

EL CAMBIO VITAL POSITIVO TRAS UN CÁNCER: INGREDIENTES, CLAVES PARA FACILITARLO Y EFECTOS SOBRE EL BIENESTAR

Ochoa Arnedo, Cristian; Casellas-Grau, Anna

EL CAMBIO VITAL POSITIVO TRAS UN CÁNCER: INGREDIENTES, CLAVES PARA FACILITARLO Y EFECTOS SOBRE EL BIENESTAR

Papeles del Psicólogo, vol. 38, núm. 1, 2017

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, España

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77849972001>

DOI: <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2815>

EL CAMBIO VITAL POSITIVO TRAS UN CÁNCER: INGREDIENTES, CLAVES PARA FACILITARLO Y EFECTOS SOBRE EL BIENESTAR

*Cristian Ochoa Arnedo **
Hospital Duran i Reynals, España
Universidad de Barcelona., España
cochoa@iconcologia.net

DOI: <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2815>
Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77849972001>

Anna Casellas-Grau
Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL),
España

Recepción: 15 Febrero 2016
Aprobación: 06 Mayo 2016

RESUMEN:

En las últimas décadas se ha impulsado desde la Psicología Positiva (PsiPos) el estudio científico de los cambios vitales positivos tras un cáncer, integrándolos con los cambios negativos, desde un mismo marco de experiencia humana. Se han diseñado intervenciones novedosas que han priorizado vías de reducción del malestar emocional y la psicopatología en cáncer desde la facilitación de un funcionamiento psicológico positivo con resultados prometedores. Se realiza una revisión e integración teórica de los constructos de la PsiPos encontrados en bases de datos relevantes (Psycinfo, Pubmed, Web of Science, Scopus, entre otros) que se han relacionado con los cambios vitales positivos tras un cáncer y su potencial terapéutico. Por último, se describe un resumen del programa de psicoterapia positiva en cáncer apuntando las estrategias terapéuticas facilitadoras de estos cambios positivos. Los cambios vitales positivos tras pasar por un cáncer son más la norma que la excepción. Estos cambios juegan un importante papel en la adaptación psicosocial, adherencia a los tratamientos oncológicos, bienestar y calidad de vida. Programas de tratamiento psicológico basados en la PsiPos tienen resultados prometedores en cáncer que complementan y pueden mejorar los resultados de programas tradicionales de control o manejo de estrés.

PALABRAS CLAVE: Cambios vitales positivos, Cáncer, Intervenciones positivas, Estrategias terapéuticas.

ABSTRACT:

During the last decades, Positive Psychology (PsyPos) has been promoting the scientific study of positive life changes in the aftermath of cancer. These have been integrated within the negative life changes, from the same human experience framework. Innovative interventions have been designed prioritizing the pathways to the emotional distress and psychopathology reduction in cancer, through the facilitation of positive psychological functioning. These interventions have achieved promising results. A theoretical and integrative review of the PsyPos-related constructs is performed in relevant databases (PsycINFO, PubMed, Web of Science, Scopus, etc.). These constructs have been linked to the positive life changes after cancer and its therapeutic power. Finally, a summary of a positive psychotherapy program for cancer survivors is described, pointing therapeutic strategies that facilitate positive life changes in the aftermath of cancer. Positive life changes after undergoing cancer are more the norm than the exception. These changes play an important role in psychosocial adjustment, adherence to cancer treatments, wellness and quality of life. Psychological treatment programs based on PsyPos achieve promising results in cancer. These programs are capable of complementing and improving the outcomes reached by traditional stress-management programs.

KEYWORDS: Positive life changes, Cancer, Positive interventions, Therapeutic strategies.

NOTAS DE AUTOR

* Unitat de Psicooncologia. Hospital Duran i Reynals. Insitut Català d'Oncologia. Av. Gran Via de l'Hospitalet, 199-203. L'Hospitalet de Llobregat. 08908 Barcelona. España. E-mail: cochoa@iconcologia.net

A pesar de los avances existentes en el tratamiento primario del cáncer (cirugía, quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia), las altas tasas de supervivencia no han implicado la consecución de un mayor bienestar y calidad de vida. De hecho, un gran porcentaje de supervivientes (35%-38%) experimentan un elevado malestar psicológico e importantes dificultades en el funcionamiento y desarrollo de actividades de la vida cotidiana tras sobrevivir a la enfermedad (Carlson et al., 2004; Zabora, Brintzenhofesoc, Curbow, Hooker, & Piantadosi, 2001). A nivel psicológico, por ejemplo, existe una alta prevalencia de sintomatología de estrés postraumático (Kangas, Henry, & Bryant, 2002), ansiedad, depresión y fatiga persistentes en el periodo de supervivencia tras un cáncer de mama (Haberkorn et al., 2013; Przezdziecki et al., 2013; Sheppard, Llanos, Hurtado-de- Mendoza, Tailor, & Adams-Campbell, 2013). Este malestar psicológico mantenido es crucial en la evolución de la propia enfermedad ya que repercute en una baja calidad de vida, pobre autocuidado, peor adherencia a los tratamientos oncológicos, e incluso en un peor pronóstico y supervivencia global (DiMatteo, Lepper, & Croghan, 2000; Giese-Davis et al., 2011; Honda, Goodwin, & Neugut, 2005; Reich, Lesur, & Perdrizet-Chevallier, 2008). Hasta hace dos décadas, el foco de interés psicológico en el superviviente de cáncer se centraba en esta experiencia negativa, dolorosa y más reactiva a la enfermedad. Sin embargo, durante las dos últimas décadas, y coincidiendo con la emergencia de la Ppos, se amplifica notablemente el interés por el funcionamiento psicológico positivo en todo el proceso oncológico y por su capacidad de impulsar transformaciones personales positivas. De esta forma, el objetivo de la Ppos, entendido como el estudio de las bases del bienestar psicológico, así como las virtudes y fortalezas humanas, ha ido impregnando los diferentes estudios en el ámbito de la psico-oncología. El fenómeno más estudiado dentro de la Ppos en cáncer es el de crecimiento postraumático (CPT). El CPT se refiere a los cambios personales positivos que algunas personas experimentan tras pasar por una experiencia potencialmente traumática, como puede ser el cáncer. Existe más de un modelo para definir el CPT, pero el más utilizado hasta el momento ha sido el modelo de Tedeschi & Calhoun (1996), el cual establece que estos cambios personales se dan, básicamente, en cinco áreas: consideración de nuevas posibilidades en la vida, mejora en las relaciones personales, mayor importancia a la propia espiritualidad, mayor fortaleza personal y mayor apreciación por la propia vida. Estas cinco áreas, a su vez, conforman la herramienta de evaluación de CPT creada por los mismos autores, la cual es la más utilizada por los estudios que evalúan el CPT: el Inventario de Crecimiento Postraumático (Tedeschi & Calhoun, 1996).

Meta-análisis recientes muestran una relación consistente entre variables relacionadas con el funcionamiento psicológico positivo (emociones positivas, crecimiento o búsqueda de beneficios) y resultados robustos asociados con la salud como la mortalidad, indicadores físicos de salud o el grado de recuperación en enfermedades físicas (Vázquez, 2013). Así mismo, los resultados globales de los meta-análisis realizados en pacientes con cáncer muestran que los pacientes que experimentan CPT se adaptan mejor tras la enfermedad, mostrando una mejor salud mental, así como con un mejor estado subjetivo de salud física (Helgeson, Reynolds, & Tomich, 2006; Sawyer, Ayers, & Field, 2010). En concreto se ha visto que el CPT en cáncer se asociaba con menor malestar emocional y sintomatología postraumática (Sawyer et al., 2010). El hecho de que haya una asociación entre altos niveles de estrés postraumático y pérdida de la calidad de vida en pacientes con cáncer (Cordova et al., 1995), y que esta pérdida quede amortiguada cuando se experimenta CPT (Morrill et al., 2006), hace pensar que el crecimiento pueda ser una vía terapéutica a potenciar para facilitar la calidad de vida en supervivientes. El CPT también se ha asociado con más conductas salutogénicas (Milam, 2006) en la supervivencia. Por ejemplo, se ha relacionado el crecimiento con una mayor adherencia a los controles rutinarios de vigilancia en mujeres con cáncer de mama (Sears, Stanton, & Danoff-Burg, 2003). Si estos cambios vitales positivos, sintetizados en los estudios del CPT en cáncer, parecen asociarse a mejor adaptación psicosocial a la enfermedad y mejores autocuidados y adherencia a los tratamientos oncológicos, surgen varias preguntas: ¿Qué elementos están asociados a estos cambios vitales positivos? Este proceso

natural de cambio positivo en la adversidad: ¿Puede facilitarse desde la psicología positiva? ¿Esta facilitación aporta un plus terapéutico respecto a otros abordajes terapéuticos?

