

**Diseño y Evaluación de un Programa de Intervención Psicooncológica  
con Pacientes Adultos en el Peridiagnóstico**

Mariano Demateis

Facultad de Psicología

Universidad Nacional de Mar del Plata

Tesis Doctoral

Director: Dr. Darío Llull

Codirector: Dra. Claudia Castañeiras

Mar del Plata

Agosto de 2025



## Resumen

La enfermedad oncológica impacta en distintos aspectos de la vida del paciente. Su adaptación debería ser evaluada en función del momento del curso oncológico, siendo la Activación Emocional (AE) y la Representación de Enfermedad (RE) sus dos componentes medulares. El objetivo de esta investigación clínica fue el diseño y la evaluación del Modelo de Intervención Psicooncológica en el Peridiagnóstico (MIPP) en pacientes adultos, orientado a favorecer la Adaptación al cáncer en la primera fase del curso de la enfermedad. Se utilizó un diseño cuasi-experimental aleatorizado de 80 pacientes que ingresaron al Servicio de Oncología del Hospital Ramón Santamarina (Tandil, Argentina). Tras la primera consulta con el oncólogo, se aplicó la intervención en el grupo experimental. Se evaluó la AE, la RE y el ajuste al cáncer en el primer y último día de implementación del protocolo. Se aplicó estadística multivariada para el análisis inter e intragrupos. Se encontraron diferencias clínicamente significativas en la AE y una modificación de la RE, que impactaron positivamente en la Adaptación al cáncer. Teniendo en cuenta la falta de consistencia de los reportes disponibles sobre la efectividad de las intervenciones en psicooncología, los resultados obtenidos aportan evidencia sobre la capacidad del MIPP para favorecer la Adaptación de los pacientes al peridiagnóstico oncológico.

*Palabras clave: Psicooncología; Peridiagnóstico; Activación Emocional; Representación de Enfermedad; Adaptación al Cáncer; Intervención Psicológica; Modelo del Sentido Común de la Enfermedad.*

## Abstract

Oncological disease affects multiple dimensions of a patient's life. Evaluating adaptation requires considering the stage of the oncological process, with Emotional Activation (AE) and Illness Representation (RE) as its central components. This clinical research aimed to design and assess the Psycho-oncological Intervention Model in the Peridiagnostic (MIPP) for adult patients, focusing on enhancing cancer Adaptation during the initial disease phase. The study employed a randomized quasi-experimental design involving 80 patients at the Oncology Service of Ramón Santamarina Hospital (Tandil, Argentina). Following the first consultation with the oncologist, the experimental group received the intervention. AE, RE, and cancer adjustment were assessed on the first and last day of the protocol implementation. Multivariate statistical analysis revealed clinically significant improvements in AE and changes in RE, both contributing to enhanced adjustment to cancer. Given the lack of consistency in available reports on the effectiveness of psycho-oncological interventions, these findings support the MIPP's capacity to improve patient Adaptation during the oncological peridiagnostic phase.

**Keywords:** *Psycho-oncology; Peridiagnostic; Emotional Activation; Illness Representation; Adjustment to Cancer; Psychological Intervention; Common Sense Model of Illness.*

## Tabla de Contenido

	Página
Introducción	7
Capítulo I: Marco Teórico	9
¿Qué es el Cáncer?	10
Epidemiología: Incidencia, Mortalidad y Prevalencia	11
Síntomas Psicológicos en Pacientes con Cáncer	12
El Impacto de la Salud Mental sobre la Enfermedad Oncológica	15
Psicología de la Salud: el Paradigma Biopsicosocial	17
Psicooncología: Abordajes Terapéuticos de la Psicología	18
Cuestiones Metodológicas	18
Tipos de Intervención	19
Evidencia sobre la Efectividad de las Intervenciones Psicooncológicas	20
Modelo de Intervención Psicooncológica para el Peridiagnóstico (MIPP)	21
Adaptación	23
Autorregulación y Ajuste	23
Respuesta Alostática en Tres Niveles de Autorregulación	24
Procesos Implícitos y Explícitos	25
El Modelo de Sentido Común de la Enfermedad	27
Constructos fundamentales en el diseño del MIPP	31
Peridiagnóstico	31
Activación Emocional	35
Representación de la Enfermedad	38
Adaptación al Cáncer	44
Capítulo II: Parte Empírica	47
Objetivos, Hipótesis y Método	48
Objetivo General	48
Objetivos Específicos	48
Hipótesis	48
Método	49
Diseño	49
Criterios de Inclusión y Exclusión	49
Procedimiento	50
Descripción de la Muestra	51
Participantes	51
Características Psicosociales y Clínicas	51
Protocolo de Evaluación – Instrumentos	53
Análisis de Datos	56
Resultados	59
Construcción de las Variables Dependientes: AE, RE y AD	59
Determinación del Tipo de Estadística para el Tratamiento de Datos	60
Impacto de la Intervención	60

Objetivo 1	60
Cambios en VD: Análisis Intergrupos	62
Cambios en VD: Análisis Intragrupo	65
Cambios en el Componente Causa de la RE	66
Cambios en Imágenes o Palabras Asociadas al Cáncer	68
Objetivo 2	71
Modelización del Constructo Adaptación	71
Relación entre VD	75
Índice de Cambio Confiable	75
Resultados Complementarios	79
Capítulo III: Discusión y Conclusiones	82
Discusión	83
Limitaciones	93
Conclusiones y Líneas Futuras de Investigación	95
Lista de Referencias	97
Apéndice A: Modelo de Intervención Psicooncológica para el Peridiagnóstico. Guía para el Terapeuta	113
Apéndices B: Análisis Factorial Exploratorio (AFE) y Análisis Factorial Confirmatorio (AFC)	124
Apéndice C: Estadísticos Descriptivos e Inferenciales de las Variables Observadas	136

## Introducción

La integración de profesionales de la psicología en el sistema sanitario argentino enfrenta dificultades estructurales. Entre ellas, los prejuicios que cuestionan la solidez científica de la disciplina y la percepción de que la psicología carece de un marco teórico robusto, lo que limita su aplicación en contextos médicos. Esta tesis aporta el diseño y evaluación de un modelo psicoterapéutico basado en la evidencia para la psicooncología. El estudio se estructura en torno a dos metas principales: diseñar un Modelo de Intervención Psicooncológica para el Peridiagnóstico (MIPP) (capítulo I), y evaluar la efectividad de su implementación en el Servicio de Oncología de un hospital público en la provincia de Buenos Aires, Argentina, como contexto natural de asistencia (capítulo II). En el capítulo I, se presenta un análisis epidemiológico del cáncer a nivel global y en Argentina, destacando su impacto en la salud mental. Desde esta perspectiva, se examina también el impacto de los diagnósticos psicopatológicos en el sistema sanitario, y se reseña el estado del arte sobre la efectividad de intervenciones psicológicas. Finalmente, se describen los fundamentos teóricos del MIPP, integrando aportes relevantes de las neurociencias y la psicooncología. En el capítulo II, se detalla la metodología empleada y se reportan los resultados, incluyendo análisis comparativos inter e intragrupos y modelos estadísticos que exploran el constructo Adaptación a la enfermedad, un concepto clave en psicooncología. En el capítulo III se discuten los hallazgos a la luz de la literatura existente, señalando las limitaciones del estudio, y se proponen direcciones para investigaciones futuras. El documento incluye tres apéndices: una guía para la implementación del MIPP, los análisis factoriales que expresan la modelización realizada de las variables latentes, objeto de la intervención, y el reporte de las mediciones de las variables observadas.

En tal sentido, esta investigación busca aportar conocimiento y evidencias empíricas sobre la importancia de la psicología en el sistema sanitario argentino. Se trata del desarrollo y

sistematización de una propuesta de intervención psicoterapéutica en pacientes oncológicos basada en la evidencia, con capacidad de transferencia más allá del ámbito específico de la psicooncología, como abordaje para otras condiciones clínicas.

## **Capítulo I**

### **Marco Teórico**

## Marco Teórico

### ¿Qué es el Cáncer?

Cáncer es el nombre que agrupa a más de cien enfermedades diferentes. Todas coinciden en el hecho que, por efectos de cambios a nivel genético, se modifican ciertas propiedades de las células: pueden migrar a distintos lugares del cuerpo, alterando su funcionalidad, y se suprime su muerte programada. La aparición de mutaciones a nivel del ADN en el proceso de reproducción celular es normal. Sin embargo, la formación de un cáncer es el resultado de la falla de distintos mecanismos que habitualmente el cuerpo instrumenta para detectar y matar estas células. La denominación del tumor dependerá del tipo de célula mutada: carcinomas (células de la piel o del tejido que recubre la superficie de órganos o glándulas, por ejemplo, mama, próstata, pulmón o colon) sarcomas (células de los tejidos que sostienen y conectan el cuerpo, por ejemplo, huesos, tendones, músculos, etc.) linfomas (células que conforman el sistema linfático) y leucemias (células de la sangre).

El curso oncológico comienza con el proceso diagnóstico, sea por la aparición de síntomas físicos (dolor, cansancio, disnea, etc.), o por la realización de una prueba de detección programada (mamografía, colonoscopia, etc.). Implica la realización de diversos estudios (exámenes de sangre, tomografías, resonancias, biopsia, etc.) para arribar al diagnóstico de cáncer. La confirmación diagnóstica deriva del resultado de la biopsia, procedimiento en el que se extrae y analiza una parte o toda la masa tumoral para determinar la presencia de mutaciones en las células. Recién en esta instancia, el paciente es derivado a consulta con médico oncólogo, para estadificar la enfermedad, esto es ponderar el tamaño del tumor y su grado de diseminación (estadíos I-IV). De acuerdo a la estadificación, se indica la estrategia terapéutica: quimioterapia, hormonoterapia, inmunoterapia y/o radioterapia. La cirugía también es una conducta terapéutica, pero habitualmente suele realizarse antes de que el paciente consulte al oncólogo y es decidida por el médico cirujano. Durante el

tratamiento y también una vez finalizado, se realizan estudios en tiempos protocolizados para evaluar su efectividad.

Una vez que se alcanzaron los objetivos terapéuticos, y no se hallan indicios de la presencia activa de la enfermedad, se continúa el curso con controles programados a intervalos de seis o doce meses. Tras cinco años de controles sin indicadores de malignidad se entiende que el paciente está libre de enfermedad. Existe la posibilidad de que en los controles se objetive una reaparición del cáncer, esto se llama recidiva, lo cual demanda reiniciar los tratamientos protocolizados. La última etapa del curso oncológico se denomina final de vida, lo cual implica que la enfermedad oncológica progresó sin que las distintas líneas de tratamiento tuvieran un resultado positivo. El compromiso que genera la proliferación de células oncológicas va condicionando el funcionamiento orgánico. En este punto, ante la falta de respuesta terapéutica, se enfoca el tratamiento médico al control de posibles dolores y síntomas asociados al compromiso de los distintos órganos, asociados a la progresión oncológica. De este modo, se prioriza la calidad de vida para el paciente, hasta el momento de su muerte.

### **Epidemiología: Incidencia, Mortalidad y Prevalencia**

Para comprender el impacto que tiene el cáncer es oportuno considerar algunos datos epidemiológicos, fundamentalmente la incidencia, prevalencia y mortalidad. A modo de síntesis, se presentan datos a nivel mundial, en la versión oficial del Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) de la International Agency for Research on Cancer (IARC) de la World Health Organization (WHO, 2020; 2021), y nacional en los reportes del Instituto Nacional del Cáncer (INE, 2020):

- La incidencia mundial en 2020 fue de 19,3 millones de casos nuevos, con una proyección de 24 millones para 2030, representando un aumento del 24,6 %.

- En Argentina, se diagnosticaron 130.878 nuevos casos en 2020, con una proyección del aumento del 19,2% para 2030.
- La prevalencia en los últimos cinco años fue de 50,55 millones de pacientes oncológicos en todo el mundo.
- La mortalidad global en 2020 fue de 9,95 millones, proyectándose 12,9 millones para 2030, lo que significa un incremento del 29,6%.
- En Argentina, la mortalidad alcanzó 70.704 casos en 2020, con una estimación del aumento de 21,5% para 2030.

### **Síntomas Psicológicos en Pacientes con Cáncer**

El diagnóstico y el tratamiento del cáncer afectan a la totalidad de la persona, expresada como “ser biopsicosocioespiritual”. Los estudios sobre síntomas y síndromes psicológicos en pacientes con cáncer ofrecen datos variados, no siempre consistentes en sus resultados y conclusiones.

Las entidades nosológicas informadas comúnmente son ansiedad, depresión y trastorno adaptativo. El concepto de trastorno adaptativo se asocia al estrés generado por la exposición a un estímulo (síntomas o diagnóstico) claramente identificable, que supera lo esperado o afecta significativamente la funcionalidad de la persona (van Beck et al., 2022). En este sentido, el concepto de estrés resulta un constructo clave relacionado con la manifestación de síntomas fisiológicos y psicológicos, especialmente en las primeras fases del curso oncológico (peridiagnóstico y tratamiento). La National Comprehensive Cancer Network (NCCN, 2010) lo describió como una experiencia de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual y emocional), social y/o espiritual desagradable que podría interferir con la habilidad de afrontar efectivamente el cáncer, sus síntomas físicos y su tratamiento. Abarca desde sentimientos de vulnerabilidad, miedo y tristeza hasta depresión, ansiedad y crisis espirituales. Diversos autores propusieron la existencia de una relación

entre el diagnóstico de depresión y ansiedad con las respuestas de estrés mal gestionadas, especialmente en el inicio del curso oncológico (Carlson et al., 2004; Dai et al., 2023; Mausbach et al. 2020).

