proceso de tratamiento que pueden implicar limitaciones físicas, facilitar o agravar síntomas emocionales y generar interferencias en distintos ámbitos de la vida del paciente (Pearman, 2008; Hickock *et al.*, 2005; Pallí, Lluch y Valero, 2010; Manganiello, Hoga, Reberte, Miranda y Rocha, 2011; Shepherd y Fisher, 2004). Los síntomas físicos más destacados durante el tratamiento oncológico son el cansancio, la fatiga y el dolor (Bower, 2008).

Entre los diferentes síntomas emocionales se encuentran la ansiedad generalizada, miedo, tristeza, depresión, sensación de pérdida de control, desesperanza, ira y culpabilidad (Fawzy, 1999). En esa línea, diferentes estudios señalan los síntomas de ansiedad y

depresión como dos de los síntomas percibidos con mayor prevalencia por pacientes oncológicos (Dolbeault *et al.*, 2009; So *et al.*, 2009). Tanto estos síntomas emocionales como las alteraciones en el funcionamiento del paciente variarán estrechamente según el tipo de tumor, su localización y los tratamientos practicados, cuyas particularidades pueden generar distintos efectos y circunstancias.

Respecto a los tratamientos primarios del cáncer, la cirugía es una experiencia intrínsecamente estresante que suele asociarse con miedos relacionados con el proceso y resultado de la intervención (p. ej. errores en la ejecución, sensación de dolor durante el proceso, muerte, etc.; Olivares, 2007; Holland *et al.*, 1979; Parker *et al.*, 2007). Diferentes estudios han observado niveles de estrés elevados previo a la cirugía en pacientes oncológicos (Montgomery y Boubjerb, 2004; Montgomery *et al.*, 2002) que, si adicionalmente incluye pérdidas anatómicas, funcionales y/o estéticas, pueden conllevar nueva sintomatología emocional como el distrés psicológico, sentimientos de inadecuación personal y problemas interpersonales (Dawes, Meterissian, Goldberg y Maayo, 2008; Bloom, 1987).

La quimioterapia, otro tratamiento primario, consiste en la administración de ciclos determinados de medicación citotóxica, generalmente por vía intravenosa. Su objetivo es detener la proliferación y crecimiento de células malignas para reducir y destruir el tumor. La quimioterapia combina varios fármacos con una toxicidad tolerable para maximizar la destrucción celular en poblaciones tumorales heterogéneas y prevenir o enlentecer el desarrollo de nuevas células resistentes (Villoria, 2012).

La aplicación de quimioterapia conlleva una serie de efectos secundarios producidos por sus sustancias que también afectan a células normales del organismo, particularmente células de la piel y de la sangre, por su continua renovación. Estos efectos suelen provocar un alto malestar físico y psicológico y, en algunos casos, comprometer la vida del paciente.

Algunos de los efectos causados por la quimioterapia son: anemia, alopecia, infecciones, cardiotoxicidad, leucopenia, neutropenia, toxicidad pulmonar, hepática, renal, gonadal, gastrointestinal (estomatitis, náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento), reacciones alérgicas, cistitis, neurotoxicidad (periférica o central) e incluso teratogénesis (Villoria, 2012).

La radioterapia es el último tratamiento primario que puede ocasionar ciertos miedos y alteraciones en el estado del ánimo asociados principalmente a la ausencia de información de su aplicación, sus requerimientos de aplicación (estar inmóvil, por sí mismo) y el lugar de tratamiento (Villoria, 2012). Signos y síntomas como lesiones dermatológicas, fatiga, pérdida de apetito, sequedad de mucosas, entre otros, suscitan miedos sobre los peligros asociados a las radiaciones, que generan inicialmente un alto estado de ansiedad y posteriormente de irritabilidad (Ridruejo, 1999). Además, la radioterapia puede representar un estresor básico puesto su aplicación implica acudir diariamente al centro hospitalario, lo que generalmente significa una interferencia constante en la rutina diaria del paciente (Ferrero, 1993).

Adicionalmente a los tratamientos primarios, se emplean la hormonoterapia y la inmunoterapia. La hormonoterapia es un tratamiento capaz de modificar la respuesta tumoral en neoplasias con dependencia hormonal, como el cáncer de mama, de endometrio o de próstata. Su objetivo principal es impedir el estímulo hormonal sobre la proliferación celular tumoral. Su uso puede ser tanto en enfermedad avanzada, como terapia adyuvante, o preventivo en el caso del cáncer de mama.

Respecto a la inmunoterapia, este es un tratamiento que, mediante la estimulación de los mecanismos de defensa del paciente o mediante la administración de sustancias naturales producidas por los seres vivos, provoca una respuesta antitumoral de las propias células inmunes del paciente. La investigación en inmunoterapia ha aumentado en la última década, produciendo resultados esperanzadores (Ramaswamy y Morgensztern, 2016).

1.2.3 Fase de supervivencia o libre de enfermedad

Históricamente, el movimiento de supervivencia oncológica se originó en EE. UU. y se asocia a tres eventos relevantes. El primer evento fue la publicación en 1985 del artículo *Seasons of survival* en el *New England Journal of Medicine*, escrito por el médico estadounidense Fitzhugh Mullan, donde describió su experiencia personal con el cáncer y propuso una categorización de estadios por los cuales los pacientes transitan (Mullan, 1985).

El segundo evento fue la creación de la *National Coalition for Cancer Survivorship* (NCCS) en 1986, liderada por Mullan tras la publicación de su libro. Esta coalición propuso una nueva definición de superviviente de cáncer: una persona podría ser considerada superviviente a partir del diagnóstico, bajo el razonamiento que proporcionaría un espacio para la esperanza y habilitaría un entorno adecuado para la toma de decisiones en la elección del tratamiento (García-Torres *et al.*, 2016).

Bajo la dirección anterior, el tercer evento ocurre en 1996 al establecerse el centro *Office of Cancer Survivorship* (Oficina de Supervivencia al Cáncer, OCS) en el Instituto Nacional del Cáncer en EE. UU., creado para liderar la investigación de los desafíos a los que tienen que hacer frente las personas que han superado un cáncer (Rowland *et al.*, 2013). De manera similar que la NCCS, esta organización considera superviviente de cáncer a una persona desde el momento en que recibe el diagnóstico; de hecho, la definición fue ampliada a los familiares, amigos y cuidadores puesto también reciben el impacto del diagnóstico (Office of Cancer Survivorship, 2014). Desde entonces, la OCS optó por incluir en sus investigaciones los factores biopsicosociales y económicos del diagnóstico de cáncer, los tratamientos practicados tanto en adultos como en niños y los aspectos relacionados con el acceso a los sistemas de salud y seguimiento tanto de pacientes como familiares.

Con base a este movimiento histórico, se desprenden clásicamente las siguientes etapas de la supervivencia: supervivencia aguda, que comienza con el diagnóstico del cáncer e incluye el período de exámenes y tratamiento del cáncer; supervivencia extendida, que comienza con la remisión de la enfermedad y la finalización del tratamiento primario (puede incluir el mantenimiento o el seguimiento); supervivencia prolongada o permanente, que dependiendo del tipo de cáncer, esta es la fase identificada con la cura o con una supervivencia prolongada después de la remisión, generalmente después de cinco años (Mullan, 1985).

En la supervivencia extendida, tras la finalización del tratamiento, de los procedimientos y de la atención recibida, parece asumirse por parte de los profesionales de la salud, familiares y allegados que todo está bien de nuevo. Sin embargo, estudios en supervivientes reportan diversos malestares psicológicos, tales como alteraciones emocionales y miedos (p. ej. ansiedad, depresión, tristeza, angustia, incertidumbre), preocupaciones asociadas al estado y apariencia física, síntomas físicos (p. ej. cansancio y dolor) y limitaciones y dificultades en distintos ámbitos de la vida (p. ej. laboral, familiar, interpersonal, sexual; Ganz, Desmond, Rowland, Meyerowitz, y Wyatt, 1998; Andrés Solana, 2006; Costanzo *et al.*, 2007; Kornblith *et al.*, 2003; Meyerowitz, Desmond, Rowland, Wyatt y Ganz, 1999; Russell, Von, Giesler, Storniolo y Haase, 2008). Al reducirse el contacto con el personal de salud tratante, la finalización del tratamiento puede implicar sensaciones de pérdida generalizada, de soporte comunicativo y de seguridad en los pacientes (Navarro, Limonero, Maté y Gómez-Romero, 2010).

Por otro lado, también puede darse la sensación de pérdida de apoyo desde la familia, pareja y amigos (Stanton, 2006). Esto, junto con las secuelas del tratamiento y la enfermedad, pueden ocasionar malestar emocional y dificultades para retornar a las actividades cotidianas previas a la enfermedad. Por ende, la percepción de apoyo y la incertidumbre son dos factores que parecen afectar el afrontamiento y calidad de vida de los

supervivientes (Jim, Richardson, Golden-Kreutz y Andersen, 2006; Sammarco y Konecny, 2008).

La presencia de miedos relacionados a una posible recaída pueden generar sintomatología de estrés postraumático, que sitúan al paciente en un estado de expectativa ansiosa y de autoobservación corporal excesiva y ocasionalmente genera conductas y cogniciones hipocondríacas (Montel, 2010). Ferrero (1993) reportó en un estudio que la mayor preocupación de los pacientes es el diagnóstico de recidiva, el cual podría ser el fundamento de los hallazgos de malestar emocional y/o disminución de la calidad de vida.

Al miedo a recaer, se suma la ansiedad que los controles médicos conllevan, así como noticias e informaciones relacionadas con la enfermedad, que pueden facilitar un incremento de la sintomatología del estrés postraumático y malestar psicológico. Algunos autores han hecho la analogía del miedo a recaer con el mito griego de la espada de Damocles, denominándolo *síndrome de Damocles* (Koocher y O'Malley, 1981) o *aprieto existencial* (Weisman y Worden, 1977). Este término asocia el malestar emocional generado por la enfermedad con la limitación de desarrollar un proyecto vital a largo plazo.

Con respecto al funcionamiento de los pacientes, algunos estudios centrados en el ámbito laboral señalan que la decisión de continuar o no en sus labores varía acorde a distintas circunstancias. Entre estas se encuentran el tipo de cáncer, el tratamiento aplicado, el funcionamiento psicológico, el estado físico, el tipo de trabajo, las necesidades financieras, las instrucciones o recomendaciones de los profesionales de la salud, entre otras (Spelten, Sprangers y Verbeek, 2002; Kennedy, Haslam, Munir y Pryce, 2007; Río, Cano, Villafaña y Valdivia, 2010).

Gudbergson, Fossa y Dahl (2008) reportaron que el 83 % de los pacientes indicaron cambios en el ámbito laboral, significativamente más en las mujeres. Entre quienes tuvieron cambios, se observó mayor sintomatología ansiosa y depresiva (malestar emocional), una

disminución en la capacidad de trabajo físico y mental y menor calidad de vida al ser comparados con pacientes cuyo ámbito laboral no se vio afectado (Steiner, Cavender, Main y Bradley, 2004). Para la calidad de vida del paciente, retomar o mantener la actividad laboral parece ser importante puesto mantiene la identidad individual y la vida social del paciente, lo cual mejora la sensación de control y normalidad (Peteeet, 2000).

En lo relacionado a síntomas físicos, distintos estudios señalan el cansancio como un síntoma con mayor presencia en esta fase y con una gran repercusión en el funcionamiento de los pacientes (Bower *et al.*, 2000; Jacobsen y Stein, 1999). El cansancio ha sido correlacionado con factores psicológicos (estrés postraumático, depresión) y fisiológicos (disnea, alteraciones del sueño) más que con el tratamiento para el cáncer por sí mismo (Banthia *et al.*, 2009).

El dolor es otro síntoma estudiado y relevante en esta fase. Jensen *et al.* (2010) reportaron que aproximadamente la mitad de las supervivientes de cáncer de mama informaron de la presencia de algún dolor, aunque en su mayoría de intensidad leve. Igualmente, obtuvieron asociaciones significativas entre dolor y funcionamiento psicológico, funcionamiento físico y alteraciones del sueño.

1.2.4 Fase de recidiva, progresión y enfermedad terminal

Diversos estudios reportan que el diagnóstico de recidiva representa una de las etapas más agotadoras y decepcionantes, que impacta psicológica y emocionalmente en el paciente (Cella, Mahon y Donovan, 1990; Fawzy, 1999). El paciente puede experimentar nuevamente ciclos de incredulidad, malestar emocional, enojo y rabia que ya se había manifestado durante el primer diagnóstico. Estas reacciones pueden desencadenar cuadros depresivos, insomnio y estados de ansiedad con inquietud e irritabilidad. A su vez, pueden revivir miedos como la idea de fracaso de los tratamientos, temor a la muerte,

cuestionamiento de la competencia del equipo de salud tratante, preocupaciones por el futuro económico y profesional propio y de allegados, miedo al dolor, al sufrimiento, al abandono y la pérdida de dignidad corporal (Villoria, 2012).

En ocasiones se produce un duelo personal con anticipación de la propia muerte y son frecuentes las depresiones y los episodios confusionales agudos (Sarenmalm, Öhlén, Odén y Gaston-Johansson, 2007). No obstante, el paciente también puede optar por un ciclo de búsqueda de tratamientos alternativos, nueva información, opiniones, entre otros, en aras de reducir el malestar emocional que el diagnóstico de una recidiva representa.

1.3 Intervenciones psicosociales en la fase de supervivencia

Hasta este punto se ha evidenciado los aspectos psicosociales implicados en cada fase de la enfermedad. Múltiples intervenciones de distintas corrientes psicológicas se han propuesto para cada fase y demostrar su incidencia en la asimilación de la enfermedad, adherencia a tratamientos y el alivio del malestar ocasionado (Sheard y Maguire, 2011; Faller *et al.*, 2013; Ledesma y Kumano, 2009). En seguida se examinan aquellas intervenciones probadas para la fase de supervivencia o libre de enfermedad, foco de intervención de este estudio.

Se ha brindado literatura que demuestra la potencia del cáncer para afectar múltiples aspectos de la vida de los pacientes, ya sea física, psicológica, social, económica o existencialmente. Muchas investigaciones en psicooncología se han centrado en la etapa de tratamientos oncoespecíficos en tanto se enfocan en la calidad de vida del paciente. Empero, el aumento en la tasa de supervivientes ha permitido que se investigue y visibilice la sintomatología psicopatológica que persiste en la fase de supervivencia. En general es menor la cantidad de investigaciones que se han centrado en la intervención orientada exclusivamente a esta fase. Esto puede suponer un obstáculo –así como una oportunidad–

a la hora de establecer el papel que la intervención psicosocial puede desempeñar con estos pacientes.

La evidencia actual muestra resultados favorables de intervenciones psicosociales con relación a la mejoría del estado emocional, el control de síntomas, la rehabilitación funcional y la calidad de vida. Por ejemplo, un metaanálisis analizó 198 estudios (equivalentes a 22.328 pacientes) sobre los efectos de las intervenciones psicosociales sobre el malestar emocional y la calidad de vida en pacientes con cáncer. Este ha corroborado los efectos positivos de las intervenciones, tanto en lo inmediato como a largo plazo, sobre la reducción del malestar emocional, la ansiedad, la depresión y en la mejora de la calidad de vida asociada con la salud (Faller *et al.*, 2013).

Diferentes revisiones sistemáticas sitúan las intervenciones más frecuentes de esta fase dentro de las corrientes cognitivo-conductual, psicoeducativa y las basadas en técnicas del *mindfulness*, aplicándose presencialmente en formato individual o grupal (Vázquez *et al.*, 2014; Villoria, 2012). A continuación se definen los objetivos de cada tipo de intervención junto a estudios que reporten los efectos obtenidos de estas.

Las intervenciones cognitivo-conductual buscan favorecer la expresión de pensamientos asociados a la enfermedad, modificar creencias distorsionadas, proporcionar información sobre la enfermedad a través de la educación y proponer conductas asociadas a la realización de exámenes preventivos para la detección precoz de algunos tipos de cánceres (p. ej. recordatorios como cartas o llamadas telefónicas) (García-Torres *et al.*, 2016). En un metaanálisis de 56 intervenciones cognitivo-conductuales para supervivientes en formatos individuales como grupales, Dujits *et al.* (2011) reportaron su efectividad para mejorar los niveles de alteraciones emocionales (ansiedad, depresión y estrés), imagen corporal, calidad de vida y reducción de síntomas (cansancio). En esa misma línea, Rogers *et al.* (2011) informaron los beneficios de incentivar la práctica de distintos tipos de actividad

física y actividades de tiempo libre para mejorar síntomas físicos como el cansancio y síntomas depresivos.

Las intervenciones psicoeducativas tienen como objetivo principal propiciar información y educación sobre la enfermedad, compartir sentimientos y vivencias y mejorar sus estrategias de afrontamiento (García-Torres *et al.*, 2016). Distintos estudios han probado su efectividad en función de sus objetivos terapéuticos. Por ejemplo, Badger *et al.* (2011) pusieron a prueba la efectividad de dos formatos de intervención telefónica (consejería y educación) en 70 supervivientes de cáncer de próstata junto a sus parejas. Observaron que aquellos que recibieron educación experimentaron mejoras significativas en sintomatología depresiva, estrés, fatiga, bienestar espiritual y apoyo social en comparación con quienes recibieron consejería. En otro estudio, Meneses *et al.* (2007) realizaron una intervención psicoeducativa individual con supervivientes de cáncer de mama en la que obtuvieron una mejora significativa en la calidad de vida de los pacientes del grupo experimental, la cual se mantuvo al año de seguimiento.

En formato grupal, Fillion *et al.* (2008) pusieron en marcha una intervención psicoeducativa breve para el manejo del estrés y cansancio, logrando resultados significativos en el grupo experimental con relación al malestar emocional, cansancio, nivel de energía y calidad del funcionamiento físico. Morrell y Pryce (2005) ejecutaron una intervención cuyo propósito fue proveer apoyo y comunicación respecto a la vida laboral durante o después del tratamiento oncológico. Los investigadores reportaron que los pacientes del grupo control fueron cuatro veces más propensos a que se deteriorara su vuelta y manejo de actividad laboral comparados con el grupo experimental. En otra intervención grupal, Fawzy *et al.* (1993) dirigieron grupos psicoeducativos con supervivientes de melanoma, informando un aumento en la supervivencia del grupo de intervención tras realizar un seguimiento seis años después de la intervención.

Las intervenciones basadas en técnicas de *mindfulness*, o conciencia plena, se derivan de la tradición budista, la cual fomenta una autorregulación de la conciencia hacia los estados y procesos mentales presentes y una apertura y aceptación no valorativas hacia las experiencias en todo momento (Bishop, Lau y Shapiro, 2004). La atención plena se puede aprender practicando varias formas de meditación o mediante ejercicios mentales.

Un metaanálisis estudió la incidencia de diez intervenciones del programa de Reducción del Estrés Basada en *Mindfulness* (MBSR en sus siglas en inglés; Kabat-Zinn *et al.*, 1992) en la salud mental y física de pacientes con diferentes tipos de cáncer. Los autores concluyeron que el programa MBSR es favorable para la salud mental de los pacientes con cáncer; sin embargo, consideran necesario más investigaciones para mostrar evidencia convincente del efecto sobre la salud física (Ledesma y Kumano, 2009).

En esa misma línea, otros investigadores que desarrollaron el mismo programa MBSR reportaron mejoras en el estado emocional, síntomas y algunos parámetros fisiológicos de sus participantes (Matchim, Armer y Stewart, 2011). En otro estudio, Loizzo *et al.* (2010) desarrollaron un programa de intervención de 20 semanas en pacientes supervivientes de cáncer de mama y ginecológico, cuyo objetivo era conocer el efecto del programa en su calidad de vida. Sus resultados indicaron una mejora en la calidad de vida (funcionamiento emocional, social y rol emocional) y reducción del estrés (mejoras en cortisol y tasa cardiaca).

Recientemente han surgido teorías y modalidades de intervenciones psicosociales adicionales cuyos objetivos –de manera similar– son contribuir a la recuperación de la calidad de vida y bienestar en esta fase de la enfermedad. Corrientes como la Psicología Positiva (PP) han aportado al desarrollo de intervenciones individuales como grupales que hacen hincapié en las capacidades del bienestar psicológico, tales como psicoterapias basadas en el agradecimiento, el perdón, la esperanza o la facilitación del crecimiento

postraumático (Ochoa, Casellas-Grau, Vives, Font y Borrás, 2016). Resultados favorables sobre la efectividad de este tipo de intervenciones se han demostrado en investigaciones desarrolladas en países como Estados Unidos, Australia, Reino Unido, Alemania, España, Dinamarca, Canadá, Hong Kong y China (Mosher *et al.*, 2017; Dowlatabadi *et al.*, 2016).

Los antecedentes científicos en América Latina de los tipos de intervenciones psicosociales previamente mencionados son escasas. Una revisión sistemática reciente sobre la eficacia de intervenciones psicológicas en pacientes con cáncer de mama en Latinoamérica y España muestra una amplia diferencia en la cantidad de estudios realizados en estas regiones. Quintero y Finck (2018) encontraron 17 estudios realizados entre el 2006 y 2016 que demostraron ser eficaces para disminuir el malestar emocional, sintomatología postraumática, calidad de vida y estrategias de afrontamiento. Nueve de estos estudios se realizaron en España, mientras que los ocho restantes son de Latinoamérica: tres en México, dos en Brasil y uno en Cuba, Venezuela y Chile. Pese a los beneficios reportados en estas revisiones, los autores destacan la importancia de superar las limitaciones más frecuentes en estas investigaciones: ausencia de seguimientos, tamaño de muestra reducido, problemas de representatividad de las muestras, ausencia de grupo control, entre otras.

La modalidad *online* de los tratamientos psicosociales ha sido estudiada a partir de la última década. Este formato ha incrementado sustancialmente en la última década, demostrando ser una alternativa más barata y accesible a las intervenciones presenciales (Berry *et al.*, 2014; Vázquez *et al.*, 2014). Más de 200 estudios que han realizado intervenciones psicológicas en línea han sido publicados (Bendig *et al.*, 2018).

Algunas revisiones han destacado las ventajas metodológicas y clínicas de realizar intervenciones en línea. Estas ventajas incluyen la posibilidad de superar barreras geográficas y temporales, evitación del malestar interpersonal generado por la atención

presencial o la reducción de sensaciones de agobio provocadas por las interacciones con otros pacientes o terapeutas (Lleras de Frutos *et al.*, 2019; Leykin *et al.*, 2012). Por otra parte, entre sus desventajas se han encontrado la pérdida de información no verbal y un posible aumento en la deserción al tratamiento (Gorlick, Bantum y Owen, 2014).

En pacientes oncológicos, la aceptación y viabilidad de intervenciones individuales ha sido probada (Yanez *et al.*, 2015) y se han iniciado hace algunos años investigaciones de intervenciones grupales (Vázquez *et al.*, 2014; Zernicke *et al.*, 2014; Samson-Daly *et al.*, 2019). En una reciente revisión sistemática, Golita y Baban (2019) analizaron 19 estudios de intervenciones psicológicas en línea con pacientes adultos con cáncer en distintas fases, llevados a cabo en Estados Unidos, Holanda, Australia, Alemania y Canadá. Analizando un total de 4.084 pacientes adultos, encontraron que las intervenciones en este formato obtuvieron resultados efectivos respecto al manejo del estrés y en la percepción de calidad de vida de los pacientes.

Recientemente, Ochoa *et al.* (2020) compararon la efectividad de la intervención psicosocial grupal *Psicoterapia Positiva para supervivientes de Cáncer* (PPC) en su formato en línea y presencial con población española. Sus resultados han demostrado mejoras significativas en ambas modalidades respecto a la facilitación del crecimiento postraumático y reducción del malestar emocional y síntomas de estrés postraumático. Del mismo modo, no encontraron diferencias significativas entre la efectividad del tratamiento de ambas modalidades.

A nivel de América del Sur, se encontraron antecedentes de investigaciones psicológicas presenciales tanto individuales como grupales en la fase de tratamiento de pacientes oncológicos (Quintero y Finck, 2018). No obstante, no se encontraron investigaciones enfocadas en la fase de supervivencia tanto en sus modalidades individual o grupal como en formato presencial o en línea. A nivel local, no se encontraron antecedentes

de investigaciones que incluyan intervenciones psicoterapéuticas individuales o grupales en formatos presenciales o en línea con supervivientes oncológicos en Uruguay, tras hacer revisiones en repositorios y revistas universitarias (Universidad de la República y Universidad Católica del Uruguay).

1.4 A modo de síntesis

El objetivo de este capítulo ha sido presentar algunos aspectos estrechamente vinculados con los antecedentes e investigaciones sobre el cáncer y su impacto en la salud mental. En primer lugar, se ha señalado la incidencia y mortalidad del cáncer a nivel mundial y regional de acuerdo a estudios realizados por los organismos mundiales de la salud, que plasma con claridad la ubicación y la magnitud global que este tiene entre las ENT. Asimismo, se brindaron datos actuales sobre la cuestión partiendo de un enfoque global, regional y local, a modo de ejemplificar las variaciones de la carga por la enfermedad acorde a su Índice de Desarrollo Humano.

Uruguay, al ser un país con IDH muy alto, reporta datos de altos índices de incidencia y mortalidad en la misma línea de otros países desarrollados –no siendo este el caso de los demás países de América del Sur–. Pese a ello, la evidencia local registra un descenso sostenido en la mortalidad en las últimas décadas, favoreciendo que más personas sobrevivan la enfermedad. A partir de su análisis, se ha ilustrado y fundamentado la coyuntura propia de Uruguay que permite hacer énfasis en estos supervivientes.

A continuación se comentó sobre los distintos aspectos psicosociales afectados según la fase de la enfermedad. En la fase de sospecha y diagnóstico los recursos psicosociales de la persona suelen dirigirse a la comprensión y superación de la enfermedad, deteniendo muchas actividades que se estaban desarrollando o se habían planificado. El abanico de aspectos psicosociales afectados incluye trastornos del estado de

ánimo, del sueño, del estrés, adaptativos, psicóticos, entre otros. Se profundizó en la fase de supervivencia o libre de enfermedad por ser el objetivo de este estudio.

Por último, se describieron las principales intervenciones psicosociales empleadas para tratar las afectaciones psicológicas en la fase de supervivencia. Si bien la mayoría demuestra resultados eficaces, es frecuente encontrar limitaciones en estas investigaciones. También, ha quedado en evidencia la necesidad de efectuar investigaciones de intervenciones psicosociales con supervivientes en la región, puesto los estudios suelen abocarse a otras fases de la enfermedad. Con todo, se ha aportado información sobre intervenciones innovadoras efectuadas en otros países, que brindan una mirada fresca sobre cómo la psicología puede incidir en esta temática.

Capítulo 2

Problema de investigación

En el capítulo precedente se destacó que la epidemiología del cáncer constituye en la actualidad una problemática a nivel mundial, cambiando de forma dinámica tanto en la escala como en el perfil de la enfermedad. A raíz de la transición demográfico-epidemiológica, los países menos desarrollados van progresivamente aumentando su expectativa de vida con notorios impactos demográficos, lo cual está incrementando significativamente la magnitud mundial del problema, proyectándose un aumento del 70 % para el 2030 (CHLCC, 2020). A su vez, se mencionó que este incremento conlleva un mayor número de personas que sobrevivirán a la enfermedad, y se describieron las afecciones psicosociales más frecuentes en las distintas fases de la enfermedad.

En este capítulo se comenta en primer lugar el problema central de esta investigación. Luego, se plantean las preguntas que derivan a partir de este problema. Por último, se menciona el objetivo general y los objetivos específicos que corresponden a las preguntas planteadas.

2.1 Problema de la investigación

Los estudios en la fase de supervivencia de cáncer muestran la presencia de afecciones psicopatológicas (malestar emocional, estrés, etc.), físicas (fatiga, cansancio, dolor, etc.) y en la calidad de vida (laboral, interpersonal, tiempo libre, etc.) de los pacientes (Ganz *et al.*, 1998; Andrés Solana, 2006; Costanzo *et al.*, 2007; Kornblith *et al.*, 2003; Meyerowitz *et al.*, 1999; Russell *et al.*, 2008). No obstante, a nivel regional y local se

constata una escasa investigación sobre intervenciones psicosociales en esta fase. Por otra parte, si bien las intervenciones psicosociales para supervivientes de cáncer apuntan a reducir estos aspectos, frecuentemente se deja de lado otros recursos positivos psicológicos que potencian el bienestar humano.

Han surgido propuestas de intervenciones de otras corrientes psicológicas que suman dentro de sus objetivos el desarrollo y fortalecimiento de habilidades de bienestar humanas individuales como colectivas (Vázquez, 2008). La Psicoterapia Positiva grupal para supervivientes de Cáncer (PPC; Ochoa *et al.*, 2010) es una intervención psicosocial que tiene como objetivo principal facilitar el crecimiento postraumático para reducir el malestar emocional, la sintomatología de estrés postraumático y facilitar estrategias de afrontamiento adaptativas. Esta intervención es tomada como la variable independiente para responder a las preguntas del problema de esta investigación.

2.2 Preguntas de la investigación

- ¿La Psicoterapia Positiva grupal para supervivientes de Cáncer (PPC) es efectiva?
- ¿La PPC facilita el crecimiento postraumático en las participantes?
- ¿La PPC reduce el malestar emocional en las participantes?
- ¿La PPC reduce la sintomatología de estrés postraumático en las participantes?
- ¿La PPC facilita la adquisición de estrategias de afrontamiento más adaptativas en las participantes?
- ¿Los efectos de la PPC se sostienen después de tres meses de haber finalizado?

2.3 Objetivos de la investigación

Objetivo general:

- Explorar el nivel de efectividad de la Psicoterapia Positiva grupal para supervivientes de Cáncer (PPC) en una muestra de participantes uruguayos.

Objetivos específicos:

- Evaluar la incidencia de la PPC respecto al crecimiento postraumático.
- Evaluar la incidencia de la PPC respecto al malestar emocional.
- Evaluar la incidencia de la PPC en la sintomatología de estrés postraumático.
- Evaluar la incidencia de la PPC respecto a la adquisición y desarrollo de estrategias de afrontamiento adaptativas.
- Conocer la sostenibilidad de los efectos de la PPC después de tres meses de su aplicación.

Capítulo 3

Marco teórico

En el capítulo de antecedentes se describieron las intervenciones psicosociales más frecuentes para la fase de supervivencia. Estas intervenciones buscan reducir principalmente aspectos psicopatológicos (síntomatología ansiosa, depresiva, estrés, etc.), físicos (fatiga, cansancio, dolor, etc.) o aquellos relacionados a la calidad de vida (laboral, interpersonal, tiempo libre, etc.), dejando frecuentemente a un lado otros recursos positivos que potencian el bienestar humano. Por ello, han surgido propuestas de intervenciones de otras corrientes psicológicas que suman dentro de sus objetivos el desarrollo y fortalecimiento de habilidades de bienestar humanas individuales como colectivas (Vázquez, 2008).

En este capítulo se explican en primer lugar las bases teóricas de la Psicología Positiva –corriente central seleccionada para este estudio– y sus principales exponentes. A continuación se detalla su aplicación teórica en el diseño de intervenciones psicosociales y algunos metaanálisis analizados en diferentes poblaciones objetivo. Posteriormente se ahonda en las bases teóricas y aspectos formales de la *Psicoterapia Positiva para supervivientes de Cáncer* (Ochoa et al., 2010), intervención seleccionada para este estudio. Esta fue diseñada a partir de una extensa investigación y revisión de la literatura centrada en el trauma y el crecimiento postraumático, e integra aspectos clínicos de la Psicología Positiva con narrativas terapéuticas y elementos psicoterapéuticos de las orientaciones cognitivo-conductual y humanístico-existencial.

Luego, se definen las variables clínicas, objetos de estudio de esta investigación, a saber, el estrés postraumático, crecimiento postraumático, malestar emocional y estrategias

de afrontamiento. Se profundiza en cada variable y se brindan ejemplos de estudios empíricos de estas y su relación con pacientes oncológicos. Finalmente, se informan los resultados sobre la efectividad de la intervención en estas variables clínicas.

3.1 La Psicología Positiva: una mirada sobre la salud, el bienestar y la enfermedad

La investigación y desarrollo de intervenciones en la salud tienen como interés común e implícito la promoción del bienestar de las personas, ya sean estas de índole psicológica, médica, tecnológica o política. A finales de la Segunda Guerra Mundial, la OMS declaró en sus primeros estatutos oficiales que la salud es un estado completo de bienestar físico, psíquico y social, y no la mera ausencia de enfermedad o minusvalía (OMS, 1948). Esta definición resultó visionaria en el momento de su declaración, puesto ha sido décadas después que la ciencia y sus profesionales han reconocido la necesidad de retomar esa concepción de salud y enfermedad. Históricamente, el foco de las intervenciones en la salud se centró más en la reducción del dolor, el sufrimiento y las carencias que en el desarrollo de capacidades individuales y colectivas (Vázquez, 2008).

Antonovsky (1987) retomó el concepto de la OMS sobre la relación entre el bienestar y la enfermedad para desarrollar su conocida teoría salutógena humana. Esta enfatiza que la enfermedad no es el polo opuesto a la normalidad o ausencia de enfermedad, sino que además debe tomarse en cuenta la salud positiva. Por consiguiente, a la investigación sobre los factores patógenos causantes de la enfermedad debe añadirse la investigación sobre los factores salutógenos que causan o mantienen la salud positiva (Antonovsky, 1987). En otras palabras, tener un buen estado de salud física o mental no sólo debe consistir en carecer de enfermedades o trastornos, sino en disfrutar de una serie de capacidades y recursos que permitan resistir adversidades (Almedom y Glandon, 2007) y crear las condiciones que permitan el máximo desarrollo posible del individuo.

A partir de este cambio en el paradigma de investigación del bienestar y la enfermedad, se ha generado un cuerpo teórico y empírico que ha demostrado una relativa independencia entre ambos conceptos (Vázquez y Hervás, 2008a), que exige diferentes métodos de medida y estrategias de intervención. A modo de ejemplo, en un estudio de escala nacional en EE. UU. sobre la forma de medir algunos trastornos mentales (p. ej. depresión mayor, ansiedad generalizada, ataques de pánico y dependencia de alcohol), Keyes (2005) informó que las medidas de bienestar psicológico, social y biológico son independientes –aunque correlacionadas– de dichos trastornos. Dicho de otro modo, concluyó que es posible reducir eficazmente las condiciones clínicas o síntomas de los trastornos, mas esto no conlleva necesariamente una mejora significativa de sus vidas.

Varios de estos hallazgos han sido ejecutados bajo la línea de investigación de la Psicología Positiva (PP). Seligman (1999), en su discurso inaugural como presidente de la Asociación Americana de Psicología (APA en sus siglas en inglés), dio un impulso definitivo a esta forma integral de contemplar la realidad psicológica. Posteriormente, Seligman y Csikszentmihalyi (2000) definieron a la PP como el análisis de lo que va bien en la vida, desde el nacimiento hasta la muerte.

Muchos de los diferentes temas en los que la PP se ha centrado en estas últimas décadas (p. ej. creatividad, optimismo, amor, inteligencia emocional, estrategias de afrontamiento, etc.) entran en esta perspectiva positiva (Fernández-Ballesteros, 2002). Igualmente, hay otras áreas de la experiencia humana (crecimiento postraumático, esperanza, flujo, perdón, gratitud, asombro, curiosidad o humor) que se fueron incorporando por primera vez como temas de investigación por sí mismas (Gable y Haidt, 2005).

Varios autores han propuesto diferentes modelos para la ejecución empírica de la PP, tales como el modelo de salud mental positiva de Jahoda, la teoría de la autodeterminación de Deci y Ryan, el modelo de bienestar psicológico de Ryff, el modelo de bienestar social de

Keyes y el modelo de tres vías luego sustituido por el modelo PERMA de Seligman (Vázquez y Hervás, 2008b). Cabe destacar la influencia del modelo de Ryff que, tras incorporar variables sociodemográficas en las escalas multidimensionales del bienestar, pudo analizar muestras representativas a nivel nacional mediante la encuesta *Midlife in the United States* o la Escala de Bienestar Psicológico para Adultos o Adolescentes (Ryff y Keyes, 1995; González-Fuentes y Andrade, 2016). Emulando esa metodología, otros autores han desarrollado investigaciones y escalas más ambiciosas sobre otras áreas de la experiencia humana, tal como el reconocido Informe Mundial de la Felicidad.

