



Terapia Psicológica

ISSN: 0716-6184

sochpscl@entelchile.net

Sociedad Chilena de Psicología Clínica
Chile

Ochoa, Cristian; Castejón, Vanessa; Sumalla, Enric C.; Blanco, Ignacio
Crecimiento Post-traumático en supervivientes de cáncer y sus otros significativos.

¿Crecimiento vicario o secundario?

Terapia Psicológica, vol. 31, núm. 1, abril, 2013, pp. 81-92

Sociedad Chilena de Psicología Clínica

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78525710008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

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

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Crecimiento Post-traumático en supervivientes de cáncer y sus otros significativos. ¿Crecimiento vicario o secundario?

Posttraumatic growth in cancer survivors and their significant others: vicarious or secondary growth?

Cristian Ochoa

Unidad de Psico-oncología. Hospital Duran i Reynals. Institut Català d'Oncologia, ICO_IDIBELL, España

Vanessa Castejón

Unidad de Consejo Genético, Programa de Cáncer Hereditario, Institut Català d'Oncologia, ICO_IDIBELL
Departamento de psicología básica, evolutiva y educación. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona, España

Enric C. Sumalla

Ignacio Blanco

Unidad de Consejo Genético, Programa de Cáncer Hereditario, Institut Català d'Oncologia, ICO_IDIBELL, España

(Rec:10 de diciembre de 2012 / Acep: 25 de diciembre 2012)

Resumen

Las enfermedades graves como el cáncer, aunque generan elevado malestar emocional y estrés en los supervivientes y en sus otros significativos, también pueden suponer un estímulo en la generación de crecimiento postraumático en ambos. Los mecanismos de cómo se produce este crecimiento postraumático (vicario vs. secundario) en los otros significativos no se han estudiado. En esta revisión se analizan la evidencia y relación del crecimiento post-traumático en supervivientes de cáncer y en sus otros significativos, principalmente sus parejas, madres y padres, en relación a estos mecanismos de transmisión vicario o secundario. Se concluye que, en general, el crecimiento post-traumático en los otros significativos es una experiencia vicaria íntimamente ligada al crecimiento del superviviente en cáncer, aunque ser mujer, madre o sufrir un cáncer avanzado facilitan procesos de crecimiento post-traumático secundario en los otros significativos, que se diferencian del superviviente.

Palabras clave: crecimiento post-traumático vicario, crecimiento post-traumático secundario, otros significativos, parejas, padres.

Abstract

Severe diseases such as cancer although generate high stress and emotional distress in survivors and their significant others, can also be a stimulus to promote posttraumatic growth. The mechanisms of this post-traumatic growth (vicarious vs secondary) in significant others have not been studied. This review examines the evidence and relationship between posttraumatic growth in cancer survivors and their significant others, mainly in their partners and parents, regarding these vicarious or secondary growth transmission mechanisms. We conclude that, in general, posttraumatic growth in significant others is a vicarious experience closely linked to the cancer survivor's growth. However, being a woman, mother or suffer an advanced cancer facilitate secondary posttraumatic growth processes insignificant others.

Key words: Vicarious post-traumatic growth, Secondary post-traumatic growth, Significant others, Partners, Parents.

Introducción

Las enfermedades graves como el cáncer constituyen una experiencia potencialmente traumática generadora de elevado malestar emocional y sintomatología posttraumática para los que la padecen (Kangas, Henry, y Bryant, 2002; Mehnert y Koch, 2007), aunque no fue hasta la cuarta edición del DSM-IV (APA, 1994), donde se recoge explícitamente al cáncer como un estresor capaz de inducir un Trastorno por Estrés Post-traumático (TEPT). Los efectos de los eventos traumáticos en el DSM también se amplían para incluir a otras personas no directamente afectadas por el hecho traumático pero que sí lo han presenciado. Así, se reconoce que el cáncer y otros hechos adversos pueden constituir una experiencia traumática para las personas significativas que comparten el proceso de enfermedad con el afectado. En la última década, un importante número de investigaciones muestra que se generan estos efectos psicológicos perniciosos en los otros significativos de las personas que pasan por una enfermedad oncológica, especialmente en sus parejas (Hodges, Humphris, y Macfarlane, 2005) o en los padres y madres de niños o adolescentes con cáncer (Pelcovitz et al., 1996; Landolt, Vollrath, Ribí, Gnehm, y Sennhauser, 2003; Ozono et al., 2007).

Por otro lado, sabemos que conjuntamente con el estrés y el malestar emocional asociado al diagnóstico de cáncer, la enfermedad también puede estimular en los supervivientes el desarrollo de cambios vitales positivos (Córdova, Cunningham, Carlson, y Andrykowski, 2001; Sumalla, Ochoa, y Blanco, 2009; Sawyer, Ayers, y Field, 2010). A estos cambios vitales positivos en la literatura se les ha denominado principalmente como crecimiento postraumático (CPT) (Tedeschi y Calhoun, 1995), aunque también se han utilizado otros conceptos, como búsqueda de beneficios, o crecimiento asociado al estrés. El CPT y el Inventario de Crecimiento Post-traumático (Posttraumatic Growth Inventory, PTGI) (Tedeschi y Calhoun, 1996) elaborado por los mismos autores para valorarlo, han sido los más utilizados en la investigación. El cuestionario PTGI evalúa 5 dimensiones de cambio tras el hecho traumático: 1) *Relación con los demás* evalúa el hecho de que la persona se sienta más unida y cercana a los demás ante las dificultades, incrementa el sentido de compasión hacia los que sufren, y haya una voluntad para dejarse ayudar y utilizar el apoyo social. 2) *Nuevas Posibilidades* referido a un cambio en los intereses o actividades, algunas personas incluso emprenden nuevos proyectos vitales (ej. voluntariado). 3) *Fuerza Personal* evalúa en qué medida la persona siente que ha sobrevivido a lo peor, confirmando con ello su fortaleza, se siente segura de

sí misma y capacitada para superar dificultades. 4) *Cambio Espiritual* agrupa la búsqueda de sentido espiritual, búsqueda de significado a la vida y planteamientos existenciales de la persona. 5) *Apreciación por la vida*, supone una actitud más relajada ante la vida, cambio en el estilo de vida (ej. hábitos saludables) o cambio en las prioridades vitales (ej. valorar pequeñas cosas).

Se ha observado que estos cambios vitales positivos son muy frecuentes en supervivientes de cáncer, observándose en el 50-90% de los pacientes con cáncer de mama, el 76% de cáncer testicular y el 60-95% de los supervivientes de un cáncer infantil/adolescente entre otros (Córdova, 2008). Aunque la conceptualización del trauma, como veíamos, se amplió para incluir a las personas significativas que podían presenciar o vivir el sufrimiento de alguien querido, hasta la última década la literatura del CPT se ha enfocado en las personas directamente afectadas por la experiencia: los supervivientes. Sin embargo, el importante auge de estudios en los últimos años ha puesto de manifiesto que los otros significativos y cuidadores de las personas diagnosticadas de enfermedades graves con riesgo vital, como el cáncer, no sólo pueden experimentar malestar como resultado directo de experimentar el trauma de su ser querido, sino que también pueden mostrar un cambio psicológico positivo (crecimiento postraumático) en comparación con sus niveles pretrauma (Cadell, 2007; Kim, Schulz, y Carver, 2007; Manne, Ostroff, Winkel, Goldstein, Fox y Grana 2004; Moore et al., 2011; Thornton y Pérez, 2006; Weiss, 2004a; Zwahlen, Hagenbuch, Carley, Jenewein, y Buchi, 2010). Se confirma, entonces, que los efectos y ramificaciones del trauma y el crecimiento tras una enfermedad no están limitados únicamente a los supervivientes sino que también afecta a aquellos que rodean, ayudan o presencian el sufrimiento del superviviente. Tras constatar el CPT en los otros significativos, la pregunta obligada es conocer si éste está asociado con el CPT de los supervivientes, y si es así, de qué forma se transmite o contagia. Sobre esta cuestión, los estudios muestran que hay una correlación significativa entre el CPT de los supervivientes de cáncer y el CPT de sus otros significativos (Manne et al., 2004; Moore et al., 2011; Thornton y Pérez, 2006; Zwahlen et al., 2010) pero se desconoce qué mecanismos explican la posible transmisión o contagio del crecimiento.