Trabajos de referencia informaron que un tercio de los pacientes oncológicos manifiestan, en el curso de la enfermedad, síntomas consistentes con diagnóstico de ansiedad o trastornos del estado de ánimo (Kangas y Gross, 2017; Linden et al., 2012; Mitchel et al., 2011). Menhert et al. (2014) reportaron que el 31,8 % de la muestra cumplía con criterio diagnóstico para alguna patología mental (11,5 % para ansiedad; 11,1 % para trastorno adaptativo; 6,5 % trastorno del estado de ánimo). Linden et al. (2012) informaron que el 19 % de los pacientes muestran niveles clínicos de ansiedad tras el diagnóstico oncológico, y 22,6 % niveles subclínicos. Kreitler (2019) señaló una incidencia de entre 10 y 30 % para ansiedad y 22 % para depresión, lo que significa un 10 % para ansiedad y entre un 6,6-16,6 % para depresión, más alto que para la población sin cáncer. Este autor asocia la sintomatología ansiosa con las primeras fases del curso oncológico, y la presencia de depresión como un rasgo más estable vinculado al impacto de la enfermedad en la vida del paciente, coincidiendo en este señalamiento con lo planteado por Menhert et al. (2014). Bronner et al. (2019) informaron que un 59 % de los pacientes mostró indicadores de alto nivel de ansiedad antes de la primera consulta con el oncólogo.

Los datos de prevalencia deberían ser valorados a partir de dos referencias que contextualizan su significado: variables psicosociales y clínicas, y el momento del curso oncológico. Respecto a las primeras, existe cierto acuerdo en que edad y sexo son las dos variables que más impactan y se asocian a la presencia de sintomatología psicológica en pacientes oncológicos (Lu et al., 2016; Menhert et al., 2014). Rehse y Pukrop (2003) informaron que no se encontró diferencia en la respuesta emocional, tomando en cuenta el tipo de tumor, en las etapas iniciales del curso de la enfermedad. Lavelle et al. (2017) concluyeron que la edad y el sexo son las dos variables que predicen con mayor precisión el nivel de estrés en pacientes oncológicos, en consonancia con estudios previos

como Admiraal et al. (2012) y Thomas et al. (2010). En síntesis, se reconoce que las mujeres presentan medias de estrés significativamente mayores a los hombres, en tanto que, respecto a la edad existe una relación inversa, es decir, los pacientes mayores informan menores niveles de estrés que los más jóvenes (Carlson et al., 2004; Thomas et al., 2010; Zabora et al., 2001).

Por último, es importante enfocarse sobre una variable fundamental: el momento del curso oncológico. En un capítulo posterior se desarrolla la cuestión del tiempo en la enfermedad oncológica y el modo en que se presenta la clínica psicológica. Se reseñan aquí datos epidemiológicos, centrandó la atención en el momento del curso oncológico. Linden et al. (2012) señalaron que más del 40 % de los pacientes mostraban signos de ansiedad en el momento que se extiende entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento oncológico. Dekker et al. (2015) reportaron que entre el 20 y el 25 % de los síntomas de ansiedad son atribuibles al momento del diagnóstico. Lu et al. (2016) analizaron los registros de una década de todo el sistema sanitario sueco y realizaron una comparación de 304.118 pacientes con y sin cáncer. Informaron que el riesgo relativo para todo trastorno mental comenzaba a aumentar alrededor de los diez meses antes del diagnóstico oncológico, alcanzaba su punto más alto la semana posterior al diagnóstico (Hazard Ratio: 6,7; IC 95%: 6,1-7,4) y decrecía aproximadamente seis a nueve meses después del diagnóstico, y durante los siguientes diez años permanecía algo elevado en comparación con la población general.

A partir de lo reseñado hasta aquí, se puede concluir en primer lugar, que tanto la aparición del cáncer como el curso de la enfermedad demandan un esfuerzo adaptativo significativo para el paciente. Alrededor de un tercio de ellos encontrarán dificultades para adaptarse a la situación, lo que se traduce en la presencia de malestar emocional de una intensidad suficiente para ser diagnosticada como un síndrome clínico (ansiedad, estrés, trastorno adaptativo o depresión, serán las entidades nosológicas más utilizadas). La lectura complementaria es que dos tercios de los pacientes logran adaptarse con los propios recursos psicológicos a las dificultades asociadas al diagnóstico y tratamiento del cáncer, aunque pueda demandar cierto tiempo. Esto se relaciona con

la segunda conclusión: el peridiagnóstico, primera fase del curso oncológico, es el momento de mayor vulnerabilidad psicológica.

### **El Impacto de la Salud Mental sobre la Enfermedad Oncológica**

Es oportuno analizar el impacto del malestar emocional sobre la enfermedad y el sistema de salud, es decir, ir en sentido inverso al seguido hasta aquí. Si el cáncer afecta a nivel psicológico, ¿cuánto afecta el malestar psicológico a la enfermedad misma?

Se asume cierto consenso al considerar que, ante las demandas del diagnóstico y el tratamiento, el paciente oncológico experimenta un grado de vulnerabilidad psicológica que puede llegar a expresarse en la alteración de su funcionalidad. Cook et al. (2018) señalaron que no tratar el distrés que pudiera presentarse en los tres primeros meses tras el diagnóstico es predictor de distrés a lo largo de todo el curso de la enfermedad (Reis et al., 2019). Zhu et al. (2017) asociaron la presencia de un diagnóstico psicopatológico después del diagnóstico oncológico con un aumento significativo del riesgo de mortalidad, sin importar el tipo de cáncer. El impacto del estrés y la afectación de la salud mental también se asociaron con un aumento significativo en el riesgo de sepsis en pacientes oncológicos, según el trabajo de Liu et al. (2020). Es abundante la literatura científica que describe, desde el aspecto procesual, cómo altos niveles de estrés alteran el funcionamiento de los sistemas inmuno y endócrino (Juster et al., 2010; Lupien et al., 2009). Por ello, no es llamativo encontrar la correlación entre estrés y progresión de enfermedad. Otro modo de evaluar las consecuencias de la negligencia al asistir el malestar psicológico, asociado a la enfermedad oncológica, es en función de cómo afecta al sistema de salud.

Carlson et al. (2004) presentaron un resumen de distintas investigaciones, concluyendo que las intervenciones psicológicas no sólo eran efectivas sino también económicas. En un contexto donde las demandas compiten por recursos limitados, es necesario explorar el impacto de las intervenciones

sobre los costos sanitarios (Dieng et al., 2016). Mausbach et al. (2020) analizaron la diferencia que implica en el plano económico la atención de pacientes oncológicos según la presencia de diagnósticos psicopatológicos. Utilizaron cuatro variables para comparar: ingresos por guardia de emergencia, riesgo de hospitalización, duración de la internación y costo para el sistema de salud. Los pacientes diagnosticados con ansiedad o depresión representaron el doble de los ingresos por guardia que los no diagnosticados. Respecto al riesgo de hospitalización, los pacientes con ansiedad o depresión tuvieron un 70 % más de probabilidades de internación en el primer año después del diagnóstico oncológico que los pacientes sin diagnóstico psicopatológico. Los pacientes sin diagnóstico de ansiedad o depresión permanecieron internados un promedio de 11,89 días comparado con los 15,91 días de los pacientes con sólo depresión, 15,36 días del grupo sólo ansiedad.

La duración del tiempo de internación es un dato significativo, no sólo por el impacto en la calidad de vida del paciente y su familia, sino que cuanto más se prolonga la internación aumentan también el riesgo de infecciones, la intensidad de los efectos secundarios de la medicación, se debilita el resultado de los tratamientos y aumenta el riesgo de mortalidad (Ramsey et al., 2016; Rotter et al., 2019). Obviamente, el tiempo y las consecuencias que genera la internación también se asocian con el aumento de costos y la disponibilidad del sistema sanitario para atender las demandas de toda la población. En este sentido, Mausbach et al. (2020) informaron un aumento significativo del costo económico implícito en la atención de pacientes diagnosticados con ansiedad o depresión después del diagnóstico oncológico, al compararlo con pacientes que ya hubieran recibido tal diagnóstico antes del diagnóstico oncológico. Gu et al. (2020) concluyeron que los pacientes oncológicos con depresión representan un costo significativamente superior (aproximadamente U\$S 11.454 más que los pacientes sin depresión). Por último, Dai et al. (2023), al analizar el uso de los recursos del sistema de salud, encontraron que los pacientes con trastorno adaptativo, luego de ser diagnosticados con cáncer de mama mostraron un aumento significativo de la demanda al sistema sanitario en el primer año. Los datos reseñados hasta aquí describieron el impacto del cáncer en distintos niveles, de modo

que se puede sostener que la atención del paciente oncológico no se reduce a la dimensión física, sino que demanda una atención integral incluida la dimensión psicológica (Tuffaha et al., 2018).

En este sentido, se advirtió la prevalencia de sintomatología psicológica y su contextualización en función del curso oncológico, quedando en evidencia que el peridiagnóstico es el período que representa el mayor grado de vulnerabilidad del paciente. Por último, la negligencia en la atención de estos pacientes compromete la dimensión psicológica para las siguientes etapas e impacta significativamente en la evolución de la enfermedad oncológica y sus consecuencias, agravando el peso económico y la disponibilidad del sistema sanitario. En los párrafos que siguen, se analiza la respuesta de la ciencia psicológica a las problemáticas del paciente oncológico y la evidencia disponible sobre su efectividad.

### **Psicología de la Salud: el Paradigma Biopsicosocial**

Es evidente el impacto del diagnóstico oncológico sobre la dimensión psicológica del paciente y las consecuencias del malestar psicológico sobre la enfermedad y el sistema sanitario. La respuesta de la ciencia psicológica a estas cuestiones es una especialización que recibe el nombre de psicooncología (DieTrill, 2013; Holland, 1992). Su surgimiento estuvo estrechamente relacionado con el cambio de paradigma en las ciencias médicas: la comprensión del proceso salud-enfermedad a partir del modelo biopsicosocial (Engel, 1977).

Con la adopción de este modelo por parte de la Organización Mundial de la Salud se revolucionó la forma de entender la salud, la enfermedad y el modo de atención sanitaria: la atención de un enfermo ya no podría reducirse al tratamiento de la dimensión somática de la enfermedad, como suponía el modelo biomédico. En este contexto, surge la psicología de la salud, que intenta dar respuesta a los desafíos planteados por el cambio de paradigma. Matarazzo (1980) la definía como el conjunto de contribuciones científicas de la psicología para la promoción de la salud, prevención y

tratamiento de enfermedades, la identificación de correlatos etiológicos y diagnósticos, y para la formación de políticas sanitarias. Dentro de este extenso campo, rápidamente se reconoció la necesidad de intervención psicoterapéutica con los pacientes que atraviesan enfermedades. Probablemente un caso paradigmático de ello sea la enfermedad oncológica.

La psicooncología surgió en los Estados Unidos con los trabajos de la psiquiatra Jimmy Holland quien propuso la combinación de medidas farmacológicas e intervenciones psicoterapéuticas en el tratamiento del paciente con cáncer. La psicooncología se ocupa del estudio de la respuesta psicológica del paciente oncológico, su familia y los profesionales que lo tratan a lo largo del curso de la enfermedad, y el diseño de intervenciones para atenuar dicho impacto y acompañar el proceso adaptativo (Die Trill, 2013).

### **Psicooncología: Abordajes Terapéuticos de la Psicología**

Die-Trill (2013) señaló la asistencia psicológica para el paciente, su familia y el equipo tratante como una de las principales áreas de incumbencia de la psicooncología. Puesto que en esta tesis se ofrece un modelo de intervención, se impone, como paso previo, la exploración acerca de los abordajes terapéuticos en la literatura científica.

### ***Cuestiones Metodológicas***

Las revisiones sistemáticas y los estudios de meta-análisis sobre la efectividad de las intervenciones insistieron en la necesidad de mejorar la calidad metodológica de las investigaciones (Caruso y Breitbart, 2020; Dekker et al., 2015; Zeilinger et al., 2022). Algunas de las dificultades se relacionan con el relevamiento epidemiológico de los síntomas psicológicos, por ejemplo: el tamaño y heterogeneidad muestral, sobrerrepresentación de mujeres, instrumentos y criterios de evaluación. Otras dificultades metodológicas se asocian a la falta de protocolización o de manualización de las intervenciones y el efecto suelo. Según Linden y Girgis (2012), el efecto suelo es una distorsión de los

resultados por la inclusión en la muestra de pacientes que no tienen puntuaciones elevadas en la medición de los síntomas objeto de la intervención (estrés, ansiedad, por ejemplo). En estos casos, no se detecta una variación significativa en el puntaje porque no existe mucho lugar para mejoría. Esto puede subestimar el poder terapéutico de la intervención al incluir pacientes que no presentan síntomas. Linden y Girgis (2012) calcularon que, si se ajustan los resultados corrigiendo el sesgo del efecto suelo, el tamaño del efecto de las intervenciones psicooncológicas sería casi tres veces superior al reportado para la variable estrés y ansiedad, aunque no representaría cambios significativos para la variable depresión.

### ***Tipos de Intervención***

Se han informado resultados de distintos tipos de intervención: multiplicidad de marcos teóricos (Terapia Cognitivo Conductual (en adelante TCC), Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) Psicodinámico, Existencial, Terapia Narrativa), formatos diferentes de implementación (individual y/o grupal, presencial y/o virtual), diferencias en la formación de las personas que implementan las intervenciones (psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, pacientes oncológicos), variedad de técnicas utilizadas (mindfulness, musicoterapia, arteterapia, yoga).

En su mayoría suelen ser reportes de la aplicación de técnicas o estrategias diversas. En los últimos años se ha puesto mayor énfasis en la elaboración de intervenciones manualizadas de acuerdo a algún tipo de foco de intervención (por tipo de tumor, por estadio, por circunstancias específicas). De este modo, la aplicabilidad y la rigurosidad en su evaluación mejoraron significativamente.