3.1.1 Intervenciones psicológicas positivas

Vázquez, Hervás y Ho (2006) recopilaron las condiciones psicológicas que mantienen el bienestar psicológico con base a investigaciones basadas en evidencia. Entre esas se encuentran:

- El estado emocional habitual de los seres humanos es positivo. La frecuencia e intensidad de las emociones positivas es mayor que la de las negativas en cualquier edad (Charles, Reynolds y Gatz, 2001). Las emociones positivas son conceptualizadas bajo el componente hedónico que estas pueden conllevar –en este caso placentero– visto desde la psicología y la neurofisiología (Vázquez, 2008).
- Aunque la emocionalidad positiva está ligada a factores genéticos, hay una parte importante que depende de circunstancias vitales y, sobre todo, de factores intencionalmente controlables (Lyubomirsky, King y Diener, 2005).
- Factores como el sexo, ingresos económicos, inteligencia, salud, entre otros, tienen un peso muy pequeño en la explicación del bienestar psicológico subjetivo (Diener y Seligman, 2004). Los procesos psicológicos y las variables motivacionales y de

personalidad (p. ej. extraversión) juegan un papel más significativo en el bienestar psicológico subjetivo (Avia, 1997).

- El número y calidad de las relaciones sociales es un factor muy importante en la predicción del bienestar subjetivo (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999). De hecho, es una característica necesaria —aunque no suficiente— de las personas más felices (Diener y Seligman, 2002).

Tras tomar en cuenta estas condiciones fundamentales para el diseño de intervenciones psicológicas positivas, se han desarrollado estrategias para tratar diferentes trastornos o experiencias humanas. En un metaanálisis, Sin y Lyubomirsky (2009) analizaron la incidencia de 51 intervenciones sobre las emociones, cogniciones y conductas positivas en personas con síntomas depresivos. Estos autores reportaron resultados significativos sobre las medidas de bienestar psicológico ($r = .29$) y en la reducción de síntomas de depresión ($r = .31$), así como un mayor efecto en participantes con mayor edad y en tratamientos individuales.

Otro metaanálisis de 39 estudios analizó los cambios en el bienestar psicológico en personas con síntomas depresivos tras intervenciones positivas con diferentes formatos (terapias individuales, grupales y autoayuda). Sus autores reportaron efectos significativos en el bienestar subjetivo ($\sigma = .34$), bienestar psicológico ($\sigma = .20$) y mejora en los síntomas de depresión ($\sigma = .23$), con efectos sostenidos a los 3 y 6 meses (Bolier *et al.*, 2013).

Algunos ejemplos de intervenciones psicológicas positivas para diferentes poblaciones son aquellas basadas en el *mindfulness* (Kabat-Zinn *et al.*, 1992; Rodríguez, Priede, Maeso, Arranz y Palao, 2011), en el agradecimiento (Emmons y McCullough, 2003), en el saboreo (Bryant y Veroff, 2006), en el perdón (Worthington y Scherer, 2004), en el crecimiento postraumático (Ochoa *et al.*, 2016), entre otros.

En relación a la psicooncología, Ochoa *et al.* (2010) han desarrollado la Psicoterapia Positiva para supervivientes de Cáncer (PPC) en Catalunya, España, a partir de una extensa investigación y revisión de la literatura centrada en el trauma y el crecimiento postraumático (CPT). Su equipo de investigación integró, desde una óptica constructiva de narrativas terapéuticas, elementos psicoterapéuticos de las orientaciones cognitivo-conductual y humanístico-existencial. Junto con propuestas basadas en la PP, se centran en la facilitación de CPT en forma de cambios vitales positivos, reducción del malestar emocional de los pacientes y en el trabajo con emociones positivas. Así, la PPC focaliza primordialmente los recursos positivos del paciente, dado que sus autores asumen que las personas tienen tanto el deseo intrínseco de crecer a nivel personal, en su plenitud y felicidad así como de reducir sentimientos de miseria, preocupación o ansiedad (Ochoa *et al.*, 2010).

3.1.2 Psicoterapia Positiva para supervivientes de Cáncer: aspectos formales y variables clínicas

Ochoa *et al.* (2010) desarrollan el programa que sigue las recomendaciones generales de los principales manuales y textos sobre terapia grupal en cáncer. Los grupos terapéuticos pueden conformarse desde 6 hasta 12 integrantes y se desarrollan en 12 sesiones con una duración de 90 a 120 minutos cada una. Adicionalmente, utilizan como fundamento las recomendaciones terapéuticas grupales realizadas por Yalom (2000) quien afirma que toda terapia grupal tiene los siguientes elementos terapéuticos comunes: infunde la esperanza de cambio, favorece la expresión y ventilación emocional (catarsis), ayuda a ver que uno no es el único que sufre (universalidad), ofrece la guía e información del terapeuta, facilita el altruismo, cohesión, mayor socialización y aprendizaje interpersonal. Por tanto, consideran que estos elementos terapéuticos de las intervenciones grupales son

de especial aplicación y utilidad para supervivientes de cáncer.

Las 12 sesiones se dividen en cuatro módulos de cantidad variada de sesiones y con objetivos diferentes, que se adaptan y flexibilizan al ritmo del grupo (Ochoa *et al.*, 2010; véase *Figura 8*). El objetivo general de los dos primeros módulos es favorecer los procesos de asimilación de la experiencia oncológica mediante elementos y técnicas que permitan una mayor regulación emocional. Los dos últimos módulos, más extensos, se focalizan en favorecer los procesos de acomodación y transformación personal de la experiencia con la enfermedad. Se ahonda sobre los conceptos de asimilación y acomodación en los siguientes apartados (§ 2.2.3).

Módulo	Sesión	Objetivo	Elementos terapéuticos	
A S I M I L A C I O N	1	1-2	Expresión/Procesamiento emocional	Trabajo con emociones negativas y positivas: 1) Conciencia somática 2) simbolización 3) resignificación emocional adaptativa
	2	3-5	Regulación emocional y Afrontamiento	1) Relajación/ Imaginería guiada 2) Manejo de la ira-irritabilidad y la evitación 3) Normas de higiene del sueño
A C O M O D A C I O N	3	6-9	Facilitación del Crecimiento Postraumático	1) Trabajo con Memorias autobiográficas positivas 2) Pauta personal de realización 3) Intervenciones basadas en la Esperanza 4) Fomento de Estilos de vida Saludables 5) Modelos positivos en la enfermedad
	4	10-12	1. Aspectos existenciales y espirituales 2. Terminación del grupo	1) Anticipar recaída y aumento de conciencia mortalidad y transitoriedad 2) Intervenciones basadas en el agradecimiento y el perdón 3) Modelos positivos al final de la vida 4) Carta de despedida

Figura 8. Descripción de la Psicoterapia Positiva para Supervivientes de Cáncer. Extraído de Ochoa *et al.* (2017).

A continuación, se explican las variables clínicas en las que la PPC incide y que son objeto de este estudio, a saber, estrés postraumático, crecimiento postraumático, malestar emocional y estrategias de afrontamiento.

3.2 Estrés postraumático

La quinta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* (DSM) ubica al estrés postraumático dentro de los trastornos relacionados con trauma y factores de estrés. Según este manual, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) en adultos se diagnostica a partir de los siguientes criterios: a) exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza; b) presencia de síntomas de intrusión asociados al suceso traumático; c) evitación persistente de estímulos asociados al suceso traumático; d) alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso traumático, que comienzan o empeoran después de este; e) alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso traumático, que comienza o empeora después del suceso traumático y f) la duración de la alteración (criterios b, c, d y e) es superior a un mes (Asociación Estadounidense de Psiquiatría [APA], 2014).

A nivel empírico, existe sólida evidencia de que la vulnerabilidad al TEPT está mediada por una variedad de factores de riesgo. Entre estos se encuentran niveles socioeconómicos, educativos y de inteligencia bajos, antecedentes de trastornos psicológicos individuales y familiares, abuso de sustancias y edad cronológica joven (Kangas, Henry y Bryant, 2002).

La cuarta edición del DSM (APA, 1994) reconoció que el TEPT puede ser causado por eventos que amenacen la vida de una persona. Con este reconocimiento, se incrementaron las investigaciones sobre el cáncer como causante del TEPT. Sin embargo, la

quinta edición del DSM (2014) reformula el criterio clasificatorio del cáncer como un fenómeno estresante simple, por lo cual la respuesta asociada se podría considerar como adaptativa o desadaptativa. Al redefinirse el cáncer como un factor de estrés, este en algunos casos puede ocasionar un Trastorno por Estrés Agudo y, en otros casos específicos, un TEPT. Igualmente, el curso de la enfermedad activa un sentido de vulnerabilidad y conciencia de la mortalidad, que son de hecho las características centrales de cualquier evento traumático.

Kangas *et al.* (2002) realizaron una revisión conceptual y empírica de 13 estudios sobre la incidencia de TEPT en pacientes oncológicos. Reportaron que entre un 5 % a 19 % de los participantes cumplían con sus criterios sintomáticos al ser evaluados después del tratamiento (6.5 meses en promedio). Estos autores también presentaron hallazgos sobre el TEPT *de por vida*, que es conceptualizado como una continuación y reexperimentación de síntomas del TEPT en algún momento después del diagnóstico de cáncer. Uno de estos estudios informó la incidencia del 35 % del TEPT de por vida dentro de su muestra –la más alta de estos estudios– a pesar que ningún paciente cumpliera los criterios del TEPT al menos tres meses después de completar el tratamiento (Mundy *et al.*, 2000). La incidencia del TEPT de por vida en los otros cinco estudios que lo estudiaron osciló entre el 3 % y el 22 % (Kangas *et al.*, 2002).

Kangas *et al.* (2002) a su vez reportaron otros estudios que dan cuenta sobre la varianza de los síntomas del TEPT para las personas dentro de los tres meses posteriores al diagnóstico o después de completar el tratamiento. En su investigación longitudinal, Andrykowski *et al.* (2000) evaluaron por primera vez a los pacientes 14 meses después de la finalización del tratamiento y por segunda vez 12 meses después. Mientras que aproximadamente el 13 % de la muestra informó un aumento (estadísticamente no significativo) en los síntomas de evitación y reexperimentación, una proporción similar

mostró una disminución sustancial en los síntomas de evitación y excitación. En otro estudio, Tjemslund *et al.* (1996a, 1996b) estimaron que el 8 % cumplía los criterios del TEPT seis semanas después de la operación, mientras que el 12 % de su muestra original cumplió con los criterios del TEPT 12 meses después de la operación.

Estos hallazgos sugieren que los síntomas del TEPT parecen fluctuar a lo largo de la experiencia del paciente oncológico y dificultan su predictibilidad. Al respecto, ciertos autores han teorizado sobre las diferencias del cáncer como estresor comparado con otros estresores de naturaleza más aguda que, por ende, afectaría significativamente su abordaje científico y psicoterapéutico.

Sumalla, Ochoa y Blanco (2009) destacan cinco diferencias del cáncer como estresor, las cuales han sido consideradas en el armado teórico de la PPC. En primer lugar, la naturaleza del estresor no es única y discreta en un cáncer, sino que es múltiple y dificulta la identificación de un solo estresor-cáncer para la persona. En segundo lugar, el origen del estresor en cáncer no es externo (como catástrofes naturales o accidentes automovilísticos), sino interno (el propio cuerpo), pudiendo fomentar síntomas evitativos y de hipervigilancia (p. ej. evitar verse en el espejo el cuerpo desnudo durante una parte del tratamiento o realizarse comprobaciones compulsivas en una zona del cuerpo por miedo a una recidiva).

En tercer lugar, el malestar y los miedos en cáncer se proyectan hacia el futuro. Parece que los miedos que se actualizan en las personas son los que se imaginan podrán llegar (p. ej., dolor, pérdida de autonomía y, en definitiva, la muerte; véase § 1.2.1). En cuarto lugar, falta un origen y final delimitado del estresor y, por ello, la amenaza puede sentirse de forma permanente y constante, reactivándose especialmente en los controles y seguimientos. En algunos casos, esta condición propiciará el síndrome de Damocles (véase § 1.2.3). Por último, en líneas generales, en cáncer hay mayor capacidad de control en torno al papel del paciente en los tratamientos, seguimientos y actividades preventivas a realizar,

comparado con otros eventos más agudos. Este aspecto puede ser una vía de posible cambio positivo mediante la adopción de estilos de vida saludables (ej. mejorar dieta, ejercicio), aunque también puede aumentar los sentimientos de culpa y de ira si no se cambian.

Tomando en consideración los aspectos anteriores, ¿es posible que un suceso traumático fomente un cambio positivo en el paciente? Teóricos como Tedeschi y Calhoun (1996) se interesaron en los posibles efectos positivos generados por un suceso traumático. Hace décadas se puso a prueba la hipótesis que la ruptura de los supuestos básicos de la vida y la conciencia de las propias vulnerabilidades desencadenaría un proceso de automaduración, el cual actualmente se conoce como crecimiento postraumático.

3.3 Crecimiento postraumático

Tedeschi y Calhoun (1996) fueron los pioneros en estudiar los cambios positivos generados por eventos traumáticos. Definieron el CPT como los cambios cognitivos y conductuales que una persona experimenta como resultado del proceso de lucha que emprende por la vivencia de un suceso traumático. Plantean que los cambios vitales positivos pueden observarse en varios dominios: el autoconcepto (p. ej., nueva valorización de las propias fortalezas y resiliencia), la apreciación de nuevas posibilidades en la vida, las relaciones sociales (p. ej., sentirse emocionalmente más cercanos a los otros, especialmente a familiares y amigos), la filosofía de vida (p. ej., reordenación de los propios valores y prioridades) y la espiritualidad (p. ej. mayor participación en actividades de crecimiento espiritual o religiosas).

El modelo de Tedeschi y Calhoun es el dominante en trauma e investigación. El instrumento *Posttraumatic Growth Inventory* (PTGI) que desarrollaron se ha utilizado para

evaluar correlaciones clínicas y psicológicas, por ejemplo, la coexistencia del CPT y TEPT en sobrevivientes de eventos traumáticos (p. ej. violencia sexual, terrorismo, crímenes, entre otros). Un metaanálisis sobre esta coexistencia describió la relación entre el CPT y TEPT en forma de U invertida, donde niveles equilibrados de angustia pueden desencadenar el CPT, pero a mayor gravedad del TEPT, el CPT disminuye (Shakespeare-Finch y Lurie-Beck, 2014). De manera contraria, ciertos estudios han encontrado correlaciones negativas entre el CPT y TEPT (Frazier, Conlon y Glaser, 2001; Hall, Saltzman, Canetti y Hobfoll, 2015; Kimhi, Eshel, Zysberg y Hantman, 2010).

El CPT ha sido estudiado específicamente en la fase de supervivencia de un cáncer. Diferentes metaanálisis muestran que aquellos pacientes con cáncer que experimentan CPT tienden a adaptarse a su enfermedad con mayor éxito, informan de una mejor salud mental y física, de menos síntomas de malestar emocional y estrés postraumático y una mayor adherencia a los tratamientos oncológicos (Helgeson *et al.*, 2006; Sawyer *et al.*, 2010). Otro estudio ha identificado los cambios positivos asociados al CPT en el rango del 50 % a 90 % de los pacientes con cáncer de mama, entre el 60 % a 95 % de los supervivientes de un cáncer infantil/adolescente, el 76 % de cáncer testicular, entre otros (Codova, 2008). No obstante, también existen estudios que no han encontrado correlaciones entre el CPT y cambios positivos en pacientes oncológicos (Bellizzi *et al.*, 2010; Mols, Vingerhoets, Coebergh y van de Poll-Franse, 2009).

Estos hallazgos sugieren que el CPT puede o no correlacionarse positivamente con otras variables clínicas en supervivientes de cáncer. Ciertos teóricos apuntan a que el problema puede radicar en la distinción del CPT de otros constructos psicológicos. En una revisión de 72 estudios de correlaciones clínicas y psicológicas del CPT en cáncer, Casellas-Grau *et al.* (2017) realzan en primer lugar la importancia metodológica de separar el CPT de otros conceptos utilizados para describir los cambios positivos tras una

enfermedad. Entre esos conceptos se encuentran:

- **Búsqueda de beneficios:** se refiere a los beneficios a corto plazo obtenidos de la experiencia potencialmente traumática. La búsqueda de beneficios es más propensa a surgir justo después de una adversidad, mientras que el CPT tiende a aparecer después de un cierto período de tiempo desde el trauma.
- **Creación de significado (*meaning making*):** es una forma de cambiar la visión de la vida de las personas para integrar lo que ha sucedido y darle al evento un valor existencial en el marco de vida de las personas. Dicho en otras palabras, la creación de significado se refiere al proceso de comprender cómo encaja el evento en la vida de uno.
- **Sentido de coherencia:** este concepto acuñado por Antonovsky (véase § 2.1) subraya la importancia de darle sentido a las circunstancias adversas de la vida. Lo definió como una tendencia disposicional relativamente estable en la persona que le conduce a evaluar las circunstancias de la vida como manejables, predecibles y significativas.
- **Resiliencia:** se refiere a la capacidad de mantener niveles estables de funcionamiento psicológico cuando se está expuesto a un evento potencialmente estresante, especialmente cuando se prolonga por un período prolongado, como el caso de las enfermedades crónicas y el cáncer.
- **Florecimiento (*thriving*):** también ha sido utilizado como sinónimo del CPT, aunque el florecimiento psicológico resulta de un crecimiento continuo y ganancias en una o más áreas psicosociales importantes, como las relaciones personales, la autoconfianza y las habilidades para la vida. De ahí que sea visto como algo más que el CPT, pues es el resultado del crecimiento y un mayor bienestar.

En la misma revisión, estos autores concluyeron que el CPT resultó inversamente correlacionado con síntomas depresivos y ansiosos y directamente correlacionado con otros constructos psicológicos, tales como la esperanza, el optimismo, la espiritualidad y la creación del significado. Empero, destacan que las variables clínicas de la enfermedad (p. ej. tipo de tratamiento, estadio, sitio del cáncer, etc.) se han investigado de manera deficiente en comparación con las psicológicas.

Puesto el CPT y los demás constructos derivan de la investigación del trauma psicológico y no de los campos de investigación psicosomáticos o médicos, los resultados de investigaciones que buscan correlaciones clínicas con psicológicas son escasos. Dentro de los artículos analizados, los autores no encontraron correlaciones entre el CPT y el sitio del cáncer, la cirugía como tratamiento oncológico o la fase de recidiva. Por el contrario, sí surgieron algunas correlaciones con el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, otros tipos de tratamiento oncológico y el estadio del cáncer. Por consecuencia, el patrón de U invertida entre el CPT y TEPT previamente mencionado caracterizó a la mayor parte de la población que experimentó un trauma, con la excepción de supervivientes de enfermedades médicas, donde esta correlación fue débil.

Los autores explican estas divergencias por factores relacionados a la heterogeneidad de las poblaciones incluidas (diferentes tipos de cáncer, estadios, edad de los participantes, etc.), el uso indistinto de los constructos psicológicos positivos tras una enfermedad, la selección del instrumento para medir el constructo psicológico adecuado y medir el CPT en un momento en el cual aún se está viviendo el suceso traumático (Casellas-Grau *et al.*, 2017). Concluyen, pues, que futuras investigaciones discurren adecuadamente el armado de la metodología, a saber, la correcta selección del constructo psicológico, el instrumento para medirlo, el momento de medición y las variables clínicas de

la enfermedad con las cuales analizarlas.

El momento en el cual se facilite el CPT parece tener relevancia clínica.

Pat-Horenczyk *et al.* (2016) indagaron el tipo de perfiles resultantes tras el tratamiento oncológico de 198 supervivientes de cáncer de mama, tras estudiar la combinación de CPT, malestar emocional y estrategias de afrontamiento. Después del seguimiento y evaluación durante dos años, los autores categorizaron los siguientes perfiles: angustia, resistencia, crecimiento constructivo y crecimiento frustrado. En su análisis, destacan que las trayectorias de los niveles de CPT de todos los perfiles fluctuaron a lo largo de los dos años. Por ello, señalaron que los momentos de dichas fluctuaciones son fundamentales para identificar el período de tiempo en el cual la intervención psicosocial puede ser más beneficiosa, y puede ayudar a desarrollar intervenciones que se dirijan a perfiles específicos de adaptación al tratamiento posterior al cáncer.

En suma, la literatura muestra que la operacionalización de la variable CPT ha sido compleja. Diferentes estudios obtuvieron correlaciones tanto positivas como negativas del CPT con variables clínicas y psicológicas. Como se mencionó, la naturaleza del evento traumático juega un rol importante respecto a qué resultados se obtendrán. En el caso del CPT en supervivientes de enfermedades médicas, es conveniente realizar una adecuada distinción del constructo a medir, a modo de ejecutar adecuadamente la metodología propuesta. Las intervenciones psicosociales beneficiarían más al paciente oncológico al tener presente el momento adecuado para facilitar el CPT.

Tras hacer una extensa revisión y distinción del concepto del CPT, Ochoa *et al.* (2017) explicitan que el objetivo básico de la PPC es facilitar el CPT en supervivientes de cáncer de manera grupal tras terminar el tratamiento oncológico primario. La facilitación del CPT proporcionaría un marco psicoterapéutico importante para reducir niveles elevados y sostenidos de estrés postraumático y malestar emocional pocos meses después del

tratamiento oncológico (Roepke, 2014). Desde la perspectiva humanista-existencial, consideran que, tras la toma de conciencia total o parcial de la propia mortalidad, surge la necesidad de realizar cambios vitales positivos (crecimiento), la cual a su vez se correlaciona con el malestar emocional –variable que se tomará a continuación– (Ochoa, 2015).

3.4 Malestar emocional

Al hablar de emociones, estas se relacionan por lo general con cambios afectivos de carácter más brusco y agudo, en general poco duraderos y con una respuesta somática y fisiológica significativa (Maté, Ochoa y Carreras, 2013). A efectos clínicos y semiológicos, encajan bien con el término reacción (p. ej. ante estímulos externos como la quimioterapia o estímulos internos como la propia enfermedad), pero a nivel subjetivo, destacan por ser experiencias que implican la integración de diferentes niveles de procesamiento (somatosensorial, cognitivo, conductual) que dan significado personal a lo vivido.

Las alteraciones emocionales agudas en pacientes oncológicos pueden estar presentes en todo el proceso de enfermedad, pero son especialmente marcadas y significativas en los momentos de crisis tales como: el diagnóstico, inicio y final de los tratamientos, las recaídas, la imposibilidad de tratamiento activo y la conciencia más o menos súbita de cercanía o inminencia de la propia muerte. Sin embargo, evaluar adecuadamente los trastornos emocionales en pacientes oncológicos suele conllevar obstáculos.

Maté *et al.* (2013) enlistan una serie de dificultades para efectuar un diagnóstico psicopatológico en pacientes oncológicos:

- El estigma social relativo al *etiquetaje* diagnóstico y el posicionamiento que adopta

el profesional de salud mental en este sentido.

- La convergencia de síntomas psicológicos y somáticos que dificultan el diagnóstico diferencial.
- La propia naturaleza de la enfermedad como generadora de un malestar emocional (*distress*), que puede oscilar entre una reacción normal ante la enfermedad hasta la presencia de un conjunto de signos y síntomas que sí requieran una intervención específica desde el campo de la salud mental.
- Considerar que es “normal” que un paciente con cáncer se sienta deprimido, ansioso o duerma mal.
- Instrumentos de medida deficientes a nivel metodológico y/o práctico.
- La ausencia de formación específica en aspectos psicológicos en los profesionales de la salud.

La detección de casos psicopatológicos susceptibles de atención psicooncológica se ha centrado tradicionalmente en reconocer la presencia de malestar psicológico o *distress*. Este término inespecífico, que hace referencia a la presencia de sufrimiento en muchas esferas pero principalmente a síntomas afectivos (ansiedad y depresión), se ha utilizado para detectar trastornos psicopatológicos en cáncer. Según Holland (1999), el malestar emocional puede ser considerado como un continuo que abarca desde las reacciones normales al estrés por el afrontamiento de la enfermedad y tratamiento oncológico (p. ej. desmoralización, tristeza, preocupación), a síndromes de mayor intensidad que podrían diagnosticarse como trastornos mentales (p. ej. depresión mayor, trastornos de ansiedad, cuadros psicóticos). Como ya se mencionó, este constructo es utilizado con mayor

frecuencia dentro de la clínica oncológica puesto reduce el etiquetaje de utilizar conceptos más relacionados a la psiquiatría como la depresión o la ansiedad.

La literatura registra un amplio espectro de consecuencias psicosociales y reacciones de malestar emocional en cáncer. Entre estas se incluye la ansiedad, el miedo, la tristeza y la depresión, la impotencia y desesperanza, así como trastornos adaptativos, trastornos de ansiedad, trastorno de estrés postraumático, depresión, conflictos familiares o crisis existenciales (Mehnert *et al.*, 2012).

Los resultados de distintos metaanálisis indican que la prevalencia global de los trastornos mentales en los pacientes con cáncer oscila entre el 9.8 % y el 38.2 % (Mitchell *et al.*, 2011; Singer, Das-Munshi y Brähler, 2010). En un estudio internacional en el que se incluyeron 94 estudios basados en entrevistas, la prevalencia de depresión según los criterios de DSM-IV o CIE-10 en poblaciones oncológicas y hematológicas (70 estudios) fue del 16.3 %; la prevalencia de la distimia fue 2.7 %; la prevalencia del trastorno adaptativo fue del 19.4 % y la prevalencia de los trastornos de ansiedad fue del 10.3 %. No obstante, la combinación de diferentes diagnósticos eran frecuentes, sumando un 38.2 % (Mitchell *et al.*, 2011).

En otro estudio sobre 4.496 pacientes y 14 diagnósticos diferentes de cáncer, la prevalencia de malestar emocional fue 35.1 %. El rango varió del 43.4 % en cáncer de pulmón hasta el 29.6 % en cánceres ginecológicos. Los pacientes con tumores cerebrales presentaron niveles de malestar emocional de 42.7 %, seguidos de los que padecían enfermedad de Hodgkin con 37.8 %. El 30 % presentaron somatizaciones, el 24 % trastornos de ansiedad y el 18.7 % trastornos depresivos. Los pacientes afectados de cáncer pancreático presentaron las mayores medias de síntomas para ansiedad y depresión (Zabora *et al.*, 2001).

Estos resultados sugieren que una cantidad alta de pacientes pueden sufrir durante

el proceso de su enfermedad un malestar emocional significativo, que puede constituir en algunos casos un trastorno recogido en los manuales diagnósticos. En paralelo, la capacidad de afrontamiento del paciente puede verse comprometida. Como consecuencia, un malestar emocional significativo y un afrontamiento inadecuado o deficiente repercutirá negativamente sobre la calidad de vida y el bienestar del paciente y, en la mayoría de ocasiones, sobre sus cuidadores principales.

Por las razones anteriores, la medición y cribado del malestar emocional ha tomado relevancia al momento de abordar al paciente oncológico. En la última década, su medición se ha convertido en el sexto signo vital para el cuidado del cáncer, detrás de las primeras cinco mediciones, tales como el pulso, la respiración, la presión arterial, la temperatura y el dolor (Bultz y Johansen, 2011).

La organización *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN; Holland 1999) de EE. UU. propone estándares de evaluación y tratamiento del malestar emocional. Junto al uso de una medida o escala que cuantifique el nivel de malestar emocional del paciente, esta organización recomienda la inclusión de una lista de posibles problemas que pudieran ser su causa: problemas físicos (p. ej. dolor, náusea, fatiga), emocionales (p. ej. depresión, tristeza, ansiedad), familiares (p. ej. pareja, hijos) y de carácter práctico (p. ej. transporte, cuidado de los hijos, trabajo, cuidado del hogar). La intención del instrumento es que al paciente se le remita dónde puede dársele atención a su problema. Por tanto, si el paciente presenta problemas a nivel social o familiar, la interconsulta debe dirigirse a un asistente social; si el problema que presenta el paciente es de naturaleza religiosa o espiritual, el paciente debería ser referido a un sacerdote o pastor.

Mediante una Escala Verbal Analógica (EVA), al paciente se le pregunta cuál es su nivel de malestar emocional en el día de hoy de 0 a 10. Los niveles iguales o por encima de 5 indican un nivel de malestar emocional significativo, necesario de ser evaluado por parte

de un profesional de salud mental. De manera similar, en la práctica clínica se utilizan Escalas Verbales Numéricas (EVN), en las que se le pregunta verbalmente al paciente que ubique en una escala del 0 a 10 cuál es su nivel de ansiedad y tristeza (Maté *et al.*, 2013).

Esta metodología ha probado tener muy buenos resultados. En un estudio con 100 pacientes oncológicos, se utilizaron las EVA Termómetros de Ansiedad y Depresión como instrumento de cribado y se compararon sus resultados con los de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) de Zigmond y Snaith (1983). Utilizando una puntuación de corte mayor o igual a cinco para los termómetros, los resultados iniciales permitieron identificar más del 90 % de pacientes con síntomas depresivos que fueron detectados por la subescala de depresión del HADS; de manera análoga, identificaron más del 70 % de pacientes con sintomatología ansiosa que la subescala de ansiedad del HADS detectó (Gil *et al.*, 2000).

En otro estudio donde se utilizaron los mismos termómetros de ansiedad y depresión, encontraron que las subescalas de ansiedad y depresión del HADS mostraron una buena correlación con sus respectivas EVA. Esta correlación fue de .77 para el análisis de malestar emocional global, parámetro que se obtuvo de la suma de la puntuación de ambas EVA y de las subescalas del HADS (Martínez, Porta, Espinosa y Gómez-Batiste, 2006).

3.4.1 Malestar emocional y crecimiento postraumático

A pesar del malestar emocional, un diagnóstico de cáncer también puede desencadenar cambios vitales positivos en los supervivientes (Ochoa, Castejón, Sumalla y Blanco, 2013; Sawyer, Ayers y Field, 2010). En su teoría de valoración organísmica del crecimiento en la adversidad, Joseph y Linley (2006) explican cómo el malestar emocional y

el CPT pueden integrarse en un mismo marco de experiencia humana. Los autores distinguen dos procesos principales de adaptación ante los eventos adversos: la asimilación y la acomodación.

El proceso de *asimilación* se centra en el control del evento estresante y en el intento de hacerlo consistente con las propias creencias básicas previas, con el objetivo de preservarlas al cambio. La existencia del malestar emocional severo o del estrés postraumático indica la necesidad de elaborar el hecho traumático que está provocando que la persona cuestione la visión de sí misma, de su entorno y de los otros. Consideran que el mantenimiento del estrés postraumático y del malestar emocional son indicadores globales de dificultades o disfunción en la asimilación.

En otro orden, después de la asimilación, el proceso de *acomodación* representa aquellos cambios que la persona hace en sus creencias básicas en el esfuerzo para incorporar una experiencia difícil e intensa. Este esfuerzo consciente y de aprendizaje transformaría la manera de verse a sí mismo, del entorno y de los otros. Al ser promovido el CPT, se facilitaría el proceso de reducir el malestar emocional o el estrés postraumático en respuesta a la información traumática elicitada por el hecho adverso (p. ej., el cáncer; Ochoa *et al.*, 2017).

La teoría de valoración orgánica del crecimiento en la adversidad de Joseph y Linley es fundamental en el armado de la PPC. Tanto el proceso de asimilación como de acomodación son parte de la estructura de los módulos terapéuticos (véase *Figura 8*).

En síntesis, el malestar emocional tiene un amplio repertorio de investigaciones que destacan la importancia de intervenir en quienes estén o hayan cursado la enfermedad. La falta de atención psicosocial puede conllevar al desarrollo de trastornos psicopatológicos en corto, mediano y largo plazo. A causa de ello, su cribado está dentro de los primeros seis signos vitales del cáncer, en aras de prevenir el desarrollo de trastornos. Finalmente, los

aportes teóricos de la valoración organísmica de Joseph y Lindley y del modelo de Tedeschi y Calhoun forman parte del entramado teórico-práctico de la PPC. Sus autores, sin embargo, también incluyeron la facilitación de otra variable frecuentemente encontrada en la literatura psicooncológica, a saber, las estrategias de afrontamiento.

3.5 Estrategias de afrontamiento

Se ha comentado en los apartados anteriores sobre las variables psicológicas y clínicas que el cáncer como evento estresante puede evocar para la persona, alterando diversas facetas de su vida. Desde la fase de sospecha y diagnóstico de la enfermedad, distintas reacciones cognitivas y conductuales se ponen en juego, conocidas en la literatura como estrategias de afrontamiento.

El modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1984) define el afrontamiento como la respuesta del individuo ante una situación estresante. Dicha respuesta se compone de esfuerzos cognitivos y conductuales utilizados para el manejo de demandas externas y/o internas valoradas como desbordantes en relación a los recursos que la persona posee. El propósito de estas respuestas es reducir la tensión que produce el estresor y restaurar el equilibrio, y forman parte de un proceso dinámico que cambia en función de las actitudes y las circunstancias de cada persona. También, este modelo considera que los estímulos no son en sí mismos estresantes, sino que desencadenan una respuesta de estrés según el modo en que la persona los percibe. Por esta razón, se explica que situaciones iguales no generarían la misma reacción en distintas personas, ya que estas no le darían el mismo significado a lo que sucede (Carver, 1997).

A efectos teóricos, es conveniente hacer la distinción entre los constructos *estilos* de afrontamiento y *estrategias* de afrontamiento, que son frecuentemente encontrados en la

literatura. Fernández-Abascal (1997) señala que los estilos se refieren a formas relativamente estables que una persona tiene para manejar el estrés; en cambio, las estrategias se establecen en función de la situación y están influidas por los estilos que tiene una persona para afrontar los problemas cotidianos. En otras palabras, las estrategias tienen un patrón dinámico según el evento en cuestión, mientras que los estilos suelen ser más estables en el tiempo.

Por otra parte, en la literatura se encuentran diversas categorizaciones de las estrategias de afrontamiento. A continuación se distinguen las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, en la emoción y en la evitación, así como las estrategias de afrontamiento adaptativas y desadaptativas.

Puesto el proceso generado para afrontar un evento potencialmente estresante es dinámico, la persona realiza durante este al menos una evaluación primaria y secundaria. La evaluación primaria le permite analizar si la situación ante la que se encuentra es potencialmente perjudicial y amenazante para su bienestar o no. Si esta es evaluada como nociva, se da lugar a la segunda evaluación, que consiste en valorar los recursos de los que dispone para hacer frente al evento (Snyder y Dinoff, 1999).

Algunas veces ocurre que el control de la situación no es posible para la persona y la estrategia es, entonces, una forma de afrontar la situación más que resolverla. De ahí que sea necesario distinguir entre estrategias dirigidas a manejar y resolver la situación estresante de aquellas cuyo objetivo es la regulación de la respuesta emocional ante el problema. A estas dos formas de afrontamiento se las denomina afrontamiento centrado en el problema y afrontamiento centrado en la emoción (Lazarus y Folkman, 1984). En otras palabras, las estrategias centradas en el problema se utilizan cuando la persona evalúa que el evento se encuentra dentro de un contexto de posible cambio y busca disminuir el impacto de la amenaza percibida.

Las estrategias centradas en la emoción se utilizan cuando la persona evalúa que las condiciones no son susceptibles de cambios y sus acciones se dirigen a disminuir el malestar emocional generado a partir del evento estresor (Carver, Scheier y Weintraub, 1989; Lazarus y Folkman, 1984). Ambos tipos de estrategias están interrelacionadas, en ocasiones se complementan y propician una mejor solución al problema; en otros casos, se producen interferencias entre ambas (Kleinke, 2007).

Posteriormente, Tobin *et al.* (1989) plantearon una tercera forma de afrontamiento, también basada en el modelo original propuesto por Lazarus y Folkman, conocida como las estrategias centradas en la evitación. Estas estrategias también buscan la disminución de la tensión, pero utilizando actitudes de escape del evento estresor. En estos casos la persona asume un rol pasivo y tiende a eludir confrontarse con la situación amenazante (Fickova, 2001). Las estrategias evitativas son modos de reacción no adaptativos ni funcionales.

Carver, Scheier y Weintraub (1989), en su propuesta teórica sobre cómo medir el afrontamiento, ubicaron dentro de las estrategias centradas en el problema al afrontamiento activo, la planificación y la reinterpretación positiva, es decir, aquellas acciones que intentan resignificar el evento, buscar información y comprenderlo. El afrontamiento centrado en la emoción comprende la búsqueda de apoyo emocional, la expresión de emociones, la aceptación y el uso del humor (Carver *et al.*, 1989). Recientemente otros autores ubican dentro de las estrategias centradas en la evitación a la negación, el distanciamiento mental, la desvinculación conductual, el uso de sustancias y la religión (Reich, Costa-Ball y Remor, 2016; Morán, Landero y González, 2010).

También ha sido propuesta la agrupación de estas estrategias en dos factores, en uno las estrategias teóricamente adaptativas y en otro aquellas consideradas desadaptativas. Dentro de las adaptativas se ubican al afrontamiento activo, planificación, reinterpretación positiva, aceptación y utilización de apoyo emocional; las estrategias

desadaptativas incluyen la negación, desvinculación conductual, distanciamiento mental, expresión de emociones negativas, religión y uso de sustancias (Carver *et al.*, 1993; Carver, 1997).