El auge de los estudios sobre los efectos estresantes y traumáticos en los otros significativos de los supervivientes se inicia en los 90, donde se definen diferentes síndromes de estrés relacionados con el cuidar. Conceptos como Fatiga por compasión o Estrés Secundario al Trauma (EST) (Figley, 1995) o Traumatización Vicaria (TV) (McCann y

Pearlman, 1990), reflejaban los efectos deletéreos del trauma en las personas significativas que rodean al superviviente o trabajan con él (profesionales del ámbito sanitario y social, especialmente terapeutas), respectivamente. Sin embargo, han sido escasos los intentos de desarrollar un marco conceptual sobre los efectos traumáticos en los otros significativos de supervivientes (Figley, 1995) y prácticamente nulos en el ámbito del crecimiento (Arnold, 2005). La gran mayoría de los desarrollos conceptuales en este ámbito provienen de los efectos perniciosos en terapeutas y otros profesionales de la ayuda que tratan a personas tras una experiencia traumática (McCann y Pearlman, 1990) y se trasladan al ámbito del crecimiento sin prácticamente adaptarlos (Arnold, 2005), dando por supuesto que trauma y crecimiento son dos experiencias igualmente transmisibles. De estos conceptos utilizados para describir los efectos en otros significativos del superviviente de un trauma, dos han recibido especial atención: Estrés Secundario al Trauma (EST) y Traumatización Vicaria (Figley, 1995). Estos dos conceptos, que surgen prácticamente en paralelo para explicar fenómenos similares, muestran en la definición original de sus autores un considerable solapamiento. Repasaremos la definición de estos conceptos realizando una adaptación propia para lograr una mayor claridad y ajuste de sus características en el ámbito del crecimiento, como se refleja en la tabla 1. El EST (Figley, 1995) surge directamente asociado y se focaliza en personas cercanas a la víctima de un suceso traumático, principalmente en personas significativas de supervivientes a desastres naturales o guerras. Figley (1995)

explica este síndrome como la respuesta al conocimiento de un evento traumatizante producido en un otro significativo que combina sintomatología TEPT y de estar quemado. Hablaba también de que el trauma secundario ocurre cuando el estrés parece infectar el sistema de personas significativas después de haber ocurrido sólo en uno de sus miembros. El propio Figley (1995) propone que la sintomatología del EST es prácticamente idéntica al TEPT, sugiriendo que para muchos de los otros significativos, el hecho traumático que vive su ser querido es en sí mismo un trauma primario, con un origen más auto referido y un curso con cierta autonomía. Una lectura paralela en el ámbito del crecimiento, nos llevaría a cuestionarnos si el CPT que muestran los otros significativos de supervivientes es un crecimiento independiente y autónomo del de su pareja o familiar con cáncer. Es decir, si se produce un Crecimiento Postraumático Secundario (CPTS) en los otros significativos, que pueda ser similar o incluso más marcado al de los mismos supervivientes, y que además pueda tener características diferenciales con el CPT del superviviente (ver tabla 1).

Otro concepto relevante en el ámbito de los que rodean al superviviente es el de Traumatización vicaria (TV) (McCann y Pearlman, 1990), surgido al analizar el efecto negativo que tenía en terapeutas las historias traumáticas de sus pacientes. Para estos autores la TV implica la posible alteración de los esquemas cognitivos (sentimientos, relaciones personales y filosofía de vida, entre otros) del terapeuta a través de la escucha del material traumático del cliente. A la alteración positiva de estos esquemas es lo que se ha conocido como

Tabla 1. *Características diferenciales de los mecanismos de transmisión del CPTV y CPTS en otros significativos*

OTROS SIGNIFICATIVOS	Crecimiento Post-traumático Vicario (CPTV)	Crecimiento Post-traumático Secundario (CPTS)
¿El trauma del superviviente supone un trauma al otro significativo?	Lo constituye en la medida que también lo constituye para el superviviente.	Es un trauma primario que va más allá de lo que supone para el superviviente.
¿En quién se centra el origen del cambio positivo?	Se centra en el CPT del superviviente, que predice el CPT del otro significativo.	Se centra y se focaliza en el otro significativo y en cómo el hecho cuestiona su identidad.
¿Procesos de transmisión del CPT?	Asimétrico. Del superviviente al otro significativo, mediante aprendizaje observacional, relacional, modelado, contagio o imitación.	Simétricos o en paralelo. Si hay asimetría es del otro significativo al superviviente.
¿Hay un perfil de crecimiento similar en las diferentes dimensiones del CPT?	Sí. El cambio se produce en prácticamente las mismas dimensiones.	No. Al ser un proceso independiente, pueden crecer de forma autónoma y en dimensiones diferenciadas.
Importancia de variables relacionales y familiares	Son la base del CPT del otro significativo. Predicen y mediatizan el CPT de ambos porque el crecimiento es un proceso esencialmente interpersonal.	No son importantes. El CPT sería autónomo e independiente, y por tanto, un proceso esencialmente intrapersonal.

crecimiento postraumático vicario (CPTV), definido como el crecimiento psicológico tras el encuentro con el trauma del otro (Arnold, 2005). Este concepto, a pesar de haberse creado en el ámbito de la psicoterapia, recoge elementos relevantes para el estudio del CPT en otros significativos. A diferencia del CPTS donde el crecimiento se produciría por el efecto traumático de “infección” que el hecho ha tenido en el otro significativo, en el CPTV lo relevante es el aprendizaje observacional, imitativo y de contagio que el otro significativo hace del crecimiento del superviviente. En cierta manera este CPTV es dependiente y se nutre del crecimiento del superviviente.

Hasta donde conocemos, este es el primer trabajo en analizar el CPT en supervivientes y otros significativos distinguiendo entre estos dos procesos de crecimiento, vicario o secundario. Nuestro objetivo general es analizar la evidencia disponible sobre CPT en otros significativos de pacientes con cáncer, para ver en qué medida el mecanismo de “transmisión” o “contagio” mostrado responde a un crecimiento vicario (CPTV) o secundario (CPTS). Los resultados se resumen en la tabla 2. En particular trataremos de analizar las dos relaciones significativas en el superviviente de cáncer (pareja y padres) con más datos disponibles, comparando sus resultados en CPT, su perfil de crecimiento en las diferentes dimensiones, su posible relación, sus predictores y sus variables moderadoras.

Crecimiento post-traumático en parejas: ¿cómo se relaciona el CPT del superviviente de cáncer y su pareja?