Dada la importancia del CPT en cáncer, la presente revisión pretende mostrar los factores sociodemográficos, médicos y psicosociales que se han asociado más a los cambios vitales positivos. En segundo lugar, también se resumirá un programa de tratamiento focalizado en la Ppos, explicando las estrategias terapéuticas facilitadoras de estos cambios vitales positivos y los resultados obtenidos.

¿QUÉ ELEMENTOS SOCIODEMOGRÁFICOS O MÉDICOS ESTÁN ASOCIADOS AL CPT EN CÁNCER?

Algunas líneas de investigación han aportado información sobre el poder predictivo de algunas variables sociodemográficas, psicosociales o médicas en el desarrollo de CPT en pacientes con cáncer (ver Tabla 1). Del mismo modo, también se ha explorado el poder predictivo de estas variables en el funcionamiento psicológico positivo en pacientes de algún tipo de cáncer específico, como el cáncer de mama. En este apartado resumiremos los principales hallazgos sobre el tema, y en la Tabla 1 pueden verse el número de estudios que apoyan o no la relación de los diferentes factores con el CPT. Para consultar la potencia de estas relaciones en los diferentes estudios se puede consultar una reciente revisión sistemática (e.g., Casellas- Grau, Vives, Font, & Ochoa, 2016).

TABLA 1
RELACIONES ENTRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, MÉDICAS O PSICOSOCIALES CON EL DESARROLLO DE CPT EN PACIENTES CON CÁNCER

Características sociodemográficas	Relación con CPT
Edad	Relación inversa entre la edad y el CPT (n=11) Relación no significativa entre la edad y el CPT (n=8) Relación directa entre la edad y el CPT (n=3)
Género	Relación no significativa entre el sexo y el CPT (n=7) Sexo femenino tiene mayor tendencia a desarrollar CPT que el sexo masculino (n=6)
Estado civil	Relación no significativa entre el estado civil y CPT (n=5) Relación directa entre estar casado y CPT (n=3)
Nivel de educación	Relación no significativa entre nivel de educación y CPT (n=7) Relación inversa entre el nivel de educación y el CPT (n= 6) Relación directa entre el nivel de educación y el CPT (n=4)
Nivel socioeconómico	Relación no significativa entre el nivel socioeconómico y el CPT (n=5)
Características psicosociales	Relación con CPT
Soporte social	Relación directa entre soporte social y CPT (n=11) Relación no significativa entre soporte social y CPT (n=2)
Afiliación religiosa	Relación directa entre tener alguna afiliación religiosa y CPT (n=4) Relación no significativa entre tener alguna afiliación religiosa y CPT (n=1)
Optimismo	Relación directa entre optimismo y CPT (n=3) Relación no significativa entre optimismo y CPT (n=3)
Afecto positivo	Relación directa entre afecto positivo y CPT (n=3) Relación no significativa entre afecto positivo y CPT (n=3)
Calidad de vida	Relación directa entre calidad de vida y CPT (n=3) Relación no significativa entre calidad de vida y CPT (n=3)

TABLA 1
RELACIONES ENTRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS,
MÉDICAS O PSICOSOCIALES CON EL DESARROLLO
DE CPT EN PACIENTES CON CÁNCER (continuación)

Bienestar	Relación directa entre bienestar y CPT (n=4)
Esperanza	Relación no significativa entre esperanza y CPT (n=2) Relación directa entre esperanza y CPT (n=1)
Felicidad	Relación directa entre felicidad y CPT (n=1)
Gratitud	Relación directa entre gratitud y CPT (n=1)
Características médicas	Relación con CPT
Sitio del cáncer	Relación no significativa entre el sitio del cáncer y CPT (n=4)
Estadio del cáncer	Relación directa entre el estadio de cáncer y CPT (n=4) Relación no significativa entre el estadio de cáncer y CPT (n=4)
Tipo de cirugía	Relación no significativa entre el tipo de cirugía y el CPT (n=6)
Tipo de tratamiento oncológico	Relación no significativa entre el tipo de tratamiento oncológico y el CPT (n= 9) Relación directa entre recibir quimioterapia y CPT (n=3) Relación directa entre recibir radioterapia y CPT (n=1) Relación inversa entre recibir radioterapia y CPT (n=1)
Tiempo desde el diagnóstico	Relación no significativa entre el tiempo desde el diagnóstico y el CPT (n=10) Relación directa entre el tiempo desde el diagnóstico y CPT (n=6) Relación inversa entre el tiempo desde el diagnóstico y CPT (n=2)
Tiempo desde el tratamiento	Relación no significativa entre el tiempo desde el tratamiento y el CPT (n=4) Relación directa entre el tiempo desde el tratamiento y el CPT (n=1) Relación inversa entre el tiempo desde el tratamiento y el CPT (n=1)
Recurrencia	Relación no significativa entre recurrencia de la enfermedad y CPT (n=2)

Entre las variables sociodemográficas, la edad ha sido la característica más estudiada. En general, los estudios reportan una relación inversa entre esta variable y el desarrollo de CPT, siendo las personas jóvenes quienes tienden a desarrollar CPT más frecuentemente (e.g., Manne et al., 2004). Sin embargo, aún existen algunos estudios que encuentran una relación directa entre tales variables –tres artículos de un total de 22 – (e.g., Jansen, Hoffmeister, Chang-Claude, Brenner, & Arndt, 2011) o una ausencia de relación (e.g., Nenova, DuHamel, Zemon, Rini, & Redd, 2013). El motivo de las diferencias en los resultados de estos últimos estudios podría ser causado por el tipo de muestra estudiado, siendo algunos cánceres más propios de ciertos rangos de edad más avanzada (por ejemplo, el cáncer de mama se suele diagnosticar alrededor de los 50 años de edad), mientras que otros tipos de cáncer, como la leucemia, tienden a afectar a poblaciones más jóvenes.