Un estudio longitudinal de siete años evaluó en tres diferentes momentos a 248 supervivientes de cáncer de mama, con el objetivo de generar perfiles del tipo de afrontamiento al cáncer en relación con el malestar emocional y la calidad de vida. El 52 % de las supervivientes se caracterizaron por mostrar un perfil de afrontamiento adaptativo, mientras que un 48 % mostró un perfil de afrontamiento desadaptativo (Cheng *et al.*, 2019). Los perfiles adaptativos mostraron una reducción en su malestar emocional, puntajes en síntomas ansiosos y depresivos y una mayor calidad de vida comparados con aquellas con perfil desadaptativo.

Las estrategias de afrontamiento han sido estudiadas en enfermedades crónicas como el cáncer a partir de la década de los 90, siendo un tema relevante para las ciencias de la salud. Ciertas investigaciones se han enfocado en la valoración de las estrategias de afrontamiento en diferentes fases de la enfermedad, por ejemplo, tras la cirugía, durante el tratamiento específico y luego de seis meses de finalizado el tratamiento (Silva, Crespo y Canavarró, 2012). Otros estudios también lo han investigado durante la fase de diagnóstico (De Haro-Rodríguez *et al.*, 2014), radioterapia (Ornelas Mejorada *et al.*, 2013) y quimioterapia (Da Silva, Zandonade y Amorim, 2017).

La literatura reporta resultados diversos respecto a cuáles estrategias de afrontamiento son más eficaces para afrontar un cáncer. Al ser empleadas por separado o combinadas, los resultados de las estrategias centradas en el problema y la emoción parecerían arrojar correlaciones positivas con otros constructos psicológicos (Brito, Forteza, Llerena y Soto, 2014).

En su revisión de investigaciones de estrategias de afrontamiento en pacientes con

cáncer de mama, Becerra y Otero (2013) encontraron varios artículos en los que se registraba una tendencia al uso del estilo de afrontamiento centrado en la emoción y en menor medida al evitativo. También, estos informaban de mayores índices de calidad de vida en aquellas personas que reportaban un empleo más frecuente del afrontamiento centrado en la emoción y de estrategias relacionadas con el apoyo en la religión en particular. Concluyeron que el afrontamiento que emplea estrategias mixtas tendría mayores beneficios. En otra revisión similar, Castillo-López *et al.* (2017) encontraron que el afrontamiento centrado en el problema se asocia con una mayor adherencia terapéutica, mejor adaptación ante la enfermedad y el tratamiento, mayor calidad de vida, así como percepción de autoeficacia principalmente en los estadios iniciales de la enfermedad.

Estudios adicionales dan cuenta que las estrategias centradas en la emoción se relacionan significativamente con la calidad de vida y optimismo (Mera y Ortiz, 2012; Silva, *et al.* 2012; Moreno, Iglesia y García, 2017), autoestima (Brito *et al.*, 2014; Joaquín-Mingorance, Arbinaga, Carmona-Márquez y Bayo-Calero, 2019), síntomas depresivos tras finalizar los tratamientos (Silva *et al.*, 2012) y niveles elevados de ansiedad (Da Silva *et al.*, 2017). Por otra parte, otras investigaciones han encontrado asociaciones entre estrategias centradas en el problema y niveles bajos de estrés (Juca Fernandes *et al.*, 2013), síntomas de ansiedad (Da Silva *et al.*, 2017) o crecimiento postraumático (Silva *et al.*, 2012).

Si bien los resultados sugieren que la mezcla de estrategias centradas en el problema y en la emoción conllevaría más beneficios, otros estudios aportan datos sobre el valor adaptativo de un afrontamiento centrado en la emoción para el desarrollo de intervenciones clínicas en población oncológica. En un estudio longitudinal, Stanton *et al.* (2000) reportaron sobre los beneficios de la expresión emocional relacionados al descenso del malestar emocional y aumento en la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama.

Estos autores explican que este tipo de afrontamiento se subdivide en dos factores, a saber, el procesamiento emocional y la expresión emocional. El primero reflejaría los intentos activos de conocer, explorar y entender las emociones; el segundo serían los esfuerzos activos verbales o no verbales por comunicar o simbolizar la experiencia emocional.

Estos autores plantean que tanto el procesado como la expresión emocional son dependientes del tiempo, o sea, que su papel funcional y adaptativo está más claro en los momentos tempranos al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, donde se podría facilitar la consecución de metas –que en momentos posteriores pueden tener un carácter más rumiativo e improductivo–. Así, un buen procesado y expresión emocional no sólo facilitará la adaptación en fases iniciales del diagnóstico o tras el tratamiento primario, sino que, de acuerdo con teóricos e investigadores, la expresión emocional o el procesamiento de las emociones asociadas al trauma sería una pieza crítica en el desarrollo de cambios vitales positivos (Tennen y Affleck, 2002; Coyne y Racioppo, 2000).

Con base a los desarrollos teóricos e investigativos previos, los autores de la PPC determinaron un enfoque terapéutico orientado a la adquisición de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción. Acorde a su armado (véase *Figura 8*), se trabaja inicialmente el procesamiento y expresión de emociones negativas (tristeza, miedo, rabia y culpa) y posteriormente las positivas para reducir el malestar emocional y ampliar los repertorios en los que las personas actúan, piensan, sienten y se vinculan con los otros (Ochoa *et al.*, 2010). Su objetivo es desarrollar un perfil adaptativo de afrontamiento a la supervivencia, reduciendo su malestar emocional y aumentando el crecimiento postraumático. Al lograrlo, estos beneficios podrían traducirse en la mejora de otros aspectos psicosociales de los supervivientes, tales como estilos de vida saludable o su reinserción laboral.

3.6 Resultados empíricos de la Psicoterapia Positiva para supervivientes de Cáncer

Hasta este punto se han aportado definiciones teórico-prácticas sobre variables comúnmente estudiadas en psicooncología. Igualmente, se ha comentado sobre cómo estas variables han sido integradas al armado del protocolo PPC. Para concluir este capítulo, se comentará respecto a la incidencia obtenida por la PPC en dichas variables.

Los estudios respecto a la efectividad de la PPC se basaron en ensayos controlados con evaluaciones pre-posintervención y seguimientos de 3 hasta 12 meses. Las variables clínicas medidas en estos estudios incluyeron el malestar emocional, estrés postraumático, crecimiento postraumático y eventos vitales extremos. Este último se utilizó para controlar la presencia de otros eventos extremos vitales (frecuentemente relacionados a traumas, crisis o pérdidas) previos al cáncer que puede afectar el CPT previo a la intervención (Ochoa *et al.*, 2017).

Respecto al malestar emocional, este fue medido inicialmente mediante una EVA Termómetros de Ansiedad y Depresión (punto de corte > 5). Tras su inclusión, fue utilizada la escala HADS como segundo instrumento de medición; para el estrés postraumático, el cuestionario *Posttraumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version* (PCL-C; Weathers, Litz, Herman, Huska y Keane, 1994); para el crecimiento postraumático, el cuestionario PTGI (véase § 2.2.2). Estas variables fueron comparadas entre grupos de participantes que recibían la PPC y grupos que recibieron otro tipo de intervención psicosocial o grupos control (Ochoa *et al.*, 2010; 2017; 2020). Las otras intervenciones fueron el programa de Psicoterapia Grupal de Respuestas Traumáticas (Ochoa *et al.*, 2010) y el programa Cognitivo-Conductual de Control del Estrés (Antoni, 2003; Ochoa *et al.*, 2020).

Los criterios de inclusión para los participantes fueron los siguientes: a) 18 o más años de edad cronológica, b) presencia de un cáncer primario único, c) tratamiento

oncológico primario (cirugía, quimioterapia o radioterapia) en etapas finales o finalizado, d) presencia de malestar emocional significativo con una puntuación global de 10 o más en la escala HADS (véase § 2.2.3) y e) capacidad para entender y leer en lengua española. Los criterios de exclusión incluyeron a participantes que declararon haber pasado por un cáncer previamente, tener o haber tenido algún trastorno mental severo (hospitalización o diagnóstico formal de psicosis, ideación suicida o dependencia de sustancias) y/o haber sufrido alguna enfermedad médica grave que pudiera afectar el estado cognitivo (p. ej., trastornos neurológicos). En su totalidad, más de 300 personas cumplieron los criterios de inclusión y participaron en los estudios.

Tras comparar el programa de Psicoterapia Grupal de Respuestas Traumáticas (PRT) con la PPC, reportaron que ambas terapias reducen significativamente la sintomatología postraumática al finalizar la terapia grupal, pero en el seguimiento de tres meses solo la PPC mantuvo e incluso aumentó significativamente sus efectos en la reducción del malestar emocional. En cuanto a la facilitación de crecimiento, la PPC fue superior a la PRT al finalizar el grupo y obtuvo diferencias estadísticamente significativas en el seguimiento a los tres meses (Ochoa *et al.*, 2010).

Al cotejar la efectividad de la PPC con grupos control, la reducción más fuerte de las puntuaciones de las escalas HADS y PCL-C en el grupo PPC ocurrió en el momento posintervención, indicando menores niveles de malestar emocional y estrés. En relación a la evolución de estos valores, los resultados sugirieron una estabilización de los resultados en los seguimientos a 3 y 12 meses. De igual manera, el grupo PPC mostró un incremento mayor en los valores pre-posintervención del PTGI que el grupo control. Estos valores se mantuvieron en los seguimientos, aunque este incremento no resultó ser estadísticamente significativo (véase *Figura 9*). Sin embargo, la facilitación del CPT sí predijo una reducción de estrés postraumático después de la PPC, teniendo en cuenta el número de

acontecimientos vitales extremos vividos. En suma, los resultados mostraron que el CPT pudo ser facilitado por el programa PPC y que los incrementos de CPT estaban asociados con la reducción del malestar emocional y del estrés postraumático (Ochoa *et al.*, 2017).

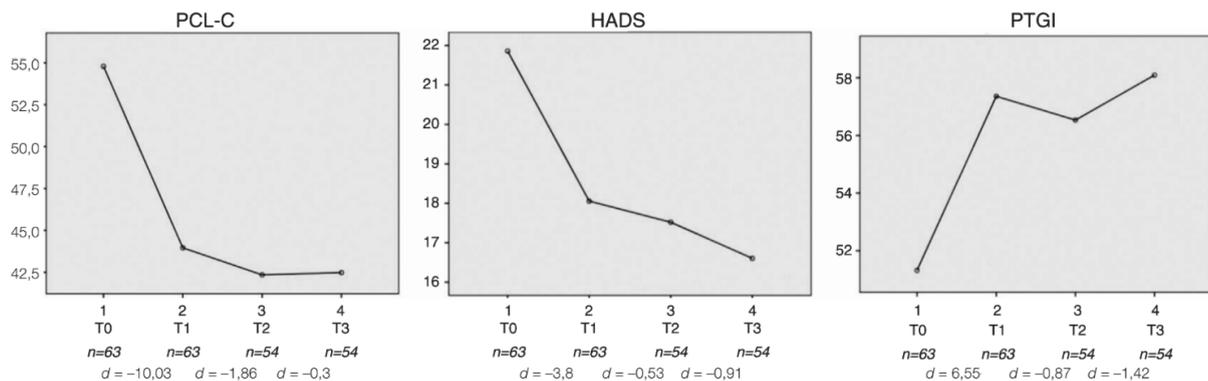


Figura 9. Resultados longitudinales del programa PPC en una muestra oncológica española.

Extraído de Ochoa *et al.* (2017).

En cuanto a la comparación con el programa Cognitivo-Conductual de Control del Estrés (CBSM, en sus siglas en inglés; Antoni, 2003), la PPC, en general, fue más eficaz para reducir el estrés y malestar emocional en los supervivientes de cáncer a lo largo del tiempo, desde la preintervención hasta todos los seguimientos. Aunque el CPT fue mayor en la PPC que en el CBSM, la diferencia no fue significativa, y ninguna intervención incrementó significativamente el CPT en los seguimientos (Ochoa, Casellas-Grau, Lleras, Medina y Vives, 2020; véase Figura 10). Así, ambas terapias produjeron cambios clínicamente significativos. La gran mayoría de los participantes que proporcionaron datos en el último seguimiento del estudio mejoraron o permanecieron igual en términos de su estrés. No obstante, el porcentaje de pacientes que experimentaron una mejoría en sus síntomas fue mayor en el grupo de PPC.

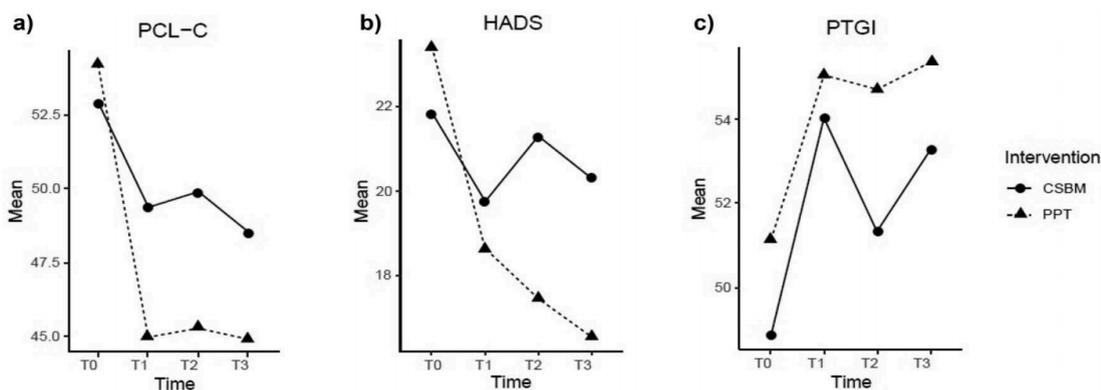


Figura 10. Comparativa de resultados longitudinales de los programas PPC y CSBM en población oncológica. Extraído de Ochoa *et al.* (2020).

En síntesis, los valores al término de la PPC muestran mejoras significativas respecto al estrés, malestar emocional y CPT, mejorando los resultados de la PRT y CSBM. Los valores a los 3 y 12 meses muestran su estabilización, mas no son diferencias significativas. El porcentaje de pacientes que experimentaron una mejora en sus síntomas es mayor en el grupo PPC que el resto de intervenciones.

Finalmente, cabe recordar que los autores de la PPC compararon la efectividad entre su formato en línea y presencial (véase § 2.1.1). Sus resultados arrojaron mejoras significativas en ambas modalidades respecto al malestar emocional, síntomas de estrés postraumático y facilitación de CPT. Del mismo modo, ambas modalidades consiguieron la efectividad previamente demostrada en sus estudios previos (Ochoa *et al.*, 2020).

3.7 A modo de síntesis

En este capítulo se presentaron los principales referentes teóricos tomados en cuenta para esta investigación. Se describió de forma deductiva la importancia de la

Psicología Positiva como corriente teórica que fomenta la investigación de los factores salutogénicos, y se mencionó algunos modelos de autores relevantes en este campo. Luego, se comentó las condiciones psicológicas que mantienen el bienestar psicológico con base a investigaciones basadas en evidencia, que son tomadas en cuenta para el diseño de intervenciones psicológicas positivas.

Tras mencionar las principales intervenciones de la PP, se profundizó sobre los aspectos formales y variables clínicas atendidas en la PPC. Se brindó una definición de cada variable de estudio (crecimiento postraumático, malestar emocional, estrés postraumático y estrategias de afrontamiento) así como literatura que aporta teórica y empíricamente con población oncológica.

Por último, se ha mencionado los resultados empíricos disponibles del programa PPC, el cual ha obtenido resultados clínicamente significativos en la consecución de sus objetivos terapéuticos. Sus autores reportaron mejoras significativas respecto al malestar emocional, síntomas de estrés postraumático y facilitación de CPT. Estos también verificaron su efectividad en comparación con otras intervenciones (PRT, CBSM) y en su modalidad en línea.

Capítulo 4

Metodología

En el capítulo anterior se comentaron los aspectos formales y las variables clínicas de la Psicoterapia Positiva para supervivientes de Cáncer (PPC), y se reportaron los resultados obtenidos en estudios previos tanto en formato presencial, en línea y su eficacia al ser comparados con otros tipos de psicoterapia. A efectos de esta investigación, se ha seleccionado la intervención PPC para estudiar su eficacia en la población uruguaya. En este capítulo se detallan los aspectos metodológicos tomados en cuenta para cumplir con los objetivos de la investigación.

4.1 Diseño metodológico

La investigación se realizó bajo un diseño experimental cuantitativo de alcances exploratorio y correlacional, con medición previa y posterior así como la presencia de un grupo de control. De acuerdo con Salkind (1998), un diseño cuantitativo experimental requiere los siguientes aspectos: que haya una manipulación intencional de una o más variables independientes, que se realice asignación aleatoria de los sujetos participantes en la investigación a cada uno de los grupos (experimental y de control) y que se ejerza un riguroso control sobre las variables objeto de medición y sobre las variables intervinientes que pueden tener algún impacto en los resultados del experimento.

Por otra parte, la muestra de participantes obtenida fue no probabilística, dado los criterios de inclusión de la investigación y el tamaño reducido de la población a investigar. Según Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista (2014, p. 189) este tipo de

muestreo supone “un procedimiento de selección orientado por las características de la investigación, más que por un criterio estadístico de generalización”.

4.2 Participantes

Entre el mes de mayo de 2019 y octubre de 2020, cincuenta y una mujeres con diversos diagnósticos de cáncer fueron aceptadas como candidatas para formar parte de la investigación. Las participantes eran derivadas a través de la difusión del proyecto por distintos medios, a saber: siete asociaciones civiles de apoyo a pacientes oncológicos, cinco centros de salud públicos y privados con atención oncológica (uno dio su visto bueno, cuatro no comunicaron la resolución de la solicitud), tres fundaciones empresariales (ninguna comunicó la resolución de la solicitud) y por referencias de las mismas participantes. En la difusión se detalló el propósito de la investigación, requisitos y correo electrónico del investigador principal para iniciar el contacto.

Los criterios de selección fueron valorados en una entrevista. Estos son:

- Mujeres y hombres mayores de 18 años.
- Que hayan tenido su primer diagnóstico precoz de cáncer (estadios 0-III).
- Presencia de malestar emocional (punto de corte ≥ 5 utilizando EVA termómetro del malestar emocional; véase § 2.2.3).
- Haber estado en la etapa final del tratamiento oncológico primario o lo hayan finalizado en los últimos 12 meses.

Fueron excluidas aquellas candidatas que manifestaran los siguientes criterios:

- Haber estado en la etapa inicial o media del tratamiento primario oncológico.

- Padecer de un trastorno médico grave que pueda haber afectado el estado cognitivo de la participante.
- Padecer o haber padecido un trastorno mental severo (ideación suicida, psicosis, dependencia de sustancias).

Veintinueve mujeres cumplieron con los requisitos. En la *Figura 11* se muestra la asignación de los grupos experimentales y control en cada momento de las medidas.

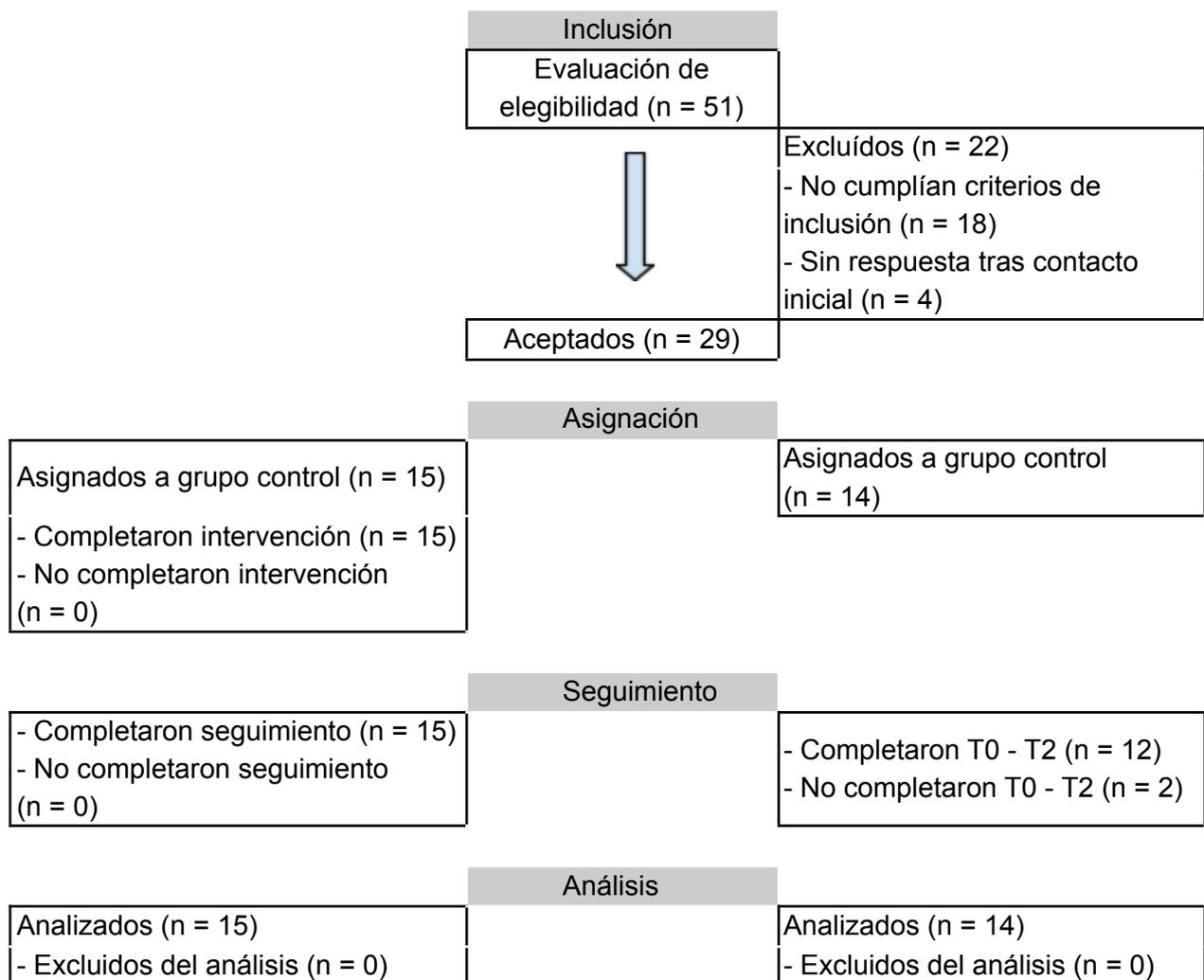


Figura 11. Asignación de los grupos experimentales y control en cada momento de las medidas. Elaboración propia.

Un psicólogo fue el encargado de la aplicación de la intervención psicológica, siendo asesorado por el investigador principal de la PPC con el objeto de evaluar la fidelidad al manual de intervención (Ochoa *et al.*, 2010). Además, este condujo la recogida de información sociodemográfica y clínica inicial así como las tres mediciones para cada participante. Dos psicólogos del equipo de investigación psicooncológica del Instituto Catalán de Oncología (Catalunya, España) apoyaron en el armado y funcionamiento de los protocolos *ad hoc* y formularios empleados para las mediciones en la plataforma digital seleccionada.

4.3 Variables

A continuación se detallan las variables dependientes, independientes e intervinientes tomadas en cuenta para el diseño metodológico. Las variables dependientes se subdividen en sociodemográficas, clínicas y criterios de efectividad. Los primeros dos subtipos fueron registrados en el protocolo *ad hoc* inicial con cada participante; los criterios de efectividad fueron registrados mediante los instrumentos seleccionados para la investigación (véase § 3.5).

4.3.1 Variables dependientes

Las variables sociodemográficas y sus respectivos niveles son los siguientes:

- Edad.
- Lugar de residencia.
- Estado civil: soltera; casada/concubinato; divorciada/separada; viuda.
- Número de hijos.
- Nivel educativo: sin estudios; primarios; secundarios; universitario sin concluir;

universitario concluido.

- Situación laboral: pasiva (no trabaja de forma remunerada); activa; jubilada; prestación (licencia laboral o incapacidad permanente); baja laboral.
- Vuelta al trabajo: no está de baja laboral; vuelta al trabajo de manera inmediata; alargar la baja al máximo; vuelta al trabajo estando física y psicológicamente lo mejor posible.

Las variables clínicas a estudiar son:

- Tipo de tumor.
- Fecha de diagnóstico.
- Tipos de tratamiento recibidos (cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, trasplante de médula, braquiterapia, inmunoterapia): sí o no por cada tipo de tratamiento.
- Fecha de finalización del tratamiento primario (en caso de aplicar).
- Estadio de la enfermedad: 0; I; II; III; IV; desconoce.
- Antecedentes oncológicos: sí o no por cada pregunta.
- Antecedentes psicológicos: sí o no por cada pregunta.
- Ingesta de psicofármacos: ninguno; ansiolíticos; antidepresivos; hipnóticos; antipsicóticos; otros; ansiolíticos y antidepresivos.

Las variables criterio de efectividad a analizar son:

- Crecimiento postraumático.
- Malestar emocional (síntomas de ansiedad y depresión).
- Sintomatología de estrés postraumático.

- Estrategias de afrontamiento.

4.3.2 Variables independientes

Exposición al protocolo de intervención de Psicoterapia Positiva para supervivientes de Cáncer.

4.3.3 Variables intervinientes

- Eventos vitales extremos (p. ej. fallecimiento de un ser querido, ruptura sentimental, recidiva, entre otros).
- Otras intervenciones psicoterapéuticas en paralelo a la intervención PPC.

4.4 Instrumentos

A continuación se mencionan los instrumentos de evaluación utilizados en el estudio para evaluar las variables dependientes. Se solicitó el permiso a los autores que validaron y adaptaron cada instrumento seleccionado para ser utilizados en esta investigación. Aquellos que no estaban adaptados en la región del Río de la Plata –en vista de su identidad lingüística con la población a estudiar– fueron sometidos a una prueba lingüística con población uruguaya (n = 55) para evaluar posibles sesgos en sus reactivos. Esta prueba consistió en una serie de preguntas para valorar su estructura gramatical, claridad, ambigüedad, agotamiento y accesibilidad para cada uno de los ítems. Dos psicólogos expertos en metodología de investigación valoraron los resultados de la prueba lingüística y, conforme a los resultados, validaron las versiones utilizadas en este estudio.

- Protocolo *ad hoc*: en él se recogen los datos sociodemográficos y clínicos de las participantes de la investigación (véase *Anexo 1*).
- Crecimiento postraumático: *Inventario de Crecimiento Postraumático* (PTGI; Tedeschi y Calhoun, 1996; véase *Apéndice 1*), adaptado a población oncológica de Buenos Aires, Argentina, obteniendo un índice de consistencia interna adecuada a nivel general de la escala ($\alpha = .89$; Esparza-Baigorri, Leibovich y Martínez-Terrer, 2016). Cuenta con 21 ítems en escala tipo *Likert* de 0 a 5 puntos, que varían de “No experimenté este cambio como resultado de mi experiencia” hasta “Experimenté este cambio en muy alto grado”. Esta escala evalúa los dominios originales conceptualizados por sus autores: relación con los demás, nuevas posibilidades, fuerza personal, cambios espirituales y aprecio por la vida. Mientras más alta es la puntuación, mayor ha sido el crecimiento postraumático en ese dominio. Otros investigadores han comprobado la validez de los constructos del instrumento específicamente con pacientes oncológicos (Brunet *et al.*, 2010).
- Malestar emocional: *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria* (HADS; Zigmond y Snaith, 1983; véase *Apéndice 2*), la cual ha sido utilizada en población clínica en Uruguay (Álvarez-Vaz, Galain y Dapuetto, 2019). Esta escala fue diseñada para usarse con pacientes en ambientes clínicos y hospitalarios de consulta externa no psiquiátricos. Está compuesta por dos subescalas para medir niveles de ansiedad y depresión. Cada subescala cuenta con 7 ítems en formato *Likert* de 1 a 4 puntos, cuyas respuestas van de “No, en absoluto” hasta “Extremadamente”. Respecto a sus propiedades psicométricas, Herrmann (1997) revisó aproximadamente 200 estudios y concluye que el HADS resulta un instrumento fiable y válido para evaluar ansiedad y depresión en pacientes médicos ($\alpha = .80$; $\omega = .70$). Este cuestionario fue sometido a la prueba lingüística con población uruguaya.

- Estrés postraumático: *Posttraumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version* (PCL-C, Weathers *et al.*, 1994; véase *Apéndice 3*), es un cuestionario autoinformado de 17 ítems. Utiliza la escala tipo *Likert* de cinco puntos (siendo 1 “No, en absoluto” al 5 “Extremadamente”) y abarca todos los criterios diagnósticos del trastorno por estrés postraumático definido por la cuarta edición revisada del DSM-IV. Proporciona una puntuación total así como puntuaciones de cada una de las tres subescalas que lo conforman: excitación y reexperimentación, evitación y entumecimiento. Se utilizó la versión española del PCL-C, el cual obtuvo buenas puntuaciones totales de fiabilidad ($\alpha = .90$; Costa-Requena y Gil, 2010). Este cuestionario fue sometido a la prueba lingüística con población uruguaya.
- Estrategias de afrontamiento: *Brief Coping* (Perczek, Carver, Price y Pozo-Kaderman, 2000; véase *Apéndice 4*), adaptada a población uruguaya obteniendo un índice de consistencia interna adecuada ($\alpha = .78$, Reich *et al.*, 2016). Es una versión abreviada del cuestionario *COPE*, cuyo rediseño cuenta con la retroalimentación de pacientes y participantes de la extensión y redundancia en su versión original. Cuenta con 24 ítems que las personas deberán responder con una escala tipo *Likert* de 1 a 4 puntos, que varían de “No hice esto en absoluto” hasta “Hice esto con mucha frecuencia”. Carver (1997) recomienda el uso del instrumento para investigaciones sobre los modos de afrontamiento en el ámbito de la salud (p. ej. población oncológica o población con VIH) puesto que proporciona una medida breve de estos.
- Intervención: la PPC tiene como principal objetivo facilitar el CPT y aumentar el bienestar psicológico a través de métodos psicoterapéuticos que se han asociado con el desarrollo de cambios vitales positivos tras el cáncer. El programa consiste en 12 sesiones semanales de 90 a 120 minutos de duración (véase *Figura 8*). Las

sesiones están divididas en cuatro módulos, cada uno de los cuales tiene sus propios objetivos y duración. El objetivo general de los dos primeros módulos es la asimilación de la experiencia oncológica, mientras que los dos últimos módulos se focalizan en facilitar la acomodación y la transformación personal (crecimiento) resultado de pasar por la enfermedad. La guía del programa está disponible en español (Ochoa *et al.*, 2010).

4.5 Procedimiento

Las participantes seleccionadas fueron entrevistadas individualmente para garantizar el cumplimiento de los criterios de inclusión. Posteriormente, fueron asignadas de forma aleatoria al grupo experimental (PPC) o en el grupo control en función de la disponibilidad de la intervención. Para el proceso de aleatorización fueron enumeradas las participantes con un código y se asignaron por sorteo a cada grupo. Luego, a cada participante se le hizo llegar las consideraciones éticas y el consentimiento informado en línea mediante el programa digital de encuestas *Qualtrics*. Tras el visto bueno de cada participante, se realizó la medición del momento basal (T0) mediante el mismo programa de encuestas *Qualtrics*, la cual incluía el protocolo *ad hoc* e instrumentos adaptados.

Para las participantes asignadas al grupo experimental en formato presencial, se acordó el uso del espacio común con la asociación civil Dame Tu Mano para llevar a cabo las sesiones semanales de la intervención (véase § 2.2 para repasar los detalles de las sesiones de la PPC). En el caso de las participantes asignadas a los grupos en formato en línea, se utilizó la plataforma de comunicación digital *Zoom* versión 5.0 para implementar la intervención; esta versión de la plataforma incorporó las medidas de seguridad necesarias para garantizar la confidencialidad de cada participante (p. ej. uso obligatorio de una contraseña para ingresar a cada sesión, encriptación *Galois/Counter Mode* para cifrar

adecuadamente todas las sesiones, habilidad de denunciar a un usuario por el mal uso de la plataforma, entre otros). Antes de la primera sesión, se citaba a cada participante para una sesión preparatoria breve con la finalidad de probar el correcto funcionamiento y evacuar dudas del uso de la plataforma *Zoom*.

Las siguientes mediciones se efectuaron tres meses desde el momento basal (T1, coincidente con la finalización de la intervención para participantes del grupo experimental) y a los seis meses del momento basal (T2, tres meses después de finalizar la intervención) mediante la plataforma *Qualtrics*. Se tomó registro de aquellas personas que decidieron no continuar con la psicoterapia así como las bajas durante el proceso en ambos grupos.

4.6 Procedimiento de análisis estadísticos

Los análisis estadísticos fueron desarrollados en el paquete estadístico *IBM SPSS* para *Macintosh* versión 25.0 (IBM Corp., 2017). En primer lugar, se compararon los resultados de los análisis psicométricos de cada instrumento utilizado en los tres momentos de evaluación. Dado que los estudios de adaptación sobre el PTGI, PCL-C y *Brief Cope* (Esparza-Baigorri *et al.*, 2016; Costa-Requena y Gil, 2010; Reich *et al.*, 2016) obtuvieron factores distintos a los obtenidos por sus autores originales, se analizaron los datos de ambos factores en función de su consistencia interna (Alfa de *Cronbach*). Para el instrumento HADS se examinó la consistencia interna con base a las dimensiones propuestas por sus autores originales (Zigmond y Snaith, 1983).

En segundo lugar, fueron analizados los resultados en función de la normalidad de su distribución para determinar los estadísticos más adecuados a utilizar. Para ello se obtuvieron estadísticos descriptivos (suma de puntajes, media, desviación típica, asimetría y curtosis) de cada dimensión de los instrumentos utilizados en cada uno de los tres

momentos de evaluación. A los valores perdidos de las mediciones de las participantes, se les imputó los valores de la última observación realizada (T0). Por otra parte, el análisis de valores atípicos univariados se calculó mediante la puntuación Z (utilizando como criterio el valor $z \pm 3$), mientras que para los valores atípicos multivariados se utilizó la distancia de *Mahalanobis* y la respectiva prueba de significancia estadística ($p > .05$) utilizando la distribución chi cuadrado.

En tercer lugar, se examinaron las diferencias entre las variables sociodemográficas y clínicas de ambos grupos mediante el estadístico chi-cuadrado. La edad, meses entre diagnóstico y tratamiento y número de hijos fueron examinadas mediante la prueba *T* para muestras independientes.

Se utilizó la prueba *Two-Way MANOVA* con medidas repetidas para realizar las respectivas comparaciones para todas las variables dependientes a lo largo del tiempo. Para el análisis del tamaño del efecto de las comparaciones de medias, se utilizó el estadístico eta cuadrado (η^2) cuya interpretación fue realizada siguiendo las recomendaciones de Cohen (1994). Las sugerencias de este autor respecto al tamaño del efecto han sido ampliamente aceptadas, a saber, que un resultado próximo a $r = .10$ constituye un efecto pequeño, próximo a $r = .30$ un efecto medio y próximo a $r = .50$ un efecto grande.

Tras el análisis de los resultados longitudinales, se procedió a explorar el efecto inicial de la intervención. Mediante la prueba *Two-Way MANOVA*, se analizaron los resultados en T0 y T1, excluyendo la información referente al momento T2.

Se excluyeron los resultados de las personas que declararon haber tenido algún tipo de psicoterapia después de la conclusión de la PPC. Los datos de las participantes que abandonaron la psicoterapia durante su ejecución no fueron incluidos en el análisis estadístico. En los análisis referidos a los momentos T0 y T1 fueron utilizados todos los datos disponibles, independientemente de la participación en el momento T2.

4.7 Consideraciones éticas

Esta investigación tomó en consideración los artículos establecidos en la Declaración de Helsinki, que pauta principios esenciales para toda investigación como el respeto por el individuo, el derecho a la autodeterminación, el derecho a tomar decisiones informadas, entre otros. También, la investigación se rigió por los principios expuestos en la ley n°. 18.331 *Protección de Datos Personales y Acción "Habeas Data"* y el decreto CM 515/08 de la República Oriental del Uruguay. Estos exponen la necesidad de informar a los participantes sobre el motivo de la investigación, el manejo y protección de los datos y el carácter voluntario de participar en la investigación así como la posibilidad de poder retirarse cuando lo deseen sin ningún tipo de perjuicio. Con esos marcos legales y convenios en cuenta, se presentó el proyecto al Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República y del Hospital de la Mujer (parte del Centro Hospitalario Pereira Rossell), obteniendo sus respectivas aprobaciones.

Puesto que la población seleccionada para la investigación se encontraba en la fase de supervivencia extendida tras un cáncer, se consideraron las afectaciones psicológicas como eventuales daños o riesgos. Por ello, se previeron las siguientes medidas según la fase de la investigación y del grupo al que se asignaron las participantes:

- Para las participantes que formaron parte del grupo control, en el caso de detectarse altos niveles de malestar emocional en los resultados de las evaluaciones, se previó realizar una devolución de su evaluación, brindar seguimiento telefónico y enviar vídeos psicoeducativos en línea provistos por el Instituto Catalán de Oncología sobre estrategias en pro del bienestar psicológico.
- Para las participantes de ambos grupos en cualquier fase de la investigación, en el

caso de ocurrir una recidiva de la enfermedad, se previó suspender la psicoterapia grupal de forma definitiva para la participante y sustituirlo por un acompañamiento psicológico de forma individual. A efectos de la investigación, no se realizarían las próximas evaluaciones, en caso que correspondiera.