La naturaleza de los cambios que definen las cinco dimensiones del crecimiento post-traumático (Tedeschi y Calhoun, 1996), integran ya en el mismo cuestionario un crecimiento en la calidad de las relaciones interpersonales. Estos cambios se refieren a que los vínculos con otras personas se estrechan o fortalecen y aumenta la necesidad de compartir y expresar sentimientos con la familia y los amigos. De hecho en cáncer, varios estudios muestran que los cambios positivos en las relaciones interpersonales son las dimensiones de cambio más comunes que refieren las personas con cáncer (Petrie, Buick, Weinman, y Booth, 1999; Sears, Stanton, y Danoff-Burg, 2003), sin embargo el potencial de crecimiento mutuo y la naturaleza o mecanismo del CPT relacional no ha sido examinado plenamente (Zwahlen et al., 2010).

Comparación del CPT en supervivientes de cáncer y sus parejas

Un dato que corroboran los estudios realizados en los últimos años es que los supervivientes con cáncer y sus parejas o compañeros evidencian CPT y que las puntuaciones entre ambos miembros de la pareja correlacionan de forma significativa (Manne et al., 2004; Moore et al., 2011; Thornton y Pérez, 2006; Zwahlen et al., 2010). Un reciente estudio concluye que la díada (la pareja en sí misma) es lo que mayor variabilidad explica del CPT relacional en cáncer, seguido del rol (superviviente vs. pareja) y del género (Zwahlen et al., 2010). Cuando se analiza el rol de cada miembro de la pareja se observa que en prácticamente todos los estudios es el superviviente quien obtiene mayores puntuaciones de CPT respecto a su compañero o pareja (Manne et al., 2004; Moore et al., 2011; Weiss, 2004a; Zwahlen et al., 2010) aunque en hombres con cáncer de próstata son muy similares las puntuaciones de ellos y sus parejas (Thornton y Pérez, 2006), y en los hombres con cáncer de cabeza y cuello se expresaba mayor crecimiento en las parejas mujeres (Ruf, Buchi, Moergeli, Zwahlen, y Jenewein, 2009). Como vemos, los resultados se matizan, en parte, al tener en cuenta el género del superviviente. Si es la mujer la que padece la enfermedad la diferencia en CPT, a favor de ellas, es mayor respecto a sus compañeros que cuando es el hombre el enfermo de cáncer. Así mismo, parece que el CPT de las mujeres con cáncer no sólo es mayor sino que condiciona más el CPT de sus compañeros hombres. En un estudio de cáncer de mama el CPT de ellas predecía el CPT de sus maridos (Weiss, 2004a). Sin embargo, en los estudios con hombres diagnosticados de cáncer de próstata (Thornton y Pérez, 2006), cáncer de cabeza y cuello (Ruf et al., 2009) y otros tipos de cáncer (Zwahlen et al., 2010), las puntuaciones entre ellos y sus compañeras eran muy parecidas, o inferiores, y la relación entre ambos CPT, aunque era estrecha, se centraba en dominios de crecimiento diferentes, sugiriendo un crecimiento con características diferenciales. Por ejemplo, en un estudio cualitativo (Ruf et al., 2009) se constató que mientras las mujeres hacían más énfasis en la mejora de las relaciones personales con su pareja, informando de una mayor intimidad y comunicación, los pacientes hablan de un cambio positivo en la relación con su familia y sus amigos, no circunscribiendo el cambio al ámbito marital. Estos resultados sugieren que pudiera haber un mecanismo de “transmisión” o “contagio” diferencial del crecimiento en las parejas de una persona con cáncer,

dependiendo del género. El crecimiento de los hombres cuando su pareja tiene cáncer, es menor pero se predice y depende más del propio crecimiento de su mujer, intuyéndose un aprendizaje o contagio más de tipo vicario. Sin embargo, el crecimiento de la mujeres cuando su marido tiene cáncer es similar o mayor, y puede surgir en áreas diferentes a la de sus esposos, dando a entender que, aunque relacionados, el CPT de ellas no se restringe al CPT de ellos, sino que puede ser un crecimiento secundario al trauma de ver enfermar a su pareja. Ver tabla 2.

Dimensiones del CPT compartidas

Otro aspecto importante a valorar en el crecimiento de las parejas es si el CPT es compartido en las mismas dimensiones. En muestras de pacientes oncológicos se observa una correlación elevada entre las escalas o dimensiones de CPT entre supervivientes de cáncer y sus parejas (Moore et al., 2011; Zwahlen et al., 2010), aunque estas correlaciones significativas en cuidadores de supervivientes de cáncer avanzado sólo se han visto en Espiritualidad y Fuerza Personal, mientras que no se ha observado en las dimensiones Relación con los otros, Apreciación por la vida y Nuevas Posibilidades (Moore et al., 2011). Estos resultados sugieren que la gravedad del cáncer también pueda marcar un crecimiento diferencial (en cuanto a las dimensiones de cambio del PTGI) entre supervivientes y sus otros significativos. En supervivientes de cáncer en general existe correlación entre todas las dimensiones de CPT y la de sus otros significativos, sin embargo en cáncer avanzado se comparten únicamente las dimensiones de Espiritualidad y Fuerza Personal, que pueden reflejar en ambos miembros respectivamente: el despertar conjunto de temas espirituales y existenciales, por un lado, y el espíritu de lucha mantenido, por otro, propios de la amenaza acuciante y permanente de este tipo de cáncer. Las correlaciones significativas en las diferentes dimensiones del CPT en muestras heterogéneas de supervivientes de cáncer y sus otros significativos refuerzan la idea de crecimiento postraumático vicario en las relaciones de los supervivientes de cáncer, ya que los cambios que refieren reflejan un patrón compartido de crecimiento. No habría entonces un crecimiento postraumático secundario o diferencial al evaluar a muestras heterogéneas de pacientes. Sin embargo, los cuidadores de supervivientes de cáncer avanzado sí reflejan este patrón diferencial de crecimiento, con áreas compartidas y áreas diferenciales respecto al superviviente, más propio de un Crecimiento

Postrauumático Secundario. Los estudios muestran que los pacientes con cáncer avanzado presentan puntuaciones menores en el PTGI que el resto de pacientes con cáncer (Mystakidou et al., 2007). Lechner et al. (2003), además constató que los pacientes que se encontraban en los estadios intermedios de su enfermedad oncológica (E2 y E3) mostraban patrones más claros de crecimiento que aquellos que se encontraban en los estadios iniciales o finales (E1 y E4). Propusieron que la ambigüedad e incertidumbre futura de los estadios intermedios podía suponer un mayor impulso para la búsqueda de significados y crecimiento en estos pacientes. En contraste, en cáncer avanzado, la imposibilidad de negar las consecuencias negativas de su enfermedad y la posible conciencia pronóstica de mortalidad cercana, podría limitar su margen de crecimiento y afectar a la posible transmisión del mismo a sus otros significativos. Dos alternativas, quizás complementarias, nos sugieren estos resultados: 1) Es posible que los procesos de identificación, aprendizaje y crecimiento vicario de la persona significativa con el superviviente de cáncer sean mayores cuando hay una mayor perspectiva vital y se perciba un futuro conjunto, 2) el CPT al final de la vida en cáncer avanzado tiene unas connotaciones y limitaciones existenciales que son difícilmente transmisibles de forma totalmente vicaria a alguien sano, pero en cambio sí pueden constituir más fácilmente un hecho traumático secundario (ej. posible duelo anticipado) con capacidad de generar un crecimiento postraumático secundario (CPS) en las personas cercanas.