### ***Evidencia sobre la Efectividad de las Intervenciones Psicooncológicas***

Se consignan aquí los principales hallazgos de revisiones y meta-análisis sobre la valoración del efecto terapéutico de las intervenciones psicooncológicas. Coyne et al. (2006) destacaron que la evidencia no es concluyente sobre el impacto de las intervenciones psicooncológicas en variables como estrés, ansiedad, depresión y/o calidad de vida. En el mismo sentido, Galway et al. (2016) reconocieron un resultado positivo de la intervención, aunque con tamaño del efecto pequeño, cuando se utilizan instrumentos y medidas específicas del cáncer (por ejemplo, el EORTC QLQ-30; QoL Breast Cancer Survivor Scale o el FACT-B/G). Sin embargo, al utilizar instrumentos validados para la evaluación de ansiedad o depresión, los resultados no mostraron alivio sintomático atribuible a la intervención en pacientes recientemente diagnosticados, concluyendo que no evidencian relevancia clínica. Hernández-Marín et al. (2022) mencionaron que las intervenciones basadas en TCC impactaron positivamente en la calidad de vida en pacientes con cáncer de colon, pero no se asocian a resultados positivos sobre ansiedad o estrés. Similares resultados obtuvieron trabajos basados en la Terapia Centrada en Soluciones y en terapias contextuales como los modelos ACT (Beasley et al., 2025). Temple et al. (2020) al analizar distintos tratamientos para pacientes con cáncer de mama observaron un tamaño del efecto promedio bajo en comparación con el grupo control, pero tal mejoría no se sostiene más que por algunos meses. Massone y Llull (2015) en una revisión sistemática sobre la efectividad de abordajes psicológicos en pacientes oncológicos informaron tamaños del efecto mediano para la depresión y pequeño para la ansiedad. Menhert et al. (2014) señalaron que las intervenciones psicooncológicas basadas en TCC generaron una disminución del estrés y mejoraron la calidad de vida, con tamaño del efecto entre pequeño y mediano. Caruso y Breitbart (2020) indicaron que los grupos de acompañamiento, la TCC y la terapia cognitivo existencial fueron las intervenciones con mayor evidencia para reducir estrés en pacientes oncológicos. Zhang et al. (2022), analizando modelos basados en TCC, concluyeron que hubo mejoras estadísticamente significativas para la depresión. Los resultados positivos se observaron en el seguimiento a tres y seis

meses, no encontrando asociación de los resultados con variables como lugar de residencia del paciente, duración del tratamiento o forma de implementación. Se constató una leve diferencia en favor de tratamientos de más de 6 semanas. Respecto a las formas de tratamiento se incluyeron intervenciones virtuales, y si bien existió una diferencia positiva a favor de la implementación cara a cara, no fue estadísticamente significativa. El reporte de Zhang et al. (2022) coincide con lo señalado por White et al. (2020), quienes destacaron el impacto de la implementación de intervenciones virtuales sobre ansiedad y depresión en pacientes con enfermedades crónicas, incluido el cáncer.

Más allá de los señalamientos en relación a la falta de rigor metodológico y la existencia de sesgos, se pudo reconocer cierta inconsistencia en los resultados. Ante la pregunta sobre la efectividad de las intervenciones psicooncológicas es variada la gama de respuestas. Hay revisiones que negaron diferencias o sólo reconocieron modificaciones mínimas y carentes de significación clínica. En cambio, es mayor el número de revisiones que destacaron resultados positivos. Del relevamiento bibliográfico, se podría concluir que la implementación de intervenciones guiadas por profesionales con formación en psicooncología mostraron ser las más efectivas (Galindo-Vázquez y Costas-Muñiz, 2019; Grassi, 2020; Zhang et al., 2022). En relación al momento del curso oncológico, las intervenciones en las primeras fases obtuvieron mejores resultados (Lally et al., 2020; Linden et al., 2012; Mehnert et al., 2014). Las intervenciones orientadas a la psicoeducación sobre la enfermedad y el tratamiento oncológico, y a la regulación emocional mostraron diferencias clínicamente significativas sobre variables como estrés y calidad de vida (Hernández-Marín et al., 2022; Setyowibowo et al., 2022).

### **Modelo de Intervención Psicooncológica para el Peridiagnóstico (MIPP)**

El objetivo de esta investigación es presentar el diseño y evaluar la efectividad terapéutica del Modelo de Intervención Psicooncológica para el Peridiagnóstico (en adelante MIPP). Para cumplir el

primer objetivo se presentan en este capítulo los fundamentos teóricos del modelo, la lógica de su estructura y su composición en cuanto a las variables que organizan la intervención. En el Apéndice A, se encuentra el guión elaborado para cada sesión y sus objetivos particulares.

Una de las características de este modelo es su brevedad. Para lograrlo, se concentraron esfuerzos en el diseño de intervenciones ajustadas para los problemas específicos de este momento del curso oncológico, de acuerdo con la experiencia de la práctica clínica y el relevamiento de la literatura especializada. El esfuerzo intencionado por lograr una intervención breve responde al contexto en el que surge el MIPP, como parte de la atención integral del Servicio de Oncología de un hospital público, y también a la tendencia, en el marco de la psicooncología, de diseños breves de intervención.

Para entender y explicar la dinámica psicológica del proceso salud-enfermedad se adoptó el Modelo del Sentido Común de Leventhal (Cameron y Leventhal, 2003; Leventhal et al., 1980; 1984). Se aplicaron los lineamientos derivados de investigaciones recientes que se destacaron por su aporte a la psicooncología (Caruso y Breitbart, 2020; Grassi, 2020; Kusch et al., 2022; Temple et al., 2020; Zion et al., 2019). Asimismo, y en relación a las estrategias de intervención, se seleccionaron aquellas que fueran las más efectivas para el peridiagnóstico (Brandao et al., 2015; Fawzy y Fawzy, 1994; Kangas y Gross, 2017; Linden et al., 2012; Setyowibowo et al., 2022; Zhang et al., 2022). El orden en que se dispusieron se basa en la comprensión de la dinámica del funcionamiento psíquico tal como se deduce del desarrollo teórico del Principio de Energía Libre de K. Friston (2010), el Modelo de Transición SocioCognitivo (TSC) de Brennan (2021) y la Teoría de la Emoción Construida de Lisa Feldman Barrett (Feldman Barrett, 2006).

El MIPP se diseñó a partir de una idea central que es la de Adaptación. Este concepto fue el objetivo de la intervención y el criterio con que se evaluó su efectividad. Es, también, el concepto que sirvió de referencia para comprender y dar sentido a lo que le sucede al paciente oncológico (Demateis et al., 2024a; 2024b).

### **Adaptación**

En este punto, se explora el significado y alcance del concepto de Adaptación. En un título posterior se operacionaliza específicamente el concepto de Adaptación al Cáncer.

**Autorregulación y Ajuste.** En un primer acercamiento, es útil realizar una distinción teórica: Adaptación es un concepto con doble valencia: proceso y resultado. La adaptación en tanto resultado, en este trabajo se identifica con el concepto de ajuste al cáncer, y es el objeto de las distintas formas de medición psicométrica. En tanto que, la adaptación como proceso se expresa con la palabra autorregulación, aludiendo al repertorio conductual que el organismo instrumenta para afrontar las contingencias que generan los cambios y recuperar un adecuado funcionamiento vital. En las líneas que siguen, se desarrolla la dimensión procesual del concepto Adaptación como base del MIPP como fundamento del abordaje y justificación de las intervenciones.

La persona es un sistema viviente autorregulado (Friston, 2010; Parr et al., 2018). Sobrevivir depende de su capacidad para instrumentar las modificaciones necesarias en su estructura interna, con el fin de disminuir la entropía generada por la dinámica de los cambios (Hirsh et al., 2012). Desde este punto de vista, la gestión de la entropía (incertidumbre) se vuelve un principio organizador básico del funcionamiento de un sistema viviente (Hulme et al., 2019; Isomura, 2022). El aumento de entropía o incertidumbre, viene de la distancia entre la predicción y la información actual, y es entendido como una amenaza vital (Friston y Stephan, 2007; Moutoussis et al., 2014). Esto significa que las acciones autorregulatorias del organismo tienen por objetivo garantizar su supervivencia por la disminución de la entropía o incertidumbre (Arnaldo et al., 2022; Bottemane, 2025).

Existe entonces, un organismo que cuenta con un modelo interno de sí mismo y del mundo que lo rodea, construido a partir de la transmisión biológica y sociocultural, y de su propia experiencia (Bottemane, 2025; Seth y Friston, 2016). Existe también información intero, propio y exteroceptiva que el organismo recibe constantemente y que es comparada con el mundo de predicciones (Quigley

et al., 2021; Sims y Pezzulo, 2021). La discrepancia entre dicha información y la matriz predictiva genera una respuesta automática de movilización de recursos, dado que el aumento de incertidumbre constituye una amenaza a la supervivencia del organismo (Katsumi et al., 2022). Esta respuesta automática puede ser denominada de modo general respuesta alostática, o también, estrés o Activación Emocional, como se explica más abajo (Peters et al., 2017; Smith et al., 2019). Si es efectiva se recupera un estado de funcionamiento eficiente para el contexto y situación actual (Sterling, 2014) y se actualiza también, la matriz de predicciones (Brennan, 2001).

**Respuesta Alostática en Tres Niveles de Autorregulación.** La respuesta alostática remite al esfuerzo autorregulatorio constante que realiza el organismo ante los cambios que suceden en su despliegue vital (Sterling, 2014). Uno de los cambios posibles es la enfermedad, en el caso de esta investigación, el cáncer. La multiplicación de células mutadas, es decir un tumor, pone en marcha respuestas inmunoendócrinas. En ocasiones, los mecanismos inmunológicos fallan en su objetivo y esas células continúan con su crecimiento descontrolado. El repertorio de conductas somáticas, especialmente a nivel del sistema endócrino e inmunológico impacta en el funcionamiento del organismo en su totalidad. Hart (1988) llamó “conducta de enfermedad” (en inglés *sickness behavior*) a la manifestación de síntomas psicológicos y conductuales que se explican por esta reacción inmunoendócrina (citado por Myers, 2008). Por ejemplo, el aumento de interleuquinas proinflamatorias, dada su capacidad de atravesar la barrera hematoencefálica activa células a nivel del sistema nervioso central (neuronas y células gliales), lo que se manifiesta en un repertorio conductual característico: astenia, hipobulia, descuido de cuidados personales, desinterés por la interacción social, anorexia, hipersomnia (Schmidt et al., 2022). Tales son algunos de los fenómenos característicos de esta conducta de enfermedad que reflejan un primer nivel de autorregulación (neuroinmunoendócrino) ante la emergencia de un disruptor significativo del estado homeostático (Konsman, 2021).

Siguiendo una lógica evolutiva, si los mecanismos de primer nivel no fueron suficientes para recuperar el estado homeostático afectado por la presencia de la enfermedad, el organismo recluta más recursos para enfrentar la incertidumbre. En este segundo nivel, la Activación Emocional es la manifestación del esfuerzo autorregulatorio (McGovern et al., 2022). Por el momento, es suficiente señalar que existe un conjunto de respuestas asociadas a la activación del sistema nervioso autónomo simpático, que es entendido a partir de categorías emocionales (Feldman Barrett, 2018; Katsumi et al., 2022; Quigley et al., 2021) y constituye lo que, en este trabajo, se denomina Activación Emocional (en adelante AE). Este concepto será tratado con mayor detalle en un apartado específico.

Por último, el tercer nivel de respuestas autorregulatorias está constituido por las estrategias de afrontamiento. Se trata de la variedad de respuestas que la persona implementa para resolver dificultades o para gestionar el estado de AE (Gross, 1998; Gross y Thompson, 2007). Gyurak et al. (2011) postularon la distinción entre una respuesta explícita (voluntaria) y otra implícita (automática). La autorregulación implícita se caracteriza por la ausencia de una orden explícita, es evocada por el estímulo mismo y se realiza sin el monitoreo consciente. Estas conductas están mediadas por la activación de la corteza cingular anterior y la corteza prefrontal ventromedial (Hua et al., 2021). En cambio, la autorregulación explícita requiere esfuerzo consciente para iniciarse y cierto nivel de monitoreo activo durante su ejecución. Por esta razón, está asociada a la consciencia y a la capacidad de autorreflexión. En esta línea, Etkin et al. (2015) señalaron que la determinación y ejecución de acciones autorregulatorias puede ocurrir de modo consciente o no consciente. En el primer caso, la asociación entre una recompensa y el estímulo y/o la acción consolida la activación de la corteza prefrontal ventromedial y la corteza cingulada anterior, probablemente de respuesta más rápida. En cambio, cuando se arbitra una estrategia en función de una decisión explícita, son necesarios los sistemas de control cognitivo (la red ejecutiva frontoparietal y el procesamiento mediado por la memoria de trabajo) para incorporar variables situacionales, tanto internas como externas. La implementación de estrategias de afrontamiento explícitas por parte de la persona impacta sobre la

percepción de control de la situación y sobre la regulación de sus emociones. Por ello, se vuelve el objetivo de las intervenciones psicooncológicas (Etkin et al., 2015; Messina et al., 2001).

El reconocimiento de la dinámica autorregulatoria a partir de esta propuesta permite entender los fenómenos psicológicos como expresión del funcionamiento global de la persona en el curso de la enfermedad. De este modo, se contextualiza la AE y las estrategias de afrontamiento, que podrían ser consideradas disfuncionales como intentos autorregulatorios, evitando, en principio su patologización.

Por último, es útil señalar que modelos reconocidos de la psicología de la salud, por ejemplo, el Modelo Transaccional del Estrés de Lazarus y Folkman (1986) o el Modelo de Autorregulación de la Conducta de Carver y Scheier (1982; 1998), describen el funcionamiento de la persona a partir de una dinámica iterativa con tres elementos fundamentales: la presencia de un estímulo, la instrumentación de conductas para afrontarlos y la capacidad de evaluar sus resultados en términos de moderación del estado de tensión generado por el estímulo (adaptación).

**Procesos Implícitos y Explícitos.** Se reseñó hasta aquí que gran parte del esfuerzo alostático o autorregulatorio se activa y opera de modo implícito o no consciente. La capacidad de instrumentar conductas de modo consciente y deliberado sólo representa una parte menor de los procesos autorregulatorios, aunque ello no significa que tenga un impacto modesto. Más aún, puede haber un proceso que haga explícito el reconocimiento de estrategias de afrontamiento, cuya activación fue automática y refleja, sin pasar por la iniciativa consciente. Sin embargo, existen también estrategias de afrontamiento cuya activación es resultado de la decisión explícita de la persona.