Los estudios que han explorado la influencia del género en el CPT encuentran que son las mujeres las que tienden a desarrollar más CPT en relación a los hombres, probablemente debido a que también las mujeres muestran una mayor sensación de amenaza y afectación emocional en forma de malestar o de estrés postraumático, que se ha asociado a mayor CPT (Barakat, Alderfer, & Kazak, 2006; McDonough, Sabiston, & Wrosch, 2014; Morrill et al., 2006; Mystakidou et al., 2007; Sears, Stanton, & Danoff-Burg, 2003; Yi & Kim, 2014). En este sentido, también se ha valorado la influencia de estar o no emparejado en la facilitación del CPT y los resultados muestran que no influiría (e.g., Svetina & Nastran, 2012), aunque algunos estudios encontraron una relación directa (Bellizzi & Blank, 2006; Mystakidou et al., 2008; Weiss, 2004). Parece que las diferencias estaban más bien relacionadas con la calidad del soporte social recibido por parte de la pareja. Cabe pensar que una relación de pareja que aporta apoyo de calidad fomenta el CPT de forma muy parecida a como lo hace el soporte social. De hecho, la gran mayoría de artículos asocian de forma directa el soporte social y el CPT (e.g., Lelorain, Tessier, Florin, & Bonnaud-Antignac, 2012). Otro factor psicosocial muy relacionado con el desarrollo de CPT y el soporte social es la afiliación religiosa. La afiliación religiosa, de hecho, se ha vinculado a un mayor soporte emocional, ya sea por parte del resto de creyentes, como de su creencia en un Dios (e.g., Bellizzi et al., 2010). En cuanto a variables típicamente asociadas a un funcionamiento psicológico positivo en la Ppos, como son el optimismo, la esperanza, afecto positivo y la calidad de vida tampoco muestran consenso, encontrándose prácticamente la misma cantidad de artículos a favor y en contra de su relación con el CPT (Casellas-Grau, Vives, Font, & Ochoa, 2016). Sin embargo, sí parece haber consenso en cuanto a la relación directa entre bienestar y CPT en los cuatro estudios que la estudiaron (Danahauer et al., 2013; Lelorain et al., 2012; Olden, 2009; Ruini & Vescovelli, 2012). Finalmente, dos estudios que han estudiado conceptos próximos a los de bienestar y su relación con el CPT, como son la felicidad (Lelorain, Bonnaud-Antignac, & Florin, 2010) y la gratitud (Ruini, Vescovelli, & Albieri, 2013), encuentran, también, una relación directa.

Por último, múltiples estudios han evaluado el poder predictivo de las variables médicas sobre el desarrollo de CPT en pacientes con cáncer. En general, no se ha observado que estos factores tengan una influencia importante sobre el desarrollo del CPT. En concreto, el lugar del tumor, el tipo de cirugía y la recurrencia del cáncer parece que no están relacionadas con el posterior desarrollo de CPT en los pacientes. Menos consenso se encontró en relación al estadio del tumor, la mitad de los estudios encontrando una relación directa entre esta variable y el desarrollo de CPT (e.g., Jansen et al., 2011), mientras la otra mitad, encontrando una relación no significativa (e.g., Mols, Vingerhoets, Coebergh, & van de Poll-Franse, 2009). Un estudio (Lechner, Carver, Antoni, Weaver, & Phillips, 2006) articula estos resultados, encontrando una relación curvilínea entre estadio del cáncer y búsqueda de beneficios de la enfermedad. Así, los tumores más benignos (Estadio I) o los más avanzados (Estadio IV) serían los que menos CPT facilitarían. Los primeros por su escasa sensación de amenaza no facilitarían que los pacientes dieran cambios en su forma de verse a sí mismos, a los otros o al mundo, y los segundos, por su elevada amenaza vital, podrían bloquear los cambios precisamente por no ver posibilidades de proyección vital suficiente como para que valiera la pena cambiar. Serían así los estadios intermedios (II y III) los que generarían una incertidumbre y amenaza suficiente como para plantearse cambios vitales positivos y una perspectiva vital de poder realizarlos.

En cuanto al tipo de tratamiento oncológico y el CPT la mayoría de estudios no encuentran relación significativa (e.g., Tallman, 2013), aunque tres muestran una relación directa entre recibir quimioterapia y desarrollar CPT (Hefferon, Greal, & Mutrie, 2009; Jansen et al., 2011; Lee, Robin Cohen, Edgar, Laizner, & Gagnon, 2006; Lelorain et al., 2010). Finalmente, otras variables como el tiempo transcurrido desde el diagnóstico (Brunet, McDonough, Hadd, Crocker, & Sabiston, 2010), o el tratamiento oncológico (Turner-Sack, Menna, Setchell, Maan, & Cataudella, 2012) tampoco se han relacionado de forma fehaciente al CPT, aunque parece que el alejamiento temporal de la parte aguda de la enfermedad sí puede facilitar el CPT, sin determinarse claramente cuál sería el tiempo óptimo.

PSICOLOGÍA POSITIVA APLICADA EN CÁNCER

La Psicología Positiva Aplicada o Psicoterapia Positiva (PP) en cáncer surge vinculada al importante impulso que la PsiPos está teniendo en la última década. Su premisa central es potenciar y privilegiar el foco de la intervención psicológica en los recursos positivos de las personas, como son las emociones positivas, las fortalezas y los significados personales (incluyendo los existenciales y espirituales), complementando a los enfoques más clásicos centrados en la reducción o manejo de síntomas psicopatológicos o del malestar emocional (Ochoa, 2014; Rashid & Seligman, 2013). Una de sus asunciones básicas, relevante en cáncer y de clara tradición humanístico-existencial, es que las personas tienen el deseo inherente de crecimiento, plenitud, y felicidad en vez de sólo buscar evitar la miseria, la preocupación o la ansiedad. Se entiende así, que una parte substancial del sufrimiento, malestar emocional y psicopatología en cáncer se engendra por el lógico límite que impone a la vida la muerte, o su amenaza percibida –obvia en cáncer–. Sin embargo, otra parte importante del sufrimiento en cáncer tiene que ver con que se vea frustrada la enorme y apremiante necesidad de abordar y realizar cambios vitales positivos que eclosionan de forma intensa tras la conciencia total o parcial de mortalidad en enfermedades graves.

¿CÓMO FACILITAR CAMBIOS VITALES POSITIVOS (CRECIMIENTO) EN CÁNCER?

En nuestro entorno, se crea en el 2010 la primera guía de un programa de psicoterapia positiva grupal en cáncer (PPC; Ochoa et al., 2010). El objetivo básico de la PPC será facilitar la adaptación psicosocial fomentando el CPT en pacientes, cuidadores y otras personas significativas. El programa grupal de PPC (ver Tabla 2) consta de 12 sesiones de frecuencia semanal de 90-120 minutos de duración, con dos seguimientos a los 3 y 12 meses de finalizar la fase intensiva de tratamiento psicológico. La composición de los grupos cerrados son de 8-12 pacientes post-tratamiento oncológico, libres de enfermedad y con problemas moderados o graves de adaptación. Las sesiones se dividen en 4 módulos (ver Tabla 2) de diversa duración y con objetivos diferentes, que se adaptan y flexibilizan al ritmo del grupo. El objetivo general de los dos primeros módulos es favorecer los procesos de asimilación de la experiencia oncológica mediante el trabajo con elementos que permitan una mayor regulación emocional y un mejor afrontamiento. Los dos últimos módulos, más extensos, se focalizan en favorecer los procesos de acomodación y transformación personal de la experiencia con la enfermedad, lo que entendemos como crecimiento per se.

TABLA 2
DESCRIPCIÓN DE LA PSICOTERAPIA POSITIVA EN CÁNCER

FASES INICIALES: FAVORECER PROCESOS ASIMILACIÓN			
Módulo	Sesión	Objetivo	Sesiones / Elementos terapéuticos
1	1 y 2	Promover actitudes que facilitan el crecimiento en la enfermedad Favorecer Expresión/Procesamiento emocional	1. Promover Curiosidad vital, universalidad grupal y apertura al cambio 2. "La intención positiva del síntoma". Trabajo con emociones negativas y positivas: conciencia somática, simbolización y resignificación emocional adaptativa
2	3 y 5	Regulación emocional y Afrontamiento	3. Conciencia y balance emocional 4. Horizontes de cambio positivo y estilos de vida saludables 5. Trabajo con fortalezas y Memorias de éxito en el afrontamiento de otros hechos adversos
FASES INTERMEDIAS Y FINALES: FAVORECER PROCESOS DE ACOMODACIÓN			
Módulo	Sesión	Objetivo	Sesiones / Elementos terapéuticos
3	6 - 9	Facilitación del Crecimiento Postraumático	6. Dar significado a la experiencia: trabajo con Memorias Autobiográficas Positivas recientes y remotas. 7. Dar significado a la experiencia: Pauta Personal de Realización e intervenciones basadas en la esperanza. 8. Crecimiento relacional: fomentar o despertar el interés por los otros, y trabajo con modelos positivos en la adversidad. 9. Crecimiento relacional: intervenciones basadas en el agradecimiento y perdón.
4	10-12	Aspectos existenciales y espirituales Terminación del grupo	10. Anticipar recaída y aumento de conciencia mortalidad y transitoriedad y abordaje anestesia emocional. 11. Trascendencia y el arrepentimiento como vía constructiva 12. Carta de despedida y repaso de la experiencia grupal