Otro análisis interesante que tiene en cuenta las diferentes dimensiones del CPT en supervivientes y sus parejas es el que realizan Zwahlen, et al. (2010) explorando el papel del género, rol y de la diada en el CPT. Encuentra que los tres factores (género, rol y diada) influyen significativamente en la variabilidad de la mayoría de las escalas del PTGI (excepto género, que no influye en Nuevas posibilidades y Cambio Espiritual). De entre los factores, la diada era el más influyente, y la variabilidad que explicaba del PTGI entre las parejas individuales fue significativa para los resultados totales y de las diferentes subescalas, indicando que el vínculo de la pareja podría ser una mayor influencia en la experiencia de crecimiento que el hecho de ser mujer u hombre, paciente o pareja. En segundo lugar sería el rol el que más influiría en la variabilidad del CPT. Así, es interesante ver que aunque para las experiencias psicológicas negativas el efecto del género parece ser de mayor influencia que el rol (Hagedoorn, Sanderman, Bolks, Tuinstra, y Coyne, 2008), este estudio (Zwahlen et al., 2010) ofrece evidencia de que

la diada y el rol es una influencia más fuerte y consistente para las experiencias psicológicas positivas. Nuevamente, como sucedía en el apartado anterior, observamos que el rol de superviviente y la diada explican la variabilidad de la mayoría de las escalas del PTGI en las parejas. Así, el CPT estaría más relacionado con el hecho de pasar directamente por la experiencia de cáncer (superviviente) y por la especial unión de cada pareja (diada), elementos que apoyan la idea de que el CPT de la pareja pueda depender del CPT del superviviente y del especial vínculo que mantienen, en un proceso de crecimiento postraumático más vicario que secundario.

Predictores de CPT en supervivientes de cáncer y en sus parejas

Otra buena manera de valorar en qué medida el CPT de las parejas de supervivientes de cáncer es vicario o secundario es valorar los predictores de CPT en unos y otros. Si los supervivientes y sus parejas compartieran similares predictores del CPT se podría entender que el proceso que da como resultado los cambios positivos (crecimiento) en las parejas es más vicario, mientras que si no los compartieran sería más secundario.

En un estudio donde se evaluaban de forma conjunta prácticamente los mismos predictores del CPT en supervivientes de cáncer de mama y en sus parejas, se encontró que estos diferían totalmente, excepto en la edad (Manne et al., 2004). En las parejas de las supervivientes con cáncer de mama los pensamientos intrusivos, la reevaluación positiva y el procesamiento emocional estaban asociados con su crecimiento, mientras que ninguna de estas variables se asociaba con el crecimiento del superviviente (Manne et al., 2004). En otros estudios con supervivientes de cáncer de mama se han observado también predictores diferentes (Weiss, 2004a; 2004b) aunque no se exploraban los mismos predictores en ambas muestras. Mientras que el CPT de los maridos se predecía por la intensidad del compromiso marital, un mayor CPT en la mujer y cumplir el criterio de estresor traumático (Weiss, 2004a), en las supervivientes de cáncer de mama predecía el CPT tener contacto con un modelo de CPT en la enfermedad y el nivel educativo (Weiss, 2004b). En los estudios con supervivientes de cáncer de próstata y sus parejas mujeres sucedía algo similar, ya que prácticamente no compartían predictores de sus respectivos CPT, con excepción del reencuadre positivo que predecía en ambos el crecimiento (Thornton y Pérez, 2006), y que como hemos visto también era un predictor similar en las parejas de supervivientes de cáncer de mama.

En resumen, aunque el CPT en supervivientes y sus parejas correlacionan, no se han encontrado predictores comunes de CPT más allá del reencuadre o reevaluación positiva y la edad. Esta falta de predictores comunes nos llevaría a pensar que el crecimiento en las parejas, en cuanto a estas posibles variables mediadoras, tiene un carácter más secundario (CPTS), ya que prácticamente, por ejemplo, no se comparten formas de afrontamiento o soporte. En este sentido, parece lógico pensar que los resultados son estos porque para cada miembro de la pareja el cáncer supone un estresor diferencial según el rol que se tenga (superviviente vs. pareja), implicando también procesos (ej. estilos de afrontamiento) diferenciales que den como resultado cambios vitales positivos (crecimiento) similares o diferenciales. La edad, es decir, tener un cáncer o una pareja con cáncer joven sí favorecería un crecimiento postraumático mutuo y compartido, seguramente porque para ambos el cáncer supone una mayor alteración o ruptura de la visión social o natural del enfermar, y también hay una mayor disponibilidad y capacidad para el cambio. En este sentido, también algunas variables mediadoras como el reencuadre o reevaluación positiva, que sí son compartidas, o el hecho por ejemplo de que el CPT en supervivientes de cáncer de mama predice el CPT en maridos, apuntan a que hay procesos vicarios de modelado que influyen en el crecimiento de ambos. Es especialmente interesante observar que en cáncer de mama un predictor de CPT es disponer de otro modelo positivo que haya experimentado un trauma similar y perciba beneficios, mientras que para los maridos es la propia mujer con cáncer de mama el modelo positivo (Weiss, 2004a; 2004b). Los resultados en mujeres parecen indicar que habría un efecto de género que haría más probable que, al menos en cáncer de mama, las mujeres realizaran un crecimiento postraumático vicario por contagio con otras supervivientes (no de sus esposos) y que además transmitieran y contagiarán con mayor facilidad su propio CPT a sus maridos, dando como resultado el CPTV en ellos.

Corroborando el crecimiento de pareja: CPT relacional en la base de un CPT real

Uno de los debates más intensos en el ámbito del crecimiento, especialmente en cáncer, tiene que ver con si estos cambios positivos tras la enfermedad son reales o son una ilusión fruto de diferentes sesgos de autoensalzamiento (Sumalla et al., 2009). Se han propuesto diferentes criterios que darían consistencia y observabilidad al autoinforme de crecimiento que miden los cuestionarios. Entre estos criterios