Esta dinámica, que sucede en ambas dimensiones, demanda una exploración más detallada, dado que su incorporación en la discusión teórica de la psicología de la salud es relativamente reciente. Hagger (2010) presentó un comentario editorial donde reconocía la trascendencia del concepto autorregulación como organizador para la teoría y práctica de la psicología de la salud.

Enunció que las distintas definiciones de autorregulación coinciden en referir a la habilidad de cambiar la propia conducta y, en este sentido, siempre consciente y dirigida a un objetivo (Sniehotta et al., 2005). Esto descarta la posibilidad de que algún aspecto quede por fuera del esfuerzo intencionado y deliberado. Sin embargo, en otro comentario editorial algunos años después, Hagger (2017) reconoció un vigoroso empuje de teorías basadas en los dos procesos (Gawronski y Bodenhausen, 2014). Distintos modelos coinciden en que la conducta está controlada por dos procesos o sistemas: uno, el proceso implícito, asociado a los impulsos que representan influencias no conscientes, espontáneas, automáticas y ya aprendidas. El otro proceso es explícito, deliberado, reflexivo, puede implicar el uso de conceptos y representaría el modo “racional” del procesamiento de la información y la toma de decisiones (Kahneman, 2012; Gawronski et al., 2014).

Sin entrar en la discusión sobre cuál es la real extensión y preponderancia del proceso explícito, es importante rescatar el reconocimiento de una dimensión del funcionamiento implícito de la persona. Hollands et al. (2016) destacaron la importancia de la dimensión no consciente en la operación de conductas saludables y, consideraron fundamental actuar sobre ambos registros, consciente y no consciente para potenciar el impacto de las intervenciones. El otro aspecto que se señala aquí y se retomará en otro apartado específico, es que la dimensión implícita y no consciente también participa en la construcción y activación de esquemas cognitivos, como es el caso de la Representación de la Enfermedad (Benyamini y Karademas, 2019; Orbell y Alison Phillips, 2019). Esto es especialmente relevante para momentos como el peridiagnóstico oncológico en el que la urgencia y la ansiedad afectan significativamente el funcionamiento del procesamiento explícito, deliberado y metabólicamente muchísimo más oneroso (Bronner et al., 2018; Kahneman, 2012). Este reconocimiento de la dinámica consciente y no consciente ofrece una perspectiva distinta a la manera tradicional de abordar la discusión sobre el debate emoción-cognición.

**El Modelo de Sentido Común de la Enfermedad.** En la psicología de la salud, un modelo basado en la autorregulación es el Modelo del Sentido Común de la Enfermedad (en adelante CSM

por sus iniciales en inglés Common Sense Model: Leventhal et al., 1980; 1984; Cameron y Leventhal, 2003). El CSM intenta entender y describir cómo interactúan las creencias sobre las amenazas a la salud (síntomas o enfermedades) con las medidas adoptadas para hacerles frente. Según el CSM, las respuestas de afrontamiento de la persona ante estímulos que percibe como amenaza para la salud están guiadas por Representaciones de la Enfermedad (en adelante RE). Estas RE son esquemáticas y se construyen a lo largo de la vida, habitualmente de modo acrítico e involuntario. En un apartado específico se explorarán las características de esta RE.

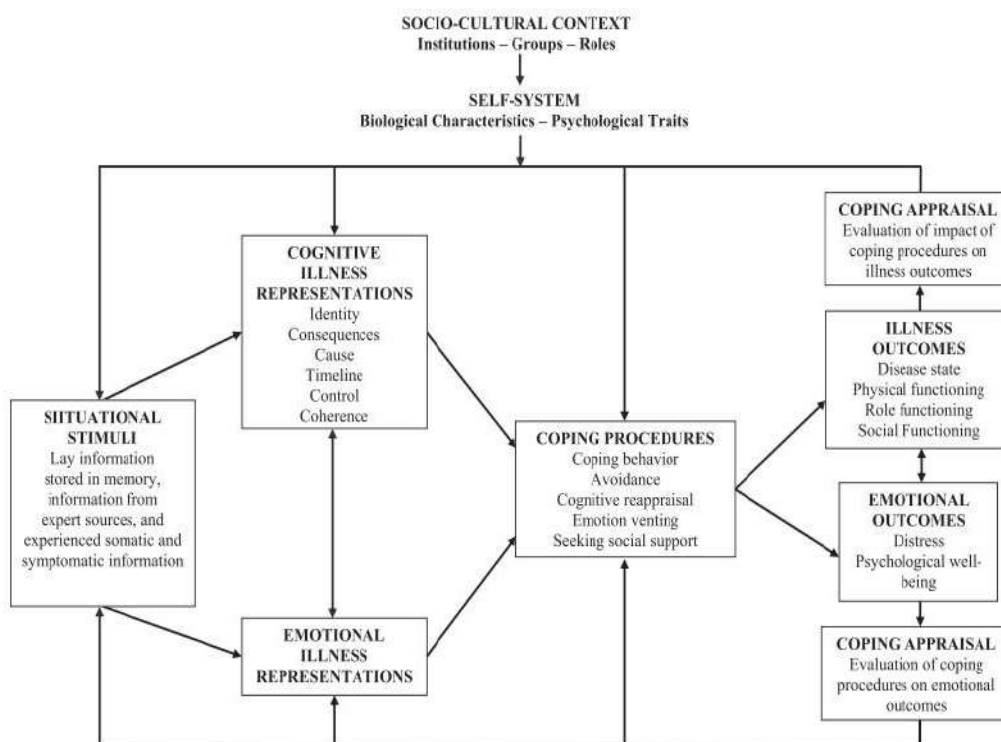
El proceso se inicia con el registro de síntomas físicos (que es fundamentalmente una desviación del funcionamiento somático normal) o bien, con un diagnóstico médico. Síntomas y/o diagnóstico se emparejan con un esquema de enfermedad (información abstracta y presente en la persona) activando una RE de sentido común. Leventhal et al. (1980; 1984) consideraron que esta RE de sentido común es el primer paso que la persona, como agente activo, instrumenta para hacer frente a tal estímulo. También se activan conocimientos almacenados sobre posibles formas de respuesta a la enfermedad y los planes de acción asociados. La implementación de estrategias de afrontamiento también será de sentido común, aunque la respuesta pueda ser contraria a la indicación del médico tratante. El proceso de evaluación iterativa actúa como un mecanismo dinámico de retroalimentación que permite la actualización continua de la RE y las respuestas de afrontamiento, a partir del resultado observado (Leventhal et al., 1980). En este sentido, se reconoce la coincidencia con corolarios del Principio de Energía Libre de Karl Friston (2010), que describió el funcionamiento del cerebro, y la vida psíquica como su propiedad emergente (Bunge, 2002), a partir de la lógica bayesiana. La RE, en tanto creencia o predicción representa los *a priori* del modelo y las valoraciones del resultado de los procedimientos de afrontamiento se utilizan como información *a posteriori* para ajustar y actualizar la RE. El proceso es, por tanto, dinámico e iterativo, con el fin de llegar al modo de afrontamiento que tenga mayores probabilidades de éxito en la gestión de la

amenaza para la salud. La identificación de la RE con los *a priori* o creencias, y su capacidad de ser modificable, constituye uno de los fundamentos del MIPP.

Según el CSM, esta lógica de funcionamiento se da en dos procesos que funcionan en paralelo. En los trabajos seminales Leventhal (1970) y Johnson y Leventhal (1974) proponían la idea de dos procesos paralelos: uno iniciado por una representación cognitiva de la enfermedad y el otro por una representación emocional. Existe, por un lado, una elaboración cognitiva del problema y, por otro, una respuesta afectiva que se entendería a partir de alguna emoción (miedo, ira, ansiedad). En la configuración del CSM, ambos procesos se dan en paralelo puesto que tienen objetos distintos (cognición de enfermedad y reacción emocional). Ambos demandan estrategias de afrontamiento y ambos son evaluados en sus resultados, dinámica e iterativamente (ver Figura 1).

**Figura 1**

*Representación del Modelo del Sentido Común de la Enfermedad (Leventhal et al., 1992)*



Ahora bien, el curso de ambos procesos se halla inevitablemente asociado, aunque podrían discriminarse los significados asociados al diagnóstico de cáncer y la reacción de miedo. En la realidad del paciente ambos procesos se dan en simultáneo, ambos demandan estrategias de afrontamiento, y los resultados se influyen mutuamente. Por ejemplo, ante el impacto del diagnóstico oncológico puede activarse un esfuerzo regulatorio de búsqueda de información o de negación instrumental, ambas estrategias centradas en el problema, o bien, de descarga emocional o búsqueda de apoyo social, centradas más bien en la respuesta emocional. En ambos casos se reconoce un impacto sobre el estado afectivo. La comprensión del estímulo (diagnóstico) o su reformulación, será un proceso más laborioso que depende del estado emocional. Las intervenciones orientadas a la reestructuración cognitiva tienen por objetivo principal la modificación del esquema (RE) por su impacto en la respuesta emocional. Es a partir de esta secuencia lógica que se puede reconocer la adaptación funcional del paciente a su enfermedad. En el esfuerzo autorregulatorio se pueden distinguir estrategias que se orientan al problema y estrategias que lidian con la reacción emocional que el problema genera. Dada su relevancia, la naturaleza y significado del concepto AE se trata en un apartado específico. En este punto, al señalar las bases conceptuales del CSM, se impone la necesidad de reconocer su impacto en el proceso de salud-enfermedad.

En resumen, se presentó una visión general del concepto de autorregulación, fundamento desde el que se entiende la dinámica del paciente ante la enfermedad oncológica. Se describió la autorregulación en su comprensión más amplia como la serie de respuestas que el organismo instrumenta en tres niveles (respuesta neuroinmunoendócrina, Activación Emocional y afrontamiento implícito o explícito) para resolver cambios que hayan afectado su modo eficiente de funcionamiento al presentar una amenaza para su integridad (aumento de entropía o de energía libre). Hasta aquí, se describió la dinámica autorreguladora ante la enfermedad. A partir de estas consideraciones, se presentan los cuatro elementos básicos para el diseño del MIPP y la evaluación de su efectividad.

### ***Constructos fundamentales en el diseño del MIPP***

Los cuatro constructos fundamentales del MIPP son: peridiagnóstico, Adaptación o ajuste al cáncer, Activación Emocional (AE) y Representación de Enfermedad (RE).

**Peridiagnóstico.** La enfermedad oncológica tiene un curso temporal particular. No se trata de una situación que se resuelve en cuestión de días; el cáncer es considerado una enfermedad crónica. Ahora bien, tomando en cuenta las fases del curso de la enfermedad presentadas previamente, algunos autores propusieron identificar las características de las presentaciones de la clínica psicológica (Alonso Fernández y Bastos Flores, 2011; Kangas y Gross, 2017; Linden et al., 2012). Ciertamente, al hablar de la respuesta psicológica del paciente oncológico se describe la presentación más frecuente, dado que el modo en que afronta la situación estaría condicionado por variables personales (edad, sexo, estilos de afrontamiento) y contextuales (vínculos afectivos, situación económica, entre otros). Se resumen entonces las características de la clínica psicológica a partir de las etapas del curso oncológico:

**Peridiagnóstico:** La presentación característica de la clínica psicológica se asocia a la idea de incertidumbre (Johnson et al., 2009). El paciente presenta signos y síntomas físicos y psicológicos relacionados con el estado de incertidumbre y amenaza vital que experimenta. En párrafos posteriores se realiza una descripción más detallada del peridiagnóstico.

**Tratamiento:** En esta etapa, el malestar psicológico se relaciona con las consecuencias y efectos secundarios del tratamiento en distintos niveles (bienestar físico, imagen corporal, sensación de autonomía, entre otros). Eventualmente, la incertidumbre ante la realización de estudios complementarios que evalúan la respuesta al tratamiento o progresión de la enfermedad también impactará sobre el estado anímico. Kreitler (2019) y Mehnert et al. (2014) señalaron la presencia de

síntomas depresivos en esta etapa del curso oncológico. Durante este proceso, y a partir de las situaciones y experiencias vividas el paciente construye cierta consciencia de su identidad como paciente oncológico. Bergerot y Araujo (2014) reconocieron una disminución progresiva del estrés en el transcurrir de esta fase y una consiguiente mejoría en la percepción de la calidad de vida.

Control: Al concluir el tratamiento, sucede un período de alivio en el que el paciente retorna a su vida premórbida, especialmente en su dimensión social y laboral. Sin embargo, no todo es igual que antes. Con frecuencia programada (seis meses o un año), el paciente debe realizar una serie de estudios para evaluar la presencia o no de células tumorales. El peligro latente es que la enfermedad vuelva a aparecer. Tan contundente es esta característica que algunos investigadores propusieron un concepto específico: el miedo a la recurrencia del cáncer (en inglés Fear of Cancer Recurrence). Lee-Jones et al. (1997) fueron quienes acuñaron el concepto y desde entonces se desarrollaron distintos esquemas de intervención psicológica centrados en el manejo de este fenómeno (Almeida et al., 2019; Kim et al. 2025).

Recidiva: Esta etapa comienza con la confirmación del retorno de la enfermedad. El impacto psicológico suele ser significativo, no ya por la sorpresa del diagnóstico como en el inicio, sino porque la recidiva suele asociarse a un agravamiento de la enfermedad. En comparación con el peridiagnóstico, la clínica psicológica suele mostrar menor presencia de fenómenos asociados a la inquietud y el miedo por lo desconocido, y más signos de desesperanza, frustración y tristeza (Lee-Jones et al., 1997).