Algunos modelos teóricos sobre crecimiento en la adversidad realizan una distinción útil entre procesos de asimilación y acomodación de la experiencia adversa (e.g., Cáncer). En general, tratan de distinguir si la persona cambia o no su forma de ver el hecho que ha vivido (e.g., "el cáncer es otro bache en la vida") haciéndola consistente con su forma previa de ver las cosas (asimilación) o la persona cambia su forma de ver las cosas para lograr incorporar la vivencia del hecho (acomodación). Por ejemplo, "ahora distingo claramente lo que es importante de lo que es una tontería". Aunque no supongan dos procesos secuenciales puros, los procesos de asimilación priman en los momentos más inmediatamente posteriores al evento adverso (momento de crisis y post-crisis) y comprenden elementos de expresión, procesamiento y regulación emocional, así como lo que conocemos como estrategias de afrontamiento centradas en el manejo y forma de ver el evento en sí. Diferentes factores asociados a los procesos de asimilación como a los de acomodación se han asociado con el crecimiento personal en situaciones adversas (Zoellner & Maercker, 2006), pero muchos autores entienden que el crecimiento verídico, real y actual sólo ocurre a través de la acomodación (Joseph & Linley, 2006; Sumalla, Ochoa, & Blanco, 2009), es decir mediante cambios profundos en la visión de uno mismo, los otros y el mundo resultado de la necesidad de elaborar la información traumática que la enfermedad grave acostumbra a imponer. Es por eso que nuestro programa grupal dedica más sesiones a los procesos de acomodación que a los de asimilación.

A continuación explicaremos brevemente las 12 sesiones grupales de la PPC, que complementan la Tabla 2 donde se explicitan los objetivos específicos, las técnicas y estrategias que facilitan el cambio vital positivo en cáncer y que se han descrito en mayor profundidad en otros trabajos (Ochoa & Casellas- Grau, 2015; Ochoa et al., 2010) y que se han utilizado de forma muy similar para el abordaje de otras situaciones adversas (Vázquez, Pérez-Sales, & Ochoa, 2014).

Sesión 1: ¿Qué supuso recibir el diagnóstico de cáncer? Promover Curiosidad vital, universalidad grupal y apertura al cambio. Tras facilitar las normas del grupo (puntualidad, confidencialidad, confianza y soporte) se inicia la presentación con un primer testimonio individual sobre el antes, durante y después del proceso oncológico, promoviendo la curiosidad vital recíproca en el grupo, señalando los aspectos comunes y universales en su respuesta (emociones, pensamientos y comportamientos) y explorando la apertura al cambio. La curiosidad como actitud vital es uno de los mecanismos de supervivencia que facilita el desarrollo de nuevas capacidades y formas de entender la realidad, y de crecimiento en definitiva. En concreto, se ha visto

que personas que puntúan elevado en dimensiones de la personalidad como la “Apertura a la experiencia” caracterizadas por ser imaginativas, reactivas emocionalmente e intelectualmente curiosas se ha visto mayor tendencia a experimentar crecimiento (Tedeschi & Calhoun, 1996).

Sesión 2: “La intención positiva del síntoma”. Trabajo con emociones negativas: expresión emocional, conciencia somática, simbolización y resignificación emocional adaptativa. Se favorece la expresión y procesamiento de emociones primordialmente negativas, facilitando una explicación adaptativa de los síntomas de malestar emocional (e.g., estrés postraumático) y favoreciendo que se puedan reconceptualizar desde una óptica positiva, como una “reacción normal a una situación anormal” (el cáncer). Se han encontrado beneficios de la Expresión emocional en pacientes con cáncer de mama al finalizar el tratamiento, en medidas de incremento del vigor, descenso del malestar emocional y mayor calidad de vida cuando se les seguía longitudinalmente (Stanton et al., 2000).

Sesión 3: Conciencia y balance emocional. Tras las primeras intervenciones que actualizan principalmente el malestar emocional, se avanza ahora con el objetivo de establecer un balance emocional: explorar no sólo las emociones negativas, sino también dar cabida al reconocimiento y trabajo terapéutico con emociones positivas. Nos referimos preguntar no sólo como les ha afectado la enfermedad, sino también qué cosas han hecho y hacen para sobrevivir, resistir o sobreponerse. Durante las intervenciones de los diferentes miembros del grupo se aconseja señalar o realizar pequeñas indicaciones sobre la presencia actual de emociones positivas. Por ejemplo a través de aumentar la conciencia somática de la mismas, tratando de que se pueda nominalizar o simbolizar la emoción positiva. El señalar a los pacientes esos momentos en los que emociones positivas aparecen es especialmente importante en los momentos iniciales para amortiguar el malestar emocional que desatan los primeros testimonios en grupo (Fredrickson, 2001).

Sesión 4: Horizontes de cambio positivo y estilos de vida saludables. Se trabajan los objetivos personales y grupales de cambio, tratando de imaginar cómo sabría la persona que la experiencia grupal ha funcionado. Por ejemplo, “¿Cómo podríamos saber que empezáis a encontraros algo mejor? ¿Quién sería la primera persona cercana a ti en darse cuenta? ¿Cómo notaría esa persona vuestro cambio?” Se exploran, también, los cambios en estilos de vida saludables tras la enfermedad y se promueve la discusión sobre los cambios personales e idiosincrásicos que quisieran dar hacia lo que cada uno entiende como saludable.

Sesión 5: Trabajo con fortalezas y memorias de éxito en el afrontamiento de otros hechos adversos. Facilitar la detección de fortalezas y virtudes que cada miembro identifica en sí mismo y en los demás ayudándose de situaciones actuales o del pasado que se han podido afrontar con éxito. Establecer paralelismos con situaciones del pasado superadas con más o menos éxito, lo que puede ayudar a extraer aprendizajes. “¿Cómo conseguisteis sobreponeros entonces? ¿Qué fue de ayuda?”. Posteriormente utilizar la fortaleza o virtud detectada como una vía para promover un cambio o afrontamiento alternativo. Por ejemplo, “Comentas que no consigues mantener el interés por nada desde que acabaste los tratamientos, pero veo que continuas peleándote con tu hijo para que haga los deberes y que sacas a pasear a tu madre a diario. ¿Esa perseverancia e interés que demuestras por conseguir que tu hijo estudie y por sacar a pasear a tu madre podría sernos de ayuda en algún otro problema de los que estamos tratando?”

Sesión 6: Dar significado a la experiencia. Trabajo con Memorias autobiográficas positivas, recientes y remotas. En el intento de dar continuidad y coherencia vital a la experiencia, surgen en los supervivientes de cáncer las narrativas de búsqueda de nuevos significados que tratan de integrar y dar respuesta a hechos que la enfermedad ha cuestionado, y que para muchos son la esencia del crecimiento postraumático (Ochoa, Casellas- Grau, Vives, & Font, 2017; Park, Chmielewski, & Blank, 2010 Tedeschi & Calhoun, 1998; Tedeschi & Calhoun, 1998). Algunas búsquedas se plantean en forma de preguntas como: “¿Qué es ahora prioritario? ¿Quién ha estado cerca de mí en la enfermedad y ha sintonizado con mis nuevas inquietudes y dificultades? Para dar una visión constructiva y transformadora a la enfermedad, se plantea el trabajo con Memorias Autobiográficas Positivas (MAP). Favorecer la actualización de recuerdos ya sea por escrito o por imaginación guiada de episodios autobiográficos positivos, aunque inicialmente puede hacer tomar

conciencia de lo perdido o pasado, también genera reexperimentación de sensaciones agradables, realización autobiográfica personal y relacional, sentido de progreso o plenitud y probablemente crecimiento personal. Además, la actualización de un recuerdo positivo hace más probable que se repita o active conductualmente la experiencia recordada o similares (Wirtz, Kruger, Scollon, & Diener, 2003).