- Tras la fase del tratamiento, en caso que una participante requiriera de acompañamiento psicológico debido al malestar emocional –independientemente del grupo al cual haya sido asignado–, se previó la coordinación de encuentros presenciales o en línea.

Se elaboraron dos documentos para las participantes detallando el propósito y alcance de la investigación. En el primero se explicaron las consideraciones éticas, que incluyó la información relacionada a los objetivos, selección de participantes y procedimiento a seguir (véase *Anexo 2*). El segundo documento fue el consentimiento informado para ser firmado por las participantes, en aras de garantizar la confidencialidad y manejo de datos conforme a la normativa legal vigente (véase *Anexo 3*).

Capítulo 5

Resultados

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos con base a los objetivos planteados. Se inicia con el análisis preliminar de los datos, a saber, el de las características sociodemográficas y clínicas, análisis psicométricos de los instrumentos, normalidad de su distribución y de valores atípicos. Luego, se examinan los resultados longitudinales (T0, T1 y T2) de las puntuaciones globales y de las subdimensiones de los instrumentos para el grupo experimental y grupo control. Después de estudiar los grupos de forma separada, por último se explora el efecto inicial de la intervención mediante el análisis de los resultados T0 y T1 de las puntuaciones globales y de las subdimensiones entre grupos.

5.1 Análisis preliminares

En primer lugar, se procedió a analizar las características sociodemográficas y clínicas de ambos grupos (véase *Tabla 1*). No se encontraron diferencias significativas entre los grupos control y experimental entre las variables sociodemográficas y clínicas estudiadas. Por tanto, la homogeneidad presente en las características de ambos grupos permitió la comparación entre estos al nivel de las variables de criterio de efectividad.

En segundo lugar, se compararon los resultados de los análisis psicométricos de cada instrumento utilizado en los tres momentos de evaluación. Dado que los estudios de adaptación sobre el PTGI, PCL-C y *Brief Cope* (Esparza-Baigorri *et al.*, 2016; Costa-Requena y Gil, 2010; Reich *et al.*, 2016) obtuvieron factores distintos a los obtenidos por sus autores originales, se analizaron en cada caso los resultados de ambas estructuras en función de su consistencia interna (Alfa de *Cronbach*).

Tabla 1

Comparación de las características sociodemográficas y clínicas de los grupos PPC y control

Variable	Grupo experimental (n = 15)	Grupo control (n = 14)	p	Asimetría	Curtosis
Edad (años)			,46	0,822	1,535
Media	45,6	48,21			
Mín-máx	40-52	29-71			
DT	3,6	12,97			
Meses entre diagnóstico y tratamiento			,073	3,316	12,256
Media	8,67	15,29			
DT	2,92	13,4			
Número de hijos			,922	0,475	0,037
Media	1,47	1,43			
Mín-máx	0-4	0-3			
DT	1,06	1,016			
Departamento			,067		
Montevideo	80	42,9			
Canelones	0	28,6			
Colonia	13,3	7,1			
Soriano	0	14,3			
Maldonado	6,7	0			
Barcelona	0	7,1			
Estado civil			,668		
Soltera	13,3	21,4			
Casada/concubinato	53,3	42,9			
Divorciada/separada	33,3	28,6			
Viuda	0	7,1			
Estudios			,668		
Primarios	0	7,1			
Secundarios	60	50			
Universitario sin concluir	13,3	21,4			
Universitario concluido	26,7	21,4			
Situación laboral			,174		
Pasiva	0	21,4			
Activa	60	42,9			
Prestación	40	28,6			
Baja laboral	0	7,1			
Vuelta al trabajo			,372		
No está de baja	53	50			
Vuelta inmediata	13,3	0			
Alargar baja al máximo	33,3	42,9			
Vuelta estando lo mejor posible	0	7,1			
Tipo de cáncer			,363		
Mama	93,3	78,6			
Colorrectal	0	7,1			
Glioma	0	7,1			
Linfoma de Hodgkins	0	7,1			
Ovario/endometrio	6,7	0			
Tratamiento oncológico			,292		
Cirugía	100	92,9			
Radioterapia	93,3	92,9	,96		
Quimioterapia	73,3	71,4	,909		
Hormonoterapia	60	57,1	,876		

(Continúa)

Tabla 1 (Continuación)

Comparación de las características sociodemográficas y clínicas de los grupos PPC y control

Variable	Grupo experimental (n = 15)	Grupo control (n = 14)	p
Inmunoterapia	20	7,1	,316
Estadio			,414
0	6,7	0	
I	0	7,1	
II	20	7,1	
III	0	7,1	
IV	0	7,1	
Desconoce	73,3	71,4	
Antecedentes oncológicos familiares			,411
Si	73,3	85,7	
No	26,7	14,3	
Antecedentes psicológicos familiares			,876
Si	60	57,1	
No	40	42,9	
Antecedentes psicológicos personal			,597
Si	66,7	57,1	
No	33,3	42,9	
Consumo de psicofármacos			,462
Ninguno	46,7	50	
Ansiolíticos	6,7	7,1	
Antidepresivos	13,3	0	
Hipnóticos	13,3	28,6	
Otros	20	7,1	
Ansiolíticos y antidepresivos	0	7,1	

Nota. Los resultados de las variables categóricas son presentados en porcentajes. Se utilizó el estadístico chi-cuadrado para las variables sociodemográficas y clínicas a excepción de la edad, meses entre diagnóstico y tratamiento y número de hijos, para las cuales se utilizó la prueba *T* para muestras independientes.

En relación al PTGI, la estructura propuesta por Esparza-Baigorri *et al.* (2016) obtuvo un promedio en relación al índice de consistencia interna de $\alpha = .72$, mientras que la estructura original (Tedeschi y Calhoun, 1996) obtuvo un promedio de $\alpha = .74$. Asimismo, las subdimensiones originales obtuvieron un mejor rendimiento en general (véase *Tabla 2*) por lo que se optó por continuar con la estructura de los autores originales.

Tabla 2

Resultados de consistencia interna (Alfa de Cronbach) de estructuras factoriales de PTGI

Instrumento / Subdimensión / Tiempo	α subdimensiones adaptadas ^a	α subdimensiones originales ^b
PTGI Apreciación por la vida T0	,90	,73
PTGI Apreciación por la vida T1	,88	,63
PTGI Apreciación por la vida T2	,79	,43
PTGI Nuevas Posibilidades T0	,74	,82
PTGI Nuevas Posibilidades T1	,79	,83
PTGI Nuevas Posibilidades T2	,77	,74
PTGI Fuerza personal T0	,79	,87
PTGI Fuerza personal T1	,73	,79
PTGI Fuerza personal T2	,80	,83
PTGI Relación con los otros T0	,58	,80
PTGI Relación con los otros T1	,79	,86
PTGI Relación con los otros T2	,48	,74
PTGI Espiritual T0	,46	,60
PTGI Espiritual T1	,69	,63
PTGI Espiritual T2	,56	,63

^a De acuerdo a la propuesta de Esparza-Baigorri (2016). ^b De acuerdo a Tedeschi y Calhoun (1996).

Respecto al PCL-C, la estructura propuesta por Costa-Requena y Gil (2010) arrojó en promedio valores de índice de consistencia interna de $\alpha = .77$, mientras que la estructura original (Weathers *et al.*, 1994) obtuvo $\alpha = .78$. Sin embargo, las subdimensiones de la adaptación española obtuvieron índices de consistencia interna más estables a lo largo de los tres momentos de evaluación (véase *Tabla 3*), por lo que se seleccionó esta última estructura para los análisis posteriores.

Tabla 3

Resultados de consistencia interna (Alfa de Cronbach) de estructuras factoriales de PCL-C

Instrumento / Subdimensión / Tiempo	α subdimensiones adaptadas ^a	α subdimensiones originales ^b
PCL-C Excitación y Reexperimentación T0	,82	,83
PCL-C Excitación y Reexperimentación T1	,84	,71
PCL-C Excitación y Reexperimentación T2	,81	,68
PCL-C Entumecimiento T0	,87	,84
PCL-C Entumecimiento T1	,77	,72
PCL-C Entumecimiento T2	,82	,80
PCL-C Evitación T0	,64	,81
PCL-C Evitación T1	,71	,83
PCL-C Evitación T2	,66	,81

^a De acuerdo a la propuesta de Costa-Requena y Gil (2010). ^b De acuerdo a Weathers *et al.* (1994).

Para el instrumento *Brief Cope* se realizó un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) con rotación *Direct Oblimin*, Análisis de Componentes Principales y forzado a 3 factores. Como método de extracción se consideraron el método de *Kaiser* y el gráfico de sedimentación. En relación al índice *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO), se obtuvo un valor de .22, lo cual indica que la muestra no presenta las características adecuadas para la realización del AFE.

Al nivel de las comunalidades, estas presentaron valores entre .12 y .64 y sólo tres ítems presentaron valores inferiores al valor de referencia de .20. El primer factor presentó cargas factoriales superiores a .30 en 5 de 6 ítems; el segundo factor, 6 de 8 ítems; el tercer factor, 5 de 10 ítems. Solo uno de los ítems presentó una carga cruzada positiva en dos factores. En relación a la fiabilidad del instrumento, en promedio se obtuvo un índice de $\alpha = .61$ (véase *Tabla 4*).

Tabla 4

Resultados de consistencia interna (Alfa de Cronbach) de estructuras factoriales de Brief Cope

Instrumento / Subdimensión / Tiempo	α^a
Brief Cope AFP T0	,63
Brief Cope AFP T1	,70
Brief Cope AFP T2	,76
Brief Cope AFEM T0	,43
Brief Cope AFEM T1	,66
Brief Cope AFEM T2	,70
Brief Cope AEV T0	,52
Brief Cope AEV T1	,49
Brief Cope AEV T2	,60

^a De acuerdo a Perczek, Carver, Price y Pozo-Kaderman (2000).

En el caso del instrumento HADS, la estructura analizada fue la original de Zigmond y Snaith (1983). En promedio se obtuvo un índice de consistencia interna de $\alpha = .77$ (véase *Tabla 5*).

Tabla 5

Resultados de consistencia interna de estructuras factoriales de HADS

Subdimensiones	α^a
HADS Ansiedad T0	,81
HADS Ansiedad T1	,86
HADS Ansiedad T2	,82
HADS Depresión T0	,75
HADS Depresión T1	,76
HADS Depresión T2	,60

^a De acuerdo a Zigmond y Snaith (1983).

Teniendo en consideración algunos valores de consistencia interna recién presentados, se decidió proceder a un análisis de la consistencia interna de las puntuaciones globales, siguiendo la estrategia utilizada por Ochoa *et al.* (2017). Comparativamente a los valores previos, los instrumentos presentan niveles de consistencia interna mucho más elevados (véase *Tabla 6*). El instrumento PTGI obtuvo un promedio de índice de consistencia interna de $\alpha = .91$; el instrumento HADS, un promedio de $\alpha = .85$; el instrumento PCL-C, un promedio de $\alpha = .91$; el instrumento Brief Cope, un promedio de $\alpha = .76$.

Tabla 6

Resultados de consistencia interna de puntuaciones globales de instrumentos utilizados

	T0	T1	T2
PTGI	,91	,92	,90
HADS	,86	,86	,82
PCL-C	,91	,90	,91
Brief Cope	,66	,78	,84

En tercer lugar, fueron analizados los resultados en función de la normalidad de su distribución para escoger los estadísticos más adecuados. En la *Tabla 7* se presentan los siguientes estadísticos descriptivos: suma de puntajes, media, desviación típica, asimetría y curtosis de cada subdimensión estudio en los tres momentos de evaluación. Se puede observar que las puntuaciones obtenidas cumplen con el supuesto de distribución normal al no superar los valores de 2 y -2 tanto en asimetría como curtosis, a excepción de la subdimensión Depresión del HADS en el momento T2. Con base a ello, los análisis posteriores serán realizados por medio de estadísticos paramétricos.

Tabla 7

Estadísticos descriptivos de cada dimensión estudio en los tres momentos de evaluación

Instrumento / Subdimensión / Tiempo	Suma	M	DT	Asimetría	Curtosis
PTGI Apreciación por la vida T0	96,3	3,3	1,1	-0,814	-0,049
PTGI Apreciación por la vida T1	99,4	3,4	1,0	-0,916	0,714
PTGI Apreciación por la vida T2	101,4	3,5	0,8	-0,701	0,150
PTGI Nuevas posibilidades T0	80,5	2,8	1,1	0,028	-1,120
PTGI Nuevas posibilidades T1	93,0	3,2	1,0	-0,844	1,562
PTGI Nuevas posibilidades T2	89,0	3,1	1,0	-0,461	0,085
PTGI Fuerza personal T0	91,0	3,1	1,3	-0,994	0,904
PTGI Fuerza personal T1	97,0	3,3	1,2	-1,102	1,229
PTGI Fuerza personal T2	100,7	3,5	1,1	-1,140	2,014
PTGI Relación con los otros T0	88,0	3,0	1,1	0,018	-1,204
PTGI Relación con los otros T1	97,5	3,4	1,1	-1,174	1,250
PTGI Relación con los otros T2	95,0	3,3	0,9	-0,708	0,132
PTGI Espiritual T0	77,0	2,7	1,0	-0,494	-0,665
PTGI Espiritual T1	87,0	3,0	1,2	-0,666	0,129
PTGI Espiritual T2	87,3	3,0	1,0	-0,937	1,384
HADS Ansiedad T0	40,4	1,4	0,6	0,629	-0,274
HADS Ansiedad T1	31,7	1,1	0,6	0,954	1,722
HADS Ansiedad T2	29,9	1,0	0,5	0,920	1,317
HADS Depresión T0	23,0	0,8	0,5	0,498	-0,057
HADS Depresión T1	19,1	0,7	0,5	0,998	0,130
HADS Depresión T2	16,3	0,6	0,4	1,137	2,695
Brief Cope AFP T0	89,3	3,1	0,6	-0,363	-0,666
Brief Cope AFP T1	88,3	3,0	0,6	-0,618	0,361
Brief Cope AFP T2	86,0	3,0	0,6	-0,203	-0,415
Brief Cope AFEM T0	80,0	2,8	0,5	-0,082	-0,819
Brief Cope AFEM T1	82,9	2,9	0,5	-0,353	-0,997
Brief Cope AFEM T2	82,1	2,8	0,5	-0,316	-0,694
Brief Cope AEV T0	59,5	2,1	0,4	0,347	-0,308
Brief Cope AEV T1	59,2	2,0	0,4	0,197	-0,211
Brief Cope AEV T2	57,7	2,0	0,4	-0,034	1,183
PCL-C Excitación y reexperimentación T0	75,5	2,6	0,7	0,323	-0,458
PCL-C Excitación y reexperimentación T1	66,6	2,3	0,7	0,391	-0,269
PCL-C Excitación y reexperimentación T2	62,1	2,1	0,6	0,222	-0,545
PCL-C Entumecimiento T0	54,3	1,9	0,9	0,475	-1,263
PCL-C Entumecimiento T1	55,3	1,9	1,0	0,713	-0,775
PCL-C Entumecimiento T2	51,0	1,8	0,8	1,109	0,347
PCL-C Evitación T0	54,3	1,9	0,9	0,475	-1,263
PCL-C Evitación T1	55,3	1,9	1,0	0,713	-0,775
PCL-C Evitación T2	51,0	1,8	0,8	1,109	0,347

Nota. PTGI (Inventario de Crecimiento Postraumático); HADS (Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria); PCL-C (Posttraumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version).

Para el análisis de valores atípicos univariados se calculó la puntuación Z para cada una de las puntuaciones según la dimensión y medición hecha con los instrumentos utilizados. Para los instrumentos PTGI, PCL-C y *Brief Cope* no se encontraron casos atípicos; en el caso del HADS se detectaron dos casos atípicos. En el análisis de valores atípicos multivariados, se utilizó la distancia de *Mahalanobis* y la respectiva prueba de significancia estadística ($p > .05$) utilizando la distribución chi cuadrado. Para el PTGI se encontraron 31 casos atípicos; para el PCL-C, 11 casos atípicos; para el *Brief Cope*, 11 casos atípicos; para el HADS, cuatro casos atípicos. No obstante, al tener en cuenta la pequeña dimensión de la muestra, se optó por no remover a participantes de la muestra en función de los valores atípicos uni o multivariados.

5.2 Análisis longitudinal

Tras realizar los análisis preliminares, a continuación se muestran los distintos análisis estadísticos de los resultados obtenidos a lo largo del tiempo. En primer lugar, se presentan los análisis realizados a nivel global de las dimensiones en estudio para el grupo experimental y el grupo control. En segundo lugar, se presentan los análisis realizados a nivel de subdimensiones para el grupo experimental y el grupo control.

5.2.1 Resultados globales del grupo experimental

En esta sección se indican los resultados de cada instrumento para el grupo experimental: estadísticos descriptivos de las puntuaciones globales, los análisis multivariados y los análisis univariados (contrastados con la prueba de esfericidad de *Mauchly*) a lo largo del tiempo. En todos los casos analizados, las comparaciones de las

medias entre las tres mediciones (T0, T1 y T2) son realizadas mediante la prueba *post-hoc* de *Bonferroni*.

La *Tabla 8* muestra los estadísticos descriptivos encontrados en las puntuaciones de cada instrumento por cada medición efectuada. Posteriormente se utilizó la prueba *Two-way ANOVA* para medidas repetidas para realizar las respectivas comparaciones para todas las variables dependientes entre los tres momentos de evaluación. Con un valor de $F(8,7) = 4.323$, $p < .05$, η^2 parcial = .832, se constató la existencia de diferencias estadísticamente significativas del perfil multidimensional en las tres mediciones en el grupo experimental. Esta prueba es de carácter ómnibus.

Tabla 8

Estadísticos descriptivos de resultados del grupo experimental por cada medición según instrumento

	Medición	M	DT	Mín.	Máx.
PTGI	T0	3,1	0,2	0,95	4,38
	T1	3,7	0,2	2,76	5,00
	T2	3,6	0,1	2,57	4,38
HADS	T0	1,1	0,1	0,57	1,79
	T1	0,7	0,1	0,14	1,29
	T2	0,7	0,1	0,00	1,21
PCL-C	T0	2,5	0,2	1,55	4,15
	T1	2,1	0,2	1,15	3,40
	T2	2,1	0,2	1,15	3,45
Brief Cope	T0	2,6	0,1	2,17	3,04
	T1	2,6	0,1	2,21	3,08
	T2	2,5	0,1	1,71	3,17

Los análisis univariados indicaron diferencias significativas entre las puntuaciones globales obtenidas a lo largo del tiempo por los instrumentos PTGI, HADS y PCL-C; sin embargo, no se encontró diferencias significativas entre los resultados del Brief Cope.

La *Tabla 9* muestra los resultados de la prueba de esfericidad de *Mauchly* para los instrumentos, con la cual se obtuvo el valor de significancia estadística a analizar (esfericidad asumida o prueba de *Greenhouse-Geisser*). A excepción del Brief Cope, los resultados obtenidos no permiten asumir la esfericidad. Por ello, se tomaron los valores arrojados por la prueba de *Greenhouse-Geisser* (ϵ), la cual permite interpretar los resultados aún existiendo una violación de la prueba de esfericidad.

Tabla 9

Resultados de prueba de esfericidad de Mauchly por instrumento en todas las mediciones

	W de Mauchly	gl	Sig.
PTGI	0,974	2	,840
HADS	0,752	2	,157
PCL-C	0,694	2	,093
Brief Cope	0,622	2	,046*

Nota. Prueba la hipótesis nula de que la matriz de covarianzas de error de las variables dependientes es proporcional a una matriz de identidad.

*Se asume el presupuesto de esfericidad para la variable analizada.

Concretamente, en el caso del PTGI se encontraron variaciones significativas a lo largo del tiempo, $F(2,27) = 7.357$, $p < .01$, η^2 parcial = .344 (véase *Tabla 10*). El tamaño del efecto es considerado medio. Los contrastes mostraron un componente lineal con significancia estadística $F(1,14) = 8.96$, $p = .01$, así como un componente cuadrático, $F(1,14) = 5.297$, $p < .05$. Para las comparaciones de las medias en los tres momentos, se verifica que hubo un aumento estadísticamente significativo en el crecimiento postraumático entre T0 y T1 ($p < .05$), T0 y T2 ($p < .05$) y una estabilización de puntuaciones en el seguimiento (T1 a T2; véase *Figura 12*).

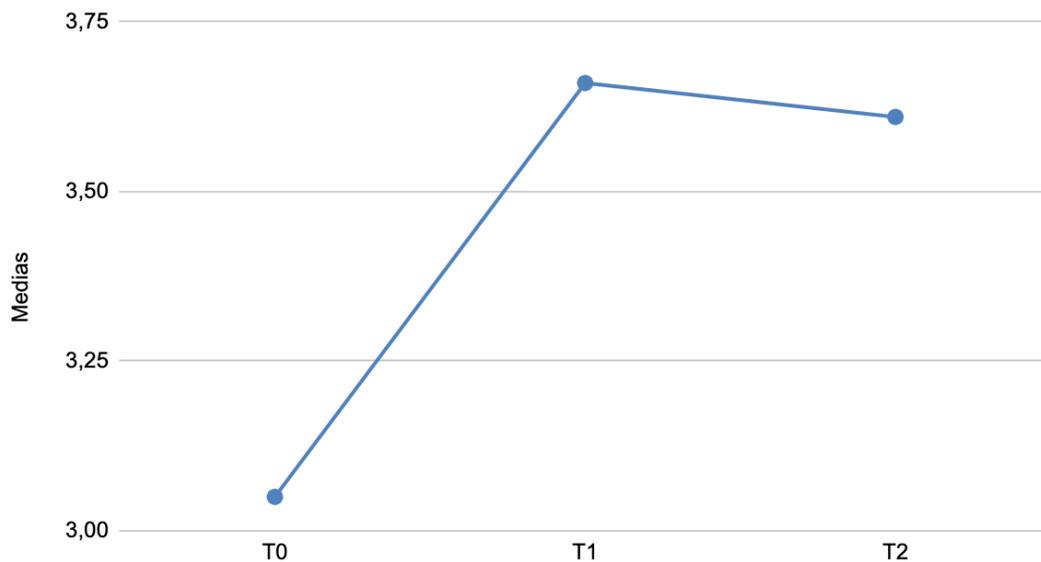


Figura 12. Evolución de las medias PTGI del grupo experimental a lo largo de los tres momentos de evaluación. Elaboración propia.

Respecto al instrumento HADS, se encontraron variaciones significativas a lo largo del tiempo, $F(2,22) = 23.865$, $p < .001$, η^2 parcial = .630. El tamaño del efecto es considerado alto. Los contrastes mostraron un componente lineal con significancia estadística $F(1,14) = 43.975$, $p < .001$, así como un componente cuadrático, $F(1,14) = 7.753$, $p < .05$. Al comparar los tres momentos, los resultados permiten observar un descenso estadísticamente significativo en la dimensión global del malestar emocional entre T0 y T1 ($p = .001$), T0 y T2 ($p < .001$) y una estabilización de puntuaciones en el seguimiento (T1 a T2; véase *Figura 13*).

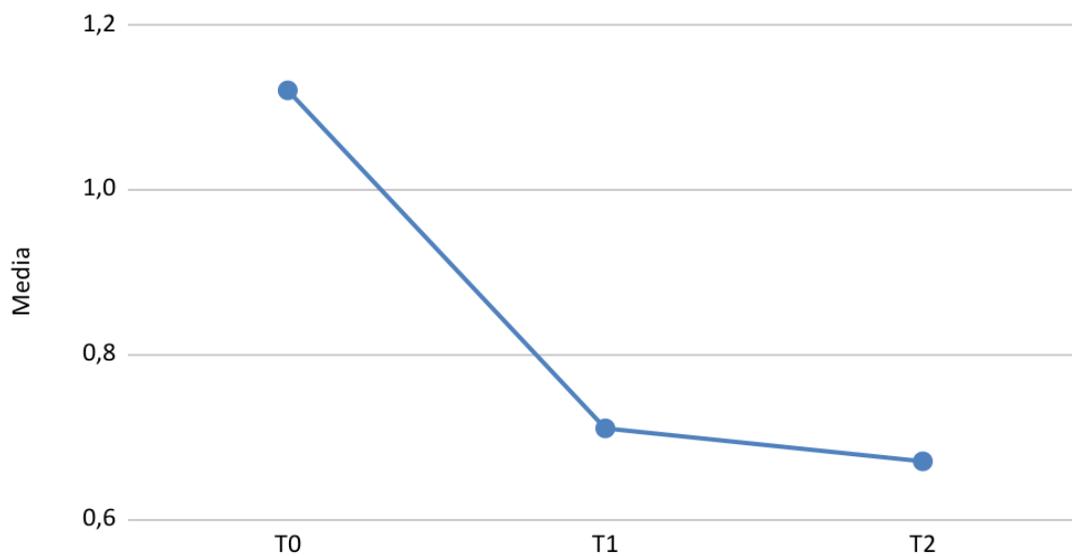


Figura 13. Evolución de las medias HADS del grupo experimental a lo largo de los tres momentos de evaluación. Elaboración propia.

Para el instrumento PCL-C, se encontraron variaciones significativas a lo largo del tiempo, $F(2,21) = 4.520$, $p < .05$, η^2 parcial = .244. El tamaño del efecto está próximo a ser considerado medio. Los contrastes mostraron un componente lineal con significancia estadística $F(1,14) = 9.752$, $p < .01$, mas no un componente cuadrático, $F(1,14) = 1.772$, $p > .05$. Los resultados de la significancia estadística de la prueba *post-hoc* permiten verificar un descenso estadísticamente significativo en la sintomatología de estrés postraumático entre T0 y T2 ($p < .05$) pero no entre T0 y T1 ($p > .05$; véase *Figura 14*).

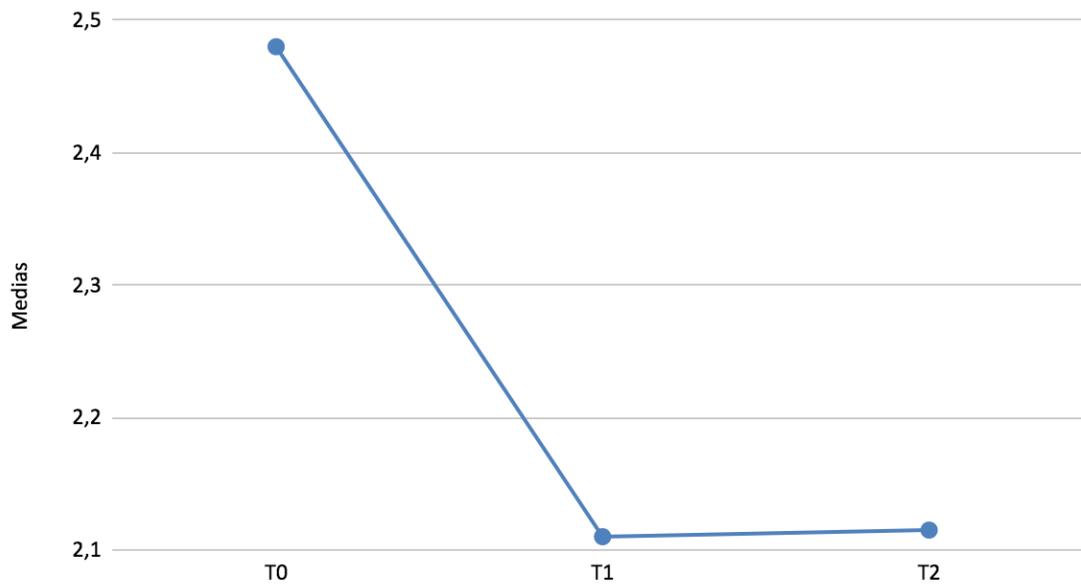


Figura 14. Evolución de las medias PCL-C del grupo experimental a lo largo de los tres momentos de evaluación. Elaboración propia.

No se encontraron variaciones significativas a lo largo del tiempo para el instrumento Brief Cope, $F(2,20) = 1.739$, $p > .05$, η^2 parcial = .110. El tamaño del efecto es considerado bajo. Los contrastes no muestran componentes lineales con significancia estadística, $F(1,14) = 1.130$, $p > .05$, ni cuadráticos, $F(1,14) = 3.528$, $p > .05$. Los resultados sugieren que no hubo cambios estadísticamente significativos en las estrategias de afrontamiento a lo largo del tiempo (véase *Figura 15*).

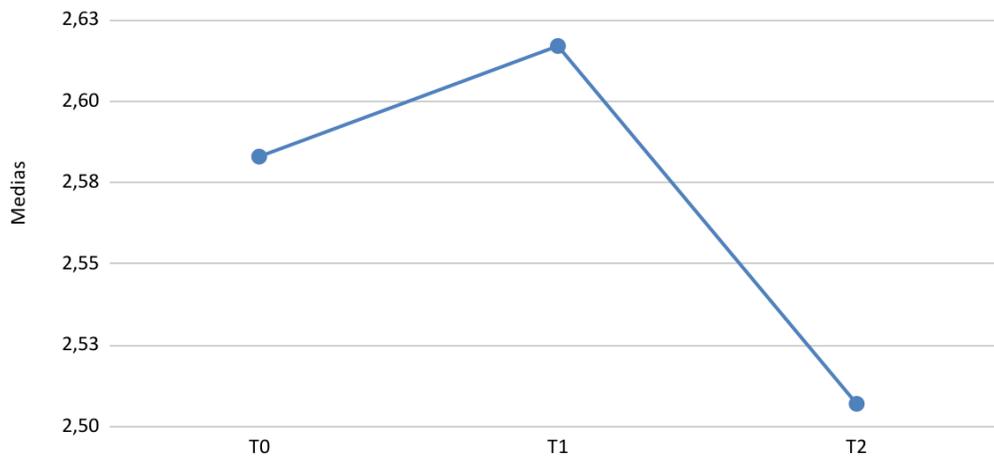


Figura 15. Evolución de las medias *Brief Cope* del grupo experimental a lo largo de los tres momentos de evaluación. Elaboración propia.

Tabla 10

Resultados de pruebas univariadas por instrumento en todas las mediciones de grupo experimental

Instrumento	Prueba	Tipo III de suma de cuadrados	gl	F	Sig.	η^2 parcial
PTGI	Greenhouse-Geisser	3,264	1,949	7,357	,003	,344
HADS	Greenhouse-Geisser	1,912	1,603	23,865	,000	,630
PCL-C	Greenhouse-Geisser	1,284	1,532	4,520	,031	,244
COPE	Esfericidad asumida	0,094	2,000	1,739	,194	,110

5.2.2 Resultados globales del grupo control

En esta sección se indican los resultados de cada instrumento para el grupo control: estadísticos descriptivos de las puntuaciones globales, los análisis multivariados y los análisis univariados (contrastados con la prueba de esfericidad de *Mauchly*) a lo largo del tiempo.

La *Tabla 11* muestra los estadísticos descriptivos encontrados en las puntuaciones de cada instrumento por cada medición efectuada. Posteriormente se utilizó la prueba *Two-way ANOVA* para medidas repetidas para realizar las respectivas comparaciones para todas las variables dependientes entre los tres momentos de evaluación. Con un valor de $F(8,6) = .761$, $p > .05$, η^2 parcial = .504, no se constató la existencia de diferencias estadísticamente significativas del perfil multidimensional en las tres mediciones en el grupo experimental. Esta prueba es de carácter ómnibus.

Tabla 11

Estadísticos descriptivos de resultados de grupo control por cada medición según instrumento

	Medición	M	DT	Mín.	Máx.
PTGI	T0	3,0	0,9	1,33	4,14
	T1	2,9	1,0	1,00	4,33
	T2	3,0	0,8	1,29	4,43
HADS	T0	1,1	0,6	0,21	2,29
	T1	1,1	0,5	0,43	2,07
	T2	0,9	0,4	0,50	2,07
PCL-C	T0	2,6	0,9	1,35	3,80
	T1	2,4	0,7	1,25	3,70
	T2	2,2	0,7	1,20	3,45
Brief Cope	T0	2,5	0,3	1,83	3,00
	T1	2,5	0,5	1,71	3,29
	T2	2,5	0,4	1,79	3,29

Los análisis univariados no indicaron diferencias significativas entre las puntuaciones globales obtenidas a lo largo del tiempo por ninguno de los cuatro instrumentos (véase *Tabla 12*). Concretamente, en el caso del PTGI no se encontraron variaciones significativas a lo largo del tiempo, $W = .990, p > .05$; $F(2,26) = .097, p > .05, \eta^2 \text{ parcial} = .007$. El tamaño del efecto es considerado bajo. Los contrastes no mostraron un componente lineal con significancia estadística $F(1,13) = .050, p > .05$, ni componente cuadrático, $F(1,13) = .135, p > .05$.

Respecto al instrumento HADS, no se encontraron variaciones significativas a lo largo del tiempo, $W = .652, p > .05$; $F(1,19) = .430, p > .05, \eta^2 \text{ parcial} = .032$. El tamaño del efecto es considerado bajo. Los contrastes no mostraron un componente lineal con significancia estadística $F(1,13) = 1.165, p > .05$, ni componente cuadrático, $F(1,13) = .133, p > .05$.

El instrumento PCL-C no arrojó variaciones significativas a lo largo del tiempo, $W = .718, p > .05$; $F(2,20) = 3.016, p > .05, \eta^2 \text{ parcial} = .188$. El tamaño del efecto es considerado bajo. Los contrastes mostraron un componente lineal con significancia estadística $F(1,13) = 4.894, p < .05$, mas no un componente cuadrático, $F(1,13) = .008, p > .05$.

Finalmente, el instrumento Brief Cope no muestra variaciones significativas a lo largo del tiempo, $W = .922, p > .05$; $F(2,24) = .028, p > .05, \eta^2 \text{ parcial} = .002$. El tamaño del efecto es considerado bajo. Los contrastes no mostraron un componente lineal con significancia estadística $F(1,13) = .045, p > .05$, ni componente cuadrático, $F(1,13) = .001, p > .05$.

Tabla 12

Resultados de pruebas univariadas por instrumento en todas las mediciones grupo control

Instrumento	Prueba	Tipo III de suma de cuadrados	gl	F	Sig.	η^2 parcial
PTGI	Greenhouse-Geisser	0,068	1,980	0,097	,907	,007
HADS	Greenhouse-Geisser	0,146	1,484	0,430	,598	,032
PCL-C	Greenhouse-Geisser	1,352	1,561	3,016	,082	,188
COPE	Greenhouse-Geisser	0,003	1,855	0,028	,965	,002

5.2.3 Resultados por subdimensiones del grupo experimental

En esta sección se indican los resultados por subdimensiones de cada instrumento para el grupo experimental, a saber, los estadísticos descriptivos de cada subdimensión y los análisis univariados (contrastados con la prueba de esfericidad de *Mauchly*) a lo largo del tiempo. En todos los casos analizados, las comparaciones de las medias entre las tres mediciones (T0, T1 y T2) fueron realizadas mediante la prueba *post-hoc* de *Bonferroni*.

La *Tabla 13* muestra los estadísticos descriptivos encontrados en las puntuaciones de las subdimensiones de los instrumentos por cada medición efectuada al grupo experimental. Los análisis univariados indicaron diferencias significativas entre distintas subdimensiones a lo largo del tiempo en los instrumentos PTGI, HADS y PCL-C; sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en las subdimensiones del Brief Cope.