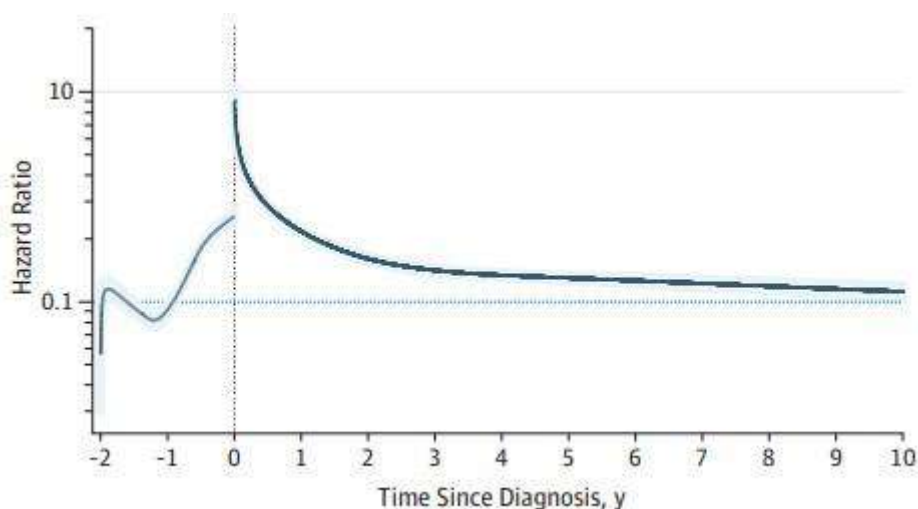
Final de vida: Esta etapa se inicia con el reconocimiento de la falta de respuesta favorable a las distintas líneas de tratamiento. En esta situación, el abordaje terapéutico no se orienta a la lucha contra la enfermedad, sino al manejo de síntomas, de modo que se pueda ofrecer la mejor calidad de vida para el paciente. Desde el punto de vista psicológico es una etapa que gira en torno al reconocimiento y aceptación de la situación. Variables como la espiritualidad, el sentido de

trascendencia o los vínculos afectivos suelen ocupar el principal lugar en la consideración del paciente y el acompañamiento psicológico. Desde el punto de vista clínico, se vuelve fundamental el manejo de la sintomatología física, especialmente del dolor.

Lu et al. (2016) publicaron una investigación crucial para entender el despliegue temporal de la enfermedad. En la Figura 2, el eje Y describe el tiempo y abarca desde dos años antes del diagnóstico hasta diez años después, siendo el 0 el momento del diagnóstico oncológico. Y en el eje X se consigna el Hazard Ratio, es decir el riesgo relativo a recibir un diagnóstico psicopatológico (se utilizaron criterios diagnósticos para trastorno de ansiedad, depresión, trastorno somatomorfo, abuso de drogas o alcohol, trastorno adaptativo).

## Figura 2

*Riesgo Relativo para el Diagnóstico Psicopatológico en el Curso Oncológico (Lu et al., 2016)*



Un diagnóstico psicopatológico describe una constelación de signos y síntomas: ansiedad, depresión y trastorno adaptativo reflejan una afectación del estado del ánimo, que podría identificarse con el concepto de estrés o AE (desarrollado en otro apartado). Por consiguiente, se podría asumir que el Hazard Ratio de un diagnóstico psicopatológico expresa la presencia de signos y

síntomas de AE. En el estudio mencionado, se observó un aumento significativo de la AE, por lo menos, seis meses antes del diagnóstico oncológico. La aparición de estos síntomas no se explica por la realización de estudios exploratorios, puesto que, en el sistema de salud sueco los estudios diagnósticos no suponen una duración mayor que dos meses. Tales síntomas probablemente pueden entenderse como expresión de la llamada “conducta de enfermedad”, mencionada previamente como un primer nivel de autorregulación ante la enfermedad. Los síntomas psicológicos reflejan el efecto de los cambios a nivel inmunoendócrino sobre el cerebro causado por la aparición de la enfermedad.

La fase peridiagnóstico es el punto de mayor vulnerabilidad psicológica y de AE. La aparición de síntomas físicos, la realización de estudios y consultas, y finalmente el diagnóstico oncológico modifican el estado previo de la persona y se constituyen como amenaza a su integridad. La asociación del cáncer con la muerte y el deterioro confirma esta percepción de riesgo vital y de pérdida de control. Desde el punto de vista psicológico, presenta algunas características que denotan su particularidad, como traducción del aumento de incertidumbre o entropía (Hirsch et al., 2012; Peters et al., 2017). Para afrontarla se activan estrategias autorregulatorias, denominadas respuesta alostática (Arnaldo et al., 2022; Katsumi et al., 2022).

El alto nivel de AE de la primera fase disminuye durante el primer año y, ya en el tercer año, el riesgo casi coincide con la población libre de enfermedad (Lu et al., 2016). Esto significa que la mayor parte de los pacientes encuentra los recursos para afrontar las demandas de la enfermedad. A medida que transcurre el tiempo, la persona activa automática o deliberadamente, distintas estrategias autorregulatorias para salvaguardar su funcionamiento vital. Una hipótesis complementaria, que se infiere de la parábola graficada en la Figura 2, es que, al ir recorriendo las distintas instancias del curso oncológico, la incertidumbre disminuye, las predicciones son más ajustadas, la percepción alterada de la urgencia se va modificando y la persona asume su “rol de enfermo” (Galán Rodríguez et al. 2000).

Si fuera necesario elegir un momento clave para intervenir desde la psicooncología el más adecuado sería el peridiagnóstico. No sólo porque el nivel de malestar anímico es el más alto del curso oncológico, afectando la calidad de vida del paciente, sino también porque, tal como se mencionó antes, la vulnerabilidad psicológica predice el riesgo para las fases posteriores (Cook et al., 2018) y, probablemente, para el curso de la enfermedad y la efectividad del tratamiento (Liu et al., 2020; Zhu et al., 2017).

Por todo lo señalado, queda en evidencia la especificidad de este período y la naturaleza de sus demandas para el paciente. A partir del reconocimiento de la importancia de la intervención psicológica en esta fase inicial se llegó al diseño del MIPP, como modelo breve y adecuado a las necesidades del paciente en este período.

**Activación Emocional.** Malestar emocional, estrés, ansiedad, depresión, trastorno adaptativo son conceptos que se asocian a la experiencia psicológica del cáncer. En la práctica clínica, difícilmente suceda una consulta con un psicooncólogo si no existe algún tipo de malestar asociado a la respuesta emocional. Por lo tanto, se vuelve central explorar y describir qué se entiende por emociones. En el presente apartado se fundamenta el uso de un concepto general, esto es AE, para hacer referencia a la serie de fenómenos psicobiológicos, usualmente identificados con palabras como estrés o emoción.

En esta investigación se asume la vida psíquica de la persona como una de las dimensiones que conforman su despliegue funcional (ser biopsicosocialespiritual). Con Bunge (2002) se entiende que la dimensión psicológica es una propiedad emergente del funcionamiento de un órgano, el cerebro. El cerebro opera un mapa predictivo para su despliegue funcional eficiente. Cuando sucede un desajuste entre la predicción (top-down) y la información sensorial (bottom-up), se experimenta un aumento de entropía o incertidumbre, dado que se multiplican los escenarios posibles y, por tanto, se dificulta el cálculo del gasto energético que la situación actual supone para el organismo. La respuesta automática del organismo como acción autorregulatoria o alostática es la activación del

sistema nervioso autónomo simpático. Esto genera un estado de emergencia, que en términos neurofisiológicos tendrá dos consecuencias: preparación para un gasto energético (una acción) y modificación del estado de atención (hiperalerta, en orden a recopilar la mayor cantidad de información contextual, y así mejorar la precisión de las predicciones). Este estado de emergencia y tensión resultante, que desaparece al resolverse el error predictivo, se hace consciente a través de las propiedades del afecto: valencia (placentera o displacentera) y activación (excitado o relajado). El afecto refleja la intero y propiocepción prevista como consecuencia de la respuesta alostática, esto es, las consecuencias físicas de la movilización de recursos físicos (Feldman Barrett, 2017). Al hacer uso de categorías emocionales para dar sentido al conjunto de sensaciones que conforman el afecto, la persona experimenta una determinada emoción (Feldman Barrett, 2018; Feng y Yanagisawa, 2022). En la descripción de las características de la respuesta alostática, se reconocen elementos de la AE. Ciertamente, Sterling (2014) al explorar su presentación biofísica, identificó la respuesta alostática con el estrés: una regulación física eficiente demanda una fluctuación y flexibilidad continua (Juster et al., 2010). El cerebro monitorea distintos parámetros y usa su experiencia, configurada como mapa generativo para predecir los valores más eficientes en función de las demandas contextuales. Lupien et al. (2009) y Peters et al. (2017) señalaron que el cerebro instrumenta la alostasis a partir de modelar continuamente el estado del cuerpo (interocepción y propiocepción) en su despliegue en el mundo (exterocepción).

El posicionamiento teórico reseñado no refleja un intento de simplificación de una realidad tan compleja como la vida emocional de la persona. Tradicionalmente, se ha hecho uso de la idea de emociones básicas como programas neuropsicológicos innatos (Izard, 1977), fácilmente distinguibles por sus manifestaciones fisiológicas (Zajonc, 1980) y sus expresiones faciales (Ekman, 1984). Estas teorías postulan la existencia de algo llamado ansiedad, que es distinto de miedo o enojo. Los resultados de distintas investigaciones, sobre las que se funda la Teoría de la Emoción Construida, aportaron evidencia en sentido contrario. Lindquist et al. (2012) concluyeron que existe muy poca

evidencia para relacionar áreas específicas del cerebro y emociones discretas. Por el contrario, encontraron evidencia contundente respecto a la interacción de distintas áreas del cerebro, habitualmente involucradas en procesos psicológicos (emocionales y no emocionales) que se mostraban activas durante la experiencia y la percepción emocional. Esto desestimaría la hipótesis de la existencia de emociones básicas que se corresponden con la acción de áreas cerebrales específicas y distintivas. En esta línea, Siegel et al. (2018) realizaron un meta-análisis sobre 202 estudios que midieron la activación de las distintas variables del sistema nervioso autónomo en episodios emocionales. Concluyeron que existe un tamaño del efecto entre mediano y grande en la asociación entre variables fisiológicas de activación del sistema nervioso autónomo y emociones. Sin embargo, no se reconoce un patrón específico y patognomónico de activación de tales variables que permita enunciar la existencia de emociones básicas. Por último, un componente en el concepto de emociones como programas innatos es la idea de que cada emoción se corresponde con un patrón de expresión facial único y específico. Xu et al. (2021) aportaron evidencia de que no existe un patrón distintivo de expresión facial de las distintas emociones. Concluyeron que la variabilidad, sea intrapersonal, interpersonal o transcultural, es la norma y no la excepción. Es decir, la capacidad de asociar un patrón de expresión facial como manifestación de una emoción dependería del procesamiento de estímulos contextuales que no tiene que ver con la expresión facial (Feldmann Barrett, 2017).

De acuerdo a la fundamentación de la Teoría de la Emoción Construida, se puede enunciar la hipótesis que cuando se alude al estrés o algún tipo de emoción (ansiedad, miedo, tristeza, ira), se hace referencia a un entramado de conceptos y categorías (personales y reflejo del medio sociocultural) que construyen sentido a una respuesta alostática del organismo. En síntesis, al describir la autorregulación en tres niveles, el segundo de ellos fue la AE. Así pues, conforme a lo desarrollado en los párrafos anteriores, se hace uso de este concepto para dar sentido a las sensaciones intero y propioceptivas resultado de la predicción de determinadas acciones alostáticas.

**Representación de la Enfermedad.** El hombre tiene la capacidad innata de transformar las distintas formas de experiencias y aprendizaje en conocimiento. El conocimiento se constituye en un mapa interno de la persona y del mundo circundante que le permite construir y dar sentido a las experiencias, y predecir las situaciones que percibe a cada momento, tanto en el medio interno como el externo y, de este modo, instrumentar las conductas más eficientes para garantizar su mandato básico: la supervivencia. A nivel neuronal, se sucede en el robustecimiento de engramas y sinapsis neuronales, fundamentalmente en la red neuronal por default (Brodt and Gais, 2021; Smallwood et al., 2021). Desde el punto de vista conceptual, se reconoce en una matriz de predicciones o *a priori*, esto es, un mapa generativo o predictivo de sí mismo y del mundo (Brennan, 2001; Friston, 2010).

El enriquecimiento del mapa generativo no se debe sólo a experiencias personales. Dado que muchas de las predicciones pueden ser verbalizadas, se vuelven objeto de transferencia cultural y social. Ahora bien, puesto que se trata de un organismo viviente, en continuo proceso de adaptación, la capacidad de modificación y actualización de ese mapa predictivo se vuelve fundamental para la supervivencia. Un modelo mental de sí mismo y del mundo sólo es útil si es capaz de predecir, valorar e interpretar la experiencia con una precisión razonable permitiendo mantener una experiencia del mundo coherente y relativamente estable. El mapa generativo está conformado por predicciones o *a priori*. Según Brennan (2001) estas predicciones tienen cinco características:

- Son biológicamente adaptativas: clasifican y predicen el mundo para moverse con seguridad. Esto permite a las personas satisfacer sus necesidades y alcanzar sus objetivos.
- Reflejan la acumulación de la experiencia vital de un individuo (personal y sociocultural).
- Pueden representarse en distintos niveles de abstracción: analógico, proposicional asociativo y esquemático.
- Tienen una estructura jerárquica a partir del marco motivacional de la vida de una persona.

- Muchas suposiciones básicas, al menos las representadas a nivel proposicional, son preconscientes, es decir, disponibles para el escrutinio y el discurso, pero rara vez se examinan conscientemente.

En el despliegue vital de una persona es factible la experiencia de la enfermedad. Los síntomas físicos o el diagnóstico médico, en cierto modo, vulneran las predicciones poniendo en marcha una respuesta alostática. Uno de los efectos a nivel cognitivo es la afectación para procesar e incorporar nueva información, condición para actualizar el mapa predictivo (Brennan, 2001; Nguyen et al., 2019). Al recibir el diagnóstico, la persona carece de experiencia personal sobre su significado. El CSM propone que la persona activa una RE de sentido común como un primer esfuerzo autorregulatorio, en orden a dar sentido y predecir el mundo. Ésta se forma durante años, de modo acrítico, como parte del enriquecimiento del acervo cultural y social del paciente, y se activa cuando las circunstancias demandan que la persona haga uso de sus conocimientos para dar sentido a su situación actual. Las fuentes a partir de las cuales se construye la RE son diversas: experiencia cercana de la persona por su proximidad con gente que atravesó la enfermedad, información de autoridades científicas, contenidos audiovisuales, por ejemplo, películas, libros, programas de televisión (Leventhal et al., 1984; 1992). La información que el paciente recopila inadvertidamente se vuelve RE de sentido común (Hagger y Orbell, 2021).