uno de los más utilizados es el interpersonal. El hecho mismo de que las parejas de una persona con cáncer refieran también CPT y que se asocie con el CPT del superviviente, como se ha ido mostrando en los diferentes estudios (Manne et al., 2004; Moore et al., 2011; Thornton y Pérez, 2006; Zwahlen et al., 2011), ya aportaría evidencia del carácter “real” del crecimiento. Sin embargo, algunos estudios han ido más allá y han estudiado en qué medida las personas significativas corroboran o se muestran de acuerdo con el autoinforme de CPT de los supervivientes de situaciones extremas. Los estudios encuentran que las personas significativas corroboran el CPT de los supervivientes (Moore et al., 2011; Shakespeare-Finch y Barrington, 2011; Shakespeare-Finch y Enders, 2008). Específicamente en cáncer, Moore et al. (2011) encuentra resultados interesantes al estudiar a pacientes con cáncer avanzado y sus cuidadores. Primero, muestran que hay un elevado grado de acuerdo observado entre el CPT del superviviente y la evaluación que realizaba el cuidador del CPT del superviviente en prácticamente todas las subescalas del CPT, incluyendo Relación con los otros, Cambio espiritual, Fortaleza Personal y resultado total del CPT. Sólo las escalas de Apreciación por la vida y Nuevas Posibilidades no alcanzan un acuerdo significativo. Segundo, y más interesante, es el hallazgo que el CPT del cuidador correlacionaba de forma significativa y muy elevada en todas las subescalas, y el total del CPT, con la evaluación que él realizaba del CPT del superviviente de cáncer (Moore et al., 2011). Los autores sugieren que quizás los cuidadores podrían simplemente estar juzgando a los pacientes a través de sus propias experiencias. Aunque también es posible la lectura en sentido contrario, dada la naturaleza correlacional del estudio, es decir, que el CPT del cuidador tenga como modelo el CPT del superviviente, ya que su crecimiento y el que percibe en el superviviente están muy relacionados. De aquí, que el CPT del cuidador correlacione más con su evaluación del CPT en el superviviente de cáncer que con el autoinforme de CPT que realizaba el propio superviviente. Este dato iría en la línea de entender que el CPT de la persona significativa sigue un mecanismo vicario, en el que el CPT del superviviente es el que guía el CPT de la persona significativa, pero con el matiz de que influye más la percepción y evaluación que realiza el cuidador del crecimiento del superviviente que el propio autoinforme de crecimiento del superviviente. Un importante estudio prospectivo que evalúa por separado la cercanía percibida en parejas al año del diagnóstico de un cáncer de mama no metastásico, también encuentra que hay un acuerdo elevado global del 59% entre la pareja en este tema (Dorval et al., 2005). Especialmente interesante es que estos autores identifican cuatro interacciones familiar-paciente modificables que

tenían lugar a corto plazo tras el diagnóstico y que predecían mayor cercanía/unión un año más tarde en la pareja: 1) los maridos que informaban que su esposa era su confidente, 2) obtenían consejos de ella sobre cómo afrontar el cáncer de mama en las dos primeras semanas tras el diagnóstico, 3) la acompañaban a la cirugía y 4) cuando las mujeres informaban de haber recibido más afecto de sus esposos a los 3 meses del diagnóstico (Dorval et al., 2005). Este estudio muestra cómo el crecimiento, en cuanto a la percepción de cercanía en la pareja, sigue un proceso vicario, ya que las cuatro interacciones que predicen crecimiento mutuo inciden en la capacidad del marido de participar y aprender del proceso de afrontar la enfermedad de sus esposas.

A pesar de que la corroboración y acuerdo entre los datos sobre crecimiento postraumático en relaciones cercanas son argumentos utilizados para demostrar la veracidad u observabilidad de estos cambios positivos, existen estudios que demuestran que el recuerdo de cambios a nivel interpersonal está lejos de ser preciso (Tennen y Affleck, 2009), produciéndose sesgos similares a los que se producen en el recuerdo de cambio personal en cáncer (Sumalla et al., 2009). Otros autores han mostrado que el acuerdo entre parejas sobre cambios positivos en la relación no significaba que ese cambio había ocurrido (Kirkpatrick y Hazan, 1994). Más bien parece que las parejas reescriben su historia como pareja exacerbando en el recuerdo elementos afectivos positivos que en su momento no relataron.

Sin embargo, Tennen y Affleck (2009) menciona un estudio (Wirtz, Kruger, Scollon, y Diener, 2003) donde el recuerdo de la experiencia era un mejor predictor de la conducta a realizar que la propia experiencia actual. Así, se apunta la idea, por validar con más estudios, que en la predicción del bienestar o de las conductas asociadas con él, es más importante el recuerdo positivo de un hecho, que no tanto la veracidad o precisión de ese recuerdo. En este sentido, intervenciones centradas en la actualización de episodios autobiográficos positivos se han utilizado para facilitar cambios vitales positivos (CPT) en cáncer (Ochoa et al., 2010).

Crecimiento post-traumático en padres y madres de niños y adolescentes con cáncer

Se han observado elevadas tasas de incidencia a lo largo de la vida (50%) de sintomatología TEPT en madres de hijos diagnosticados de cáncer, con un 25% de ellas cumpliendo criterios diagnósticos de TEPT (Pelcovitz et al., 1996). En otros estudios se han encontrado porcentajes alrededor del

Tabla 2. *Argumentos y evidencia de CPT vicario y CPT secundario en otros significativos de supervivientes de cáncer.*

OTROS SIGNIFICATIVOS	CPT VICARIO		CPT SECUNDARIO	
	Argumento	Evidencia	Argumento	Evidencia
PAREJAS				
Comparación con el CPT del superviviente	Mayor en el superviviente	Manne et al., 2004; Weiss, 2004; Thornton y Pérez, 2006; Zwahlen et al., 2010; Moore et al., 2011	Similares o mayor en el otro significativo. Sólo en parejas mujeres	Thornton y Pérez, 2006; Ruf et al., 2009.
Correlación con CPT superviviente.	Significativa	Manne et al., 2004; Thornton y Pérez, 2006; Zwahlen et al., 2010; Moore et al., 2011	Escasa o nula. El CPT es autónomo	
Dimensiones del CPT	Compartidas	Zwahlen et al., 2010; Moore et al., 2011	Diferenciadas. Sólo en cáncer avanzado	Moore et al., 2011
Predictores de CPT en la pareja del superviviente	Similares. Sólo edad y reencuadre o reevaluación positiva y el CPT superviviente	Thornton y Pérez, 2006; Weiss, 2004a	Diferenciados. Prácticamente no comparten predictores de CPT	Manne et al., 2004; Thornton y Pérez, 2006; Weiss, 2004a; 2004b
Variables relacionales y CPT en ambos	Mayor importancia de variables relacionales. Sí (p. ej. diada)	Zwahlen et al., 2010; Weiss, 2004a; 2004b	Menor importancia de variables relacionales	
Otro significativo corrobora el CPT superviviente	Sí y concuerdan	Moore, 2011; Dorval et al., 2005	Poca o nula corroboración o concordancia	
CPT superviviente predice CPT de la pareja	Sí	Weiss, 2004a	No, o podría ser en cualquier dirección	
PADRES Y MADRES				
Comparación de síntomas TEPT en padres (ambos) e hijos	Mayor en los hijos.		Igual o incluso mayor en los padres. Sobre todo en las madres	Pelcovitz et al., 1996; Kangas et al., 2002; Landolt et al., 2003; Ozono et al., 2007
Sintomatología TEPT en hijos, madres o padres predice su CPT respectivo	No. Sería el CPT de unos lo que predeciría el CPT de los otros		Sí en adolescentes con cáncer y en las madres de niños con cáncer	Hungerbuelter et al., 2011; Barakat et al., 2006
Comparación CPT en padres y madres de hijos con cáncer	Puntuaciones similares		Alguno de los dos más CPT. Sí, en madres	Hungerbuelter et al., 2011; Barakat et al., 2006
Variables familiares predicen TEPT y CPT en padres	Sí. (p.ej.: cohesión, flexibilidad y calidad de la relación familiar)	Pelcovitz et al., 1998; Hungerbuelter et al., 2011	No. CPT autónomo e independiente de variables familiares	