Sesión 7: Dar significado a la experiencia: pauta personal de realización e intervenciones basadas en la esperanza. Con crear alguna pauta personal de realización, nos referimos a tratar de establecer formalmente conexiones entre aquello que se repite de forma satisfactoria generando sentido, realización y propósito en la vida. Las pautas personales de realización más fáciles de establecer en cáncer son las que corresponden con anclajes significativos que ayudan a mantener un sentido de continuidad mejorada después de la enfermedad (e.g., “la familia que ha estado ahí, la pareja que me ha seguido haciendo sentir querida, los hobbies que me hacen sentir útil y válido...”). Basándonos en estos elementos de realización personal surgidos en las sesiones anteriores, se trata de ver cómo éstos pueden seguir vigentes o incrementarse en el presente y futuro. Para ello, se inicia una intervención basada en la esperanza y focalizada en el establecimiento de metas, el desarrollo de habilidades para encontrar vías o itinerarios para su obtención y la automotivación para el logro (Snyder, 2002).

Sesión 8: Crecimiento relacional: Fomentar o despertar el interés por los otros y trabajo con modelos positivos en la adversidad. Uno de los indicadores clínicos de mejora en salud mental y de crecimiento personal es la capacidad de trascender el propio “ego” (Joseph, 2011). El crecimiento relacional tiene que ver con el descentramiento de uno mismo, la capacidad para interesarse, preocuparse y comprometerse con otros, y en un sentido más afectivo, de amar y ser amado. Una revisión reciente en supervivientes de cáncer y sus otros significativos (Ochoa, Castejón, Sumalla, & Blanco, 2013) parece indicar que el crecimiento personal en los otros significativos de un paciente con cáncer es una experiencia vicaria íntimamente ligada al crecimiento del superviviente. Algunos elementos terapéuticos que clínicamente se han asociado al crecimiento relacional son: (1) Fomentar el interés por los otros preguntando cómo han respondido y les ha afectado a los otros significativos su enfermedad, como han compartido y se han ayudado mutuamente. Así se experimentan las emociones del otro (empatía relacional), sus intenciones, y se entienden sus limitaciones. (2) Trabajo con modelos positivos en la adversidad. En situaciones adversas, es fácil encontrarse sin esquemas de referencia para entender lo que se está viviendo y hallar formas de afrontamiento útiles. Es por eso que muchas personas tratan de buscar en sus seres queridos (presentes o ausentes) o en otras personas que pasan por la enfermedad, referentes o modelos positivos, especialmente en cáncer. Las terapias de grupos, las asociaciones o colectivos de afectados reflejan esta voluntad de compartir y afrontar colectiva, desde y con el otro. Un estudio (Weiss, 2004) demostró la importancia de este modelado en las mujeres que habían tenido contacto con otras supervivientes de cáncer de mama que percibían beneficios de su experiencia, notando en aquellas una significativamente mayor búsqueda de beneficios (cambios vitales positivos) en contraste con las mujeres que no habían tenido ese contacto. En el trabajo con modelos positivos, primero hay que identificar la persona, destilar sus virtudes, valores y capacidades que lo hacen ser admirado y después explorar las posibilidades de modelado positivo que esa persona ha tenido y que puede seguir teniendo en la paciente.

Sesión 9: Crecimiento relacional: intervenciones basadas en el agradecimiento y perdón. Se evalúa en el grupo el estado de las relaciones significativas tras la enfermedad explorando el resultado entre lo recibido y lo que esperaban recibir. Se facilita la toma de conciencia y expresión del agradecimiento y se valora la posibilidad de reparación de relaciones que han quedado afectadas tras la enfermedad mediante el trabajo terapéutico con el “perdón”. En la investigación se han asociado las experiencias de gratitud con mayores niveles de bienestar y felicidad (Ruini & Vescovelli, 2012). Desde la psicología positiva se han descrito diversas intervenciones basadas en la gratitud (Hervás, Sánchez & Vázquez, 2008). En el grupo proponemos el siguiente ejercicio para tomar conciencia de “este algo positivo” recibido de los otros: “Antes y después de la enfermedad hay cosas en vuestras vidas por las que sentiros agradecidos. Os pido que durante la siguiente semana anotéis cada día de una a tres cosas por la que os sintáis agradecidos”. En la siguiente sesión se analizan

y trabajan. Generalmente las muestras de gratitud profundizan en el sentimiento de conexión con la gente, refuerzan la creencia en la bondad ajena y favorecen la expresión, comunicación e intimidad en las relaciones. De forma secuencial, tras las intervenciones basadas en la gratitud introducimos otras más complicadas, las basadas en el perdón. Estas intervenciones suelen ser más complejas y hay que ser muy cuidadoso para no transmitir “una presión a perdonar” que puede ser malinterpretada. El actuar sobre el perdón puede permitir liberar emociones negativas de dolor, rencor y rabia que pueden impedir otras emociones más positivas. El perdón tiende a asociarse de forma positiva con el bienestar psicológico, la salud física y con resultados deseados en las relaciones interpersonales (Worthington & Scherer, 2004). El trabajo con el perdón lo planteamos a través de esta tarea: “Antes y después de la enfermedad hay cosas en nuestras vidas que son difíciles de perdonar. Algunas ya están perdonadas, olvidadas o ya no son importantes, pero otras persisten aún en vuestra cabeza con preocupación, rencor o rabia. Os pido que para la semana siguiente anotéis entre 1 y 3 cosas que os gustaría poder perdonar”. Nuestra intervención en cáncer recoge algunos elementos comunes a las intervenciones centradas en el perdón (Ochoa et al., 2010; Worthington & Scherer, 2004), que son: (1) favorecer la empatía con el agresor, (2) El reconocimiento de las faltas propias y defectos, (3) Valorar el tipo de atribución y conducta del agresor, tratando de explorar si es posible reducir la percepción del locus de control (intencionalidad) que se tiene de la agresión y (4) Reducir la rumiación sobre la agresión recibida ya que favorece la venganza y reduce la posibilidad de perdón.

Sesión 10: Anticipar recaída, aumento de conciencia mortalidad y transitoriedad, y abordaje de la anestesia emocional. El cáncer confronta a estos datos problemáticos de nuestra existencia que aluden a cuestiones trascendentes como son: la muerte, la libertad, la soledad y el sin sentido (Yalom, 2000). Así, los cambios vitales positivos tras la enfermedad también se entienden como un posicionamiento existencial diferente, que emerge de una mayor conciencia, claridad y profundización en torno a estas preocupaciones existenciales. La pregunta que inicia un punto de inflexión para abordar los temas existenciales a un nivel más profundo en el grupo surge del anticipar la posibilidad de recaída en la enfermedad. “¿Cómo creéis que afrontaríais una recaída de la enfermedad?” La respuesta más frecuente es la preocupación por perder a los seres queridos. Otras tienen que ver con: miedo a sufrir, al deterioro, a la pérdida de autonomía o a ser una carga para los otros, entre otras. También es frecuente en los grupos escuchar narrativas de vacío o anestesia existencial mostradas mediante expresiones de desilusión, indefensión y sensación de “vivir porque toca”, sin esperar ya nada bueno. Señalar de forma estratégica como estas reacciones de anestesia emocional pueden formar parte de una especie de preparación disfuncional para una recaída o para la muerte, acostumbra a producir reacciones y una mayor implicación vital ante esta imagen de “dejarse morir en vida”.