Algunos autores reportaron evidencia en favor de la construcción de la RE a partir de cinco elementos distintivos (Baumann et al., 1989; Meyer et al., 1985):

**Identidad:** se refiere al nombre y a la serie de características prototípicas de una determinada enfermedad. También se incluye la valoración de su gravedad.

**Tiempo:** describe la percepción de la duración de la enfermedad y de los síntomas. Habitualmente se suele segmentar la escala temporal en enfermedad aguda, cíclica, crónica o terminal.

Causa: implica los factores que explican para la persona la aparición de la enfermedad. En el caso del cáncer, por ejemplo, algunas investigaciones informaron que los pacientes entienden que su enfermedad fue causada por cuestiones psicológicas, causas biológicas, factores ambientales o incluso, por el mero azar (Moss-Morris et al., 2002).

Consecuencias: se trata del impacto que la enfermedad o los síntomas tienen sobre las distintas dimensiones del funcionamiento de la persona: personal, sexual, laboral, económica, social.

Control/Cura: describe la creencia del paciente sobre su capacidad, y/o la del tratamiento médico para controlar o curar la enfermedad.

En el apartado específico donde se describió el CSM, se mencionó que, en sus orígenes se lo llamó Modelo de los Procesos Paralelos, puesto que enunciaba la idea de que existía una RE cognitiva (en adelante RCE) construida a partir de los cinco elementos señalados, y una RE emocional (en adelante REE) que se identifica con la emoción generada, usualmente miedo. La forma más sencilla de explicar esta dualidad es a partir del uso que Leventhal dio, en sus primeros trabajos, al par “peligro”/RCE y “miedo”/REE (Leventhal et al., 1965; 1967; Leventhal y Singer, 1966). Sin embargo, con el tiempo se reconoce un cambio sutil: Leventhal et al. (1984) definieron la RE como las creencias implícitas de sentido común del paciente sobre su enfermedad y detallaron que la estructura de la creencia probablemente sea más implícita que explícita, puesto que la estructura cognitiva de la RE se forma con memorias perceptivas no verbales. Esta hipótesis sobre la evolución de la RE en el CSM permite reubicar la discusión: en lugar de un marco construido por la existencia de dos procesos distintos y opuestos (emoción vs. cognición) se describe el funcionamiento psíquico a partir de dos conceptos que, si bien se contraponen, también se complementan: implícito y explícito (Pessoa, 2008). La distinción planteada con mayor precisión respecto a los términos implícito (no consciente) y explícito (consciente) reflejan una concepción unitaria del funcionamiento de la persona. Esta doble

dimensión, atraviesa la formación de la RCE y REE, para proponer la idea de una única RE: de conformación y operación implícita, con la capacidad de hacerse explícita (Brennan, 2001).

Al reconocer las dos dimensiones del procesamiento cognitivo (implícito y explícito), se entiende con mayor facilidad que cada enfermedad se vincula a esquemas específicos (Henderson et al., 2007). Esto permitió prever que la presentación de ciertos estímulos activa automáticamente esquemas, compuestos por información sobre la propia enfermedad y un conjunto de estrategias de afrontamiento asociadas (Henderson et al., 2009). En 2015, Orbell y colaboradores aportaron evidencia de que factores extrínsecos, como la época del año, incrementan la probabilidad de activación de estas RE para interpretar la experiencia del paciente. Estas investigaciones también identificaron un sesgo cognitivo derivado de la RE, que influye en la forma en que el paciente procesa la información sobre su enfermedad (Orbell et al., 2015). En síntesis, estos estudios destacan la dimensión implícita o no consciente en la que operan las RE, tanto en su formación como en su activación.

La RE es un esquema cognitivo que se construye de manera generalmente acrítica a lo largo de la vida de una persona, activándose de forma automática ante un estímulo actual, como un síntoma físico o un diagnóstico. Por ello, opera principalmente fuera del registro consciente del individuo. No obstante, puede volverse consciente si se aborda de manera explícita. Especialmente en contextos de urgencia, la RE adquiere un papel interpretativo y performativo, otorgando sentido a la experiencia, aunque las características de su construcción subjetiva, genérica y perfectible suelen pasar desapercibidas.

No debería concluirse el presente apartado sin hacer una breve referencia al contenido de la RE de sentido común. Tal como se describió en párrafos previos, la RE de sentido común refleja el acervo sociocultural compartido por un grupo de personas en un tiempo delimitado. En este sentido, desde la sociología se han estudiado las representaciones sociales como resultado de un proceso de

elaboración de contenidos. No es éste el lugar para explorar tales aportes. Basta con remitir al trabajo de Castaño Rodríguez y Palacio-Espinoza (2013) en el que los autores relevaron los significados que caracterizan la palabra “cáncer” en la cultura occidental. Con el desarrollo de nuevas tecnologías para el diagnóstico precoz y el tratamiento, se han mejorado significativamente los resultados, en términos de la capacidad para tratar la enfermedad. Para muchos pacientes, el cáncer se transformó en una enfermedad crónica. Sin embargo, en el ideario social, la palabra cáncer retiene el sentido de muerte, sufrimiento y deterioro (Dany et al., 2008). Generalmente, en los primeros períodos, peridiagnóstico y tratamiento, la idea de muerte tiende a ser la nota distintiva (Bronner et al., 2018; Castaño Rodríguez y Palacio-Espinoza, 2013). Este hecho, que se comprueba en la práctica clínica, refleja que la RE de sentido común no se modificó con la velocidad de los resultados obtenidos por la ciencia médica. Esto explicaría por qué persiste cierta percepción derrotista ante la enfermedad (Palacio-Espinoza y Zani, 2014).

Hasta aquí, se exploró el concepto de RE. Se reconoció que da sentido y predice la experiencia del paciente ante la aparición de síntomas o diagnóstico médico. Al ser proposicional tiene la capacidad de ser transferible, y de acuerdo a señalamientos originales del CSM, esa transferencia se realiza de modo acrítico a lo largo de la vida de la persona, para activarse como RE de sentido común, cuando debe asumir un rol activo ante la presencia de la enfermedad. Castaño Rodríguez y Palacio-Espinoza (2013) señalaron que, en el ámbito de las representaciones sociales o de sentido común, la palabra cáncer se asocia con muerte.

Tal como se describió en distintos momentos, el estado de emergencia que se activa ante la situación de enfermedad dificulta el procesamiento e incorporación de nueva información. Por lo cual, en la primera fase del curso oncológico, el paciente utiliza su RE de sentido común para dar sentido y predecir su experiencia de enfermedad. Esto apoyaría la hipótesis de que el malestar emocional no sólo se explica por el impacto de entenderse ante una enfermedad mortal (RE de sentido común). Se reconoce el desgaste diario que supone la tensión cognitiva generada por la

distancia de la predicción implícita en la RE de sentido común y la información actual de su propio cuerpo, que iría en sentido contrario. En este sentido, la disminución progresiva de la AE, que se describe en Lu et al. (2016), a medida que atraviesa la fase del tratamiento, se explicaría a partir de la modificación de la RE, como resultado de la propia experiencia de la enfermedad (Kangas y Gross, 2017; Mehnert et al., 2014).

En base a lo expuesto hasta aquí, se infiere la necesidad de la intervención terapéutica sobre la RE (Kumari y Dubei, 2020; Paduraru y Soponaru, 2021). Petrie y Weinman (2006) destacaron la importancia de evaluar desde el primer momento la comprensión que el paciente tiene de su enfermedad, las consecuencias esperables, los síntomas, el tiempo, la causa. Esta RE constituye la matriz de predicciones que el paciente instrumenta para hacer frente a una situación totalmente novedosa que se cierne sobre él. Se señaló previamente que, ante la enfermedad, el paciente activa una RE de sentido común que asocia el cáncer con muerte y sufrimiento. Rozema et al. (2009) y Fernandes y McIntyre (2020) coincidieron en señalar que la RE de la persona, evaluada a partir de las cinco dimensiones del CSM, explicó gran parte de la respuesta emocional y de las estrategias de afrontamiento implementadas (Hagger y Orbell, 2021).

Petrie y Weiman (2012) concluyeron que la modificación intencional y deliberada de la RE, haciendo uso de información con validez científica tiene un impacto positivo en la salud (también Norton et al., 2014) y la calidad de vida (Van der Have et al., 2013). Más aún, Broadbent et al. (2009) registraron que la incorporación de una RE más ajustada tiene impacto positivo en la relación entre el médico y el paciente. Picariello et al. (2018) y Scheennen et al. (2017) son dos ejemplos del modo en que se interviene para la modificación de la RE: se identifican pensamientos incorrectos y negativos sobre la enfermedad, se aporta información científica para modificar las ideas equivocadas, y se construyen modos de afrontamiento en función de las situaciones o síntomas que se puedan prever de acuerdo a la información derivada de una RE más ajustada. De este modo, aumenta la autopercepción de control respecto al manejo de la enfermedad (Paduraru y Soponaru, 2021).

Ciertamente, se puede reconocer que la RE de sentido común suele representar el peor resultado para el paciente. Ahora bien, en el MIPP la modificación no pretende llevar la comprensión del paciente al extremo opuesto, y desestimar la gravedad de la amenaza. Se intenta que el paciente reconozca en la información recibida de su oncólogo, la fuente principal para construir su RE. En esta línea, la presunción del MIPP es que la adaptación a la enfermedad no viene mediada por una visión ingenua y optimista, sino por la capacidad de la RE para explicar y predecir sus experiencias, lo que permite adecuar sus objetivos vitales en función de las características de la situación que atraviesa.

**Adaptación al Cáncer.** La Adaptación al cáncer es el constructo central de este trabajo y supone el entrecruzamiento de distintas variables. Se mencionó previamente su doble valencia: en tanto proceso se analizó en detalle la idea de autorregulación como su dimensión funcional. En cuanto a su aplicación específica a la enfermedad se la considera como resultado.

El Nacional Cancer Institute (NCCN, 2010) entiende la adaptación al cáncer como un proceso dinámico, en el que la persona intenta manejar el sufrimiento, solucionar problemas y obtener el dominio de los acontecimientos vitales relacionados con la enfermedad. El modelo del ajuste mental al cáncer de Folkman y Greer (2000) afirma que la adaptación a la enfermedad toma características distintas en cada momento de la trayectoria de la enfermedad, asociada con el constructo calidad de vida y bienestar. Owen et al. (2001) la identificaron con bajos niveles de ansiedad y/o depresión y la menor alteración posible de la vida cotidiana. Para otros autores, la adaptación se asoció a la ausencia de emociones negativas (Cormio et al., 2016; Knauer et al., 2022) o debería considerarse a partir de la presencia de estados de ánimo positivo o crecimiento postraumático (Liu et al., 2021). Brennan (2001) realizó una revisión del constructo y planteó que, previamente, se lo definía como la mera ausencia de morbilidad psicológica. Sin embargo, sugirió que debería identificarse como un conjunto de procesos psicológicos que se desarrollan a lo largo del tiempo, mientras el individuo enfrenta los múltiples cambios derivados del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. También se puede

evaluar por la presencia de síntomas físicos o psicosomáticos relacionados con la enfermedad, o bien por el grado de funcionalidad (personal, social, laboral).

En esta investigación, la comprensión de la adaptación al cáncer como proceso se identificó con la autorregulación, es decir la respuesta alostática en tres niveles antes descrita. Se asumió este posicionamiento teórico por la evidencia aportada por las investigaciones relevadas citadas y porque fue el que explicó mayor cantidad de fenómenos que suceden en el curso oncológico, sin recurrir a la patologización, esto es, al abandono de la normalidad como recurso explicativo.

La experiencia del diagnóstico, la carga de los tratamientos o el miedo a la recidiva tienen un impacto en la vida del individuo y quienes lo rodean. De ello se deduce que el objetivo del esfuerzo autorregulatorio no debería evaluarse por su capacidad para restaurar un estado previo, dado que algo significativo cambió en la vida de la persona. El resultado de las distintas estrategias de afrontamiento implementadas debería ser valorado en función de su capacidad para asegurar la funcionalidad de la persona, en el acontecer del curso oncológico, a partir de las condiciones que le imponga la enfermedad o el tratamiento (Linden y Vodermaier, 2018). La adaptación del paciente oncológico se asociaría a la reducción al mínimo de las alteraciones en sus distintas áreas de funcionamiento. Por consiguiente, se asume que la regulación de la AE y una RE ajustada (es decir, que permite al paciente dar sentido a lo que vive y predecir con cierta precisión los fenómenos asociados a la enfermedad) son dos sólidos criterios para su valoración en función de las características del momento del curso oncológico que atraviesa.

Al iniciar el curso oncológico, la falta de antecedentes y la RE de sentido común complican su capacidad de ajuste. El desfasaje entre la predicción y la experiencia se expresan como AE. A medida que se reformula el mapa interno predictivo y se gana conocimiento sobre la situación, la distancia entre predicción y experiencia disminuye. Esto refleja el grado de adaptación al cáncer. Podría suceder que el cáncer o el tratamiento modifiquen por un tiempo sustantivo, o tal vez para siempre,

las condiciones de funcionamiento vital (física, interpersonal, laboral). El ajuste al cáncer, a partir de todo lo señalado hace referencia a la comprensión de las características de la propia enfermedad, los cambios y las limitaciones que implica, las demandas de su tratamiento y, por consiguiente, la adecuación del proyecto vital a la nueva situación. En definitiva, la Adaptación al cáncer implica una reconfiguración del mapa predictivo y la distancia entre la predicción y la realidad se puede reconocer en el nivel de la AE.

El marco teórico desarrollado en este capítulo aborda la complejidad del cáncer y su impacto psicológico, destacando el peridiagnóstico oncológico como un momento crítico para implementar intervenciones psicológicas que promuevan la adaptación a la enfermedad. En el capítulo siguiente, se expondrán los resultados de la aplicación del Modelo de Intervención Psicooncológica para el Peridiagnóstico (MIPP), diseñado sobre la base de los fundamentos presentados hasta aquí.