20% en padres y madres de niños con cáncer (Landolt et al., 2003; Ozono et al., 2007). Sin embargo, como en las parejas, la experiencia indirecta con la enfermedad de un familiar, también puede generar CPT tanto en individuos donde la enfermedad se resolvió (curación o fallecimiento) como en los que la enfermedad permanecía (Davis, Wohl, y Verberg, 2007; Mosher, Danoff-Burg, y Brunker, 2006; Wong, Cavanaugh, Macleamy, Sojourner-Nelson, y Koopman, 2009; Loiselle, Devine, Reed-Knight, y Blount, 2011). Se han encontrado cambios psicológicos positivos en padres de hijos en situación crítica (Colville et al., 2009) y especialmente en los padres de niños con cáncer (Barakat, Alderfer, y Kazak, 2006; Hungerbuehler, Vollrath, y Landolt, 2011). Sin embargo, en estas poblaciones no hemos encontrado que se examine específicamente la posible asociación entre el CPT del hijo con cáncer y el de sus padres, ni el de padre y madre entre ellos, explorando la interinfluencia mutua que nos ayude a disponer de mejores datos que aclaren si los procesos de crecimiento son más vicarios o secundarios. Si existen datos sobre estos procesos en cuanto a la influencia traumática (presencia de sintomatología TEPT) en los progenitores. Los padres (especialmente la madre) parecen estar en mayor riesgo de exhibir elevadas puntuaciones de estrés postraumático que sus hijos supervivientes de cáncer; incluso se ha encontrado que la prevalencia en las madres puede ser mayor que en otros adultos supervivientes de cáncer (Kangas et al., 2002), indicando que la experiencia paternal de tener un hijo con cáncer es inherentemente más traumática que el haber pasado directamente por la enfermedad (Smith, Redd, Peyser, y Vogl, 1999). Por otro lado, se ha analizado el proceso de crecimiento de hijos, padres y madres por separado, y los resultados ofrecen algo de luz en este asunto. Se ha encontrado que las madres experimentan más malestar psicológico que los padres un mes después del diagnóstico oncológico del hijo y que este malestar se asocia prospectivamente con mayores niveles de CPT 3 años después en las madres pero no en los padres (Hungerbuehler et al., 2011). Al no conocer si este CPT de las madres se asocia al del hijo o al del padre, las hipótesis sobre el carácter vicario o secundario son más especulativas, aunque los estudios sugieren que las madres de un niño con cáncer juegan un rol esencial en la aparición de sintomatología postraumática en el niño (Pelcovitz et al., 1996; 1998). En conjunto, dado el carácter predictivo del malestar emocional de las madres en su posterior CPT y no en el de los padres, con el mayor CPT en ellas (Barakat et al., 2006; Hungerbuehler et al., 2011) y el papel mediador de la madre en la experimentación de sintomatología TEPT del niño, se puede especular que, respecto a los padres, la

enfermedad del hijo puede tener un mayor potencial traumático y generar un CPTS en las madres.

Por otro lado, en el análisis de variables relacionales se ha visto que la percepción de la cohesión familiar y la flexibilidad correlacionaba negativamente con la presencia de TEPT en adolescentes con cáncer (Pelcovitz et al., 1998) y, por otro, que la calidad de la relación familiar también predice el CPT parental conjunto (Hungerbuehler et al., 2011). Así, como cabe esperar, las variables relacionales y familiares, donde se producen procesos de aprendizaje y soporte vicario difíciles de operativizar, juegan un papel esencial en el TEPT y el CPT de sus miembros, pero sus mecanismos aún están por dilucidar.

En síntesis podríamos decir que los mecanismos de crecimiento en padres y madres de pacientes con cáncer necesitan de mayor investigación, pero que los datos apuntan a que también aquí haya un posible efecto de rol (madre vs padre) y/o de género. Las madres podrían realizar un crecimiento postraumático secundario en la enfermedad oncológica de sus hijos, como también se infería en las parejas de hombres con cáncer, en mayor medida que los padres. No hay datos que puedan ayudar a saber si el crecimiento observado en los padres pueda ser vicario al de sus hijos o mujeres, o ambos.

Crecimiento post-traumático relacional: la necesidad de una mirada transcultural

Las nociones de estrés, trauma y CPT surgen de estudios realizados en culturas occidentales y los modelos académicos que se han desarrollado para explicarlos se han centrado en eventos traumáticos discretos, identificables (Vázquez, Pérez-Sales y Ochoa, 2013; Sumalla et al., 2009) y focalizados en el afectado y no en los otros significativos. La cultura modela lo que en una sociedad se entiende por trauma o por crecimiento, también en el ámbito relacional. Un ejemplo de la no universalidad de los estresores traumáticos son los estudios de Scheper-Hughes (1993) sobre la reacción aparentemente fría de las madres brasileñas de las favelas ante las muertes de sus niños. Cada recién nacido es adoptado con cautela, con una aparente falta de “empatía” que va mejorando en los meses siguientes si el niño sobrevive. De su trabajo concluye que los maridos, los novios y los propios hijos son considerados compromisos temporales y reemplazables. Además, la muerte de un niño no es vista como un hecho traumático ya que tiene la felicidad garantizada en el otro mundo. La mortalidad infantil en las favelas brasileñas no es un hecho extraordinario y extraño, por eso existe en la

cultura modelos sociales de entender desde una visión no traumática y adaptativa el sufrimiento y muerte de un ser querido en esas circunstancias. Pierde sentido, entonces, preguntarse sobre su posible crecimiento o el crecimiento vicario de sus relaciones de pareja y materno-filiales (véase Vázquez et al., 2013).

Un ejemplo de cómo la cultura modela lo que entendemos por crecimiento lo podemos encontrar al contrastar la cultura hispana y la americana. La cultura hispana da más importancia a las responsabilidades sociales y familiares que la de USA, que es más individualista (Weiss y Berger, 2006). En este sentido, Taku (2011) proporciona un interesante enfoque de cómo estas diferencias culturales podrían afectar al crecimiento, teniendo en cuenta también la dimensión personal. Para el autor es necesario distinguir “commonly-defined PTG”, o cambios positivos indicativos de crecimiento personal para el conjunto de la población, de “individually-defined PTG”, o cambios positivos indicativos de crecimiento para una persona concreta. Así, por ejemplo, para aquellas personas que de una manera natural expresan sus estados emocionales sin dificultad, o para aquellas que la expresión emocional no tiene ningún tipo de valor positivo, todas las transformaciones asociadas a la idea de comunicación afectiva propias del CPT son escasamente valoradas como significativas. Por el contrario, para los sujetos con dificultades asertivas que tienen una sensación de déficit a este respecto, pequeñas modificaciones en la línea de una mayor expresividad podrían ser vividas como cambios de gran valor que apuntarían a una sensación de mayor maduración tras superar un evento adverso. Es decir, la sensación de cambio positivo, incluyendo los aspectos relacionales del mismo, vendrían en parte determinados por la lectura y el significado que cada sujeto atribuye a cada ámbito de transformación concreto, significado que se encuentra también influido por el entorno cultural donde transcurre la vida del sujeto. En un estudio cualitativo sobre aspectos identitarios realizado con tres grupos focales de personas diagnosticadas de cáncer de mama (Ochoa et al., 2012) se encontró que no sentían que su experiencia con la enfermedad se identificase con la etiqueta o identidad de “superviviente”, ampliamente utilizada en la literatura científica, porque decían: 1) esta palabra imprime demasiada gravedad a la enfermedad, 2) las hacía parecer personas excepcionales, cuando ellas sentían que no habrían superado el proceso sin el apoyo de los suyos, y 3) percibían la amenaza a su integridad física y psíquica de forma permanente y no discreta. Estos resultados ponen de manifiesto que la noción de superación que subyace en el concepto de superviviente y de crecimiento postraumático se ajusta mejor a culturas individualistas

como la americana (Splevins, Cohen, Bowley, y Joseph, 2010) que no a las colectivistas, donde el crecimiento se percibe de forma más relacional y colectiva. En un estudio con una muestra española de maridos de pacientes con cáncer de mama (Ochoa et al., 2009), se obtenían de media puntuaciones más elevadas en el CPT (50,2) que los que se obtenían en muestras americanas similares (39,7) (Manne et al., 2004). Este dato apunta a que, como es esperable, en culturas colectivistas basadas más en el crecimiento relacional y colectivo que no en la superación individual puedan darse más procesos de crecimiento vicario que no de crecimiento secundario. Estos últimos serían más propios de culturas individualistas.