Tabla 13

Estadísticos descriptivos de resultados de grupo experimental por cada medición según subdimensiones

	Medición	M	DT	Mín.	Máx.
PTGI Apreciación por la vida	T0	3,8	0,8	2,0	5,0
	T1	4,1	0,5	3,3	5,0
	T2	4,0	0,6	3,3	5,0
PTGI Nuevas posibilidades	T0	3,0	1,1	0,8	4,4
	T1	3,7	0,7	2,6	5,0
	T2	3,6	0,7	2,0	5,0
PTGI Fuerza personal	T0	3,2	1,3	0,0	4,8
	T1	3,7	1,1	1,3	5,0
	T2	3,9	0,8	2,0	5,0
PTGI Relación con otros	T0	2,8	1,1	1,1	4,7
	T1	3,5	1,0	1,0	5,0
	T2	3,4	0,7	2,1	4,7
PTGI Espiritualidad	T0	2,6	1,1	0,0	4,0
	T1	3,3	1,1	0,5	5,0
	T2	3,2	1,2	1,0	5,0
HADS Ansiedad	T0	1,5	0,4	1,0	2,1
	T1	0,9	0,5	0,1	1,7
	T2	0,9	0,5	0,0	2,3
HADS Depresión	T0	0,7	0,4	0,1	1,4
	T1	0,5	0,4	0,0	1,6
	T2	0,4	0,3	0,0	1,0
PCL-C Excitación y reexperimentación	T0	2,6	0,6	1,7	4,1
	T1	2,2	0,7	1,2	3,7
	T2	2,1	0,6	1,1	3,5
PCL-C Entumecimiento	T0	1,8	0,9	1,0	3,7
	T1	1,7	0,8	1,0	3,3
	T2	1,8	0,8	1,0	3,7
PCL-C Evitación	T0	1,8	0,9	1,0	3,7
	T1	1,7	0,8	1,0	3,3
	T2	1,8	0,8	1,0	3,7
Brief Cope AFP	T0	3,2	0,6	2,3	3,8
	T1	3,2	0,5	2,3	3,8
	T2	3,0	0,7	1,5	4,0
Brief Cope AFEM	T0	2,8	0,5	2,0	3,4
	T1	3,0	0,5	2,0	3,6
	T2	2,9	0,5	1,9	3,5
Brief Cope AEV	T0	2,0	0,3	1,4	2,8
	T1	2,0	0,3	1,6	2,4
	T2	1,9	0,4	1,0	2,9

La *Tabla 14* muestra los resultados de la prueba de esfericidad de *Mauchly* para los instrumentos. Los resultados obtenidos no permiten asumir la esfericidad, a excepción de la subdimensión Depresión del HADS.

Tabla 14

Resultados de prueba de esfericidad de Mauchly por subdimensión grupo experimental

	W de Mauchly	gl	Sig.
PTGI Apreciación por la vida	0,914	2	,558
PTGI Nuevas posibilidades	0,685	2	,085
PTGI Fuerza personal	0,935	2	,646
PTGI Relación con otros	0,970	2	,822
PTGI Espiritualidad	0,980	2	,875
HADS Ansiedad	0,974	2	,845
HADS Depresión	0,405	2	,003*
PCL-C Excitación y reexperimentación	0,869	2	,400
PCL-C Entumecimiento	0,975	2	,848
PCL-C Evitación	0,975	2	,848
Brief Cope AFP	0,864	2	,387
Brief Cope AFEM	0,786	2	,210
Brief Cope AEV	0,811	2	,257

Nota. Prueba la hipótesis nula de que la matriz de covarianzas de error de las variables dependientes es proporcional a una matriz de identidad.

*Se asume el presupuesto de esfericidad para la variable analizada.

Los resultados de las pruebas univariadas por cada instrumento se muestran en la *Tabla 15*. Concretamente, se encontraron variaciones estadísticamente significativas en cuatro de las cinco subdimensiones del PTGI a lo largo del tiempo, a saber, Nuevas posibilidades ($F(2,21) = 6.086$, $p < .05$, η^2 parcial = .303), Fuerza personal ($F(2,26) = 4.606$,

$p < .05$, η^2 parcial = .248), Relación con otros ($F(2,27) = 4.119$, $p < .05$, η^2 parcial = .227) y Espiritualidad ($F(2,27) = 4.166$, $p < .05$, η^2 parcial = .3229; véase *Figura 16*). La subdimensión Apreciación por la vida no mostró variaciones estadísticamente significativas ($F(2,26) = 1.936$, $p > .05$, η^2 parcial = .121). El tamaño del efecto es considerado medio en el caso de las subdimensiones Espiritualidad y Nuevas Posibilidades; próximo a medio para Fuerza Personal y Relación con otros; bajo para Apreciación por la vida. En la *Tabla 16* se presentan las diferencias de las medias para los tres momentos según la prueba *post-hoc* de *Bonferroni*.

Tabla 16

Resultados de prueba post-hoc de Bonferroni para subdimensiones de grupo experimental a lo largo del tiempo

	T0 - T1	T0 - T2	T1 - T2
PTGI Apreciación por la vida	-0,267	-0,244	0,022
PTGI Nuevas posibilidades	-0,760**	-0,587	0,173
PTGI Fuerza personal	-0,483	-0,667	-0,183
PTGI Relación con otros	-0,667	-0,571	0,095
PTGI Espiritualidad	-0,633*	-0,567	0,067
HADS Ansiedad	0,571**	0,59**	0,019
HADS Depresión	0,257	0,324*	0,067
PCL-C Excitación y reexperimentación	0,327	0,427**	0,100
PCL-C Entumecimiento	0,133	0,067	-0,067
PCL-C Evitación	0,132	0,066	-0,066
Brief Cope AFP	-0,011	0,167	0,178
Brief Cope AFEM	-0,133	-0,008	0,125
Brief Cope AEV	0,040	0,093	0,053

** $p < .01$ * $p < .05$

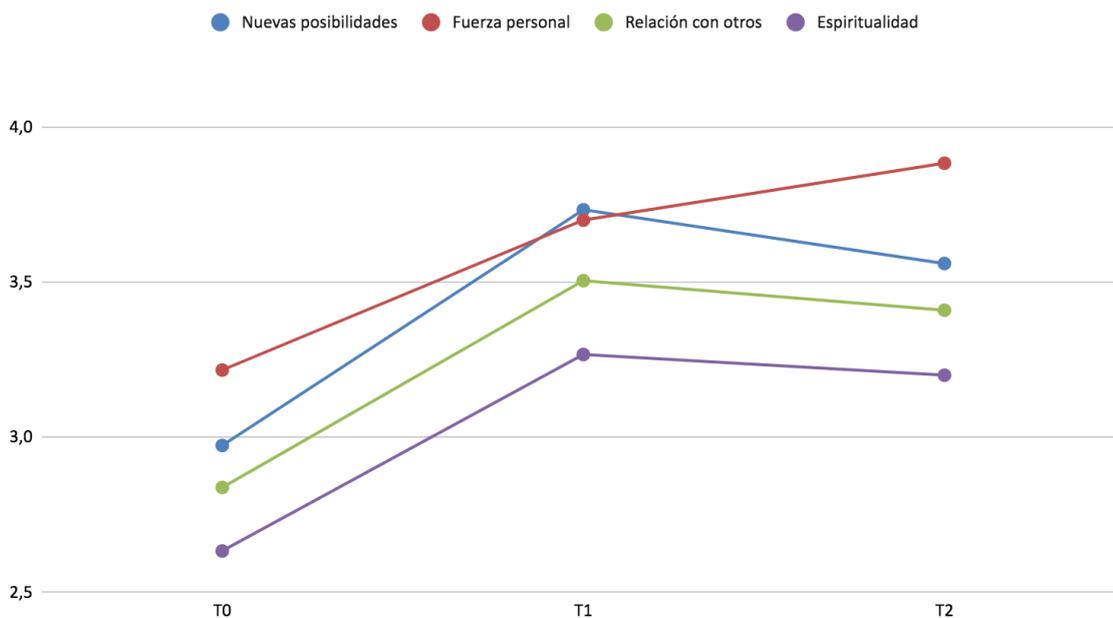


Figura 16. Evolución de las medias de subdimensiones PTGI del grupo experimental a lo largo del tiempo. Elaboración propia.

Respecto al instrumento HADS, se encontraron variaciones estadísticamente significativas a lo largo del tiempo en ambas subdimensiones: Ansiedad ($F(2,27) = 22.757$, $p < .001$, η^2 parcial = .619) y Depresión ($F(2,28) = 5.231$, $p < .05$, η^2 parcial = .272; véase *Figura 17*). El tamaño del efecto es alto para la subdimensión Ansiedad y próximo a medio para Depresión. Véase la *Tabla 16* para el análisis *post-hoc*.

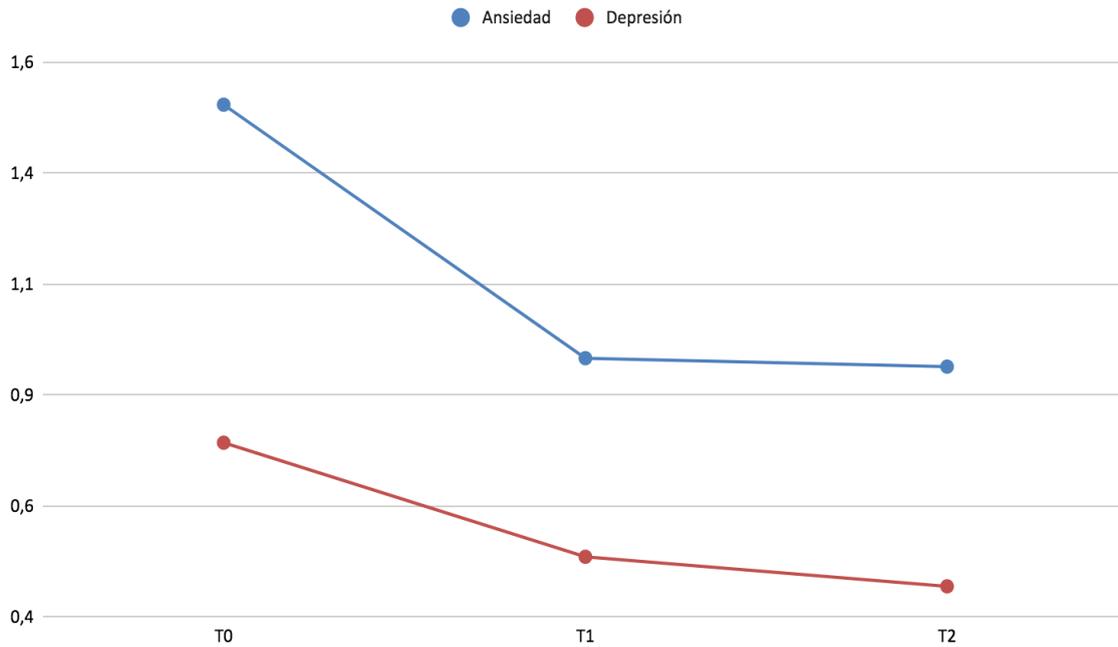


Figura 17. Evolución de las medias de subdimensiones HADS del grupo experimental a lo largo del tiempo. Elaboración propia.

El instrumento PCL-C arrojó variaciones estadísticamente significativas a lo largo del tiempo en la subdimensión Excitación y Reexperimentación ($F(2,25) = 4.381, p < .05, \eta^2$ parcial = .238). No se encontraron variaciones estadísticamente significativas para las subdimensiones Entumecimiento ($F(2,27) = 1.951, p > .05, \eta^2$ parcial = .037) y Evitación ($F(2,27) = 1.951, p > .05, \eta^2$ parcial = .037; véase *Figura 18*). El tamaño del efecto es próximo a medio para la subdimensión Excitación y Reexperimentación y bajo en el caso de Entumecimiento y Evitación. Véase la *Tabla 16* para el análisis *post-hoc*.

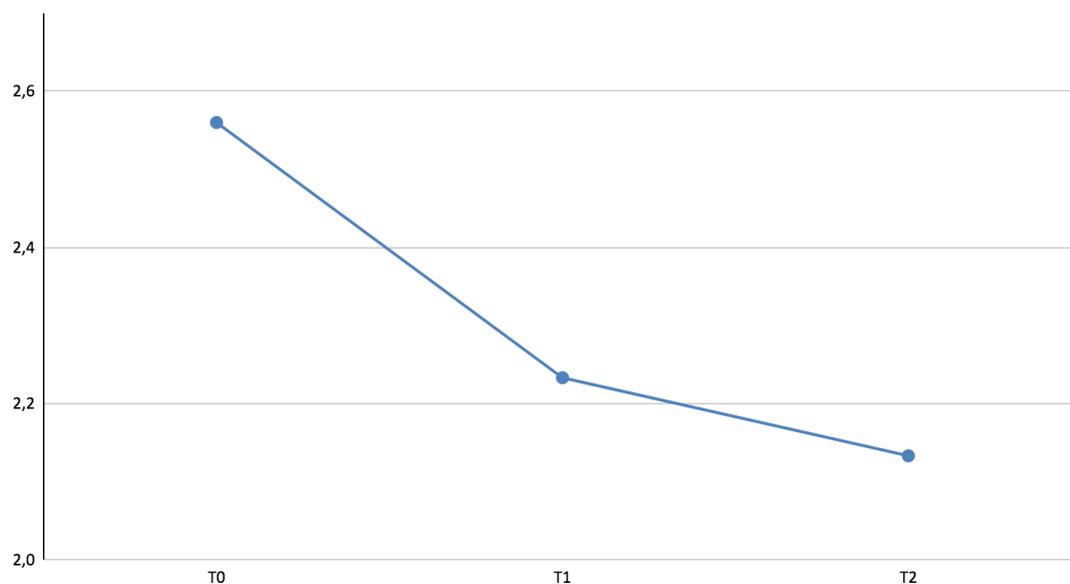


Figura 18. Evolución de las medias de subdimensiones PCL-C del grupo experimental a lo largo del tiempo. Elaboración propia.

Por último, las subdimensiones para Brief Cope no arrojaron variaciones estadísticamente significativas a lo largo del tiempo: Afrontamiento centrado en el problema ($F(2,25) = 1.236, p > .05, \eta^2 \text{ parcial} = .081$), Afrontamiento enfocado en las emociones ($F(2,23) = 1.500, p > .05, \eta^2 \text{ parcial} = .097$) y Afrontamiento por evitación ($F(2,24) = .836, p > .05, \eta^2 \text{ parcial} = .056$). El tamaño del efecto es bajo para todas las subdimensiones.

Tabla 15

Resultados de pruebas univariadas por subdimensiones en todas las mediciones de grupo experimental

Subdimensión	Prueba	Tipo III de suma de cuadrados	gl	F	Sig.	η^2 parcial
PTGI Apreciación por la vida	Greenhouse-Geisser	0,657	1,842	1,936	,167	,121
PTGI Nuevas posibilidades	Greenhouse-Geisser	4,759	1,521	6,086	,013	,303
PTGI Fuerza personal	Greenhouse-Geisser	3,558	1,878	4,606	,021	,248
PTGI Relación con otros	Greenhouse-Geisser	3,900	1,942	4,119	,028	,227
PTGI Espiritualidad	Greenhouse-Geisser	3,633	1,960	4,169	,027	,229
HADS Ansiedad	Greenhouse-Geisser	3,378	1,950	22,757	,000	,619
HADS Depresión	Esfericidad asumida	0,877	2,000	5,231	,012	,272
PCL-C Excitación y reexperimentación	Greenhouse-Geisser	1,494	1,768	4,382	,027	,238
PCL-C Entumecimiento	Greenhouse-Geisser	0,133	1,951	0,534	,588	,037
PCL-C Evitación	Greenhouse-Geisser	0,133	1,951	0,534	,588	,037
Brief Cope AFP	Greenhouse-Geisser	0,298	1,761	1,236	,303	,081
Brief Cope AFEM	Greenhouse-Geisser	0,167	1,648	1,500	,243	,097
Brief Cope AEV	Greenhouse-Geisser	0,066	1,683	0,836	,427	,056

5.2.4 Resultados por subdimensiones del grupo control

En esta sección se indican los resultados por subdimensiones de cada instrumento para el grupo control, a saber, los estadísticos descriptivos de cada subdimensión y los análisis univariados (contrastados con la prueba de esfericidad de *Mauchly*) a lo largo del tiempo. La *Tabla 17* muestra los estadísticos descriptivos encontrados en las puntuaciones de las subdimensiones de los instrumentos por cada medición efectuada al grupo control.

Tabla 17

Estadísticos descriptivos de resultados de grupo control por cada medición según subdimensiones

	Medición	M	DT	Mín.	Máx.
PTGI Apreciación por la vida	T0	3,4	1,1	1,7	5,0
	T1	3,2	1,0	1,3	4,7
	T2	3,4	0,8	1,7	4,7
PTGI Nuevas posibilidades	T0	2,7	1,1	1,0	4,8
	T1	2,7	1,1	0,2	4,4
	T2	2,6	0,9	1,2	4,2
PTGI Fuerza personal	T0	3,2	1,3	0,0	5,0
	T1	3,1	1,2	0,0	4,8
	T2	3,1	1,2	0,8	4,5
PTGI Relación con otros	T0	3,0	1,1	1,1	4,7
	T1	2,9	1,2	0,6	4,7
	T2	3,0	1,0	0,6	4,7
PTGI Espiritualidad	T0	2,9	1,4	0,0	5,0
	T1	2,8	1,5	0,0	5,0
	T2	2,9	1,3	0,0	5,0
HADS Ansiedad	T0	1,3	0,7	0,4	2,6
	T1	1,3	0,6	0,6	2,9
	T2	1,2	0,6	0,4	2,4
HADS Depresión	T0	0,8	0,6	0,0	2,0
	T1	0,8	0,5	0,1	1,7
	T2	0,7	0,4	0,3	1,7
PCL-C Excitación y reexperimentación	T0	2,7	0,8	1,5	4,1
	T1	2,4	0,7	1,2	3,9
	T2	2,2	0,6	1,2	3,2
PCL-C Entumecimiento	T0	1,9	0,9	1,0	3,3
	T1	2,1	1,1	1,0	4,0
	T2	1,8	0,9	1,0	3,7
PCL-C Evitación	T0	1,9	0,9	1,0	3,3
	T1	2,1	1,1	1,0	4,0
	T2	1,8	0,9	1,0	3,7

(Continúa)

Tabla 17 (Continuación)

Estadísticos descriptivos de resultados de grupo control por cada medición según subdimensiones

	Medición	M	DT	Mín.	Máx.
Brief Cope AFP	T0	3,0	0,6	1,8	3,8
	T1	2,9	0,7	1,5	4,0
	T2	2,9	0,6	1,8	4,0
Brief Cope AFEM	T0	2,7	0,4	2,0	3,6
	T1	2,7	0,6	1,9	3,6
	T2	2,8	0,5	2,0	3,8
Brief Cope AEV	T0	2,1	0,4	1,4	2,7
	T1	2,1	0,4	1,3	2,8
	T2	2,1	0,3	1,5	2,6

Los análisis univariados no indicaron diferencias significativas entre las distintas subdimensiones a lo largo del tiempo en todos los instrumentos aplicados con respecto al grupo control (véase *Tabla 18*). Concretamente, en las subdimensiones del PTGI: Apreciación por la vida ($W = .963, p > .05; F(2,25) = .400, p > .05, \eta^2 \text{ parcial} = .030$), Nuevas posibilidades ($W = .921, p > .05; F(2,24) = .072, p > .05, \eta^2 \text{ parcial} = .005$), Fuerza Personal ($W = .948, p > .05; F(2,25) = .101, p > .05, \eta^2 \text{ parcial} = .008$), Relación con otros ($W = .705, p > .05; F(2,20) = .078, p > .05, \eta^2 \text{ parcial} = .006$) y Espiritualidad ($W = .657, p > .05; F(2,19) = .081, p > .05, \eta^2 \text{ parcial} = .006$).

De igual forma, no se obtuvieron diferencias significativas a lo largo del tiempo para las dos subdimensiones del HADS, a saber, Ansiedad ($W = .660, p > .05; F(2,19) = .276, p > .05, \eta^2 \text{ parcial} = .021$) y Depresión ($W = .799, p > .05; F(2,22) = .525, p > .05, \eta^2 \text{ parcial} = .039$); las tres subdimensiones del PCL-C, Excitación y reexperimentación ($W = .620, p > .05; F(2,19) = 3.840, p > .05, \eta^2 \text{ parcial} = .228$), Entumecimiento ($W = .776, p > .05; F(2,21) = 1.251, p > .05, \eta^2 \text{ parcial} = .088$) y Evitación ($W = .776, p > .05; F(2,21) = 1.251, p > .05, \eta^2 \text{ parcial} = .088$); las tres subdimensiones del Brief Cope, Afrontamiento centrado en el problema ($W = .849, p > .05; F(2,23) = .132, p > .05, \eta^2 \text{ parcial} = .010$), Afrontamiento

enfocado en la emoción ($W = .880, p > .05; F(2,23) = .882, p > .05, \eta^2 \text{ parcial} = .064$) y Afrontamiento por evitación ($W = .442, p < .05; F(2,26) = .254, p > .05, \eta^2 \text{ parcial} = .019$).

Tabla 18

Resultados de pruebas univariadas por subdimensiones en todas mediciones grupo control

Subdimensión	Prueba	Tipo III de suma de cuadrados	gl	F	Sig.	η^2 parcial
PTGI Apreciación por la vida	Greenhouse-Geisser	0,429	1,928	0,400	,667	,030
PTGI Nuevas posibilidades	Greenhouse-Geisser	0,069	1,854	0,072	,919	,005
PTGI Fuerza personal	Greenhouse-Geisser	0,226	1,902	0,101	,896	,008
PTGI Relación con otros	Greenhouse-Geisser	0,042	1,544	0,078	,881	,006
PTGI Espiritualidad	Greenhouse-Geisser	0,083	1,489	0,081	,871	,006
HADS Ansiedad	Greenhouse-Geisser	0,129	1,493	0,276	,697	,021
HADS Depresión	Greenhouse-Geisser	0,164	2,000	0,525	,566	,039
PCL-C Excitación y reexperimentación	Greenhouse-Geisser	1,762	1,449	3,840	,052	,228
PCL-C Entumecimiento	Greenhouse-Geisser	1,021	1,635	1,251	,299	,088
PCL-C Evitación	Greenhouse-Geisser	1,021	1,635	1,251	,299	,088
Brief Cope AFP	Greenhouse-Geisser	0,052	1,738	0,132	,850	,010
Brief Cope AFEM	Greenhouse-Geisser	0,144	1,785	0,882	,416	,064
Brief Cope AEV	Esfericidad asumida	0,018	2,000	0,254	,778	,019

5.3 Resultados entre grupos

Tras el análisis de los resultados longitudinales, se procedió a comparar los resultados medios entre el grupo experimental y control. Se decidió explorar el efecto inicial de la intervención, motivo por lo cual se analizaron los resultados en T0 y T1, excluyendo la información referente al momento T2.

5.3.1 Resultados globales entre grupos

En esta sección se indican los resultados globales entre grupos de cada instrumento: estadísticos descriptivos de las puntuaciones globales, los análisis multivariados y los análisis univariados entre T0 y T1.

La *Tabla 19* muestra los estadísticos descriptivos encontrados en las puntuaciones de cada instrumento por medición T0 y T1. Posteriormente se utilizó la prueba *Two-way ANOVA* para medidas repetidas para realizar las respectivas comparaciones para todas las variables dependientes entre los dos momentos de evaluación. Con un valor de $F(4,24) = 2.530$, $p > .05$, η^2 parcial = .297, no se constató la existencia de diferencias estadísticamente significativas en el perfil multidimensional a través de las dos mediciones entre grupos. Cabe destacar que los resultados de la prueba fueron próximos a la significancia estadística ($p = .067$) y el tamaño del efecto reportado es considerado medio.

Tabla 19

Estadísticos descriptivos de resultados entre grupos según medición T0 y T1

	Grupo	M	DT	Mín.	Máx.
PTGI T0	Experimental	3,1	0,9	1,0	4,4
	Control	3,0	0,9	1,3	4,1
PTGI T1	Experimental	3,7	0,6	2,8	5,0
	Control	2,9	1,0	1,0	4,3
HADS T0	Experimental	1,1	0,3	0,6	1,8
	Control	1,1	0,6	0,2	2,3
HADS T1	Experimental	0,7	0,3	0,1	1,3
	Control	1,1	0,5	0,4	2,1
PCL-C T0	Experimental	2,5	0,7	1,6	4,2
	Control	2,6	0,9	1,4	3,8
PCL-C T1	Experimental	2,1	0,6	1,2	3,4
	Control	2,4	0,7	1,3	3,7
Brief Cope T0	Experimental	2,6	0,3	2,2	3,0
	Control	2,5	0,3	1,8	3,0
Brief Cope T1	Experimental	2,6	0,3	2,2	3,1
	Control	2,5	0,5	1,7	3,3

Nota. Cabe destacar que la prueba mencionada previamente es de carácter ómnibus.

Los análisis univariados (véase *Tabla 20*) indicaron diferencias significativas entre las puntuaciones globales obtenidas entre T0 y T1 para la puntuación global del instrumento PTGI ($F(1,27) = 5.795, p < .05, \eta^2 \text{ parcial} = .177$; véase *Figura 19*). Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre los resultados globales del HADS ($F(1,27) = 3.821, p > .05, \eta^2 \text{ parcial} = .124$), PCL-C ($F(1,27) = .233, p > .05, \eta^2 \text{ parcial} = .009$) y Brief Cope ($F(1,27) = .054, p > .05, \eta^2 \text{ parcial} = .002$; véanse *Figuras 20, 21 y 22*). Cabe destacar que los resultados del instrumento HADS fueron próximos a la significancia estadística ($p = .061$).

Tabla 20

Resultados de pruebas univariadas entre grupos según medición T0 y T1

Instrumento	Prueba	Tipo III de suma de cuadrados	gl	F	Sig.	η^2 parcial
PTGI	Greenhouse-Geisser	1,735	1,000	5,795	,023	,177
HADS	Greenhouse-Geisser	0,606	1,000	3,821	,061	,124
PCL-C	Greenhouse-Geisser	0,059	1,000	0,233	,633	,009
Brief Cope	Greenhouse-Geisser	0,002	1,000	0,054	,818	,002

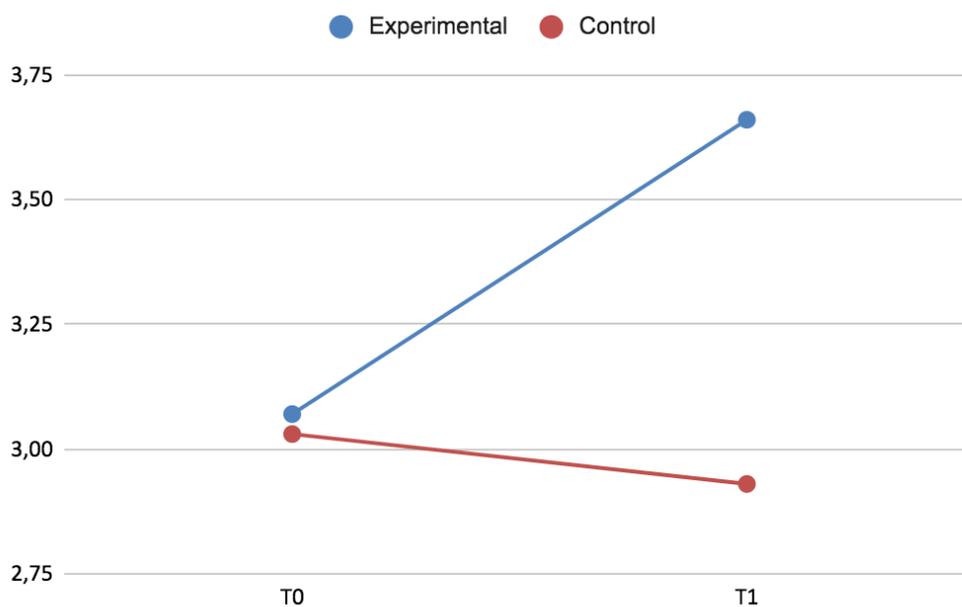


Figura 19. Evolución de las medias PTGI entre grupos a lo largo de las mediciones T0 y T1.

Elaboración propia.

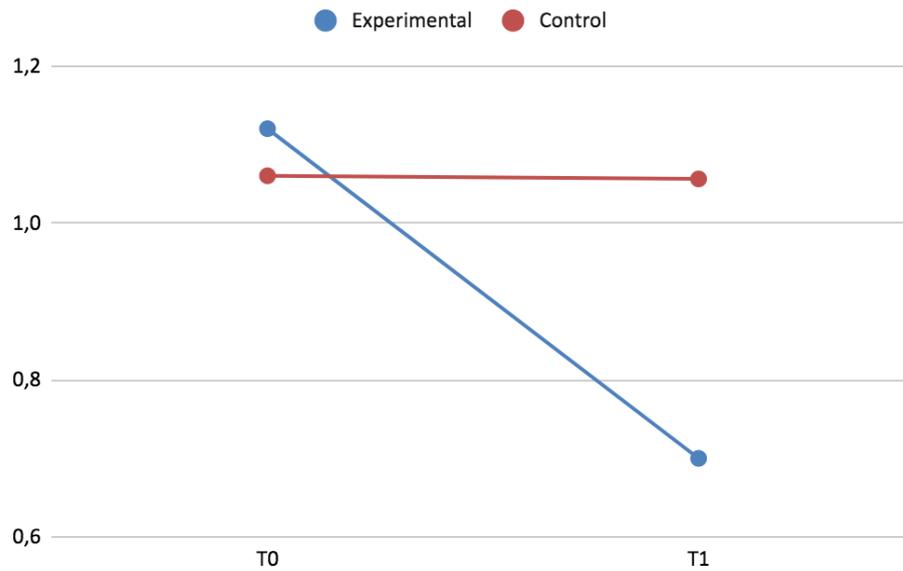


Figura 20. Evolución de las medias HADS entre grupos a lo largo de las mediciones T0 y T1.

Elaboración propia.

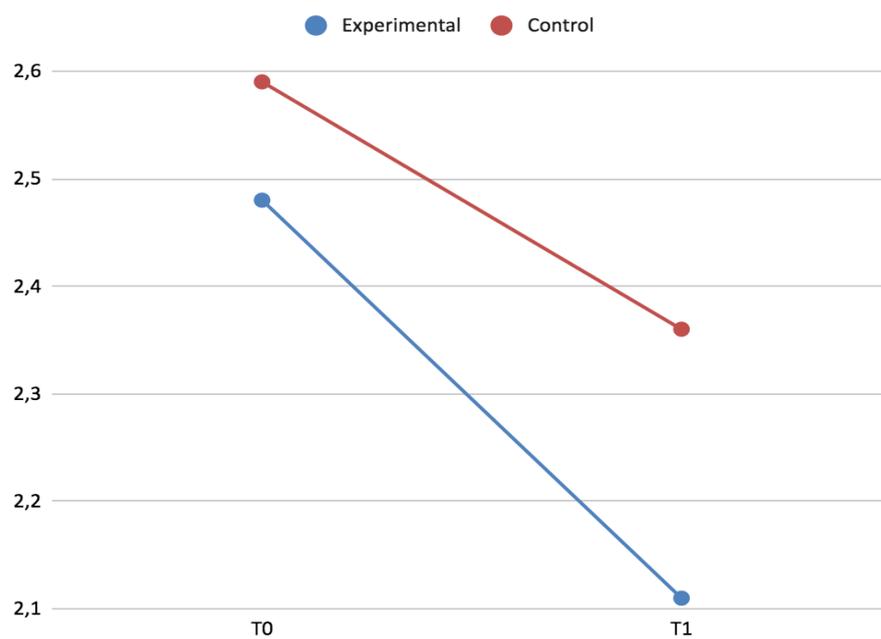


Figura 21. Evolución de las medias PCL-C entre grupos a lo largo de las mediciones T0 y

T1. Elaboración propia.

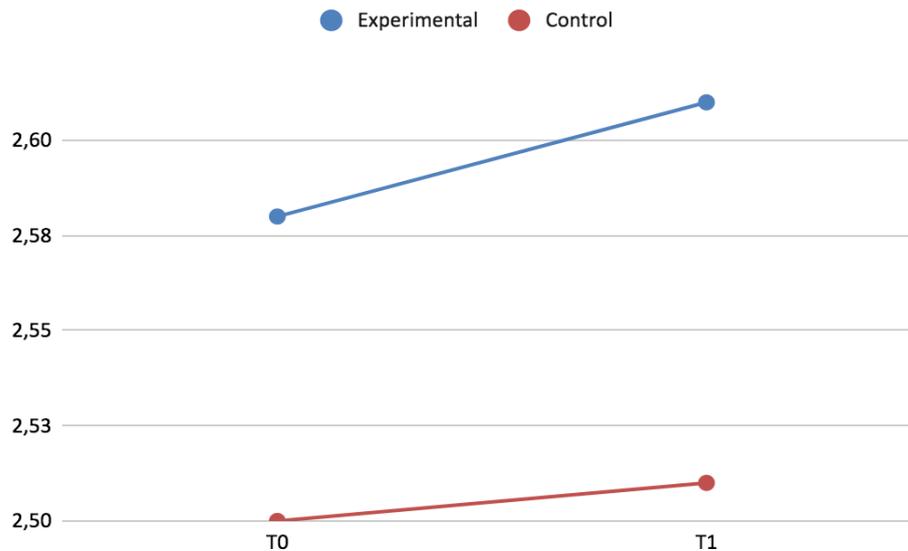


Figura 22. Evolución de las medias *Brief Cope* entre grupos a lo largo de las mediciones T0 y T1. Elaboración propia.

5.3.2 Resultados por subdimensiones entre grupos

En esta sección se indican los resultados univariados entre T0 y T1 por subdimensiones entre grupos de cada instrumento. Para conocer los estadísticos descriptivos de las subdimensiones del grupo experimental, véase la *Tabla 13* en § 4.2.3; para los estadísticos descriptivos de las subdimensiones del grupo control, la *Tabla 17* en § 4.2.4.

Los análisis univariados indicaron diferencias significativas entre distintas subdimensiones entre T0 y T1 en los instrumentos PTGI y HADS; sin embargo, no se encontró diferencias significativas en las subdimensiones de los instrumentos PCL-C y Brief Cope. Los resultados de las pruebas univariadas por cada instrumento se muestran en la *Tabla 21*.

Concretamente, se encontraron variaciones estadísticamente significativas en tres de las cinco subdimensiones del PTGI a lo largo del tiempo, a saber, Nuevas posibilidades ($F(1,27) = 5.976, p < .05, \eta^2 \text{ parcial} = .181$), Relación con otros ($F(2,27) = 4.473, p < .05, \eta^2 \text{ parcial} = .142$) y Espiritualidad ($F(1,27) = 6.373, p < .05, \eta^2 \text{ parcial} = .191$; véase las Figuras 23, 24 y 25). Las subdimensiones Apreciación por la vida ($F(1,27) = 2.124, p > .05, \eta^2 \text{ parcial} = .073$) y Fuerza personal ($F(1,27) = 2.223, p > .05, \eta^2 \text{ parcial} = .076$) no mostraron variaciones estadísticamente significativas. El tamaño del efecto es próximo a medio en el caso de las subdimensiones Espiritualidad y Nuevas Posibilidades; para las subdimensiones Relación con otros, Fuerza Personal y Apreciación por la vida es considerado bajo.

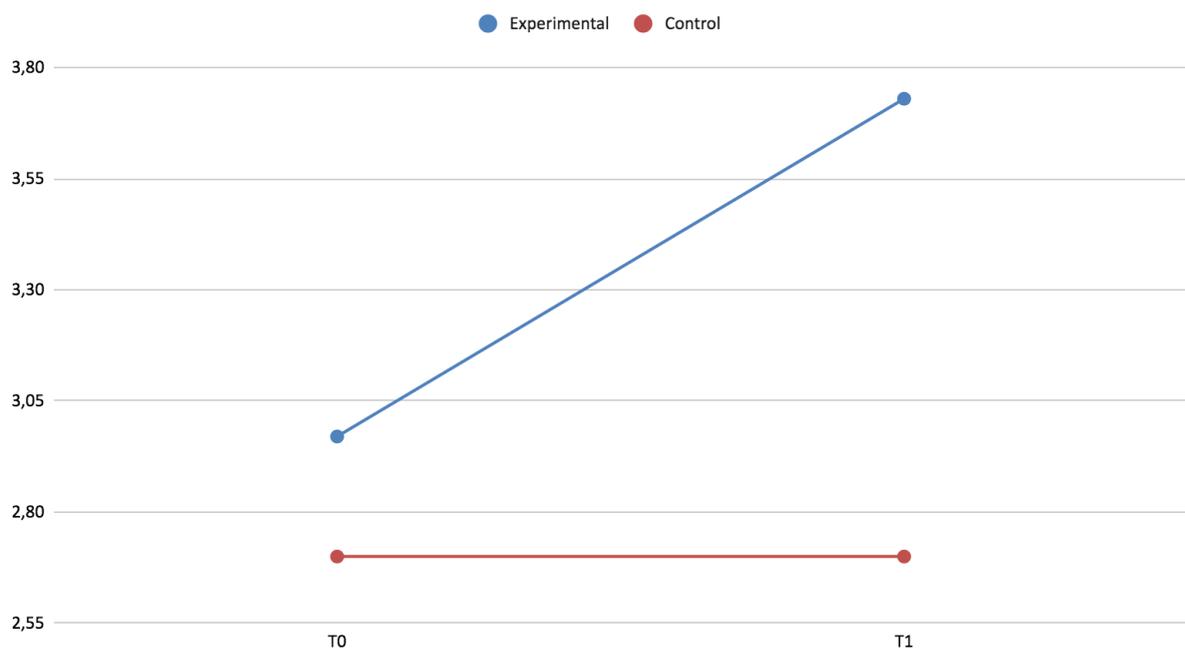


Figura 23. Evolución de las medias de subdimensión Nuevas Posibilidades (PTGI) entre grupos a lo largo de las mediciones T0 y T1. Elaboración propia.