**Capítulo II**

**Parte Empírica**

## **Objetivos, Hipótesis y Método**

### **Objetivo General**

Diseñar, aplicar y evaluar la efectividad de un programa de intervención psicooncológica orientado a favorecer la Activación Emocional (AE) y la Representación de Enfermedad (RE) durante el período peridiagnóstico en pacientes adultos.

### **Objetivos Específicos**

Identificar la presencia de cambios pre-post en el nivel de AE y en la RE asociados a la aplicación del protocolo.

Establecer el impacto de la intervención sobre la Adaptación a la enfermedad en los pacientes, en contextos naturales de asistencia.

### **Hipótesis**

Los pacientes que participen del programa informarán cambios positivos significativos en el nivel de AE y RE.

Los cambios positivos en AE y RE se relacionarán con una respuesta significativamente más adaptativa a la enfermedad.

## **Método**

### ***Diseño***

Esta investigación tuvo dos fases: en primer lugar, se elaboró y desarrolló el modelo de intervención de acuerdo a los fundamentos enunciados en el marco teórico y la experiencia clínica. Se realizó también un estudio piloto para evaluar su aplicabilidad. Complementariamente, se diseñó un protocolo de evaluación para valorar su efectividad. Se seleccionaron instrumentos psicométricos de uso habitual en investigación en contextos naturales, y se establecieron los dos momentos para realizar las mediciones (día 1 y día 30). La segunda fase consistió en la implementación del modelo de intervención y la evaluación de su efectividad.

El estudio clínico realizado se basó en un diseño cuasi experimental multivariable y longitudinal, con asignación aleatoria a las condiciones de grupo control y de intervención. Se llevó a cabo en dos períodos: desde Noviembre de 2020 hasta Julio de 2022, y desde Junio 2023 hasta Septiembre de 2024. La segmentación temporal en dos tiempos se debió a situaciones imprevistas, que resultaron obstáculos para garantizar los tiempos del estudio inicialmente estimados (por ejemplo, la renuncia de personal administrativo y de los médicos, y la suspensión de la atención del Servicio de Oncología).

### ***Criterios de Inclusión y Exclusión***

La muestra incluyó pacientes asistidos en el Servicio de Oncología del Hospital Ramón Santamarina (Tandil, Argentina). Para la participación, los pacientes debían prestar consentimiento y cumplir con los siguientes criterios: edad 18-75, primera consulta con oncólogo en la última semana, primera ocurrencia de cáncer, estadio I a III. Como criterios de exclusión se consideraron: presencia de tumor cerebral o tratamiento psicológico y/o psiquiátrico al momento de la admisión.

Puesto que el programa nació como respuesta a las demandas asistenciales del Servicio de Oncología de un hospital general, para la inclusión en la investigación no se discriminó por tipo de tumor (excepto el caso de tumor cerebral por el compromiso cognitivo que podría implicar). Idéntico señalamiento vale para el rango etario: en el Servicio de Oncología se aceptan pacientes a partir de los 18 años. Respecto a límite superior, se asumió que incorporar mayores a 75 años aumentaría la probabilidad de que la enfermedad oncológica revista un mayor riesgo de mortalidad. Se decidió como criterio de inclusión la estadificación de la enfermedad oncológica del I al III, excluyendo la presencia de metástasis. Ambas condiciones se asocian con un pronóstico más pesimista que justificaría la identificación del cáncer con la muerte.

### ***Procedimiento***

En primer lugar, se capacitó al personal administrativo del Servicio de Oncología sobre las características de la investigación y los criterios de inclusión y exclusión. Ellos fueron los encargados de asignar el turno para la entrevista con el psicooncólogo a aquellos pacientes que habían tenido primera consulta con oncólogo en el lapso de los siete días previos. La aleatorización en la asignación a los grupos se instrumentó siguiendo el orden correlativo del turno con psicooncólogo (impar: intervención; par: control). El investigador no tuvo ninguna injerencia en la asignación de turnos, desconociendo la identidad del paciente hasta la entrevista.

En el primer encuentro con el paciente se describió la naturaleza del estudio y se firmó el consentimiento informado. Las técnicas psicométricas se administraron en ambos grupos en dos momentos: el día 1 (pre) y el día 30 (post).

Se implementó el MIPP a los pacientes asignados al grupo de intervención el primer día y las tres semanas subsiguientes, pactando encuentros semanales de una hora de duración. Los pacientes

asignados al grupo control no recibieron ningún tipo de intervención psicológica o psicofarmacológica en ese lapso de tiempo. Al finalizar la participación en el estudio, se ofreció la posibilidad de asistencia psicológica a los pacientes que participaron como grupo control.

Tanto para la elaboración del protocolo, el consentimiento y el manejo de los datos, se cumplió con los estándares dispuestos en la Declaración de Helsinki, la Declaración de la UNESCO sobre Bioética, Derechos Humanos y el régimen legal específico de la República Argentina (Ley Nacional de Salud Mental no. 26.657 y Ley Nacional de Derechos del Paciente no. 26.529). El cumplimiento de normas bioéticas fue supervisado y aprobado por el Comité de Ética del Programa Temático Interdisciplinario en Bioética, en el ámbito de la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

### ***Descripción de la Muestra***

**Participantes.** El total de pacientes que ingresó al servicio fue de 603, hubo 406 (67,33 %) que no cumplieron criterios de inclusión. De los 197 pacientes que podían ser incluidos, 117 (59,39 %) no se presentaron a la entrevista. La muestra definitiva (n=80) se conformó con 40 pacientes asignados al grupo control y 40 al grupo intervención. No hubo abandonos durante la intervención y todos los participantes completaron el protocolo de evaluación.

**Características Psicosociales y Clínicas.** Se exploraron las variables psicosociales y clínicas para cada grupo asignado. En la Tabla 1 se presentan los estadísticos descriptivos correspondientes, y la comparación intergrupos.

**Tabla 1***Descripción Muestral de las Variables Psicosociales y Clínicas*

		Intervención	Control		
		X (DS)	X (DS)	z	sig.
Edad		53.78 (13.59)	57.9 (12.33)	-1.422	0.159
		Frecuencia	Frecuencia	$\chi^2$	sig.
Sexo				0.503	0.637
	Mujer	25	28		
	Hombre	15	12		
Ocupación				2.064	0.559
	Desocupado	2	4		
	Empleado	9	11		
	Autónomo	22	16		
	Jubilado	7	9		
Estado				0.477	0.924
Civil	Soltero	7	7		
	Pareja	25	27		
	Separado	6	4		
	Viudo	2	2		
Nivel				0.096	0.953
Educativo	Primario	7	7		
	Secundario	26	27		
	Terciario	7	6		
Tipo de Tumor				16.733	0.475
	Gl. Salivales	-	1		
	Amígdala	-	1		
	Esófago	1	1		
	Colon	7	3		
	Recto	1	1		
	Ano	3	1		
	Hígado	-	1		
	Páncreas	-	1		
	Pulmón	2	4		
	Peritoneo	1	-		
	Mama	10	14		
	Cuello de Útero	3	3		
	Ovario	4	2		
	Próstata	4	1		
	Testículo	1	1		
	Riñón	-	4		
	Vejiga	2	1		
	Sarcoma	1	-		

		Intervención	Control		
		Frecuencia	Frecuencia	X <sup>2</sup>	sig.
Intervalo				1.126	0.89
biopsia y	< 15 días	1	2		
entrevista	15 y 30 días	7	5		
	30 y 45 días	10	8		
	45 y 60 días	9	11		
	> 60 días	13	14		
Cirugía				0.051	0.5
	Sí	22	23		
	No	18	17		

Nota: X: media; DS: desvío estándar; z: puntaje z; X<sup>2</sup>: chi cuadrado; sig.: significación.

Las variables categóricas mostraron homogeneidad en la distribución intergrupos. No se observaron diferencias significativas respecto a las variables psicosociales y clínicas en la conformación de las condiciones experimentales, tras la asignación aleatoria. Este dato aporta solidez para atribuir cambios en las VD a la intervención, y respalda la validez interna del diseño.

### ***Protocolo de Evaluación – Instrumentos***

Puesto que la investigación se realizó en un contexto natural de asistencia, se decidió reducir al mínimo necesario el protocolo de evaluación, contemplando criterios clínicos de contención y acompañamiento profesional a los pacientes. Para confirmar la asistencia, el personal administrativo del servicio enviaba un mensaje de texto al paciente el día previo a cada entrevista.

Se recopilaron datos psicodescriptivos (edad, sexo, estado civil, trabajo, nivel educativo) y clínicos (tipo de tumor, estadio, intervalo entre biopsia y consulta) en un instrumento diseñado para tal fin.

Para valorar la Activación Emocional (AE) se administró la versión en castellano (Daza et al., 2002) de Depression, Anxiety and Stress Scale, DASS-21 (Lovibond y Lovibond, 1995) que evalúa síntomas fisiológicos y psicológicos asociados a la activación del sistema nervioso autónomo

simpático. Se trata de una escala de autorreporte dimensional (Tapullima et al., 2022). Incluye 21 reactivos con respuestas tipo Likert de 4 puntos y brinda resultados de tres escalas: Depresión, Ansiedad y Estrés. Cada escala se calcula con la suma de los puntajes de siete ítems y varía entre 0 y 21 puntos. El instrumento presenta elevada consistencia interna (Sinclair et al., 2012:  $\alpha_{\text{Dep}} = 0,91$ ;  $\alpha_{\text{Ans}} = 0,80$ ;  $\alpha_{\text{Str}} = 0,84$ ) en correspondencia con la versión original (Bados et al., 2005; Lovibond y Lovibond, 1995). Los puntajes normativos se tomaron de Sinclair et al. (2012).

Para la evaluación de la Representación de Enfermedad (RE) se administró el cuestionario Brief Illness Perception Questionnaire, BIPQ (Broadbent et al., 2006). A partir de la progresiva adopción del Modelo de Sentido Común de la Enfermedad de Leventhal et al. (1980; 1984) como marco teórico en el ámbito de la psicología de la salud cobró especial importancia la exploración de la percepción de la enfermedad que tiene el paciente. En principio, su valoración se basaba en estudios cualitativos (Meyer et al., 1985), siendo Weinman et al. (1996) quienes presentaron el IPQ (Illness Perception Questionnaire) como el primer instrumento cuantitativo. Broadbent et al. (2006) presentaron una versión abreviada, el BIPQ. El BIPQ utiliza un reactivo que puntúa del 0 al 10 para evaluar cada una de las dimensiones de la RE, como se describen en el Modelo de Sentido Común de la Enfermedad: identidad, causa, control/cura, consecuencias y tiempo (ver Capítulo I). El estudio original de Broadbent et al. (2006) halló buenas propiedades psicométricas, incluyendo la validez concurrente, predictiva y discriminante, informándose similares resultados en el meta-análisis de Broadbent et al. (2015). La consistencia interna fue satisfactoria ( $\alpha = 0.79 - 0.89$ ) y coincidente con los resultados aportados por el estudio de validación de la versión española (Pacheco Huergo et al., 2012).

Para el ítem causa se conformaron cuatro categorías a partir de las respuestas de la muestra: causas psicológicas (emociones, estrés, disgustos, etc.), estilo de vida (tabaquismo, alcoholismo, descuido en el autocuidado, negligencia en la adherencia a tratamientos médicos, etc.), biológicas (genética) y azar. Se comparó el porcentaje de respuestas pre-post en ambos grupos.

Complementariamente para la RE, siguiendo los aportes de Benyamini y Karademas (2019) y Hollands et al. (2016) respecto a la valoración de la dimensión implícita o no consciente de la RE, se les solicitó a los pacientes la evocación de imágenes o palabras que identificaran o asociaran con la palabra cáncer. A partir de los datos relevados se construyeron categorías de acuerdo al contenido de la representación referida en los dos tiempos de medición.

Como medida del ajuste a la enfermedad se administró la versión española de Andreu Vaillo et al. (2018) del Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale (miniMAC). Se trata de un instrumento de uso extendido en el campo de la psicooncología que se utiliza como método de screening para detectar respuestas desadaptativas ante el diagnóstico. La consistencia interna alcanzó valores aceptables para su utilización en contextos de investigación  $\alpha = .76$  (Andreu Vaillo et al., 2018).

Las dimensiones del miniMAC son:

- Desesperanza: los reactivos que conforman esta escala expresan que el paciente se siente desbordado con el diagnóstico, y lo interpreta como una pérdida o una amenaza, sin posibilidad de control personal, asumiendo una actitud pasiva ante la situación.
- Preocupación Ansiosa: describe una interpretación del diagnóstico como gran amenaza, con poco control personal ante la enfermedad, incertidumbre constante ante el cáncer, sentimientos de devastación, y un estado emocional caracterizado por la ansiedad.
- Espíritu de Lucha: refleja una aceptación del diagnóstico como un desafío y una oportunidad para el crecimiento. El paciente adopta una actitud optimista y activa, con sensación de control sobre la enfermedad y estrategias de afrontamiento basadas en la reevaluación positiva de la situación.
- Evitación Cognitiva/Negación: implica un reconocimiento de la gravedad y agobio que genera en el paciente el diagnóstico, al mismo tiempo que el uso de una estrategia de afrontamiento activa de evitación, negación o minimización de los estímulos que lo pongan en contacto con la situación.

- Fatalismo: las afirmaciones que componen esta escala expresan una aceptación estoica ante el diagnóstico. La enfermedad es vista como una amenaza vital, sobre la que no se tiene control, tal como sucede en otras escalas, pero la aceptación pasiva de la situación se traduce en una serenidad emocional, resultado de la resignación.