Discusión

Una vez revisada la evidencia reciente sobre el crecimiento postraumático en otros significativos de supervivientes de cáncer y analizados los resultados bajo la cuestión del carácter vicario o secundario de este crecimiento, se podría resumir lo siguiente. En general los procesos de crecimiento en los otros significativos de personas con cáncer se explican mejor como un crecimiento vicario. Sería así, principalmente porque el superviviente es quien experimenta directamente la amenaza de la enfermedad, quien refiere más crecimiento e influye más en el crecimiento del otro significativo. También reforzaría esta idea el que variables relacionales como la diada, el compromiso marital o la percepción de cercanía influyen en el CPT de las parejas, y que la calidad de la relación familiar predice el CPT de los padres y madres de niños y adolescentes con cáncer.

Por otro lado, cuestiones de género, rol y gravedad de la enfermedad influyen en que los otros significativos experimenten un crecimiento más secundario que vicario. En particular en cuanto al género, se observa que las parejas de mujeres con cáncer (especialmente en mama) experimentan un crecimiento más vicario, mientras que las parejas de hombres con cáncer y las madres de niños o adolescentes oncológicos experimentan un crecimiento más secundario. Se han propuesto diferentes hipótesis para explicar estos resultados (Hugerbuehler et al., 2011; Weiss, 2004a). Las mujeres, al ser más sensibles al estrés (Stanton, Bower, y Low, 2006), tendrían mayor disposición a estar en contacto con pensamientos, imágenes y sentimientos que causan malestar emocional, que actuarían como catalizador del desarrollo del CPT (Kashdan y Kane, 2011). Así mismo, estos resultados podrían explicarse porque en el ámbito de las relaciones interpersonales y del desarrollo de intimidad,

las mujeres guían al hombre, siendo más probable que el hombre tienda a intimar principalmente con su mujer, mientras que su mujer se implique también en otras relaciones emocionalmente abiertas e íntimas con otras mujeres (Weiss, 2004a). La gravedad de la enfermedad, en forma de cáncer avanzado, también favorece procesos de crecimiento secundario. Esto indicaría que hay características propias del hecho que pueden ser especialmente difíciles de comprender y transmitir al otro significativo, y por tanto también contagiarlas o compartirlas. En cáncer podrían ser todas esas cuestiones y preocupaciones existenciales que surgen ante la posibilidad de no existir o de no ser, y que son la ansiedad principal de la condición humana, las que no se pueden transmitir fácilmente de forma vicaria (Heidegger, 2003).

Por último es importante señalar algunas limitaciones a tener en cuenta en este trabajo. Aunque se ha establecido una distinción conceptual entre procesos de crecimiento vicario y secundario, lo más sensato es pensar que en relaciones significativas, duraderas en el contexto de una enfermedad crónica y potencialmente mortal, ambos procesos ocurran en diferente medida. Hay que leer los resultados en clave de preponderancia de unos procesos u otros más que en términos de exclusión mutua. Por otro lado, la práctica totalidad de los datos analizados provienen del PTGI y del análisis cuantitativo de sus subescalas. Los supervivientes y otros significativos se ven forzados por el instrumento a medir su crecimiento en los términos en los que ahí se conciben, pudiéndose crear una falacia categorial de crecimiento compartido por la propia metodología. Estudios cualitativos como el de Ruff et al., (2009), muestran que el crecimiento que refieren hombres con cáncer de cabeza y cuello y sus esposas es relacional en ambos casos, pero en el caso de los hombres se refieren más a relaciones con la familia y los amigos, mientras que las mujeres a su relación marital. En un cuestionario como el PTGI se diluiría esta diferencia y crecimiento divergente.

Por último, estos estudios abren la cuestión sobre si los beneficios de intervenciones psicológicas ideadas para facilitar el CPT en supervivientes de cáncer (Ochoa et al., 2010) pueden generar CPT vicario en sus otros significativos (aunque estos no hayan recibido directamente el tratamiento) o es necesario intervenir directamente a nivel de pareja, por ejemplo, para conseguir un aumento del CPT compartido, como empiezan a mostrar ya estudios recientes (Heinrichs et al., 2012). El conocer los elementos que favorecen el contagio o aprendizaje del crecimiento en los otros significativos, nos ayudaría a que los tratamientos psicológicos puedan funcionar como una caja de resonancia que vaya de

los supervivientes, normalmente objeto de intervención, a sus relaciones significativas.

Referencias

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Arnold, D. (2005). Vicarious Posttraumatic Growth in Psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 45, 239–263. doi:10.1177/0022167805274729
- 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.
- Cadell, S. (2007). The sun always comes out after it rains: understanding posttraumatic growth in HIV caregivers. *Health Social Work*, 32, 169–176.
- Colville, G., Darkins, J., Hesketh, J., Bennett, V., Alcock, J., y Noyes, J. (2009). The impact on parents of a child's admission to intensive care: integration of qualitative findings from a cross-sectional study. *Intensive Critical Care Nursing*, 25, 72–79.
- Cordova, M. J. (2008). Facilitating posttraumatic growth following cancer. In S. Joseph and A. Linley (Eds.), *Trauma, recovery, and growth: positive psychological perspectives on posttraumatic stress* (pp. 185–207). New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L., Carlson, C. R., y Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychology*, 20, 176–185.
- Davis, C. G., Wohl, M. J. A., y Verberg, N. (2007). Profiles of posttraumatic growth following an unjust loss. *Death Studies*, 31, 693–712.
- Dorval, M., Guay, S., Mondor, M., Mâsse, B., Falardeau, M., Robidoux, ... A., Deschênes, L., (2005). Couples who get closer after breast cancer: frequency and predictors in a prospective investigation. *Journal of Clinical Oncology*, 23, 3588–3596.
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 1–20). New York: Brunner/Mazel.
- Hagedoorn, M., Sanderman, R., Bolks, H. N., Tuinstra, J., y Coyne, J. C. (2008). Distress in couples coping with cancer: a meta-analysis and critical review of role and gender effects. *Psychological Bulletin*, 134, 1–30.
- Heidegger, M. (2003). *Ser y tiempo*. Madrid: Trotta.
- Heinrichs, N., Zimmermann, T., Huber, B., Herschbach, P., Russell, D. W., y Baucom, D. H. (2011). Cancer distress reduction with a couple-based skills training: A randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 43, 239–252. doi:10.1007/s12160-011-9314-9
- Hodges, L. J., Humphris, G. M., y Macfarlane, G. (2005). A meta-analytic investigation of the relationship between the psychological distress of cancer patients and their carers. *Social Science Medicine*, 60, 1–12.
- Hungerbuehler, I., Vollrath, M. E., y Landolt, M. A. (2011). Posttraumatic growth in mothers and fathers of children with severe illnesses. *Journal of Health Psychology*, 16, 1259–1267.
- 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.
- Kashdan, T. B., y Kane, J. Q. (2011). Posttraumatic distress and the presence of posttraumatic growth and meaning in life: Experiential avoidance as a moderator. *Personality and Individual Differences*, 50, 84–89. doi:10.1016/j.paid.2010.08.028
- Kim, Y., Schulz, R., y Carver, C. S. (2007). Benefit-finding in the cancer caregiving experience. *Psychosomatic Medicine*, 69, 283–291.
- Kirkpatrick, L. A., y Hazan, C. (1994). Attachment styles and close relationships: A four-year prospective study. *Personal Relationships*, 1, 123–142. doi:10.1111/j.1475-6811.1994.tb00058.x