Sesión 11: Trascendencia y el arrepentimiento como vía constructiva. Siguiendo con la temática de la sesión anterior trabajamos la trascendencia reflexionando sobre cómo quisieran recordar este periodo libre de enfermedad ante una posible recaída y cómo quisieran ser recordados en general cuando se plantean que la enfermedad pudiera acabar con sus vidas. Preguntas del tipo: “¿Cómo quisierais que vuestros seres queridos os recordaran si se cumplieran vuestros temores (la muerte)? ¿Qué valores quisierais transmitirles incluso en esa situación o en este tiempo previo?” Estas preguntas buscan favorecer la transmisión de valores intergeneracional a los seres querido y el situarse como modelo para los suyos, facilitando la trascendencia. De forma similar al apartado anterior, utilizamos el arrepentimiento como vía constructiva, anticipándolo en el futuro y tratando de movilizar el cambio. ¿De qué cosas no os quisierais arrepentir al mirar hacia atrás si llegará esa situación?

Sesión 12: Carta de despedida y de repaso de la experiencia grupal. Reflejar los posibles aprendizajes y reflexiones surgidas del paso por el grupo tratando de responder a los retos post terapia: “¿Qué ha supuesto para ti participar en este grupo? ¿Qué cosas aún me quedan pendientes de realizar ahora que se acaba el grupo?”.

EVIDENCIA DE LA PSIPOS APLICADA EN CÁNCER

En cuanto a la evidencia de la PsiPos aplicada en diversos problemas clínicos los estudios metaanalíticos muestran que son efectivas (Bolier et al., 2013; Sin & Lyubomirsky, 2009; Casellas-Grau, Font, & Vives, 2014), aunque se requieren más estudios que empleen mejores grupos control, y seguimientos más largos. Una reciente revisión sistemática (Casellas-Grau, Font, & Vives, 2014) sobre intervenciones basadas en la psicología positiva para supervivientes de cáncer de mama, concluye que estas intervenciones son capaces de aumentar la calidad de vida, el bienestar, el CPT, la esperanza, el significado, la felicidad, el optimismo, la satisfacción vital y la búsqueda de beneficios. La evidencia de los estudios clínicos efectuados hasta ahora revela que las intervenciones son más efectivas cuando son de mayor duración, cuando las muestras proceden de entornos hospitalarios, y si son de tipo más individual que grupal o de autoayuda (Bolier et al., 2013).

Sobre la base de una amplia investigación y revisión de la literatura sobre el trauma y el proceso de crecimiento tras pasar por un cáncer (Sumalla et al., 2009), se creó la psicoterapia positiva en cáncer (PPC) explicada anteriormente. El programa ya ha sido evaluado y mostrado su eficacia en estudios pilotos, consiguiendo mayor reducción de malestar emocional, estrés post-traumático y facilitación del CPT comparada con un grupo de lista de espera (Ochoa et al., In press) y con otra terapia cognitivo-conductual de manejo de estrés de eficacia probada para la mejora en la adaptación psicosocial (Antoni et al., 2001). En estudio piloto se ha encontrado que en las comparaciones a los tres y doce meses de seguimiento la PPC se mostró superior a la terapia cognitivo-conductual de manejo de estrés en: la reducción de malestar emocional, del estrés post-traumático y en la facilitación de crecimiento post-traumático (Ochoa, 2012). En estudios con muestras más amplias (Ochoa, et al., 2017), se ha encontrado que una parte significativa de la reducción del estrés post-traumático fomentado por la PPC se asocia al incremento de CPT. Así, y como muestran otros estudios, se confirma que los pacientes que experimentan, o en los que se facilita, el desarrollo de CPT se adaptan mejor tras la enfermedad, mostrando una mejor salud mental, así como con un mejor estado subjetivo de salud física (Helgeson et al., 2006; Sawyer et al., 2010). El hecho de que haya una asociación entre altos niveles de estrés postraumático y pérdida de la calidad de vida en pacientes con cáncer (Cordova et al., 1995), y que esta pérdida quede amortiguada cuando se experimenta CPT (Morrill et al., 2006), hace pensar que el crecimiento pueda ser una vía terapéutica a potenciar para facilitar la calidad de vida en supervivientes. El CPT también se ha asociado con más conductas salutogénicas (Milam, 2006) como una mayor adherencia a los controles rutinarios de vigilancia en mujeres con cáncer de mama (Sears et al., 2003).

CONCLUSIONES

En lo que refiere al valor predictivo de variables sociodemográficas, psicosociales y médicas sobre el desarrollo de CPT en cáncer, destacamos varios puntos. La variable sociodemográfica que presenta más consenso en sus resultados es la edad, siendo las personas más jóvenes quienes tienden a desarrollar un mayor CPT. De hecho, las personas jóvenes tienden a percibir el cáncer como más agresivo y disruptivo, no sólo por su comúnmente peor pronóstico, sino también porque el diagnóstico a edades tempranas rompe la historia natural y social del enfermar y el morir que se asocia a ser anciano. Por otro lado, el entorno social es la variable psicosocial más estudiada en pacientes con cáncer, en términos de CPT. Parece haber consenso en relación al hecho de que a mayor soporte social, más CPT se manifiesta. Asociado a este apoyo social, las personas que tienen algún tipo de afiliación religiosa, también muestran más CPT. Así, garantizar un soporte social en todo el proceso es clave para la adaptación en cáncer. Durante la etapa del diagnóstico y tratamiento suelen ser familiares, amigos y el personal médico quienes más lo garantizan; sin embargo, en la fase post-tratamiento se debería garantizar un soporte social de calidad entre las personas más afectadas emocionalmente, mediante grupos de apoyo o de terapia como la PPC explicada.

Por otro lado, y respecto a las variables médicas, observamos que a pesar del importante número de estudios realizados no se constata una influencia relevante en el CPT. Por ejemplo, sólo en algunos estudios se establecen relaciones directas significativas entre el hecho de pasar por la quimioterapia y desarrollar CPT; o entre el tiempo desde el diagnóstico y CPT. Una posible explicación de la primera relación vendría dada por el hecho de que la quimioterapia tiene peores efectos secundarios que otros tratamientos oncológicos, así como una mayor duración, cosa que podría motivar al paciente a una mayor sensación de amenaza y de búsqueda de nuevos significados que favorecerían el desarrollo de CPT. En la misma línea, el mayor tiempo desde el diagnóstico puede facilitar una mayor distancia de los efectos negativos de los tratamientos y sin embargo mantener la amenaza permanente y movilizadora de los controles médicos. Esta amenaza, sostenida pero tolerable, permite impulsar cambios vitales positivos al desarrollar una mayor proyección futura por reducirse la amenaza física de la enfermedad y sus tratamientos.

A pesar de la emergencia del CPT, que en muchas personas se da de forma natural, el diseño de terapias para su fomento resulta de gran utilidad e importancia en los casos de pacientes que, tras los tratamientos, manifiestan malestar emocional significativo. Recientes estudios encuentran que parte del malestar emocional en cáncer está asociado a la imposibilidad de realizar cambios vitales positivos tras la enfermedad (Ochoa et al., 2016). Esta necesidad de cambio tras la enfermedad se puede vivir como apremiante e inaplazable, resultando además muy frustrante y angustiante si no se consigue. Por este motivo, se presenta una psicoterapia positiva especialmente enfocada a facilitar el CPT en supervivientes de cáncer con dificultades de adaptación. Los resultados indican la eficacia de tal terapia no sólo en la facilitación del CPT, sino también en la reducción del malestar en supervivientes de cáncer que mostraban altos niveles de estrés.