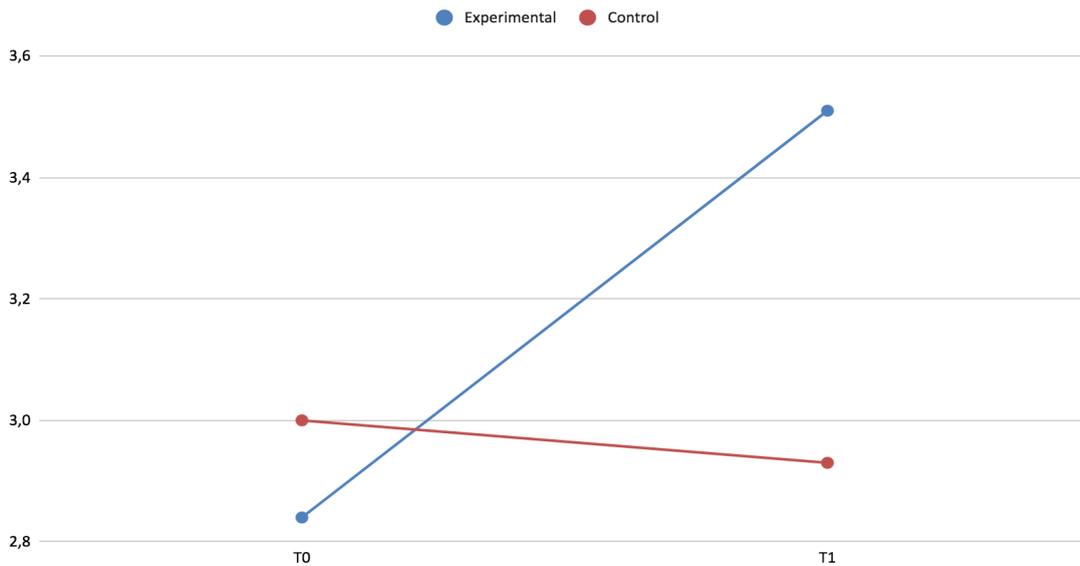


Figura 24. Evolución de las medias de subdimensión Relación con otros (PTGI) entre grupos a lo largo de las mediciones T0 y T1. Elaboración propia.

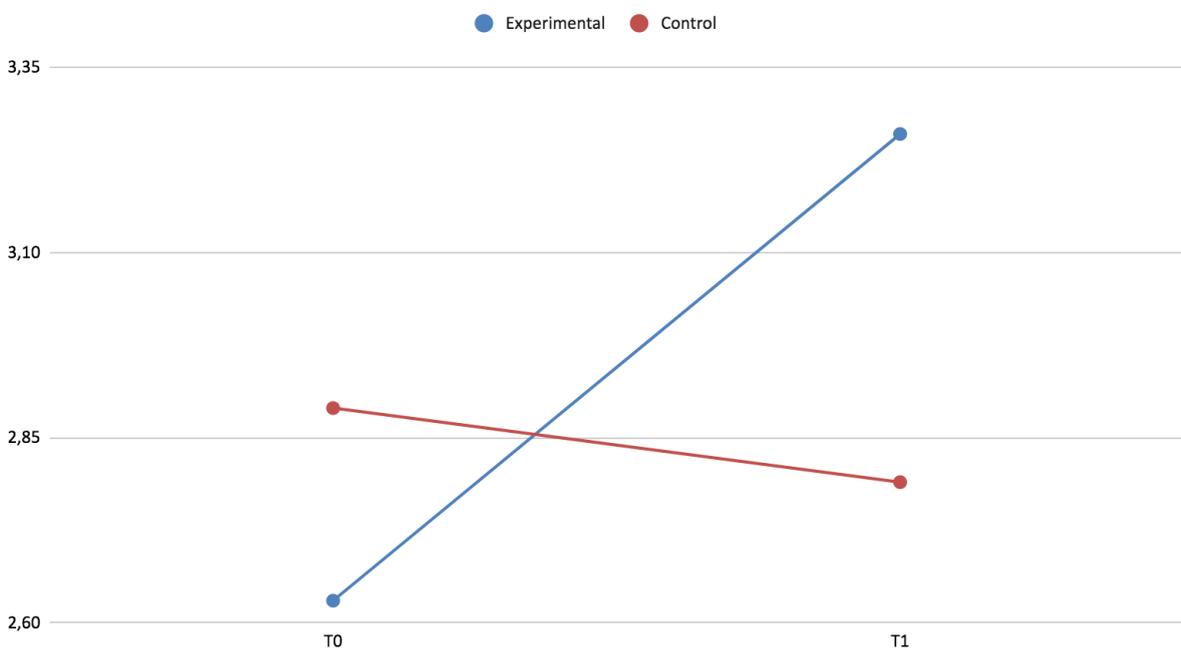


Figura 25. Evolución de las medias de subdimensión Espiritualidad (PTGI) entre grupos a lo largo de las mediciones T0 y T1. Elaboración propia.

Respecto al instrumento HADS, se encontró variaciones estadísticamente significativas entre T0 y T1 para la subdimensión Ansiedad ($F(1,27) = 5.230, p < .05, \eta^2 \text{ parcial} = .162$; véase *Figura 26*). No se encontró variaciones estadísticamente significativas para la subdimensión Depresión ($F(1,27) = 1.313, p > .05, \eta^2 \text{ parcial} = .046$). El tamaño del efecto es próximo a medio para la subdimensión Ansiedad y bajo para Depresión.

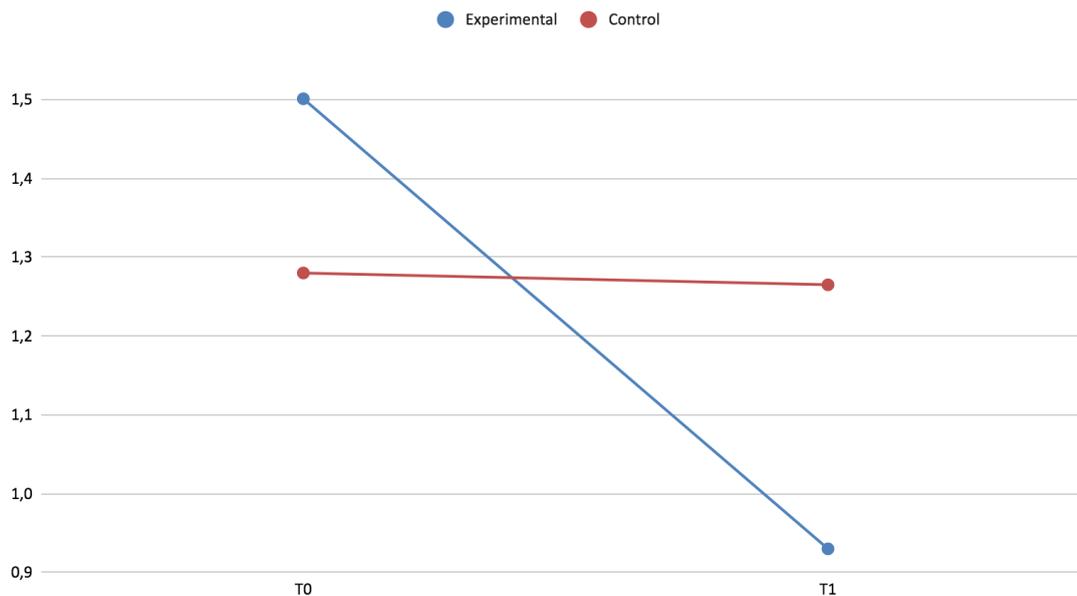


Figura 26. Evolución de las medias de subdimensión Ansiedad (HADS) entre grupos a lo largo de las mediciones T0 y T1. Elaboración propia.

El instrumento PCL-C no arrojó variaciones estadísticamente significativas entre T0 y T1 en las subdimensiones Excitación y Reexperimentación ($F(1,27) = .023, p > .05, \eta^2 \text{ parcial} = .001$), Entumecimiento ($F(1,27) = 1.322, p > .05, \eta^2 \text{ parcial} = .047$) y Evitación ($F(1,27) = 1.322, p > .05, \eta^2 \text{ parcial} = .047$). El tamaño del efecto es bajo para todas las subdimensiones.

Por último, las subdimensiones para Brief Cope no arrojaron variaciones estadísticamente significativas a lo largo del tiempo: Afrontamiento centrado en el problema

($F(1,27) = .234, p > .05, \eta^2 \text{ parcial} = .009$), Afrontamiento enfocado en las emociones ($F(1,27) = .232, p > .05, \eta^2 \text{ parcial} = .009$) y Afrontamiento por evitación ($F(1,27) = .512, p > .05, \eta^2 \text{ parcial} = .019$). El tamaño del efecto es bajo para todas las subdimensiones.

Tabla 21

Resultados de pruebas univariadas por subdimensión entre grupos según medición T0 y T1

Subdimensión	Prueba	Tipo III de suma de cuadrados	gl	F	Sig.	η^2 parcial
PTGI Apreciación por la vida	Greenhouse-Geisser	0,838	1,000	2,124	,157	,073
PTGI Nuevas posibilidades	Greenhouse-Geisser	2,091	1,000	5,976	,021	,181
PTGI Fuerza personal	Greenhouse-Geisser	1,586	1,000	2,233	,147	,076
PTGI Relación con otros	Greenhouse-Geisser	1,972	1,000	4,473	,044	,142
PTGI Espiritualidad	Greenhouse-Geisser	1,985	1,000	6,373	,018	,191
HADS Ansiedad	Greenhouse-Geisser	1,140	1,000	5,230	,030	,162
HADS Depresión	Greenhouse-Geisser	0,239	1,000	1,313	,262	,046
PCL-C Excitación y reexperimentación	Greenhouse-Geisser	0,006	1,000	0,023	,879	,001
PCL-C Entumecimiento	Greenhouse-Geisser	0,438	1,000	1,322	,260	,047
PCL-C Evitación	Greenhouse-Geisser	0,438	1,000	1,322	,260	,047
Brief Cope AFP	Greenhouse-Geisser	0,032	1,000	0,234	,633	,009
Brief Cope AFEM	Greenhouse-Geisser	0,018	1,000	0,232	,634	,009
Brief Cope AEV	Greenhouse-Geisser	0,014	1,000	0,512	,480	,019

Hasta aquí se han detallado los distintos análisis preliminares, longitudinales y entre grupos a los que fueron sometidos los datos de esta investigación. A continuación, se discutirán los aspectos teóricos y empíricos derivados de este análisis de resultados.

Capítulo 6

Discusión

Esta investigación tiene como objetivo general explorar el nivel de efectividad de la Psicoterapia Positiva grupal para supervivientes de Cáncer (PPC) en una muestra de participantes uruguayas. Para ello, se ejecutó el protocolo PPC (Ochoa *et al.*, 2010) en tres grupos con quince participantes en total, y sus resultados fueron comparados con los de las catorce participantes asignadas al grupo control. Todas las participantes que cumplieron con los criterios de inclusión fueron del sexo femenino y contaron con diagnósticos de diversos tipos de cáncer.

Los datos fueron estudiados preliminarmente mediante los análisis de características sociodemográficas y clínicas, análisis psicométricos de los instrumentos y la normalidad de los datos. El análisis sociodemográfico y clínico permitió establecer una igualdad de condiciones entre las participantes de ambos grupos en estudio, mientras que el análisis psicométrico y de normalidad de datos qué tipo de herramientas estadísticas serían las más adecuadas para proseguir con el análisis. Luego, se examinaron los resultados longitudinales (T0, T1 y T2) de las puntuaciones globales y de las subdimensiones de los instrumentos para el grupo experimental y grupo control separadamente. Por último, se exploró el efecto inicial de la intervención mediante el análisis de los resultados T0 y T1 de las puntuaciones globales y de las subdimensiones entre grupos.

Dentro del análisis preliminar, se tuvo que decidir para ciertos instrumentos si utilizar la estructura original o las estructuras validadas en poblaciones oncológicas por otros autores. Este tipo de toma de decisiones no es inusual en el campo de las ciencias sociales.

Como destaca Fried y Flake (2018), la estructura factorial de un instrumento a menudo difiere entre muestras, a lo largo del tiempo en la misma muestra e incluso en grandes subconjuntos de la misma muestra. Asimismo, estos autores consideran previsible que las estructuras factoriales que surjan de estudios de adaptación incluya la eliminación o modificación de elementos de escalas validadas y el cambio del número de las opciones de respuesta utilizadas cuando se desarrolló originalmente la escala (Hayes y Coutts, 2020).

Para los instrumentos PTGI y PCL-C, se decidió comparar los índices de consistencia interna (medidos mediante el Alfa de *Cronbach*) de sus subdimensiones (véanse *Tablas 2 y 3* respectivamente) y seleccionar la estructura más consistente. Para el PTGI, la estructura original arrojó valores más altos que la estructura propuesta por Esparza-Baigorri *et al.* (2016) en su estudio con población oncológica argentina. En el caso del PCL-C, los valores de la estructura original y la propuesta por Costa-Requena y Gil (2010) con pacientes oncológicos fueron muy similares. Sin embargo, los resultados de consistencia interna a nivel de subdimensiones de la estructura propuesta por Costa-Requena y Gil (2010) obtuvieron mejor rendimiento.

Por otra parte, el instrumento HADS no requirió comparación de estructuras puesto que sus dos subdimensiones cuentan con ítems específicos para su medición de parte de los autores (Zigmond y Snaith, 1983). Este instrumento cuenta con investigaciones locales cuya aplicación estructural fue la propuesta por sus autores (Álvarez-Vaz *et al.*, 2019).

El instrumento Brief Cope, como bien recopila Reich *et al.* (2016), cuenta con diversas propuestas de estructuras según la interpretación buscada. De hecho, recoge que el mismo autor del instrumento reconoció que la estructura factorial del instrumento no es consistente, no arroja un índice de afrontamiento mediante una puntuación global, y que su administración en diferentes muestras arroja distintos patrones de relación entre los reactivos. En esa misma línea, el análisis factorial exploratorio realizado en este estudio no

cumplió con las condiciones necesarias –como era esperable y se mencionó en los resultados–. Por tanto, en línea con los objetivos terapéuticos de la PPC, se escogió la estructura de tres factores por estrategias de afrontamiento de Carver *et al.* (1989; Reich *et al.*, 2016; véase § 2.2.4). Los índices de consistencia interna oscilaron entre los valores α de .48 y .76, lo cual genera precaución en la interpretación de los datos para esta variable.

Ciertas variaciones sociodemográficas y clínicas merecen ser mencionadas en este apartado. El programa PPC sugiere que sea implementado en torno a los primeros tres meses de terminar el tratamiento primario oncológico (cirugía, quimioterapia y/o radioterapia) para favorecer la adaptación psicosocial del superviviente. Esta franja temporal es considerada un momento crítico puesto el control pasa del personal de salud a la propia persona y es donde surgen muchas cuestiones vitales importantes (Ochoa *et al.*, 2010). No obstante, las medias de los meses tras finalizar el tratamiento en el grupo experimental (8.34 meses) como grupo control (10.08 meses) superan la sugerencia en sus resultados empíricos. Este aumento del promedio de meses también se observa en este estudio (ver *Tabla 1*). El motivo principal de estos resultados se debe a la dificultad de obtener participantes que cumplan los criterios de inclusión tras el tratamiento oncológico primario.

La evidencia de ambos estudios sugiere que, pese a la varianza de meses postratamiento primario, las participantes muestran cambios positivos tras la facilitación de la PPC –con las limitaciones respectivas de cada estudio–. Este hallazgo está en línea con las conclusiones de Pat-Horenczyk *et al.* (2016) quienes señalaron que las fluctuaciones de las variables de estudio en pacientes oncológicos son importantes para identificar el período de tiempo en el cual la intervención psicosocial puede ser más beneficiosa. La motivación de las participantes en ser parte del programa PPC podría ser influenciada por las fluctuaciones de su malestar emocional o estrategias de afrontamiento.

Otra variable clínica a considerar es el tipo de cáncer. Tanto en este estudio como en el estudio de Ochoa *et al.* (2017) la muestra está compuesta predominantemente por diagnóstico de cáncer de mama. Esta propensión se relaciona con la variable sexo puesto favorece a que se registren mayoritariamente participantes del sexo femenino. Distintos metaanálisis demuestran la tendencia de estudios a enfocarse en muestras de pacientes o supervivientes de cáncer de mama (Faller *et al.*, 2013; Dujits *et al.*, 2011), aspecto no inusual puesto que este se encuentra dentro de los dos tipos de cáncer más frecuentes y con una paulatina reducción en su mortalidad (Global Cancer Observatory, 2020).

Esta investigación analizó cuatro variables como criterio de efectividad, a saber, crecimiento postraumático, malestar emocional, sintomatología de estrés postraumático y estrategias de afrontamiento. Como objetivo general, las cuatro variables en su conjunto fueron analizadas para explorar los cambios en el perfil multidimensional de quienes recibieron la PPC. Los resultados muestran que hubo variaciones estadísticamente significativas en el perfil multidimensional dentro del grupo experimental con un importante tamaño del efecto. Sin embargo, al ser comparados con el perfil multidimensional del grupo control, no hubo variaciones estadísticamente significativas. Cabe destacar que los resultados estuvieron próximos a la significancia estadística ($p = .067$) y que el tamaño del efecto fue medio.

Ochoa *et al.* (2017) evaluaron tres de las cuatro variables en este estudio (CPT, malestar emocional y sintomatología TEPT). Sus resultados fueron similares a este estudio en tanto el grupo experimental mostró variaciones significativas en las tres variables al comparar los resultados antes de la intervención (T0) y posintervención (T1), que se mantuvieron en los seguimientos a 3 (T2) y 12 meses (T3), aunque este incremento no resultó ser estadísticamente significativo.

Dado que el CPT es el objetivo central de la PPC, se continuó con el análisis de sus resultados dentro del grupo experimental y después entre grupos. Los resultados globales dentro del grupo experimental mostraron variaciones estadísticamente significativas tras la intervención y una estabilización en el seguimiento. Asimismo, el CPT mostró una diferencia estadísticamente significativa en comparación con el grupo control. Con ello, los resultados en población uruguaya, en comparación con el estudio de Ochoa *et al.* (2017), sí obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre grupos, mostrando un tamaño del efecto próximo a medio.

Los resultados de CPT del grupo control son estáticos comparados con otros estudios que informan mejoras de cambios vitales (como el CPT) del 50 a 90 % tras una enfermedad oncológica incluso sin haber recibido ninguna intervención psicológica (Sawyer *et al.*, 2010; Sumalla *et al.*, 2009). Dichos estudios fueron realizados con muestras más numerosas a la de este estudio así como con seguimientos entre tres meses a un año, lo que podría explicar la disimilitud en la tendencia a mejorar.

Las subdimensiones del instrumento evalúan los dominios en los que sus autores plantean que existen cambios positivos (Tedeschi y Calhoun, 1996). Se encontraron diferencias significativas dentro del grupo experimental así como entre grupos, en cuatro y tres subdimensiones respectivamente. Espiritualidad, Nuevas posibilidades, Relación con otros y Fuerza personal son las que mostraron cambios a lo largo del tiempo, siendo esta última subdimensión la que no mostró diferencias estadísticamente significativas entre grupos. La última subdimensión Apreciación por la vida mostró cambios tanto a lo largo del tiempo como entre grupos pero sin alcanzar la significancia en el grupo experimental. A este nivel de subdimensiones, no fueron encontradas diferencias significativas en ninguna subescala entre grupos del estudio de Ochoa *et al.*

Puesto que el programa PPC se centra primordialmente en los recursos positivos del paciente, como son las emociones positivas, las fortalezas y los sentidos personales, los resultados del CPT están en concordancia con los objetivos del programa. Además, se observó la estabilización de estos resultados en el seguimiento (T2), lo cual sugiere que ha sido correctamente facilitado en tanto el CPT no es necesariamente estable en el tiempo (Pat-Horenczyk *et al.*, 2016) o se correlaciona con cambios positivos en población oncológica (Bellizzi *et al.*, 2010; Mols *et al.*, 2009).

La segunda variable analizada fue el malestar emocional. Su operacionalización en este estudio hace referencia a la presencia de síntomas afectivos (ansiedad y depresión; Holland, 1999) en línea con el estudio original del programa PPC. Para ello, el instrumento HADS es un cuestionario *ad hoc* que evalúa estas subdimensiones afectivas y ha sido utilizado en múltiples investigaciones oncológicas (Herrmann, 1997; Costa-Requena *et al.*, 2009). En términos globales, el malestar emocional mostró diferencias estadísticamente significativas dentro del grupo experimental pero no en las mediciones pre-posintervención entre grupos. Estos resultados se separan discretamente de lo obtenido en la investigación de Ochoa *et al.* (2017), en donde obtuvieron variaciones significativas entre grupos. Cabe destacar que la diferencia de este estudio fue próxima a significativa ($p = .061$), por lo que puede esperarse que una muestra mayor podría alcanzarla.

Se encontró otra divergencia en los resultados de subdimensiones de este instrumento. En esta investigación, ambas subdimensiones Ansiedad y Depresión arrojaron variaciones significativas a lo largo del tiempo (véase *Tabla 15*), mientras que solo la subdimensión de Ansiedad lo obtuvo en comparación al grupo control pre-posintervención. Ambas subdimensiones sí obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el estudio original (Ansiedad, $F(1,87) = 11.49$; $p = .001$, η^2 parcial = .12; Depresión, $F(1,87) =$

12.07, $p = .001$, η^2 parcial = .12). Sin embargo, el tamaño del efecto es superior en este estudio para la subdimensión de Ansiedad (η^2 parcial = .16).

Es menester reparar en la diferencia de valores observados entre los resultados del malestar emocional arrojados por la muestra uruguaya previo a la intervención PPC. Las puntuaciones medias del grupo experimental y control en la subdimensión Ansiedad (1.5 y 1.3 respectivamente) son superiores a las de Depresión (.7 y .8 respectivamente), que indica una diferencia en la afectación emocional de las participantes.

Como plantean Koocher y O'Malley (1981), el síndrome de Damocles y la presencia de miedos relacionados a una posible recaída sitúan al precoz superviviente oncológico en un estado de expectativa predominantemente ansiosa y de autoobservación corporal excesiva. Al miedo a recaer, se suma la ansiedad que los controles médicos conllevan, así como la incertidumbre de retornar a las actividades pausadas por la enfermedad (Jim *et al.*, 2006). Igualmente, estos hallazgos van en sintonía de distintos metaanálisis que encuentran una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad en comparación con trastornos depresivos en la fase de supervivencia extendida (Zabora *et al.*, 2001; Montel, 2010). Con todo, la prueba *post-hoc* para la muestra uruguaya reafirma las variaciones significativas para Ansiedad entre los momentos T0 y T1 así como los momentos T0 y T2, y destaca que hubo variaciones significativas entre T0 y T2 para Depresión.

La tercera variable estudiada fue la sintomatología clínica del trastorno por estrés postraumático. Se ha mencionado previamente que ser diagnosticado con cáncer ha sido incluido como un evento estresante (APA, 2014) y tiene correlación positiva clínica con el malestar emocional (Costa-Requena y Gil, 2010).

En los resultados de este estudio, si se utiliza el punto de corte de ≥ 50 en el instrumento PCL-C para considerar la sintomatología clínicamente significativa del TEPT (Costa-Requena y Gil, 2010), un 14 % de las participantes se sitúa en ese trastorno en la

medición T0 (n = 4). La literatura demuestra que la incidencia del TEPT en población oncológica oscila entre un 5 % a 19 % después del tratamiento (Kangas *et al.*, 2002). Blanchard *et al.* (1996), sin embargo, han recomendado que el punto de corte se sitúe en ≥ 44 tomando en cuenta las características de la amenaza generada por el cáncer (véase § 3.2.1). De tomar este último punto de corte, un 45 % de la muestra uruguaya cumple con sintomatología clínicamente significativa del TEPT en la medición inicial (n = 13), superando el rango previamente mencionado.

En términos globales, ambos grupos obtuvieron una reducción de sintomatología de estrés postraumático. Los resultados encontraron variaciones significativas a lo largo del tiempo en el grupo experimental pero no en las mediciones pre-posintervención entre grupos. El grupo control mostró también una reducción en esta variable, aunque no fue significativa (véase *Figura 21*).

En la medición de seguimiento (T2) tres participantes (una del grupo experimental y dos del grupo control) mantuvieron un puntaje arriba del punto de corte ≥ 50 para considerar sintomatología del TEPT; con el punto de corte ≥ 44 , seis participantes (tres del grupo experimental y tres del grupo control) lo mantuvieron en comparación de las 13 originales. Estos hallazgos concuerdan con literatura que ha señalado una disminución considerable para la mayoría de las personas dentro de los tres meses después de completar el tratamiento (Mundy *et al.*, 2000, Tjemsland *et al.*, 1996a, Tjemsland *et al.*, 1996b). A pesar de ello, hubo participantes cuya sintomatología clínica del TEPT permanece significativa en ambos grupos.

De forma similar al malestar emocional, la sintomatología clínica del TEPT es susceptible a condiciones particulares del cáncer. Al tener un origen corporal interno, no ser capaz de delimitar un fin de la amenaza y de controlar completamente su curso, un cáncer dificulta el manejo de síntomas de evitación, reactividad fisiológica y alteraciones cognitivas

incluso después de finalizado el tratamiento. En esta línea es que ciertos investigadores han estudiado la sintomatología "de por vida" (Kangas *et al.*, 2002) pues se atesta que la sintomatología clínica fluctúa.

A nivel de subdimensiones, Excitación y reexperimentación –que hace alusión a los síntomas de orden fisiológico– fue la que presentó diferencias estadísticamente significativas a lo largo del tiempo en el grupo experimental, mientras que las disminuciones en las medias de las subdimensiones Entumecimiento y Evitación no alcanzaron la significancia estadística. Estas subdimensiones refieren a aquellos síntomas relacionados a la paralización emocional y evitación conductual y cognitiva, respectivamente.

Dado que este estudio no controló la existencia de eventos extremos vitales (p. ej. pérdidas humanas, laborales, interpersonales, entre otros) previos al diagnóstico de cáncer así como posteriores a la intervención, existe la posibilidad que su ocurrencia afectase los resultados en subdimensiones de corte más psicológicas que fisiológicas (CPT inclusive; Ochoa *et al.*, 2017). Asimismo, los valores de las estrategias de evitación de las participantes fluctuaron mínimamente a lo largo del tiempo, por lo que también se puede reflejar en la subdimensión Evitación del TEPT.

La teoría de valoración orgánica del crecimiento en la adversidad de Joseph y Linley (2006; véase § 2.2.3) es también corroborada en este estudio, en tanto la promoción del CPT ha facilitado la reducción del malestar emocional y estrés postraumático como respuesta a la información traumática elicitada por la enfermedad. Al apuntar a los procesos de asimilación como acomodación, el protocolo fue efectivo en el grupo experimental para provocar el cuestionamiento y cambio activo de creencias sobre la visión de ellas mismas, de su entorno y de los otros. En esta misma línea, la hipótesis que la facilitación del CPT contribuye a reducir el malestar emocional como estrés postraumático ha sido explorada previamente (Roepke, 2014) y probada empíricamente por Ochoa *et al.* (2017, 2020).

Por otra parte, el grupo control, al no reflejar cambios en el CPT a lo largo del tiempo, no mostró cambios relevantes en el malestar emocional. Hegelson *et al.* (2006) han observado que altos niveles de CPT y de malestar emocional pueden coexistir en las fases iniciales del cáncer, pero que en fases más tardías de la supervivencia el crecimiento estaba asociado a una reducción del malestar emocional. Puesto que no recibieron el protocolo, podría explicarse la meseta en los resultados del malestar emocional de estas participantes. Empero, la disminución –no significativa– en el estrés postraumático estaría en concordancia con hallazgos de algunos estudios que dan cuenta de su reducción sin asociarlo con el CPT (Andrykowski *et al.*, 2000).

Las estrategias de afrontamiento fueron una variable adicional para este estudio. Pese a que la PPC busca la promoción de estrategias de afrontamiento adaptativas, esta no fue incluida formalmente como variable dependiente en el estudio de Ochoa *et al.* (2017). Los resultados globales para esta variable no muestran cambios significativos para ambos grupos.

Se pueden analizar diferentes razones para dar cuenta de esta situación. Primero, la operacionalización de esta variable es compleja en tanto no existe un consenso en la forma de nombrar o inclusive configurar las categorías conceptuales de las diferentes estrategias, estilos y recursos de afrontamiento (Fernández-Abascal, 1997). Segundo, la configuración de constructos en los diversos instrumentos utilizados para su medición varía sustancialmente entre estudios y, por tanto, en los resultados de estudios de adaptación en distintas poblaciones (Reich *et al.*, 2016). Esta dificultad fue parte de este estudio. Tercero, el autor del instrumento *Brief Cope* ha informado que la estructura factorial del instrumento no es estable, así como no arroja un índice de afrontamiento a través de una puntuación global (Reich *et al.*, 2016).

Los resultados a nivel de subdimensiones tanto en el grupo experimental como control muestran en promedio una predominancia de las estrategias de afrontamiento focalizadas en los problemas, seguido de cerca por el afrontamiento enfocado en las emociones y, por último, el afrontamiento evitativo. Esta tendencia se mantuvo a lo largo del tiempo.

En vista de la similitud de los puntajes de ambos grupos, esta variable parece no tener el peso relevante para influir en las demás variables, pese a que predominan estrategias de afrontamiento adaptativas (Carver *et al.*, 1993). La literatura señala que las estrategias de afrontamiento focalizadas en los problemas y emociones pueden correlacionarse con constructos salutogénicos como patológicos, por ejemplo, calidad de vida y optimismo (Mera y Ortiz, 2012; Silva, *et al.* 2012; Moreno, Iglesia y García, 2017), autoestima (Brito *et al.*, 2014), síntomas depresivos tras finalizar los tratamientos (Silva *et al.*, 2012) y niveles elevados de ansiedad (Da Silva *et al.*, 2017).

De hecho, como señala Stanton *et al.* (2000), las estrategias de afrontamiento focalizadas en las emociones son sensibles del tiempo, o sea, que su papel funcional y adaptativo está más claro en los momentos tempranos del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad comparativamente a momentos posteriores, donde pueden tener un carácter más rumiativo e improductivo. En definitiva, los resultados de las estrategias de afrontamiento en esta investigación no parecen ser predictores del aumento o reducción de otras variables (CPT, malestar emocional o estrés postraumático).

A modo de síntesis, el análisis de la intervención PPC en una muestra uruguaya obtuvo resultados similares a los registrados por Ochoa *et al.* (2017) en España. La adecuada facilitación del CPT es corroborada como efectiva para reducir la sintomatología clínica del TEPT y malestar emocional (en la sintomatología fisiológica y ansiosa respectivamente) entre grupos. En el grupo experimental, los beneficios significativos tras la

facilitación del CPT incluyeron también el malestar emocional y TEPT a lo largo del tiempo. Las estrategias de afrontamiento adaptativas no se observaron como beneficio significativo ni como facilitadores para reducir el malestar emocional y/o estrés postraumático.

Capítulo 7

Conclusiones

En este capítulo se retoman los objetivos de este estudio y se brindan conclusiones concretas con base en los resultados. Tras ello, se brinda una conclusión general tomando en consideración los aspectos teóricos y empíricos utilizados en esta investigación.

- La efectividad de la Psicoterapia Positiva grupal para supervivientes de Cáncer (PPC) en una muestra de participantes uruguayos.

La PPC demostró ser efectiva para las participantes que recibieron la intervención. Se observaron cambios estadísticamente significativos a lo largo del tiempo en el perfil multidimensional en el grupo experimental. El CPT, principal variable criterio de efectividad y objeto de la PPC, obtuvo cambios estadísticamente significativos a lo largo del tiempo, lo cual se correlaciona con reducciones significativas en malestar emocional y sintomatología del TEPT. La facilitación del CPT y su correlación con la reducción del malestar emocional y sintomatología del TEPT ha sido corroborada en los estudios de la PPC de Ochoa *et al.* (2017, 2020) con base al planteamiento de Tedeschi y Calhoun (1996).

La existencia de malestar emocional severo en el momento previo a la intervención juega un rol importante en los procesos de asimilación y acomodación planteados de la teoría de valoración organísmica de Joseph y Linley (2006). En este sentido, tanto el malestar emocional como el estrés postraumático indican la necesidad de elaborar el hecho traumático que está provocando que la persona cuestione la visión de sí misma, de su

entorno y de los otros. Así, la PPC es efectiva para facilitar estos procesos en este estudio, y es confirmado en los resultados de Ochoa *et al.* (2017, 2020).

El dispositivo en formato grupal es otro factor valioso para cumplir con los objetivos de la PPC. Los factores curativos descritos por Yalom (2000) son de especial aplicación en la terapia grupal puesto infunden la esperanza de cambio, favorecen la expresión y ventilación emocional, ayuda a ver la universalidad del sufrimiento, facilita el altruismo, cohesión, mayor socialización y aprendizaje interpersonal.

- Incidencia de la PPC en el crecimiento postraumático.

El aumento estadísticamente significativo del CPT en el grupo experimental a lo largo del tiempo indica el cumplimiento efectivo del objetivo central de la PPC. Esta variable es facilitada a partir del módulo tres del protocolo, donde el proceso de asimilación se ha trabajado y se inicia el proceso de acomodación (Joseph y Linley, 2006). La acomodación representa aquellos cambios que la persona hace en sus creencias básicas en el esfuerzo para incorporar una experiencia difícil e intensa. Este esfuerzo consciente y de aprendizaje transformaría la manera de verse a sí mismo, del entorno y de los otros.

Los resultados demuestran que el proceso de acomodación se realizó efectivamente en tanto cuatro de cinco subdimensiones aumentaron de forma significativa (Nuevas posibilidades, Fuerza personal, Relación con otros y Espiritualidad). La subdimensión Apreciación por la vida obtuvo diferencias pero sin ser significativas ($p = .167$). Estos resultados mejoran los observados en el estudio de Ochoa *et al.* (2017), en los que los cambios no alcanzaron la significancia estadística. Asimismo, los resultados estadísticamente significativos entre grupos del CPT refuerzan el cumplimiento del objetivo

central de la PPC. Las subdimensiones que arrojaron aumentos significativos fueron Nuevas Posibilidades, Relación con otros y Espiritualidad.

Estas subdimensiones representan características de la experiencia del cáncer relacionadas al CPT. Así, los resultados muestran que las participantes logran plantearse cambios positivos con mayor facilidad, a priorizar y dirigirse de forma más clara a lo que desean (Nuevas Posibilidades). Las participantes son capaces de reevaluar sus vínculos con los otros, potencialmente intensificando su apreciación y mejorando su satisfacción con muchas relaciones (Relación con otros). También, la posibilidad de morir hace que reflexionen sobre el sentido de la vida, su propósito en el mundo, su creencia (o falta de la misma) en Dios y la espiritualidad (Tedeschi y Calhoun, 1996). Estas consideraciones existenciales provocan una mayor apreciación por la vida y un más fuerte y claro sentido de espiritualidad (Espiritualidad).

Por otra parte y con menor tamaño del efecto, la vivencia de afrontar la enfermedad genera cambios en la fortaleza personal y en la percepción de las participantes sobre su temple, experiencia y capacidad para afrontar dificultades futuras (Fuerza Personal). Esto puede llevar a un sentido mayor de apreciación, dirección y significado de la vida (Apreciación por la vida).

- Incidencia de la PPC en el malestar emocional.

La reducción del malestar emocional en el grupo experimental se corrobora mediante la facilitación del CPT. El trabajo para controlar e integrar la enfermedad –el evento estresante– con las propias creencias básicas previas es realizado durante el proceso de asimilación (Joseph y Linley, 2006). En este estudio, la práctica de técnicas de expresión, procesamiento y regulación emocional y de estrategias de afrontamiento adaptativas inciden

efectivamente en la reducción del malestar emocional. Asimismo, se trabaja respecto al miedo a recaer, los controles médicos, noticias e informaciones relacionadas con la enfermedad y la vuelta a las actividades.

En el grupo experimental, ambas subdimensiones Ansiedad y Depresión se redujeron de forma significativa. En cambio, para el grupo control no se observaron diferencias a lo largo del tiempo. Los resultados entre grupos no alcanzaron diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, la subdimensión Ansiedad sí obtuvo una reducción estadísticamente significativa entre grupos.

Las puntuaciones medias de Ansiedad fueron superiores a las de Depresión, que es congruente con distintos metaanálisis que encuentran una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad en comparación con trastornos depresivos (Zabora *et al.*, 2001; Montel, 2010) en la fase de supervivencia extendida.

- Incidencia de la PPC en la sintomatología de estrés postraumático.

La reducción de la sintomatología del estrés postraumático en el grupo experimental se corrobora mediante la facilitación del CPT. De forma similar al malestar emocional, la existencia de estrés postraumático indica la necesidad de elaborar el hecho traumático que está provocando que la persona cuestione la visión de sí misma, de su entorno y de los otros (Joseph y Linley, 2006).