- Landolt, M. A., Vollrath, M., Ribl, K., Gnehm, H. E., y Sennhauser, F. H. (2003). Incidence and associations of parental and child posttraumatic stress symptoms in pediatric patients. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 44, 1199–1207.
- Lechner, S. C., Zakowski, S. G., Antoni, M. H., Greenhawt, M., Block, K., y Block, P. (2003). Do sociodemographic and disease-related variables influence benefit-finding in cancer patients? *Psychooncology*, 12, 491–499.
- Loiselle, K. A., Devine, K. A., Reed-Knight, B., y Blount, R. L. (2011). Posttraumatic growth associated with a relative's serious illness. *Families Systems Health*, 29, 64–72.
- Manne, S., 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.
- McCann, I. L., y Pearlman, L. A. (1990). Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological Effects of Working with Victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131–149. doi:10.1007/BF00975140
- Mehnert, A., y Koch, U. (2007). Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study. *Psychooncology*, 16, 181–188.
- Mosher, C. E., Danoff-Burg, S., y Brunner, B. (2006). Post-traumatic growth and psychosocial adjustment of daughters of breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 33, 543–551.
- Moore, A. M., Gamblin, T. C., Geller, D. A., Youssef, M. N., Hoffman, K. E., Gemmell, L., . . . Likumahuwa, S. M. (2011). A prospective study of posttraumatic growth as assessed by self-report and family caregiver in the context of advanced cancer. *Psychooncology*, 20, 479–487. doi:10.1002/pon.1746
- 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.
- 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.
- Ochoa, C., Sumalla, E. C., Castejón, V., Valverde, Y., Lázaro, V., y Blanco, I. (2012). La supervivencia en cáncer como dilema identitario. *Comunicación oral. V Congreso de la Sociedad Española de Psicooncología*. Madrid.
- Ochoa, C., Castejón, V., Sumalla, E. C., y Rodríguez, A. (2009). Psicoterapia positiva grupal en supervivientes de cáncer: eficacia en la reducción de malestar emocional y en la facilitación de Crecimiento Postraumático. *Comunicación oral. IV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psicooncología*. Barcelona.
- Ozono, S., Sacki, T., Mantani, T., Ogata, A., Okamura, H., y Yamawaki, S. (2007). Factors related to posttraumatic stress in adolescent survivors of childhood cancer and their parents. *Supportive Care in Cancer*, 15, 309–317.
- Pelcovitz, D., Goldenberg, B., Kaplan, S., Weinblatt, M., Mandel, F., Meyers, B., et al., (1996). Posttraumatic stress disorder in mothers of pediatric cancer survivors. *Psychosomatics*, 37, 116–126.
- Pelcovitz, D., Libov, B. G., Mandel, F. S., Kaplan, S. J., Weinblatt, M., y Septimus, A. (1998). Posttraumatic stress disorder and family functioning in adolescent cancer. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 205–221.
- Petrie, K. J., Buick, D. L., Weinman, J., y Booth, R. J. (1999). Positive effects of illness reported by myocardial infarction and breast cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 537–543.
- Ruf, M., Buchi, S., Moergeli, H., Zwahlen, R. A., y Jenewein, J. (2009). Positive personal changes in the aftermath of head and neck cancer diagnosis: a qualitative study in patients and their spouses. *Head Neck*, 31, 513–520.
- 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.
- Scheper-Hughes, N. (1993). *Death without weeping: The violence of everyday life in Brazil*. Berkeley: University of California Press.
- 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.
- Shakespeare-Finch, J., y Barrington, A. J. (2011). Behavioural changes add validity to the construct of posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 433–439.
- Shakespeare-Finch, J., y Enders, T. (2008). Corroborating evidence of posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 421–424.
- Smith, M. Y., Redd, W. H., Peyser, C., y Vogl, D. (1999). Post-traumatic stress disorder in cancer: a review. *Psychooncology*, 8, 521–537.
- Splevins, K., Cohen, K., Bowley, J., y Joseph, S. (2010). Theories of posttraumatic growth: cross-cultural perspectives. *Journal of Loss and Trauma*, 15, 259–277.
- Stanton, A. L., Bower, J. E., y Low, C. A. (2006). Posttraumatic growth after cancer. In L. G. Calhoun y R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth Research and practice* (pp. 138–175). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Sumalla, E. C., Ochoa, C., y Blanco, I. (2009). Posttraumatic growth in cancer: reality or illusion? *Clinical Psychology Review*, 29, 24–33.
- Taku, K. (2011). Commonly-defined and individually-defined posttraumatic growth in the US and Japan. *Personality and Individual Differences*, 51, 188–193. doi:10.1016/j.paid.2011.04.002
- Tedeschi, R. G., y Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- 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.
- Tennen, H., y Affleck, G. (2009). Assessing positive life change: in search of meticulous methods. In C. Park, S. Lechner, A. L. Stanton, M. H. Antoni (Eds.), *Medical illness and positive life change: Can crisis lead to personal transformation?* (pp. 31–49). Washington, DC: American Psychological Association.
- Thornton, A. A., y Pérez, M. A. (2006). Posttraumatic growth in prostate cancer survivors and their partners. *Psychooncology*, 15, 285–296.
- Vázquez, C., Pérez-Sales, P., y Ochoa (2013, in press). Posttraumatic Growth: Challenges from a Cross-Cultural Viewpoint. In G. A. Fava and C. Ruini (Eds.), *Increasing psychological well-being across cultures*. New York: Springer.
- Weiss, T. (2004a). Correlates of posttraumatic growth in husbands of breast cancer survivors. *Psychooncology*, 13, 260–268.
- Weiss, T. (2004b). 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.
- Weiss, T., y Berger, R. (2006). Reliability and validity of a Spanish version of the Post-Traumatic Growth Inventory. *Research on Social Work*, 16, 191–199.
- 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
- Wong, M. L., Cavanaugh, C. E., Macleamy, J. B., Sojourner-Nelson, A., y Koopman, C. (2009). Posttraumatic growth and adverse long-term effects of parental cancer in children. *Families Systems Health*, 27, 53–63.
- Zwahlen, D., Hagenbuch, N., Carley, M. I., Jenewein, J., y Buchi, S. (2010). Posttraumatic growth in cancer patients and partners--effects of role, gender and the dyad on couples' posttraumatic growth experience. *Psychooncology*, 19, 12–20.