En conjunto, la presente revisión aporta información útil para los profesionales del campo de la psico-oncología, dado que apunta elementos asociados al desarrollo de CPT, así como define y establece claves para facilitarlo mediante intervenciones basadas en la Ppos, las cuales están mostrando resultados prometedores.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo se ha realizado gracias a una ayuda financiada por la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)-Cataluña. Este manuscrito ha sido también parcialmente financiado por el Instituto de Salud Carlos III (FIS PI15/01278) y cofinanciado por los fondos FEDER// “una manera de hacer Europa”. Grup de recerca consolidat: Recerca en serveis sanitaris en càncer. 2014SGR0635

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo se ha realizado gracias a una ayuda financiada por la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)-Cataluña. Este manuscrito ha sido también parcialmente financiado por el Instituto de Salud Carlos III (FIS PI15/01278) y cofinanciado por los fondos FEDER// “una manera de hacer Europa”. Grup de recerca consolidat: Recerca en serveis sanitaris en càncer. 2014SGR0635

REFERENCIAS

- Antoni, M. H., Lehman, J. M., Kilbourn, K. M., Boyers, A. E., Culver, J. L., Alferi, S. M., ... Carver, C. S. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology, 20*, 20–32. doi: 10.1037/0278-6133.20.6.458a
- Barakat, L. P., Alderfer, M. A., y Kazak, A. E. (2006). Posttraumatic growth in adolescent survivors of cancer and their mothers and fathers. *Journal of Pediatric Psychology, 31*, 413–419. doi: 10.1093/jpepsy/jsj058
- Bellizzi, K. M., y Blank, T. O. (2006). Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology, 25*, 47–56. doi: 10.1037/0278-6133.25.1.47

- Bellizzi, K. M., Smith, A. W., Reeve, B. B., Alfano, C. M., Bernstein, L., Meeske, K., ... Ballard-Barbash, R. R. (2010). Posttraumatic growth and health-related quality of life in a racially diverse cohort of breast cancer survivors. *Journal of Health Psychology*, 15, 615–26. doi: 10.1177/1359105309356364
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., y Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13, 119-139. doi: 10.1186/1471-2458-13-119
- Brunet, J., McDonough, M. H., Hadd, V., Crocker, P. R. E., y Sabiston, C. M. (2010). The Posttraumatic Growth Inventory: An examination of the factor structure and invariance among breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 19, 830– 838. doi: 10.1002/pon.1640
- Carlson, L. E., Angen, M., Cullum, J., Goodey, E., Koopmans, J., Lamont, L., ... Bultz, B. D. (2004). High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *British Journal of Cancer*, 90, 2297–2304. doi: 10.1038/sj.bjc.6601887
- Casellas-Grau, A., Font, A., y Vives, J. (2014). Positive psychology interventions in breast cancer. A systematic review. *Psycho-oncology*, 23, 9-19. doi: 10.1002/pon.3353.
- Casellas-Grau, A., Font, A., Vives, J., y Ochoa, C. (2016). Positive psychological functioning in breast cancer. An integrative review. *The Breast*, 27, 136-168. doi: 10.1016/j.breast.2016.04.001.
- Cordova, M. J., Andrykowski, M. A., Kenady, D. E., Mc-Grath, P. C., Sloan, D. A., y Redd, W. H. (1995). Frequency and correlates of posttraumatic-stress-disorder-like symptoms after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 981–986. doi: 10.1037/0022-006X.63.6.981
- Danhauer, S. C., Case, L. D., Tedeschi, R., Russell, G., Vishnevsky, T., Triplett, K., ... Avis, N. E. (2013). Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer. *Psycho- Oncology*, 22, 2676–2683. doi: 10.1002/pon.3298
- DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., y Croghan, T. W. (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*, 160, 2101–2107. doi: 10.1001/archinte.160.14.2101
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218–26. doi: 10.1037/0003-066X.56.3.218
- Giese-Davis, J., Collie, K., Rancourt, K. M. S., Neri, E., Kraemer, H. C., 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, 413–420. doi: 10.1200/JCO.2010.28.4455
- Haberkorn, J., Burbaum, C., Fritzche, K., Geser, W., Fuchs, D., Ocaña-Peinado, F. M., y Schubert, C. (2013). Day-to-day cause-effect relations between cellular immune activity, fatigue and mood in a patient with prior breast cancer and current cancer-related fatigue and depression. *Psychoneuroendocrinology*, 38, 2366–2372. doi: 10.1016/j.psyneuen.2013.03.001
- Hefferon, K., Grealy, M., y Mutrie, N. (2009). Transforming from cocoon to butterfly: The potential role of the body in the process of posttraumatic growth. *Journal of Humanistic Psychology*, 50, 224–247. doi: 10.1177/0022167809341996
- 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. doi: 10.1037/0022-006X.74.5.797
- Hervás, G., Sánchez, A., y Vázquez, C. (2008). Intervenciones psicológicas para la promoción del bienestar. En G. Hervás y C. Vázquez (Eds.), *Psicología positiva aplicada* (pp. 41– 71). Bilbao: Desclee de Brower.
- Honda, K., Goodwin, R. D., y Neugut, A. I. (2005). The associations between psychological distress and cancer prevention practices. *Cancer Detection and Prevention*, 29, 25–36. doi: 10.1016/j.cdp.2004.08.004
- Jansen, L., Hoffmeister, M., Chang-Claude, J., Brenner, H., y Arndt, V. (2011). Benefit finding and post-traumatic growth in long-term colorectal cancer survivors: prevalence, determinants, and associations with quality of life. *British Journal of Cancer*, 105, 1158–1165. doi: 10.1038/bjc.2011.335
- Joseph, S. (2011). *What doesn't kill us: The new psychology of posttraumatic growth*. London: Hachette Digital.
- Joseph, S. y Linley, P. A. (2006). Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clinical Psychology Review*, 26, 1041–1053. doi: 10.1080/15325020500358241