El punto de corte utilizado en instrumentos para verificar la existencia del TEPT es relevante en muestras clínicas. La selección del punto de corte influye en la cantidad de pacientes que cumplen con los criterios o no previo y tras la intervención seleccionada.

La subdimensión Excitación y reexperimentación alcanzó diferencias significativas en el grupo experimental, mientras que las otras dos subdimensiones no. Las características del cáncer dificultan el manejo de síntomas de evitación, reactividad fisiológica y alteraciones cognitivas en tanto este tiene un origen corporal interno, se dificulta delimitar el fin de la amenaza y el control de su curso.

- Incidencia de la PPC en la adquisición de estrategias de afrontamiento adaptativas.

La medición de las estrategias de afrontamiento no aportaron valor significativo a los resultados clínicos del estudio, pese a la predominancia de estrategias de afrontamiento adaptativas. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las estrategias de afrontamiento a lo largo del tiempo en el grupo experimental o control. De igual forma, no se encontraron variaciones estadísticamente significativas entre grupos.

La selección del instrumento en estudios longitudinales no es recomendable desde el punto de vista psicométrico ni empírico (Reich *et al.*, 2016). La operacionalización de esta variable es compleja en tanto no existe un consenso en la forma de nombrar o inclusive configurar las categorías conceptuales de las diferentes estrategias, estilos y recursos de afrontamiento (Fernández-Abascal, 1997)

- Sostenibilidad de los efectos de la PPC.

Los efectos del protocolo se sostienen en el seguimiento realizado a los tres meses en el perfil multidimensional del grupo experimental. Asimismo, se constató la estabilización de los efectos para las variables crecimiento postraumático, malestar emocional y

sintomatología de estrés postraumático. Los resultados para la variable estrategias de afrontamiento no fueron sostenibles en el seguimiento.

A modo de cierre, el panorama epidemiológico del cáncer en Uruguay muestra datos elevados sobre su incidencia y mortalidad. En vista de la transición demográfica y epidemiológica y que su Índice de Desarrollo Humano (IDH) está en la categoría *muy alto*, las estadísticas uruguayas están en línea con el panorama epidemiológico de otros países dentro de esa categoría. Sin perjuicio de ello, la tasa de supervivencia de la enfermedad ha ido progresivamente incrementando desde 1990. Así, este incremento fundamenta la importancia de estudiar diferentes abordajes psicosociales que permitan dar un acompañamiento a sobrevivientes de cáncer. Este estudio se propuso evaluar la efectividad del programa Psicoterapia Positiva para sobrevivientes de Cáncer, que hace énfasis en el bienestar psicosocial de quienes están o han terminado su tratamiento primario agudo oncológico.

La literatura científica señala que los sobrevivientes de cáncer padecen niveles elevados de malestar emocional y de sintomatología de estrés postraumático (Faller *et al.*, 2013; Kangas *et al.*, 2002). Estas sintomatologías fueron observadas en la muestra de este estudio. Por otra parte, la revisión bibliográfica exhibió la oportunidad de aportar datos científicos para la fase de supervivencia. En Latinoamérica se registra un reducido número de artículos de intervenciones psicosociales con población oncológica (véase § 1.3), de las cuales ninguna se enfocó en la fase de supervivencia. Particularmente en Uruguay, no se registran estudios de intervenciones psicosociales en sobrevivientes oncológicos.

Cincuenta y una candidatas se presentaron a la convocatoria del estudio, de las cuales veintinueve cumplieron con los criterios de inclusión. Estas fueron asignadas

aleatoriamente a grupos experimentales o de control, y fueron evaluadas antes de la intervención, posintervención y un seguimiento a los tres meses.

Tras la intervención, este estudio demuestra que el programa PPC fue efectivo para generar cambios en el perfil multidimensional de las supervivientes uruguayas que participaron en la intervención. Este tratamiento focalizado en el CPT consiguió reducciones significativas y sostenidas tanto de malestar emocional como de estrés postraumático. Las estrategias de afrontamiento, variable agregada para este estudio, no mostraron cambios significativos. Estos resultados son similares a los obtenidos por Ochoa *et al.* (2017, 2020), autores de la PPC.

Los cambios entre grupos fueron próximos a la significancia estadística y obtuvieron un tamaño del efecto medio. La facilitación del CPT fue la variable que obtuvo diferencias significativas entre grupos; a nivel de subdimensiones, la Ansiedad de la variable malestar emocional se redujo significativamente. La sintomatología de estrés postraumático y las estrategias de afrontamiento no alcanzaron diferencias entre grupos.

En síntesis, el programa PPC es efectivo en quienes participaron del dispositivo. Las supervivientes de cáncer se benefician de los objetivos planteados por el protocolo PPC, a saber, la facilitación del CPT y la reducción del malestar emocional y sintomatología de estrés postraumático.

Capítulo 8

Aplicabilidad

Los hallazgos de este estudio deben ser considerados tomando en cuenta las limitaciones inherentes a su diseño metodológico y contexto de aplicación. En primer lugar, si bien esta investigación es de carácter exploratorio, los resultados fueron exigidos a la luz del tamaño de la muestra. La participación de una mayor cantidad de supervivientes fortalecería los resultados y aplicabilidad del programa a mayor escala. Segundo, la composición de esta muestra incluye a personas del sexo femenino con una alta incidencia en cáncer de mama. Una muestra más heterogénea permitiría establecer los efectos del programa PPC para una población oncológica más amplia. Tercero, a efectos de conocer la sostenibilidad de los efectos del programa, estos deben ser medidos en más de una ocasión. Cuarto, en este estudio no se valoró la existencia de eventos vitales extremos (p. ej. un accidente o pérdidas de vínculos afectivos) previos o posteriores que pudieran favorecer o empeorar los resultados al momento de la evaluación. Finalmente, tal y como ocurre en los programas de tratamiento psicológico multicomponente, en este estudio no es posible distinguir cuáles elementos del programa son los que obtuvieron mayor o menor impacto psicoterapéutico.

Futuros estudios se beneficiarían de conocer a profundidad los instrumentos a ser utilizados para estudios de análisis de varianza de múltiples mediciones. Como se mencionó, distintas estructuras factoriales para instrumentos de investigaciones suelen coexistir, lo cual suele incluir la eliminación o modificación de elementos de la escala original. Asimismo, se recomienda que el índice de consistencia interna utilizado sea el

Omega de *McDonald*, pues es considerada una medida de confiabilidad más robusta que el Alfa de *Cronbach*.

Se recomienda que la evaluación de estrategias de afrontamiento se excluya en estudios de análisis de varianza de medidas repetidas. En concordancia con el autor del instrumento *Brief Cope*, no hay recomendaciones particulares respecto a la manera indicada de generar un estilo de afrontamiento dominante para una determinada población o situación. Incluso, que su administración en diferentes muestras y momentos arroja distintos patrones de relación entre los reactivos.

Por último, se sugiere para futuras investigaciones que estudios de este tipo se repliquen en centros o institutos de salud que brinden tratamiento para enfermedades oncológicas. De este modo, se facilita el reclutamiento y la accesibilidad a prospectivos participantes.

Referencias bibliográficas

- Almedom, A. M., y Glandon, D. (2007). Resilience is not the absence of PTSD any more than health is the absence of disease. *Journal of Loss and Trauma*, 12, 127-143.
- Álvarez-Vaz, R., Galain, A., y Dapuetto, J. (2019). Patient-Report Outcomes Prevalence of Symptoms and Symptom Clusters of Patients on Dialysis in Uruguay. *Value in Health*, 20, 28-35. <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2018.10.003>
- Andrés Solana, C. (2006). Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Oncología*, 28(3), 51-57
- Andrykowski, M. A., Cordova, M. J., McGrath, P. C., Sloan, D. A., y Kenady, D. E. (2000). Stability and change in posttraumatic stress disorder symptoms following breast cancer treatment: a 1-year follow-up. *Psycho-Oncology*, 9, 69-78.
- Antoni, M. H. (2003). *Stress management intervention for women with breast cancer: Training Manual*. American Psychological Association.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey Bass.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (Quinta edición)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Avia, M. D. (1997). Personality and positive emotions. *European Journal of Personality*, 11(1), 33-56.
- Badger, T. A., Braden, C. J., Mishel, M. H., y Longman, A. (2004). Depression burden, psychological adjustment, and quality of life in women with breast cancer: patterns over time. *Research in Nursing and Health*, 27(1), 19-28.
- Badger, T. A., Segrin, C., Figueredo, A. J., Harrington, J., Sheppard, K., Passalacqua, S., Pasvogel, A., y Bishop, M. (2011). Psychosocial interventions to improve quality of life in prostate cancer survivors and their intimate or family partners. *Quality of Life Research*, 20(6), 833-844.
- Banthia, R., Malcarne, V. L., Ko, C. M., Varni, J. W., y Sadler, G. R. (2009). Fatigued breast cancer survivors: the role of sleep quality, depressed mood, stage and age. *Psychology and Health*, 24(8), 965-80.
- Barrios, E., y Musetti, C. (2017). *V Atlas de mortalidad por cáncer en el Uruguay (2009 - 2013)*. Registro Nacional del Cáncer.
- Becerra, I., y Otero, S. (2013). *Relación entre afrontamiento y bienestar psicológico en pacientes con cáncer de mama*. (Tesis doctoral, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima). Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/5176>
- Bellizzi, K. M., Smith, A. W., Reeve, B. B., Alfano, C. M., Bernstein, L.,... Meeske, K. (2010). Posttraumatic growth and health-related quality of life in a racially diverse cohort of breast

- cancer survivors. *Journal of Health Psychology*, 15, 615–626.
- Bendig, E., Bauereib, N., Ebert, D. D., Snoek, F., Andersson, G., y Baumeister, H. (2018). Internet-based interventions in chronic somatic disease. *Deutsches Ärzteblatt International*, 115(40), 659-665.
- Berry, D. L., Hong, F., Halpenny, B., Partridge, A. H., Fann, J. R.,... Wolpin, S. (2014). Electronic self report assessment for cancer and self-care support: Results of a multicenter randomized trial. *Journal of Clinical Oncology*, 32, 199–205.
- Bishop, S. R., Lau, M., y Shapiro, S. (2004). Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241.
- Blanchard, E. B., Jones-Alexander, J., Buckley, T. C., y Forneris, C.A. (1996). Psychometric properties of the PTSD checklist (PCL). *Behavioural Research Therapies*, 34(8), 669–673.
- Bloom, J. R. (1987). Psychological response to mastectomy. A prospective comparison study. *Cancer*, 59, 196-198.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G., Riper, H., Smit, F., y Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13(1), 1-20.
- Bower, J. E. (2008). Behavioral symptoms in patients with breast cancer and survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 26(5), 768-777.
- Bower, J. E., Ganz, P. A., Desmond, K. A., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., y Belin, T. R. (2000). Fatigue in breast cancer survivors: occurrence, correlates, and impact on quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 18(4), 743-753.
- Bray, F. (2016). The Evolving Scale and Profile of Cancer Worldwide: Much Ado About Everything. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 25(1), 3–5. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-15-1109>
- Brito, O. M., Forteza, O. C., Llerena, I. L., y Soto, Y. M. (2015). Autoestima y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama. *Medimay*, 20(3), 390-400.
- Brunet, J., McDonough, M., Hadd, V., Crocker, P., y Sabiston, C. (2010). The Posttraumatic Growth Inventory: An examination of the factor structure and invariance among breast cancer survivors. *Psychooncology*, 19(8), 830-837. <https://doi.org/10.1002/pon.1640>.
- Bryant, F. B., y Veroff, J. (2006). *The process of savoring: A new model of positive experience*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Budin, W. C., Noll, C., Haber, J., Witt, D., Maislin, G., Cater, J. R.,... Shukla, S. (2008). Education counseling and adjustment among patients and partners: a randomized clinical trial. *Nursing Research*, 57(3), 199- 213.
- Bultz, B., y Johansen, C. (2011). Screening for distress, the 6th vital sign: Where are we, and where

are we going? *Psychooncology*, 20, 269-271.

- Caldwell, J. (1976). Toward a restatement of demographic transition theory. *Population and Development Review*, 2(3/4), 321–66. <https://doi.org/10.2307/1971615>
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F.,... Robinson, D. S. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.65.2.375>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Casellas-Grau, A., Ochoa, C., y Ruini, C. (2017). Psychological and clinical correlates of posttraumatic growth in cancer: A systematic and critical review. *Psycho-Oncology*, 26, 2007–2018. <https://doi.org/10.1002/pon.4426>
- Castillo-López, R. L., Marván Garduño, M. L., Galindo Vázquez, O., y Landa-Ramírez, E. (2017). Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama: una revisión narrativa. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 8(1), 35-42.
- Cella, D., Mahon, S., y Donovan, M. (1990). Cancer recurrence as a traumatic event. *Behavioral Medicine*, 16(1), 15-22.
- Charles, S. T., Reynolds, C. A., y Gatz, M. (2001). Age-related differences and change in positive and negative affect over 23 years. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 136-151.
- Cheng, C. T., Ho, S. M., Liu, W. K., Hou, Y. C., Lim, L. C.,... Gao, S. Y. (2019). Cancer-coping profile predicts long-term psychological functions and quality of life in cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 27(3), 933-941.
- Cimprich, B. (1999). Pretreatment symptom distress in women newly diagnosed with breast cancer. *Cancer nursing*, 22, 185-194.
- Cordova, M. J. (2008). Facilitating Posttraumatic Growth Following Cancer. En S. Joseph y A. Linley, (eds.). *Trauma, Recovery and Growth*. (Vol. 1, pp. 185 -207). New Jersey: John Wiley y Sons.
- Cohen, J. (1994). The earth is round ($p > .05$). *American Psychologist*, 49, 997-1003.
- Comisión Honoraria de la Lucha Contra el Cáncer (2020). *Situación epidemiológica del Uruguay en relación al cáncer*. Recuperado de: <https://www.comisioncancer.org.uy/Ocultas/Situacion-Epidemiologica-del-Uruguay-en-relacion-al-Cancer--Mayo-2020-uc108>

- Constanzo, E. S., Lutgendorf, S. K., Mattes, M. L., Trehan, S., Robinson, C. B., Tewfik, F., y Roman, S. L. (2007). Adjusting to life after treatment: distress and quality of life following treatment for breast cancer. *British Journal of Cancer*, *97*, 1625-1631.
- Costa-Requena, G., y Gil, F. (2010). Posttraumatic stress disorder symptoms in cancer: Psychometric analysis of the Spanish Post-traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian version. *Psycho-Oncology*, *19*, 500–507.
- Costa-Requena, G., Pérez Martín, X., Salamero Baro, M., y Gil Moncayo, F. (2009). Discriminación del malestar emocional en pacientes oncológicos utilizando escalas de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). *Ansiedad y Estrés*, *15*, 217-229.
- Coyne, J. C., y Racioppo, M. W. (2000). Never the Twain shall meet? Closing the gap between coping research and clinical intervention research. *American Psychology*, *55*(6), 655-64.
- Da Silva, A. V., Zandonade, E., y Amorim, M. H. C. (2017). La ansiedad y el enfrentamiento en mujeres con cáncer de mama que reciben quimioterapia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *25*:e2891.
- Dawes, D. J., Meterissian, S., Goldberg, M., y Maayo, N. E. (2008). Impact of lymphoedema on arm function and health-related quality of life in women following breast cancer surgery. *Journal Rehabilitation Medicine*, *40*, 651-658.
- De Haro-Rodriguez, M. A., Gallardo-Vidal, L., Martinez-Martinez, L., Camacho-Calderon, N., Velazquez-Tlapanco, J., y Paredes-Hernandez, E. (2014). Factores relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer de mama en pacientes de recién diagnóstico. *Psicooncología*. *11*(1), 87-99.
- Diener, E., y Seligman, M. E. (2004). Beyond money: Toward an economy of well-being. *Psychological science in the public interest*, *5*(1), 1-31.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., y Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological bulletin*, *125*(2), 276-302.
- DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., y Croghan, T. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine American Medical Association*, *160*(14), 2101–2107.
- Dolbeault, S., Cayrou, S., Brédart, A., Viala, A. L., Desclaux, B., Saltel, P.,... Dickes, P. (2009). The effectiveness of a psycho-educational group after early-stage breast cancer treatment: results of a group, a randomized French study. *Psycho-Oncology*, *18*(6), 647-656.
- Dowlatabadi, M. M., Ahmadi, S. M., Sorbi, M. H., Beiki, O., Razavi, T. K., y Bidaki, R. (2016). The effectiveness of group positive psychotherapy on depression and happiness in breast cancer patients: A randomized controlled trial. *Electronic Physician*, *8*(3), 2175–2180. <http://doi.org/10.19082/2175>

- Dujits, S. F., Faber, M. M., Oldenburg, H. S., van Beurden, M., y Aaronson, N. K. (2011). Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health-related quality of life in breast cancer patients and survivors--a meta-analysis. *Psychooncology*, *20*(2), 115-126.
- Emmons, R. A., y McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An Experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*, 377-389.
- Esparza-Baigorri, T., Leibovich, N., y Martínez-Terrer, T. (2016). Propiedades psicométricas del Inventario de Crecimiento Postraumático en pacientes oncológicos en población argentina. *Ansiedad y Estrés*, *22*(2), 97-103. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2016.06.002>
- Faller, H., Schuler, M., Richard, M., Heckl, U., Weiss, J., y Küffner, R. (2013). Effects of Psycho-Oncologic Interventions on Emotional Distress and Quality of Life in Adult Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Oncology*, *31*(6), 782-793.
- Fallowfield, L. (2008). Treatment decision-making in breast cancer: the patient-doctor relationship. *Breast Cancer Research and Treatment*, *112*, 5-13.
- Fawzy, F. I. (1999). Psychosocial interventions for patients with cancer: What works and what doesn't. *European Journal of Cancer*, *35*(11), 1559-1564.
- Fawzy, F. I., Fawzy, N. W., Hyun, Ch. S., Elashoff, R., Guthrie, D., Fahey, J. L., y Morton, D. L. (1993). Malignant Melanoma. Effects of an early structured psychiatric Interventions, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Archives of General Psychiatry*, *50*, 681-689.
- Ferlay, J., Shin, H. R., Bray, F., Forman, D., Mathers, C., y Parkin, D. M. (2010). Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *International journal of cancer*, *127*(12), 2893-2917. <https://doi.org/10.1002/ijc.25516>
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., y Bray, F. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer*, *136*(5), E359-E386.
- Fernández-Abascal, E. G. (1997). Estilos y estrategias de afrontamiento. En E. G. Fernández-Abascal, F. Palmero Cantero, M. Chóliz Montañés y F. Martínez Sánchez (Eds.), *Cuaderno de prácticas de motivación y emoción* (pp. 189-206). Madrid: Ed. Pirámide.
- Fernández, C., Padierna, C., Villoria, E., Amigo, I., Fernández, R., y Peláez, I. (2011). Repercusión de la ansiedad y depresión en el estado físico y funcionalidad de enfermos oncológicos durante el tratamiento con quimioterapia. *Psicothema*, *23*(3), 371-381.
- Fernández-Ballesteros, R. (2002). Light and dark in the psychology of human strengths: The example

- of psychogerontology. En L. G. Aspinwal y U. M. Staudinger (eds.), *A psychology of human strength: perspectives on an emerging field* (pp. 23-35). Washington, DC: APA.
- Ferrero, J. (1993). *El afrontamiento de un diagnóstico de cáncer*. Valencia: Promolibro.
- Fickova, E. (2001). Personality regulators of coping behavior in adolescents. *Studio Psychological*, 43(4), 321- 329.
- Fillion, L., Gagnon, P., Leblond, F., Gélinas, C., Savard, J., Dupuis, R., Duval, K., y Larochelle, M. (2008). A brief intervention for fatigue management in breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 31(2), 145-159.
- Folkman, S., y Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promises. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>
- Forman, D., Bray, F., Brewster, D. H., Gombe Mbalawa, C., Kohler, B., Piñeros, M., Steliarova-Foucher, E., Swaminathan, R., y Ferlay, J. (2013). Cancer Incidence in Five Continents. *IARC Scientific Publication*, 10, 2060-2071.
- Frazier, P., Conlon, A., y Glaser, T. (2001). Positive and negative lifechanges following sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1048–1055.
- Fried, E. I., y Flake, J. K. (2018). Measurement matters. *APS Observer*, 31(3), 29–30.
- Gable, S. L., y Haidt, J. (2005). What (and why) is Positive Psychology? *Review of General Psychology*, 9, 103-110.
- Ganz, P. A., Desmond, K. A., Leedham, B., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., y Belin, T. R. (2002). Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: A follow up study. *Journal of the National Cancer Institute*, 94, 39-49.
- Ganz, P. A., Rowland, J. H., Desmond, K., Meyerowitz, B. E., y Wyatt, G. E. (1998). Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *Journal Clinical Oncology*, 16, 501-514.
- García-Torres, F., Alós, F., Pérez-Dueñas, C. y Moriana, J. A. (2016). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces en psicooncología*. Córdoba: Pirámide.
- Giese-Davis, J., Collie, K., Rancourt, K. M., Neri, E., Kraemer, H., y Spiegel, D. (2011). Decrease in depression symptoms is associated with longer survival in patients with metastatic breast cancer: a secondary analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 29(4), 413–20.
- Gil, F., Sirgo, A., Maté, J., Estradé, E., Fuentes, S., y León, C. (2000) *Spanish Comprehensive Cancer Network (SCCN): psychosocial distress practice guidelines*. Póster presentado en la VI Jornada Clínicocientífica del Instituto Catalán de Oncología, L'Hospitalet de Llobregat.
- Global Cancer Observatory (2020a). *Cancer Today*. Recuperado de <https://gco.iarc.fr/today/home>
- Global Cancer Observatory (2020b). *Cancer Today*. Recuperado de <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/858-uruguay-fact-sheets.pdf>

- Golita, S., y Baban, A. (2019). A systematic review of the effects of internet-based psychological interventions on emotional distress and quality of life in adult cancer patients. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 19(2), 47-78.
- González-Fuentes, M., y Andrade, P. (2016). Escala de Bienestar Psicológico para Adolescentes. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2(42), 69-83.
- Gorlick, A., Bantum, E. O., y Owen, J. E. (2014). Internet-based interventions for cancer-related distress: Exploring the experiences of those whose needs are not met. *Psychooncology*, 23(4), 452-458.
- Gudbergsson, S. B., Fossa, S. D., y Dahl, A. A. (2008). A study of work changes due to cancer in tumor-free primary-treated cancer patients. A NOCWO study. *Supportive Care in Cancer*, 16(10), 1163-1171.
- Hall, B. J., Saltzman L., Canetti, D., y Hobfoll, S. E. (2015). The temporal relationship between posttraumatic stress symptoms and posttraumatic growth among Israeli Jews and Palestinians during ongoing violence. *PLOS One*, 10, e012478.
- Hayes, A. F., y Coutts, J. J. (2020). Use Omega Rather than Cronbach's Alpha for Estimating Reliability. But.... *Communication Methods and Measures*, 14(1), 1-24. <https://doi.org/10.1080/19312458.2020.1718629>
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., y Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 797-816. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.5.797>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). Selección de la muestra. *Metodología de la Investigación*, 6, 170-191.
- Herrmann, C. (1997). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale-a review of validation data and clinical results. *Journal of psychosomatic research*, 42(1), 17-41.
- Hickock, J. T., Roscoe, J. A., Morrow, G. R., Mustian, K., Okunieff, P., y Bole, C. W. (2005). Frequency, severity, clinical course, and correlates of fatigue in 372 patients during 5 weeks of radiotherapy for cancer. *Cancer*, 104, 1772-1778.
- Holland, J. C. (1982). Psychological aspects of cancer. En J. Holland y E. Froy (eds.), *Cancer Medicine*. Philadelphia: Lea y Febiger.
- Holland, J. C. (1999). NCCN practice guidelines for the management of psychosocial distress. *Oncology, NCCN Proceedings*, 5, 113-47.
- Holland, J. C., Rowland, J., Lebovits, A., y Rusalem, R. (1979). Reactions to cancer treatment: assessment of emotional response to adjunct radiotherapy as a guide to planned intervention. *Psychiatric Clinics of North America*, 2, 347-358.
- IBM Corp. (2017). *IBM SPSS Statistics for Macintosh*. Armonk, NY: IBM Corp.

- Jacobsen, P., y Stein, K. (1999). Is fatigue a long-term side effect of breast cancer treatment? *Cancer Control*, 6, 256-263.
- Jensen, M. P., Chang, H. Y., Lai, Y. H., Syrjala, K. L., Fann, J. R., y Gralow, J. R. (2010). Pain in long term breast cancer survivors: frequency, severity, and impact. *Pain Medicine*, 11, 1099-1106.
- Jim, H. S., Richardson, S. A., Golden-Kreutz, D. M., y Andersen, B. L. (2006). Strategies used in coping with a cancer diagnosis predict meaning in life for survivors. *Health Psychology*, 25(6), 753-761.
- Joaquín-Mingorance, M., Arbinaga, F., Carmona-Márquez, J., y Bayo-Calero, J. (2019). Coping strategies and self-esteem in women with breast cancer. *Anales De Psicología*, 35(2), 188-194.
- Joseph, S., y Linley, P. A. (2006). Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clinical Psychology Review*, 26, 1041–1053.
- Juca Fernandes, M. M., Alves, P. C., Santos, M. C. L., Mota, E. M., y Fernandes, A. F. C. (2013). Self-esteem of mastectomized women - application of the Rosenberg scale. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 14(1), 101-108.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., Lenderking, W. R., y Santorelli, S. F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149(7), 936-943.
- Kanavos, P. (2006). The rising burden of cancer in the developing world. *Annals of Oncology*, 17(8), 15-23. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdl983>
- Kangas M., Henry J., y Bryant R. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 22, 499–524.
- Kennedy, F., Haslam, C., Munir, F., y Pryce, J. (2007). Returning to work following cancer: a qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer. *European Journal of Cancer*, 16, 17-25.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental health and/or mental illness? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539-548.
- Kleinke, C. (2007). What does it mean to cope. En A. Monat, R. Lazarus y G. Reeve (Eds.), *The Praeger handbook on stress and coping*. (pp. 289–308). Westport: Praeger.
- Kimhi, S., Eshel, Y., Zysberg, L., y Hantman, S. (2010). Postwar winners and losers in the long run: Determinants of war related stress symptoms and posttraumatic growth. *Community Mental Health Journal*, 46, 10–19.
- Koocher, G. P., y O'Malley, J. E. (1981). *The Damocles Syndrome: psychosocial consequences of surviving childhood cancer*. New York: McGraw-Hill.
- Kornblith, A. B., Herndon, J. E., Weiss, R. B., Zhang, C., Zuckerman, E. L., Rosenberg, S., Mertz,

- M.,... Holland, J. C. (2003). Long-term adjustment of survivors of early-stage breast carcinoma, 20 years after adjuvant chemotherapy. *Cancer*, *98*(4), 679-689.
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychological Association*, *55*(6), 647-654. <https://doi.org/10.1037//0003-066X.55.6.647>
- Ledesma, D., y Kumano, H. (2009). Mindfulness-based stress reduction and cancer: a meta-analysis. *Psychooncology*, *18*(6), 571-579.
- Leykin, Y., Thekdi, S. M., Shumay, D. M., Muñoz, R. F., Riba, M., y Dunn, L.B. (2012). Internet Interventions for Improving Psychological Well-Being in Psycho-Oncology: Review and Recommendations. *Psychooncology*; *21*(9), 1016–1025.
- Lleras de Frutos, M., Casellas-Grau, A., Sumalla, E. C., Gracia, M., Borràs, J. M., y Ochoa, C. (2019). A systematic and comprehensive review of internet use in cancer patients: Psychological factors. *Psychooncology*, *29*(1), 6–16. <https://doi.org/10.1002/pon.5194>
- Loizzo, J. J., Peterson, J. C., Charlson, M. E., Wolf, E. J., Altemus, M., Briggs, W. M., Vahdat, L. T., y Caputo, T. A. (2010). The effect of a contemplative self-healing program on quality of life in women with breast and gynecologic cancers. *Alternative Therapies Health and Medicine*, *16*(3), 30-37.
- Lyubomirsky, S., King, L., y Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological bulletin*, *131*(6), 803-855.
- Manganiello, A., Hoga, L. A., Reberte, L. M., Miranda, C. M., y Rocha, C. A. (2011). Sexuality and quality of life breast cancer patients post mastectomy. *European Journal of Oncology Nursing*, *15*(2), 167-172.
- Martínez, M., Porta, J., Espinosa, J. A. y Gómez-Batiste, X. (2006). Evaluación sencilla y rápida del distrés emocional en una consulta externa de Cuidados Paliativos. *Medicina Paliativa*, *13*(3), 144-48.
- Matchim, Y., Armer, J. M., y Stewart, B.R. (2011). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on health among breast cancer survivors. *Western Journal of Nursing Research*, *33*(8), 996-1016.
- Maté, C., Ochoa, C., y Carreras, B. (2013). Síntomas psicológicos y psiquiátricos: evaluación emocional básica. En J. Porta, X. Gómez-Batiste y A. Tuca (Eds.), *Manual de control de síntomas* (Vol. 3, pp. 215-231). Barcelona: Grünental Pharma.
- Mehnert, A., Koch, U., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., y Faller, H. (2012). Prevalence of mental disorders, psychosocial distress and need for psychosocial support in cancer patients - study protocol of an epidemiological multi-center study. *BMC Psychiatry*, *12*(1), 1-9.

- Meneses, K. D., McNees, P., Loerzel, V. W., Su, X., Zhang, Y., y Hassey, L.A. (2007). Transition from treatment to survivorship: effects of a psychoeducational intervention on quality of life in breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 34(5), 1007-1016.
- Mera, P. C., y Ortiz, M. (2012). La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. *Terapia psicológica*, 30(3), 69-78.
- Meyerowitz, B. E., Desmond, K. A., Rowland, J. H., Wyatt, G. E., y Ganz, P.A. (1999). Sexuality following breast cancer. *Journal of Sex y Marital Therapy*, 25(3), 237-250.
- Mitchell, A., Chan, M., Bhatti, M., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., y Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*, 12(2), 160-174.
- Mols, F., Vingerhoets, A. J., Coebergh, J. W., y van de Poll-Franse, L. V. (2009). Well-being, posttraumatic growth and benefit finding in long-term breast cancer survivors. *Psychology & Health*, 24, 583-595.
- Montarezi, A. (2008). Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic of the literature from 1974 to 2007. *Journal of Experimental and Clinical Cancer Research*, 27(1), 27-58.
- Montazeri, A., Vahdaninia, M., Harirchi, I., Ebrahimi, M., Khaleghi, F., y Jarvandi, S. (2008). Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study. *BMC Cancer*, 8(1), 1-6.
- Montel, S. (2010). Fear of recurrence: a case report of a woman breast cancer survivor with GAD treated successfully by CBT. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17(4), 346-353.
- Montgomery, G.H., y Boubjerb, D.H. (2004). Pre-surgery distress and specific response expectancies predict post-surgery outcomes in surgery patients confronting breast cancer. *Health Psychology*, 23, 381-387.
- Montgomery, G. H., David, D., Goldfarb, A. B., Silverstein, J. H., Weltz, C. R., Birk, J. S., y Boubjerb, D. H. (2002). Sources of anticipatory distress among breast surgery patients. *Journal Behavior Medicine*, 26, 153-164.
- Moos, R. H. y Holahan, C. J. (2003). Dispositional and contextual perspectives on coping: Toward an integrative framework. *Journal of Clinical Psychology*, 59(12), 1387-1403. <https://doi.org/10.1002/jclp.10229>
- Morán, C., Landero, R., y González, M. T. (2010). COPE-28: a psychometric analysis of the Spanish version of the Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543-552.
- Moreno, M., Iglesia, D. G., y García, R. Z. (2017). Afrontamiento al cáncer de mama en pacientes diagnosticadas. *Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 2(1),

1-6.

- Morrell, J., y Pryce, J. (2005). *Work and cancer: How cancer affects working lives*. Inglaterra: Ashford Colour Press.
- Mosher, C. E., Winger, J. G., y Given, B. A. (2017). A systematic review of psychosocial interventions for colorectal cancer patients. *Support Care Cancer*, 25(7), 2349-2362. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3693-9>.
- Mullan, F. (1985). Seasons of survival: reflections of a physician with cancer. *New England Journal of Medicine*, 313, 270-273.
- Mundy, E. A., Blanchard, E. B., Cirenza, E., Gargiulo, J., Maloy, B., y Blanchard, C. G. (2000). Posttraumatic stress disorder in breast cancer patients following autologous bone marrow transplantation or conventional cancer treatments. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1015-1027.
- Navarro, E., Limonero, J. T., Maté, J., y Gómez-Romero, M. J. (2010). Necesidades de comunicación e información en el paciente oncológico superviviente. *Psicooncología*, 7(1), 127-141.
- Ochoa-Arnedo, C. Flix-Valle, A., Medina, J. C., Escriche, E., Rodríguez, A., Villanueva, C.,... Borràs, J. M. (2020). Programa E-Health IConnecta't: un ecosistema para fomentar el bienestar en cáncer a través de la propuesta europea ONCOMMUN. *Psicooncología*, 17, 41-58. <https://doi.org/10.5209/psic.68240>
- Ochoa, C. (2015). Psicoterapia positiva grupal para supervivientes de cáncer. En F. Gil Moncayo (Ed.), *Counselling y psicoterapia en cáncer*. (pp. 293-302). España: Editorial Herder.
- Ochoa-Arnedo, C., Casellas-Grau, A., Lleras, M., Medina, J. C., y Vives, J. (2020). Stress Management or Post-traumatic Growth Facilitation to Diminish Distress in Cancer Survivors? A Randomized Controlled Trial. *The Journal of Positive Psychology*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/17439760.2020.1765005>
- Ochoa, C., Casellas-Grau, A., Vives, J., Font, A., y Borràs, J. (2017). Psicoterapia positiva para supervivientes de cáncer con elevados niveles de malestar emocional: la facilitación del crecimiento postraumático reduce el estrés postraumático. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17, 28-37.
- Ochoa, C., Castejón, V., Sumalla, E. C., y Blanco, I. (2013). Post-traumatic growth in cancer survivors and their significant others: Vicarious or secondary growth? *Terapia Psicológica*, 31, 81-92. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082013000100008>
- Ochoa, C., Sumalla, E. C., Maté, J., Castejón, V., Rodríguez, A., Blanco, I., y Gil, F. (2010). Psicoterapia positiva grupal en cáncer. Hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer. *Psicooncología*, 7(1), 7-34.
- Office of Cancer Survivorship (2014). *Definitions, Statistics and Graphs*. Recuperado de

<http://cancercontrol.cancer.gov/ocs/statistics/definitions.html>.

- Olivares, M. E. (2007). Cirugía mamaria: aspectos psicológicos. *Psicooncología*, 4(2-3), 447-464.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Enfermedades no transmisibles*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Mundial de la Salud (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
- Organización Panamericana de la Salud (2015). *Indicadores de salud: aspectos conceptuales y operativos*. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=health-analysis-metrics-evidence-9907&alias=45250-indicadores-salud-aspectos-conceptuales-operativos-250&Itemid=270&lang=es
- Ornelas Mejorada, R. E., Tufiño Tufiño, M. A., Sierra, A. V., Guerrero, O. T., Rosas, A. R., y Sánchez Sosa, J. J. (2013). Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en radioterapia: análisis de la Escala COPE Breve. *Revista Psicología y Salud*, 23(1), 55-62.
- Pallí, C., Lluch, J., y Valero, S. (2010). Sexualidad, comunicación y emociones: estudio situacional con mujeres afectadas de cáncer ginecológico. *Psicooncología*, 7(1), 153-173.
- Parker, P. A., Youssef, A., Walker, S., Basen-Engquist, K., Cohen, L., Gritz, E. R.,... Robb, G. (2007). Short-Term and Long-Term Psychosocial Adjustment and Quality of Life in Women Undergoing Different Surgical Procedures for Breast Cancer. *Annals of Surgical Oncology*, 14(11), 3078-3089.
- Pat-Horenczyk, R., Saltzman, L., Hamama-Raz, Y., Perry, S., Ziv, Y., Ginat-Frolich, R., y Stemmer S. (2016). Stability and transitions in posttraumatic growth trajectories among cancer patients: LCA and LTA analyses. *Psychological Trauma*, 8(5), 541-549. <https://doi.org/10.1037/tra0000094>
- Pearman, T. (2008). Psychosocial factors in Lung Cancer: Quality of life, economic impact and survivorship implications. *Journal of Psychosocial Oncology*, 26(1), 69-80.
- Perczek, R., Carver, C. S., Price, A. A., y Pozo-Kaderman, C. (2000). Coping, mood, and aspects of personality in Spanish translation and evidence of convergence with English versions. *Journal of Personality Assessment*, 74(1), 63-87. <https://doi.org/10.1207/S15327752JPA740105>
- Peteet, J. R. (2000). Cancer and meaning of work. *General Hospital Psychiatry*, 22, 200-205.
- Preyde, M., y Synnott, E. (2009). Psychosocial Intervention for Adults With Cancer: A Meta-Analysis. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 6, 321-347.
- Quintero, M. F., y Finck, C. (2018). Intervenciones psicológicas eficaces en pacientes con cáncer de mama en Latinoamérica y España: una revisión sistemática. *Psicooncología*, 15(1), 49-64.