- Kangas, M., Henry, J. L., y Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer. A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 22, 499–524. doi: 10.1016/S0272-7358(01)00118-0
- Lechner, S. C., Carver, C. S., Antoni, M. H., Weaver, K. E., y Phillips, K. M. (2006). Curvilinear associations between benefit finding and psychosocial adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 828–40. doi: 10.1037/0022-006X.74.5.828
- Lee, V., Robin Cohen, S., Edgar, L., Laizner, A. M., y Gagnon, A. J. (2006). Meaning-making intervention during breast or colorectal cancer treatment improves self-esteem, optimism, and self-efficacy. *Social Science & Medicine*, 62, 3133–45. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.11.041
- Lelorain, S., Bonnaud-Antignac, A., y Florin, A. (2010). Long term posttraumatic growth after breast cancer: Prevalence, predictors and relationships with psychological health. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17, 14–22. doi: 10.1007/s10880-009-9183-6
- Lelorain, S., Tessier, P., Florin, A., y Bonnaud-Antignac, A. (2012). Posttraumatic growth in long term breast cancer survivors: relation to coping, social support and cognitive processing. *Journal of Health Psychology*, 17, 627–639. doi: 10.1177/1359105311427475
- Manne, S. L., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K., y Grana, G. (2004). Posttraumatic growth after breast cancer: Patient, partner, and couple perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 66, 442–454. doi: 10.1097/01.psy.0000127689.38525.7d
- McDonough, M. H., Sabiston, C. M., y Wrosch, C. (2014). Predicting changes in posttraumatic growth and subjective well-being among breast cancer survivors : the role of social support and stress. *Psycho-Oncology*, 23, 114–120. doi: 10.1002/pon.3380
- Milam, J. (2006). Posttraumatic growth among HIV/AIDS patients. *Journal of Applied Social Psychology*, 34, 2353–2376. doi: 10.1111/j.1559-1816.2004.tb01981.x
- Mols, F., Vingerhoets, A. J. J. M., Coebergh, J. W. 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. doi: 10.1080/08870440701671362
- Morrill, E. F., Brewer, N. T., O'Neill, S. C., Lillie, S. E., Dees, E. C., Carey, L. A., y Rimer, B. K. (2006). The interaction of post-traumatic growth and post-traumatic stress symptoms in predicting depressive symptoms and quality of life. *Psycho- Oncology*, 17, 1093–1098. doi: 10.1002/pon.1313
- Mystakidou, K., Parpa, E., Tsilika, E., Pathiaki, M., Galanos, A., y Vlahos, L. (2007). Traumatic distress and positive changes in advanced cancer patients. *The American Journal of Hospice Palliative Care*, 24, 270–276. doi: 10.1177/1049909107299917
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Kynakopoulos, D., Malamos, N., y Damigos, D. (2008). Personal growth and psychological distress in advanced breast cancer. *Breast*, 17, 382–386. doi: 10.1016/j.breast.2008.01.006
- Nenova, M., DuHamel, K., Zemon, V., Rini, C., y Redd, W. H. (2013). Posttraumatic growth, social support, and social constraint in hematopoietic stem cell transplant survivors. *Psycho-Oncology*, 22, 195–202. doi: 10.1002/pon.2073
- Ochoa, C. (2012). Psicoterapia positiva grupal en cáncer: la facilitación del crecimiento como vía terapéutica (p. 17). I Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psicología positiva. Symposium 2.1.
- Ochoa, C. (2016). Psicoterapia positiva al final de la vida. En J. Mate, J. Barbero, & D. Mateo (Eds.), *Manual de intervención psicosocial al final de la vida* (pp.151-160). Barcelona: Obra Social la Caixa.
- Ochoa, C. y Casellas-Grau, A. (2016). Positive psychotherapy in cancer: Facilitating posttraumatic growth in assimilation and accomodation of traumatic experience. En *Comprehensive Guide to Post-Traumatic Stress Disorder* (pp. 124-154). Bern: Springer International Publishing Switzerland.
- Ochoa, C., Casellas-Grau, A., Vives, J., Font, A. y Borràs, J.M. (2017). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17 :28-37. doi: 10.1016/j.ijchp.2016.09.002.
- Ochoa, C., Castejon, V., Sumalla, E. C., y Blanco, I. (2013). Crecimiento Post-traumático en supervivientes de cáncer y sus otros significativos. ¿Crecimiento vicario o secundario? *Terapia Psicológica*, 31, 81–92. doi: 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, 7–34. doi: 10.4067/S0718-48082013000100008
- Olden, M. E. (2009). Posttraumatic growth in cancer patients at the end of life: An exploration of predictors and outcomes. US: ProQuest Information & Learning.
- Park, C. L., Chmielewski, J., y Blank, T. O. (2010). Post-traumatic growth: Finding positive meaning in cancer survivorship moderates the impact of intrusive thoughts on adjustment in younger adults. *Psycho-Oncology*, 19, 1139–1147. doi: 10.1002/pon.1680
- Przedziecki, A., Sherman, K. A., Baillie, A., Taylor, A., Foley, E., y Stalgis-Bilinski, K. (2013). My changed body: breast cancer, body image, distress and self-compassion. *Psycho-Oncology*, 22, 1872–1879. doi: 10.1002/pon.3230
- Rashid, T. y Seligman, M. E. P. (2013). Positive Psychotherapy. En R.J. Corsini & D. Wedding (Ed.), *Current Psychotherapies* (pp. 461–498). Belmont: CA: Cengage.
- 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, 9–17. doi: 10.1007/s10549-007-9706-5
- Ruini, C., y Vescovelli, F. (2012). The Role of Gratitude in Breast Cancer: Its Relationships with Post-traumatic Growth, Psychological Well-Being and Distress. *Journal of Happiness Studies*, 14, 263–274. doi: 10.1007/s10902-012-9330-x
- Ruini, C., Vescovelli, F., y Albieri, E. (2013). Post-traumatic growth in breast cancer survivors: new insights into its relationships with well-being and distress. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20, 383–91. doi: 10.1007/s10880-012-9340-1
- 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. doi: 10.1016/j.cpr.2010.02.004
- Sears, S. R., Stanton, A. L., y Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 22, 487–497. doi: 10.1037/0278-6133.22.5.487
- Sheppard, V. B., Llanos, A. A., Hurtado-de-Mendoza, A., Tailor, T. A., y Adams-Campbell, L. L. (2013). Correlates of depressive symptomatology in African-American breast cancer patients. *Journal of Cancer Survivorship*, 7, 292–299. doi: 10.1007/s11764-013-0273-y
- Sin, N. L., y Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 467–487. doi: 10.1002/jclp.20593
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13, 249–275. doi: 10.1207/S15327965PLI1304_01
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, S. B., ... Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 875–882. doi: 10.1037/0022-006X.68.5.875
- Sumalla, E. C., Ochoa, C., y Blanco, I. (2009). Posttraumatic growth in cancer: reality or illusion? *Clinical Psychology Review*, 29, 24–33. doi: 10.1016/j.cpr.2008.09.006
- Svetina, M., & Nastran, K. (2012). Family relationships and posttraumatic growth in breast cancer patients. *Psychiatria Danubina*, 24, 298–306. doi: 10.1016/j.burns.2014.04.007
- Tallman, B. A. (2013). Anticipated posttraumatic growth from cancer: The roles of adaptive and maladaptive coping strategies. *Counselling Psychology Quarterly*, 26, 72–88. doi: 10.1080/09515070.2012.728762
- Tedeschi, R. G., y Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455–71. doi: 10.1002/jts.
- Tedeschi, R. G., y Calhoun, L. G. (1998). Posttraumatic growth: Conceptual issues. En L. G. Calhoun y R. G. Tedeschi (Eds.), *Positive changes in the aftermath of crisis* (pp. 1–22). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Publishers.

- Turner-Sack, A. M., Menna, R., Setchell, S. R., Maan, C., y Cataudella, D. (2012). Posttraumatic growth, coping strategies, and psychological distress in adolescent survivors of cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 29, 70–9. doi: 10.1177/1043454212439472
- Vázquez, C. (2013). La psicología positiva y sus enemigos: Una réplica en base a la evidencia científica. *Papeles del Psicólogo*, 34, 91–115.
- Vázquez, C., Pérez-Sales, P., y Ochoa, C. (2004). Posttraumatic growth: challenges from a cross-cultural viewpoint. en G. A. Fava y C. Ruini (Ed.), *Increasing psychological well-being across cultures*. (pp. 57–74). New York, NY: Springer International Publishing.
- Weiss, T. (2004). Correlates of posttraumatic growth in married breast cancer survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 733–746. doi: 10.1521/jscp.23.5.733.50750
- Wirtz, D., Kruger, J., Scollon, C. N., y Diener, E. (2003). What to do on spring break? *Psychological Science*, 14, 520–524. doi: 10.1111/1467-9280.03455
- Worthington, E. L. y Scherer, M. (2004). Forgiveness is an emotion-focused coping strategy that can reduce health risks and promote health resilience: theory, review, and hypotheses. *Psychology & Health*, 19, 385–405. doi: 10.1080/0887044042000196674
- Yalom, I. (2000). *Psicoterapia existencial y Terapia de grupo*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Yi, J. y Kim, M. A. (2014). Postcancer experiences of childhood cancer survivors: how is posttraumatic stress related to posttraumatic growth? *Journal of Traumatic Stress*, 27, 461–467. doi: 10.1002/jts.21941
- Zabora, J., Brintzenhofesoc, K., Curbow, B., Hooker, C., y Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*, 10, 19–28. doi: 10.1002/1099-1611(200101/02)10:13.3.CO;2-Y
- Zoellner, T., y Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology - a critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26, 626–653. doi: 10.1016/j.cpr.2006.01.008

FINANCIAMIENTO

Fuente: Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)-Cataluña

FINANCIAMIENTO

Fuente: Instituto de Salud Carlos III
Nº de contrato: FIS PI15/01278

FINANCIAMIENTO

Fuente: FEDER
Nº de contrato: 2014SGR0635