- Ramaswamy, G., y Morgensztern, D. (2016). *Manual Washington de Oncología*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Rashid, T., y Seligman, M. E. P. (2013). Positive Psychotherapy. En R. J. Corsini y D. Wedding (Eds.), *Current Psychotherapies*. (pp. 461-498). Belmont: CA: Cengage.
- Reich, M., Costa-Ball, C. D., y Remor, E. (2016). Estudio de las propiedades psicométricas del Brief COPE para una muestra de mujeres uruguayas. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(3), 615-636. <https://doi.org/10.12804/apl34.3.2016.13>
- Reich, M., Lesur, A., y Perdrizet-Chevallier, C. (2008). Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast Cancer Research and Treatment*, 110(1), 9–17.
- Ridruejo, P. (1999). Asistencia psíquica al paciente oncológico. En E. García Camba (ed.), *Manual de Psicooncología* (pp. 205-230). Madrid: Grupo Aula Médica.
- Río, M., Cano, C., Villafaña, F., y Valdivia, C. (2010). Inserción laboral en mujeres después de un cáncer de mama: una ayuda a la integración social. *Psicooncología*, 7(1), 143-152.
- Rodríguez, B., Priede, A., Maeso, A., Arranz, H., y Palao, A. (2011). Cambios psicológicos e intervenciones basadas en mindfulness para los supervivientes de un cáncer. *Psicooncología*, 8(1), 7-20. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2011.v8.n1.1
- Roepke, A. M. (2014). Psychosocial Interventions and Posttraumatic Growth: A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83, 129-142. <https://doi.org/10.1037/a0036872>
- Rogers, L. Q., Markwell, S. J., Courneya K. S., McAuley, E., y Verhulst, S. (2011). Physical activity type and intensity among rural breast cancer survivors: patterns and associations with fatigue and depressive symptoms. *Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*, 5(1), 54-61.
- Rowland, J. H., Kent, E. E., Forsythe, L. P., Loge, J. H., Hjort, L. y Glaser, A. (2013). Cancer survivorship research in Europe and the United States: Where have we been, where are we going, and what can we learn from each other? *Cancer*, 119, 2094-2108.
- Russell, K. M., Von, D. M., Giesler, R. B., Storniolo, A. M., y Haase, J. E. (2008). Quality of life of African American breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 31(6), 36-45.
- Ryff, C. D., y Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Saforcada, E. (1999). Psicología Sanitaria. *Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Salkind, N. J. (1998). *Método de investigación*. México: Prentice-Hall.
- Sammarco, A., y Konecny, L. M. (2008). Quality of life, social support and uncertainty among latina breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 35(5), 844-849.
- Sansom-Daly, U. M., Wakefield, C. E., Bryant, R. A., Patterson, P., Anazodo, A., y Butow, P. (2019).

- Feasibility, acceptability, and safety of the Recapture Life videoconferencing intervention for adolescent and young adult cancer survivors. *Psychooncology*, 28(2), 284–92.
- Sarenmalm, E. K., Öhlén, J., Odén, A. y Gaston-Johansson, F. (2007). Experience and predictors of symptoms, distress and health-related quality of life over time in postmenopausal women with recurrent breast cancer. *Psycho-Oncology*, 17(5), 497-505.
- Sawyer, A., Ayers, S., y Field, A. P. (2010). Posttraumatic growth and adjustment among individuals with cancer or HIV/AIDS: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 436–447. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.02.004>
- Seligman, M. E. P. (1999). The President's address. APA 1998 Annual Report. *American Psychologist*, 54, 559-562.
- Seligman, M. E. P., y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Semple, C. J., Sullivan, K., Dunwoody, L., y Kernoham, W. G. (2004). Psychosocial interventions for patients with head and neck cancer. *Cancer Nursing*, 27(6), 434-441.
- Shakespeare-Finch, J., y Lurie-Beck, J. (2014). A meta-analytic clarification of the relationship between posttraumatic growth and symptoms of posttraumatic distress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 223-229. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.10.005>
- Sheard, T., y Maguire, P. (2011). The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. *British Journal of Cancer*, 80, 1770–1780.
- Shepherd, K. L., y Fisher, S. E. (2004). Prospective evaluation of quality of life in patients with oral and oropharyngeal cancer: from diagnosis to three months post-treatment. *Oral Oncology*, 40, 751-757.
- Silva, S. M., Crespo, C., y Canavarró, M. C. (2012). Pathways for psychological adjustment in breast cancer: A longitudinal study on coping strategies and posttraumatic growth. *Psychology & health*, 27(11), 1323-1341.
- Sin, N. L., y Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly metaanalysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 467–487.
- Singer, S., Das-Munshi J., y Brähler, E. (2010). Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care- a meta-analysis. *Annals of Oncology official journal of the European Society for Medical Oncology ESMO*, 21(5), 925–930.
- Snyder, C. R., y Dinoff, B. L. (1999). Coping: Where Have You Been? En C. R. Snyder (Ed.), *Coping: The Psychology of What Works* (pp. 3-19). New York: Oxford University Press.
- So, W. K. W., Marsh, G., Ling, W. M., Leung, F. Y., Lo, J. C. K., Yeung, M., y Li, G. K. H. (2009). Anxiety, depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant

- therapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(1), 17-22.
- Spelten, E. R., Sprangers, M. A., y Verbeek, J. H. (2002). Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: a literature review. *Psycho-oncology*, 11, 124-131.
- Stanton, A. L. (2006). Psychosocial concerns and interventions for cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 24(32), 5132-5137.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A.,... Kirk, S. B. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 875-882.
- Stark, D., Kiely, M., Smith, A., Velikova, G., House, A., y Selby, P. (2002). Anxiety disorders in cancer patients: their nature associations and relation to quality of life. *Journal Clinical Oncology*, 20(14), 3137-3148.
- Steinberg, T., Roseman, M., Kasymjanova, G., Dobson, S., Lajeunesse, L., Dajezman, E.,... Small, D. (2009). Prevalence of emotional distress in newly diagnosed lung cancer patients. *Supportive care in cancer*, 17(12), 1493-1497.
- Steiner, J. F., Cavender, T. A., Main, D. S., y Bradley, C. J. (2004). Assessing the impact of cancer on work outcomes: what are the research needs? *Cancer*, 101, 1703-1711.
- Stephens, P. A., Osowski, M., Fidale, M.S., y Spagnoli, C. (2007). Identifying the educational needs and concerns of newly diagnosed patients with breast cancer after surgery. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(2), 253-258.
- Sumalla, E. C., Ochoa, C., y Blanco, I. (2009). Posttraumatic growth in cancer: Reality or illusion? *Clinical Psychology Review*, 29(1), 24- 33.
- Tedeschi, R. G., y Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Trauma and Stress*, 9(3), 455-471.
- Tennen, H., y Affleck, G. (2002). Benefit-finding and Benedict reminding. En S. J. López y C. Snyder (Eds). *Handbook of Positive Psychology* (Vol. 1, pp. 584-597). Nueva York: Oxford University Press.
- Tjemsland, L., Soreide, J. A., y Malt, U. F. (1996a). Traumatic distress symptoms in early breast cancer: I: Acute response to diagnosis. *Psycho-Oncology*, 5, 1-8.
- Tjemsland, L., Soreide, J. A., y Malt, U. F. (1996b). Traumatic distress symptoms in early breast cancer: II: Acute response to diagnosis. *Psycho-Oncology*, 5, 295-303.
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V., y Kigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 343-361. <https://doi.org/10.1007/BF01173478>.
- Vázquez, C., Hervás, G., y Ho, S. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva. *Psicología Conductual*, 14(3), 401-432.

- Vázquez, C. (2008). La ciencia del bienestar psicológico. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *Bienestar: Fundamentos científicos de una Psicología Positiva*. (pp. 13-46). Madrid: Alianza Editorial.
- Vázquez, C. y Hervás, G. (2008a). *Bienestar: Fundamentos científicos de una Psicología Positiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Vázquez, C. y Hervás, G. (2008b). *Psicología Positiva aplicada*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Vázquez, O., Rojas, E., Benjet, E., Meneses García, E., Aguilar Ponce, J., y Alvarado, A. (2014). Efectos de intervenciones psicológicas en supervivientes de cáncer: una revisión. *Psicooncología*, 11(2-3), 233-241.
- Villoria, E. (2012). *Terapia de Activación Conductual para la prevención de los trastornos emocionales y la promoción de la calidad de vida en pacientes oncológicos*. (Tesis doctoral, Universidad de Oviedo, Oviedo). Recuperado de <http://digibuo.uniovi.es/dspace/>
- Villoria, E., y Lara, L. (2018). Adaptación y validación de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria en pacientes chilenos con cáncer. *Revista Médica de Chile*, 146(3), 300-307. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872018000300300>
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D., Huska, J., & Keane, T. (1994). The PTSD checklist-civilian version (PCL-C). *Boston, MA: National Center for PTSD*, 10.
- Weis, J. (2003). Support groups for cancer patients. *Support Care Cancer*, 11, 763-768.
- Weisman, A., y Worden, J. (1976). The existencial flight in cancer: significance of the first 100 days. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 7, 1-15.
- Wild, C., Weiderpass, E., y Stewart, B. (2020). *World Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention*. Lyon, International Agency for Research on Cancer. Recuperado de: <http://publications.iarc.fr/586>.
- World Health Organization (1948) Preamble to the Constitution of the World Health Organization. En *Official records of the World Health Organization*, 2 (p. 100). Ginebra: World Health Organization.
- Worthington, E. L., y Scherer, M. (2004). Forgiveness is an emotion-focused coping strategy that can reduce health risks and promote health risks and promote health resilience: theory, review, and hypotheses. *Psychology Health*, 19, 385–405.
- Yalom I. (2000). *Psicoterapia existencial y Terapia de grupo*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Yanez, B., MCGinty, H. L., Mohr, D. C., Begale, M. J., Dahn, J. R., y Flury, S. C. (2015). Feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of a technology-assisted psychosocial intervention for racially diverse men with advanced prostate cancer. *Cancer*, 121(24), 4407-4415.
- Yokoyama, T., Kurokawa, Y., Kani, R., Takatori, E., Nokiguchi, S., Suzuki, Y.,... Ohvashiki, K. (2012). Assessment of health-related quality of life in cancer outpatients treated with chemotherapy.

Cancer and chemotherapy, 39(3), 409-414.

Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., y Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Journal of Psycho-Oncology*, 10(1), 19-28.

Zernicke, K. A., Campbell, T. S., Speca, M., McCabe-Ruff, K., Flowers, S., y Carlson, L.E. (2014). A Randomized Wait-List Controlled Trial of Feasibility and Efficacy of an Online. *Psychosomatic Medicine*, 76(4), 257–267.

Zigmond, A. S., y Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Belgica*, 67, 361-370.

Lista de figuras

- 1 - Clasificación de incidencia de cáncer por país en población de 30 a 69 años de edad.
- 2 - Cantidad de nuevos casos en 2018 según sitios de cáncer, ambos sexos y todas las edades.
- 3 - Cantidad de muertes en 2018 según sitios de cáncer, ambos sexos y todas las edades.
- 4 - Tasa estandarizada de incidencia global de cáncer, todos los sitios, ambos sexos y todas las edades.
- 5 - Tasa estandarizada de mortalidad global de cáncer, todos los sitios, ambos sexos y todas las edades.
- 6 - Causas de mortalidad de 2018 en Uruguay. Extraído del Ministerio de Salud del Uruguay.
- 7 - Evolución de mortalidad por cáncer en todos los sitios de 1990 a 2018 en Uruguay.
- 8 - Descripción de la Psicoterapia Positiva para Supervivientes de Cáncer.
- 9 - Resultados longitudinales de la PPC en una muestra oncológica española.
- 10 - Comparativa de resultados longitudinales de los programas PPC y CBSM en población oncológica.
- 11 - Asignación de los grupos experimentales y control en cada momento de las medidas.
- 12 - Evolución de las medias PTGI del grupo experimental a lo largo de los tres momentos de evaluación.
- 13 - Evolución de las medias HADS del grupo experimental a lo largo de los tres momentos de evaluación.
- 14 - Evolución de las medias PCL-C del grupo experimental a lo largo de los tres momentos de evaluación.
- 15 - Evolución de las medias Brief Cope del grupo experimental a lo largo de los tres momentos de evaluación.
- 16 - Evolución de las medias de subdimensiones PTGI del grupo experimental a lo largo del tiempo.
- 17 - Evolución de las medias de subdimensiones HADS del grupo experimental a lo largo del tiempo.
- 18 - Evolución de las medias de subdimensiones PCL-C del grupo experimental a lo largo del tiempo.
- 19 - Evolución de las medias PTGI entre grupos a lo largo de las mediciones T0 y T1.
- 20 - Evolución de las medias HADS entre grupos a lo largo de las mediciones T0 y T1.
- 21 - Evolución de las medias PCL-C entre grupos a lo largo de las mediciones T0 y T1.
- 22 - Evolución de las medias Brief Cope entre grupos a lo largo de las mediciones T0 y T1.
- 23 - Evolución de las medias de subdimensión Nuevas Posibilidades (PTGI) entre grupos a lo largo de las mediciones T0 y T1.
- 24 - Evolución de las medias de subdimensión Relación con otros (PTGI) entre grupos a lo

largo de las mediciones T0 y T1.

25 - Evolución de las medias de subdimensión Espiritualidad (PTGI) entre grupos a lo largo de las mediciones T0 y T1.

26 - Evolución de las medias de subdimensión Ansiedad (HADS) entre grupos a lo largo de las mediciones T0 y T1.

Lista de tablas

- 1 - Comparación de las características sociodemográficas y clínicas de los grupos PPC y control
- 2 - Resultados de consistencia interna (Alfa de Cronbach) de estructuras factoriales de PTGI
- 3 - Resultados de consistencia interna (Alfa de Cronbach) de estructuras factoriales de PCL-C
- 4 - Resultados de consistencia interna (Alfa de Cronbach) de estructuras factoriales de Brief Cope
- 5 - Resultados de consistencia interna de estructuras factoriales de HADS
- 6 - Resultados de consistencia interna de puntuaciones globales de instrumentos utilizados
- 7 - Estadísticos descriptivos de cada dimensión estudio en los tres momentos de evaluación
- 8 - Estadísticos descriptivos de resultados del grupo experimental por cada medición según instrumento
- 9 - Resultados de prueba de esfericidad de Mauchly por instrumento en todas las mediciones
- 10 - Resultados de pruebas univariadas por instrumento en todas las mediciones de grupo experimental
- 11 - Estadísticos descriptivos de resultados de grupo control por cada medición según instrumento
- 12 - Resultados de pruebas univariadas por instrumento en todas mediciones de grupo control
- 13 - Estadísticos descriptivos de resultados de grupo experimental por cada medición según subdimensiones
- 14 - Resultados de prueba de esfericidad de Mauchly por subdimensión grupo experimental
- 15 - Resultados de pruebas univariadas por subdimensiones en todas las mediciones de grupo experimental
- 16 - Resultados de prueba post-hoc de Bonferroni para subdimensiones de grupo experimental a lo largo del tiempo
- 17 - Estadísticos descriptivos de resultados de grupo control por cada medición según subdimensiones
- 18 - Resultados de pruebas univariadas por subdimensiones en todas mediciones grupo control
- 19 - Estadísticos descriptivos de resultados entre grupos según medición T0 y T1
- 20 - Resultados de pruebas univariadas entre grupos según medición T0 y T1
- 21 - Resultados de pruebas univariadas por subdimensión entre grupos según medición T0 y T1

Glosario de siglas

AFE - Análisis Factorial Exploratorio

AFEM - Afrontamiento Enfocado en las Emociones

AFEV - Afrontamiento Evitativo

AFP - Afrontamiento Focalizado en el Problema

APA - Asociación Americana de Psicología

CBSM - Programa Cognitivo-Conductual de Control de Estrés

CHLCC - Comisión Honoraria de la Lucha Contra el Cáncer

CIE - Clasificación Internacional de Enfermedades

CPT - Crecimiento postraumático

DSM - Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales

ENT - Enfermedades No Transmisibles

EVA - Escala Verbal Analógica

EVN - Escala Verbal Numérica

HADS - Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria

IARC - Agencia Internacional de Investigación en Cáncer

IDH - Índice de Desarrollo Humano

KMO - *Kaiser-Meyer-Olkin*

MBSR - Reducción del Estrés Basada en Mindfulness

NCCN - *National Comprehensive Cancer Network*

NCCS - *National Coalition For Cancer Survivorship*

NCDnet - Red Global de Enfermedades No Transmisibles

OCS - Oficina de Supervivencia al Cáncer

OMS - Organización Mundial de la Salud

ONU - Organización de las Naciones Unidas

OPS - Organización Panamericana de Salud

PCL-C - *Posttraumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version*

PP - Psicología Positiva

PPC - Psicoterapia Positiva para supervivientes de Cáncer

PRT - Psicoterapia Grupal de Respuestas Traumáticas

PTGI - Inventario de Crecimiento Postraumático

TEPT - Trastorno de Estrés Postraumático

Apéndices

1. *Inventario de Crecimiento Postraumático* (PTGI; Tedeschi y Calhoun, 1996)

Indique en cada una de las siguientes afirmaciones el grado en el que este cambio ocurrió en su vida como resultado de su enfermedad, utilizando la escala siguiente:

- 0) No experimenté este cambio como resultado de mi experiencia.
- 1) Experimenté muy poco este cambio como resultado de mi experiencia.
- 2) Experimenté poco cambio como resultado de mi experiencia.
- 3) Experimenté este cambio en grado moderado como resultado de mi experiencia.
- 4) Experimenté este cambio en alto grado como resultado de mi experiencia.
- 5) Experimenté este cambio en muy alto grado como resultado de mi experiencia.

	No cambio	Muy poco cambio	Poco cambio	Cambio moderado	Alto grado de cambio	Muy alto grado de cambio
1. Cambié mis prioridades sobre lo que es importante en la vida.	0	1	2	3	4	5
2. Tengo mayor apreciación por el valor de mi propia vida.	0	1	2	3	4	5
3. Desarrollé nuevos intereses.	0	1	2	3	4	5
4. Me siento más autosuficiente.	0	1	2	3	4	5
5. Tengo mejor entendimiento de las cosas espirituales.	0	1	2	3	4	5
6. Puedo ver más claramente que puedo contar con otras personas en tiempos difíciles.	0	1	2	3	4	5

7. Me abrí un nuevo camino en mi vida.	0	1	2	3	4	5
8. Me siento más cercana, allegada, a otras personas.	0	1	2	3	4	5
9. Puedo expresar mis emociones con más facilidad.	0	1	2	3	4	5
10. Sé que puedo enfrentar dificultades.	0	1	2	3	4	5
11. Estoy capacitada para mejorar mi vida.	0	1	2	3	4	5
12. Me siento mejor capacitada para aceptar las cosas como vengan	0	1	2	3	4	5
13. Siento mayor apreciación por cada día de vida	0	1	2	3	4	5
14. Se me presentaron nuevas oportunidades que no se me hubiesen presentado de otra forma	0	1	2	3	4	5
15. Siento mayor compasión por los demás	0	1	2	3	4	5
16. Me esfuerzo más en mis relaciones personales	0	1	2	3	4	5
17. Tengo mayor probabilidad de intentar cambiar las cosas que necesitan cambios	0	1	2	3	4	5
18. Tengo más fe en mi religión	0	1	2	3	4	5
19. Descubrí que soy más fuerte de lo que pensaba	0	1	2	3	4	5
20. Aprendí que la gente es maravillosa	0	1	2	3	4	5
21. Se me hace más fácil aceptar que necesito de los demás.	0	1	2	3	4	5

2. *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria* (HADS; Zigmond y Snaith, 1983).

Este cuestionario tiene el objetivo de ayudarnos a conocer cómo se siente. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajuste a cómo se sintió durante la semana pasada. No piense mucho sus respuestas. Lo más seguro es que si contesta deprisa, sus respuestas podrán reflejar mejor cómo se encontraba.

1. Me siento tenso o molesto.

<input type="checkbox"/>	Todos los días
<input type="checkbox"/>	Muchas veces
<input type="checkbox"/>	A veces
<input type="checkbox"/>	Nunca

2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.

<input type="checkbox"/>	Como siempre
<input type="checkbox"/>	No lo bastante
<input type="checkbox"/>	Solo un poco
<input type="checkbox"/>	Nada

3. Tengo una gran sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.

<input type="checkbox"/>	Totalmente, y es muy fuerte
<input type="checkbox"/>	Sí, pero no es muy fuerte
<input type="checkbox"/>	Un poco, pero no me preocupa
<input type="checkbox"/>	Nada

4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.

<input type="checkbox"/>	Igual que lo hice siempre
<input type="checkbox"/>	Ahora no tanto
<input type="checkbox"/>	Casi nunca
<input type="checkbox"/>	Nunca

5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones.

<input type="checkbox"/>	La mayoría de las veces
<input type="checkbox"/>	Con bastante frecuencia
<input type="checkbox"/>	A veces, aunque no muy a menudo
<input type="checkbox"/>	Solo en ocasiones

6. Me siento alegre.

<input type="checkbox"/>	Nunca
<input type="checkbox"/>	No muy a menudo
<input type="checkbox"/>	A veces
<input type="checkbox"/>	Casi siempre

7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado.

<input type="checkbox"/>	Siempre
<input type="checkbox"/>	Por lo general
<input type="checkbox"/>	No muy a menudo
<input type="checkbox"/>	Nunca

8. Me siento como si cada día estuviera más lenta.

<input type="checkbox"/>	Por lo general, en todo momento
<input type="checkbox"/>	Muy a menudo
<input type="checkbox"/>	A veces
<input type="checkbox"/>	Nunca

9. Tengo sensación de miedo, como de aleteo en el estómago.

<input type="checkbox"/>	Nunca
<input type="checkbox"/>	En ciertas ocasiones
<input type="checkbox"/>	Con bastante frecuencia
<input type="checkbox"/>	Muy a menudo

10. He perdido el interés por mi aspecto físico.

<input type="checkbox"/>	Totalmente
<input type="checkbox"/>	No me preocupa tanto como debería
<input type="checkbox"/>	Podría tener un poco más de cuidado
<input type="checkbox"/>	Me preocupa igual que siempre

11. Me siento inquieto, como si estuviera continuamente en movimiento.

<input type="checkbox"/>	Mucho
<input type="checkbox"/>	Bastante
<input type="checkbox"/>	No mucho
<input type="checkbox"/>	Nada

12. Me siento optimista respecto al porvenir.

<input type="checkbox"/>	Igual que siempre
<input type="checkbox"/>	Menos de lo que acostumbraba
<input type="checkbox"/>	Mucho menos de lo que acostumbraba
<input type="checkbox"/>	Nada

13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.

	Muy frecuentemente
	Bastante a menudo
	No muy a menudo
	Nada

14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión.

	A menudo
	A veces
	No muy a menudo
	Rara vez

3. *Posttraumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version* (PCL-C, Weathers *et al.*, 1994).

En este cuestionario se mencionan una serie de problemas y de síntomas que la gente tiene a veces en respuesta a experiencias estresantes. Queremos conocer en qué medida ha tenido Ud. estas respuestas tras el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad. Por favor, lea cada una con detenimiento y elija el número que se ajuste mejor al grado en que ha presentado Ud. ese síntoma durante el último mes.

- 1) Nada en absoluto
- 2) Poco
- 3) Moderadamente
- 4) Bastante
- 5) Extremadamente

- 1. ¿Ha tenido recuerdos, pensamientos o imágenes dolorosas de esa experiencia?
- 2. ¿Ha tenido pesadillas repetidas de lo sucedido?
- 3. ¿Ha actuado o se ha sentido repentinamente como si la experiencia pasada estuviese ocurriendo de nuevo?
- 4. ¿Se ha sentido muy mal cuando algo le recordaba los acontecimientos?
- 5. ¿Ha tenido reacciones físicas (por ejemplo, problemas para respirar, latidos fuertes del corazón, sudor...) cuando algo le recordaba lo sucedido?
- 6. ¿Ha evitado pensar o hablar de la enfermedad o ha evitado sentimientos relacionados con lo sucedido?
- 7. ¿Ha evitado hacer actividades o estar en situaciones que le recordasen lo sucedido?
- 8. ¿Ha tenido problemas para recordar partes importantes de lo sucedido?
- 9. ¿Ha perdido interés en las cosas con las que solía disfrutar?

10. ¿Se ha sentido alejado o distante de la otra gente?
11. ¿Se ha sentido emocionalmente bloqueado o ha sido incapaz de tener sentimientos de amor hacia las personas cercanas a Usted?
12. ¿Ha sentido como si su futuro estuviese de algún modo cortado o interrumpido?
13. ¿Ha tenido problemas para quedarse dormido o para permanecer dormido?
14. ¿Se ha sentido irritable o ha tenido arrebatos de ira?
15. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
16. ¿Se ha sentido superalerta o en un estado permanente de guardia?
17. ¿Se ha sentido inquieto o fácilmente sobresaltable?

4. *Brief COPE* (Perczek, Carver, Price y Pozo-Kaderman, 2000).

Las siguientes son algunas maneras de enfrentarse y adaptarse a situaciones difíciles. Piense en una situación difícil que Ud. tuvo que enfrentar. Estamos interesados en saber cómo Ud. se enfrentó y se adaptó a esa situación difícil.

Seleccione aquella opción con la que se identifica por cada frase a continuación.

Escala:

1	2	3	4
No hice esto en lo absoluto	Hice esto un poco	Hice esto con cierta frecuencia	Hice esto con mucha frecuencia

1. Yo me enfoqué en el trabajo u otras actividades para distraer mi mente.
2. Yo concentré mis esfuerzos para hacer algo acerca de la situación en la que estaba.
3. Yo me dije a mi mismo(a), esto no es real.
4. Yo usé alcohol u otras drogas para sentirme mejor.
5. Yo recibí apoyo emocional de otras personas.
6. Yo me di por vencido(a) de tratar de lidiar con esto.
7. Yo tomé acción para poder mejorar la situación.
8. Yo rehusé creer que esto hubiera pasado.
9. Yo dije cosas para dejar escapar mis sentimientos desagradables.
10. Yo usé alcohol u otras drogas para que me ayudaran a pasar por esto.
11. Yo traté de verlo con un enfoque distinto para que pareciera más positivo.
12. Yo traté de crear una estrategia para saber qué hacer.
13. Yo recibí apoyo y comprensión de alguien.
14. Yo dejé de hacerle frente a la situación en la que estaba.
15. Yo busqué algo bueno en lo que estaba pasando.
16. Yo hice bromas acerca de esto.
17. Yo hice algo para pensar menos en esto, como ir al cine, ver T.V., leer, soñar despierto(a),

dormir, o ir de compras.

18. Yo acepté la realidad de que esto haya pasado.

19. Yo expresé mis pensamientos negativos.

20. Yo traté de encontrar apoyo en mi religión o mis creencias espirituales.

21. Yo aprendí a vivir con esto.

22. Yo pensé mucho cuáles eran los pasos a tomar.

23. Yo recé o medité.

24. Yo hice gracia de la situación.

Anexos

1. Protocolo sociodemográfico y clínico *ad hoc*

Identificación:

A continuación se le realizarán una serie de preguntas sobre datos sociodemográficos y sobre su enfermedad. Por favor, conteste las siguientes preguntas.

Indique su fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):

Indique su edad actual:

Indique el departamento en el cual reside:

Indique la ciudad o barrio de su departamento:

Indique su estado civil:

- Soltera
- Casada (con pareja estable)
- Separada
- Viuda

Indique su número de hijos. Si no tiene ponga 0:

Indique sus estudios:

Sin estudios

Primarios

Secundarios

Universitarios

Por favor, conteste las siguientes preguntas referentes a su situación laboral actual:

Indique su situación laboral:

Pasiva (no
trabaja de
forma
remunerado)

Activa

Jubilada

Prestación
(licencia laboral
o incapacidad
permanente)

Baja laboral

En caso de estar de baja laboral, por favor apunte la fecha aproximada en la que comenzó su baja (dd/mm/aaaa):

Respecto a la vuelta al trabajo tras su baja laboral:

- No estoy de baja laboral
- Quiero volver enseguida para normalizar mi vida lo antes posible
- Quiero alargar la baja al máximo
- Quiero volver al trabajo pero estando física y psicológicamente lo mejor posible

Por favor, escriba su tipo de cáncer:

Por favor, indique la fecha aproximada del diagnóstico de cáncer (dd/mm/aaaa):

Respecto al tratamiento del cáncer...

	Si	No
¿Le han realizado intervención quirúrgica?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Le han realizado radioterapia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Ha recibido quimioterapia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Ha realizado o realiza hormonoterapia? (tamoxifeno)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Ha recibido un trasplante de médula?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Le han realizado braquiterapia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Ha realizado o realizado inmunoterapia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si ha finalizado todo el tratamiento oncológico primario (quimioterapia y radioterapia) por favor indique la fecha aproximada de finalización (dd/mm/aaaa):

Si conoce el estadio de su enfermedad, indíquelo:

- Estadio 0
- Estadio I
- Estadio II
- Estadio III
- Estadio IV
- No lo conozco

Por favor, conteste sí o no:

	Si	No
¿Hay antecedentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

de cáncer en su familia?

¿Alguien de su familia ha recibido atención psicológica o psiquiátrica?

¿Alguna vez ha recibido atención psicológica o psiquiátrica antes del diagnóstico de cáncer?

En caso de que haya recibido atención psicológica o psiquiátrica antes del diagnóstico, especifique el motivo:

Indique si toma medicación psicofarmacológica:

Ninguna

Ansiolítico

Antidepresivo

Hipnótico
(para dormir)

Antipsicótico

Otros

Ansiolítico +
antidepresivo

2. Consideraciones éticas

Este documento incluyó la información relacionada a los objetivos, selección de participantes y el procedimiento a seguir para la investigación.

Estimado/a participante,

Este formulario se dirige a los y las usuarios del sistema de salud, invitándoles a participar en el proyecto de investigación titulado: “Efectividad de la psicoterapia positiva grupal para supervivientes de cáncer”.

Responsable principal: Lic. Carlos Urrutia

Organización: Facultad de Psicología - Universidad de la República

Introducción

Le estamos invitando a participar en este proyecto de investigación, al cual no tiene que decidir hoy si participar o no. Antes de tomar una decisión, puede hablar con alguien con quien se sienta cómodo sobre su decisión. Si hubiera algunas palabras que no sean claras, puede contactarme en cualquier momento para explicarle. Si tiene consultas más tarde, puede consultarme al siguiente correo electrónico: c51urrutia@gmail.com, o a través del teléfono 0 95 XXX 875.

Propósito

El objetivo principal de la investigación es determinar la efectividad de la psicoterapia positiva grupal en supervivientes de cáncer, la cual cuenta con estudios internacionales que respaldan beneficios psicológicos para sus participantes. Para determinar su efectividad, se procederá a medir cuatro variables de cada participante: 1) los cambios respecto al malestar emocional, 2) los cambios positivos tras superar el cáncer, y 3) las formas de afrontar la enfermedad, y 4) los síntomas de

estrés generados por un trauma. Estas mediciones se realizarán antes de la terapia, al terminarla y tres meses después de su conclusión.

Para tal fin, resulta indispensable la utilización de cuestionarios que permiten obtener datos de los participantes de la investigación. Para la comodidad de los participantes, se ha dispuesto que el llenado de estos cuestionarios pueda realizarse en línea, permitiendo así la medición de las tres variables previamente mencionadas, así como de un formulario para recabar datos sociodemográficos.

Adicionalmente a los cuestionarios, los participantes serán divididos aleatoriamente a dos grupos: un grupo de personas recibirá el tratamiento psicológico, y otro grupo recibirá el tratamiento rutinario.

Selección de participantes

Esta investigación está dirigida a personas que estén cerca de concluir su tratamiento primario (cirugía, quimioterapia y/o radioterapia) o hayan sobrevivido un cáncer recientemente, y además manifiesten malestar emocional. Adicionalmente es necesario aplicar los cuestionarios antes mencionados.

Procedimiento y protocolo

En caso de participar de esta investigación, la misma consistirá en la utilización de los cuestionarios mencionados en tres momentos diferentes.

El procedimiento será el siguiente:

1. Un integrante del equipo le explicará la investigación que se está llevando adelante y le brindará esta hoja de información, explicando los motivos de esta investigación y por qué con usted, y el segundo documento es el consentimiento informado, el cual establece las ventajas y desventajas de ser parte de esta investigación y brinda contactos por cualquier inquietud que pueda tener. El consentimiento informado debe firmarlo si está de acuerdo con ser parte de la investigación.

2. Luego de haber firmado el documento, se le enviará el enlace para el llenado de los cuestionarios y quedará a disposición ante cualquier duda.

3. En caso de ser seleccionado para el grupo que recibirá el tratamiento psicológico, se le invitará semanalmente a la terapia positiva grupal mediante la plataforma digital Zoom versión 5.0, conformada por un máximo de 12 participantes. La terapia tiene una duración de 12 sesiones semanales de 90 a 120 minutos, haciendo un total de tres meses.

4. Al concluir la terapia, se le enviará nuevamente los cuestionarios en línea aplicados previo a la terapia, independientemente del grupo que haya conformado.

5. Finalmente, a los tres meses de concluida la terapia, se le enviará la última aplicación en línea de los cuestionarios, independientemente del grupo que haya conformado.

Debido al poco tiempo que ha transcurrido desde la remisión de la enfermedad, si considera que requiere de atención psicológica individual, se ha previsto la derivación con profesionales de la psicología independientes que podrán asistirle. En el caso que exista una recaída del cáncer, la psicoterapia grupal se suspenderá de forma definitiva.

Participar en el estudio puede involucrar proveer información que usted considere confidencial, por lo que se tomarán todos los recaudos necesarios para que esta información no sea divulgada: cuando se analicen y publiquen los datos, estos no tendrán el nombre del participante, y para ingresar a la base de datos se requerirá de una contraseña confidencial.

Finalmente, no hay costos para usted por tomar parte de la investigación, ni tampoco se le pagará algún dinero por su participación.

Conclusión

Por favor, tómese su tiempo para decidir y puede pedir aclaraciones sobre cualquier información que no entienda. Usted puede retirarse en el transcurso de esta investigación sin perjuicio alguno.

Ante cualquier consulta, puede consultarme al siguiente correo electrónico: c51urrutia@gmail.com, o a través del teléfono 0 95 XXX 875.

3. Consentimiento informado

Declaración del paciente:

Yo, declaro que es mi decisión participar en el estudio titulado “Efectividad de la psicoterapia positiva grupal para supervivientes de cáncer”. Mi participación es voluntaria. He sido informado que puedo negarme a participar o terminar mi participación en cualquier momento del estudio sin que sufra penalidad alguna o pérdida de beneficios. Si suspendo mi participación, recibiré el tratamiento habitual al que tengo derecho como paciente y no sufriré perjuicio alguno durante el proceso de selección. Comprendo que puedo ser asignado a un grupo de personas que recibirá el tratamiento psicológico o a un grupo que recibirá el tratamiento rutinario. Se me informó que, mediante esta terapia, es posible que obtenga beneficios relacionados a la mejora de mi estado de ánimo, facilitación de cambios positivos tras la enfermedad, y conocer diferentes formas de afrontar la enfermedad. Se me informó que, al participar en esta investigación, podría someterme a ciertos riesgos, tales como aumento en el malestar emocional que puede manifestarse en llanto, ansiedad, estrés temporal o dificultades para dormir. Se me informó que, si dicha situación se presentara, se ha dispuesto de material psicoeducativo en línea al cual podré acceder, o al equipo psicológico del instituto de salud dónde haya recibido el tratamiento previamente. Yo puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos o beneficios potenciales derivados de mi participación en el estudio. Puedo obtener los resultados de mi participación si los solicito. Si tengo preguntas sobre el estudio, puedo ponerme en contacto con el investigador responsable Lic. Carlos Urrutia al correo c51urrutia@gmail.com o a través del teléfono 095 XXX 875. Debo informar al investigador de cualquier cambio en mi estado de salud física o mental (por ejemplo, uso de nuevos medicamentos) tan pronto como me sea posible. Estoy enterado que todos mis datos serán utilizados de manera confidencial y mi identidad se mantendrá anónima.

He leído y entendido toda la información que me han dado sobre mi participación en el estudio.

He tenido la oportunidad para discutirlo y hacer preguntas. Todas las preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. He entendido que recibiré una copia firmada de este consentimiento informado.