Según Watson et al. (1988) creadores del instrumento, la adaptación al cáncer se traduciría en puntuaciones altas en Espíritu de Lucha y bajas en Fatalismo, Preocupación Ansiosa, Evitación Cognitiva y Desesperanza. Cwik et al. (2021) reconocieron fallas psicométricas por la inclusión de dos escalas (Evitación Cognitiva y Fatalismo) sin correspondencia con el marco teórico (Hulbert-Williams et al., 2019). Forero-Carreño et al. (2005) señalaron el evidente solapamiento entre escalas, como también lo expresaron Anagnostopoulos et al. (2006) y Andreu Vaillo et al. (2018). Aunque sea un instrumento de uso habitual en las investigaciones del campo de la psicooncología, las observaciones mencionadas limitan el alcance como medida directa de la adaptación al cáncer. Por esta razón, se realizaron análisis factoriales, comparando diversas propuestas de factorización para la variable latente Adaptación (en adelante AD).

### ***Análisis de Datos***

La ejecución del plan de análisis se realizó en dos niveles: construcción de las VD (en adelante VD) y análisis del impacto de la intervención.

Para la construcción de las VD y la determinación del tipo de estadística para el manejo de datos:

- Se realizaron Análisis Factorial Exploratorio (AFE) y Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) para el tratamiento de las medidas obtenidas a partir de los instrumentos psicométricos. De este

modo, se obtuvo el modelo con mejor ajuste para el cálculo de las variables dependientes AE, RE y AD. El desarrollo específico de este análisis, dada su extensión y detalle, se presentó en el Apéndice B.

- Obtenidas las VD se evaluó la homogeneidad de varianzas mediante la prueba de Lévene y la normalidad en la distribución de los datos con la prueba de Kolgomorov-Smirnov para determinar el tipo de estadísticos adecuado para el tratamiento de los datos.

En relación al primer objetivo específico, Identificar la presencia de cambios pre-post en el nivel de la AE y la RE atribuibles a la intervención:

- Se aplicó estadística no paramétrica para muestras independientes, la prueba U de Mann-Withney, y se calculó el Tamaño del Efecto  $d$  de Cohen (Cohen, 1988) para las VD.
- Para evaluar el impacto de la intervención en las VD intragrupo, se realizó un análisis de la varianza Anova de medidas repetidas, considerando el factor tiempo como variable intrasujeto. Este análisis permitió reconocer las diferencias pre-post y calcular su magnitud (tamaño del efecto medio como  $\eta^{2p}$ ).
- Se exploró la modificación en el ítem “Causa” del BIPQ-R y en las imágenes asociadas al cáncer. Además, para este reactivo, que describe la percepción de la enfermedad, se realizó la prueba U de Mann-Withney para comparar ambos grupos, y se calculó el tamaño del efecto de los cambios pre-post.

En relación al segundo objetivo específico, establecer el impacto de la intervención sobre la adaptación a la enfermedad en los pacientes:

- Se realizó la modelización del constructo adaptación en función de las VD, mediante el Modelado de Ecuaciones Estructurales (SEM), con un estimador de máxima verosimilitud

robusto (YuanBentler), y errores estándar Huber-White para corregir posibles desviaciones de la normalidad.

- Se exploró la correlación entre las VD mediante la prueba Rho de Spearman, y se estimó el tamaño del efecto  $r$  (coeficiente de correlación de Pearson).
- Se calculó el Índice de Cambio Confiable (en adelante ICC, Jacobson y Truax, 1991) a partir de una muestra discriminada por puntajes disfuncionales en las escalas de AE, para evitar el efecto suelo. Se tomaron las puntuaciones superiores al rango “moderado”, según las indicaciones establecidas para la utilización del instrumento, en cada una de las tres escalas (Lovibond y Lovibond, 1995).

Por último, y de modo complementario, se exploró la correlación entre las VD y las variables clínicas y psicosociales con la prueba Rho de Spearman. Ello no sólo permitió contrastar los resultados de la muestra con los datos experimentales publicados en la literatura científica, sino también aportar evidencia respecto del impacto de AE y RE sobre Adaptación, y para la discusión de temas habituales en psicooncología, que guardan relación con el diseño del MIPP (por ejemplo, relación entre tipo de tumor y AE o RE, comparación de la RE según si el paciente tuvo cirugía o no, influencia del sexo o la edad en la percepción de la AE, entre otros).

El procesamiento cuantitativo de los datos se realizó con el paquete estadístico JASP 0.19.3 y el software G\*Power 3.1. Para el análisis cualitativo se usó el programa ATLAS.ti versión 7.5.4.

## Resultados

Se presentan los resultados en dos instancias: primero la construcción de las VD y el examen de la normalidad y homogeneidad en su distribución, para la determinación del tipo de estadística a utilizar en el tratamiento de los datos; y a continuación, el impacto de la implementación del MIPP.

### Construcción de las variables dependientes: AE, RE y AD

A partir de los resultados de los instrumentos psicométricos, se realizaron AFE y AFC para la construcción de las variables dependientes AE, RE y AD, objeto de la intervención. Se presentan en el Apéndice B con el fin de facilitar la lectura de este capítulo. El Modelado de Ecuaciones Estructurales permitió comparar distintas formas para representar los datos, y de esta manera obtener las estimaciones más precisas y fiables.

Del modelado realizado se obtuvieron tres variables latentes: se encontró en AE un único constructo, robusto, válido y confiable, que refleja el esfuerzo alostático de la persona. Respecto a RE, se retuvo la configuración más fiable, consistente y parsimoniosa para el cálculo de la variable a partir de reactivos del BIPQ, de acuerdo a las características específicas del cáncer. Por último, en relación a la variable AD, se compararon tres modelos factoriales para el tratamiento de las escalas del miniMAC. Dos de ellos presentaron dos factores: Adaptación y Maladaptativo. De la comparación entre ambos modelos, y en consonancia con la bibliografía especializada en el instrumento, se retuvo el factor Maladaptativo, descartando las distintas configuraciones propuestas para el factor Adaptación, por los pobres valores estadísticos obtenidos. El factor Maladaptativo, constituido por las escalas Desesperanza y Preocupación Ansiosa, mostró buenos índices de ajuste, parsimonia y fiabilidad. A este factor se lo denominó AD y se lo tomó como valor de referencia al momento de modelizar el constructo Adaptación, a partir de AE y RE.

Las tres variables dependientes coinciden en su dirección, dado que menores puntajes reflejan menos AE, una RE más ajustada a la enfermedad y una mejor Adaptación al peridiagnóstico.

### **Determinación del Tipo de Estadística para el Tratamiento de Datos**

Para la determinación de los análisis estadísticos se aplicó a la medición inicial de las VD las prueba de Lévene (homogeneidad de varianzas) y la prueba de Kolgomorov-Smirnov (normalidad en la distribución de los datos). Los resultados de la prueba de homogeneidad de varianzas tuvieron un p. valor mayor a 0.05. Sin embargo, en relación a la normalidad de los datos, las variables RE y AD mostraron significación estadística, por lo tanto, se optó por emplear análisis no paramétricos como el método adecuado para el tratamiento de los datos de este estudio.

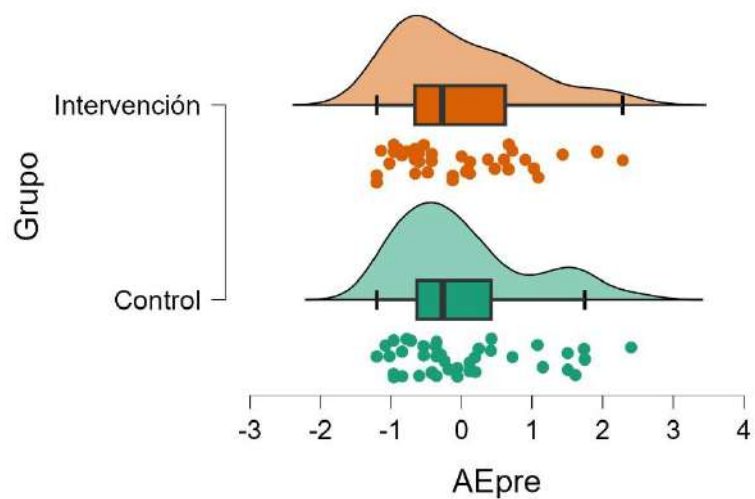
### **Impacto de la Intervención**

En los párrafos siguientes se presentan los resultados en dos momentos (objetivos 1 y 2) en función de su capacidad para aportar evidencia a cada una de las hipótesis de la investigación.

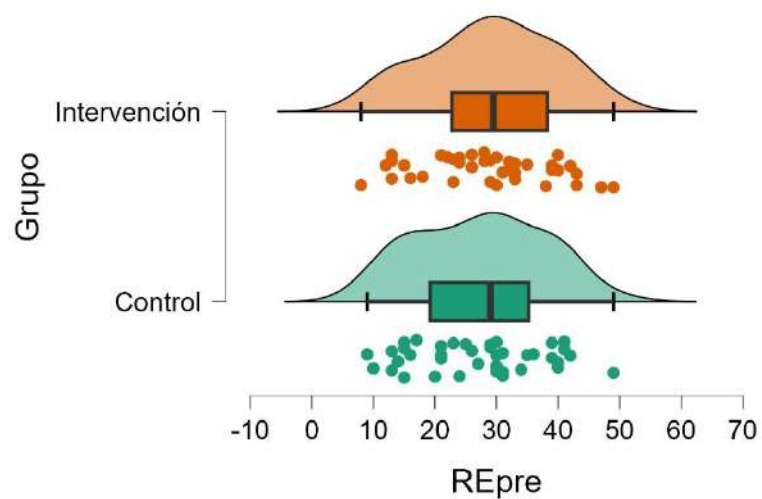
#### ***Objetivo 1***

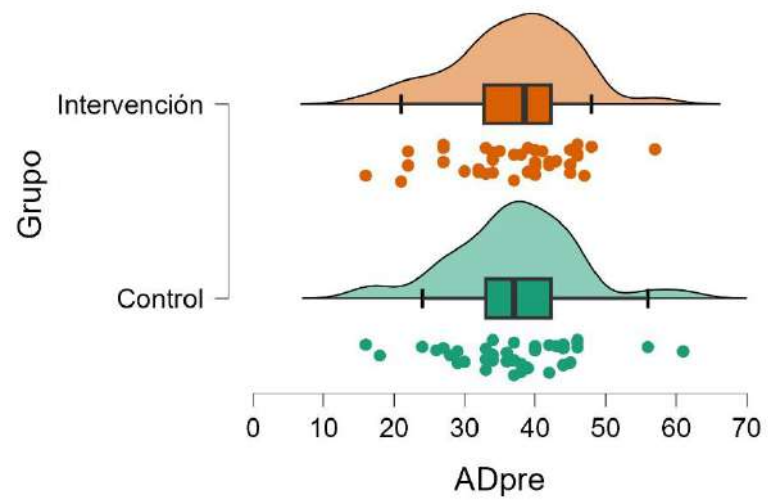
Identificar la presencia de cambios pre-post en el nivel de AE y RE asociados a la intervención. El cumplimiento de este objetivo permite validar la hipótesis planteada: Los pacientes que participen del programa informarán cambios positivos significativos en el nivel de AE y la RE.

En la conformación de los grupos, tras la asignación aleatoria, se observó homogeneidad en relación a las VD en su medición inicial (p. valor AE: 0.807; RE: 0.468; AD: 0.928). En las Figuras 3, 4 y 5 se observa su distribución en el día 1.

**Figura 3***Distribución Inicial AE*

Nota: los puntajes se calcularon a partir de la estandarización de la variable (ver Apéndice B).

**Figura 4***Distribución Inicial RE*

**Figura 5***Distribución Inicial AD*

**Cambios en VD: Análisis Intergrupos.** Los resultados de la comparación pre-post intergrupos se consignan en la Tabla 2.

**Tabla 2***Comparación pre-post VD Intergrupos*

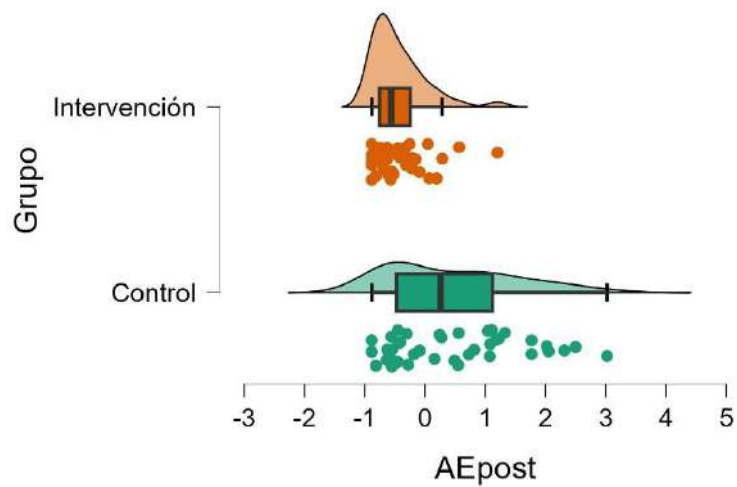
	Intervención		Control		U	z	p	TE	PE
	Pre	Post	Pre	Post					
	X(DS)	X(DS)	X(DS)	X(DS)					
AE	0.025 (0.917)	0.444 (0.449)	0.025 (0.926)	0.444 (1.073)	1.214.500	-4.82	< .001	1.079	0.99
RE	29 (10.471)	20.52 (6.437)	27.3 (10.368)	28.9 (9.114)	1.225.000	- 4.74	< .001	1.061	0.99
AD	36.87 (8.51)	32.7 (5.365)	37.050 (8.837)	38.925 (7.195)	1146.00	-3.68	< .001	0.823	0.92

Nota: X: media; DS: desvío estándar; U: prueba U de Mann Withney; z: puntaje z; p: p.valor; AE: Activación Emocional; RE: Representación de Enfermedad; AD: Adaptación; TE: tamaño del efecto (grande: > 0.80; mediano: > 0.50; pequeño: >0.20); PE: potencia estadística (significativo > 0.80).

Al considerar las medidas post, los resultados aportan evidencia sobre la capacidad de la intervención para modificar positivamente la percepción del paciente sobre su estado de AE, esto es, la frecuencia e intensidad de síntomas físicos y psicológicos asociados al malestar emocional (ver Figura 6). Se reconoce un tamaño del efecto grande sobre AE según hayan participado del MIPP o no, obteniendo potencia estadística alta, lo que evidencia la confiabilidad de los resultados.

**Figura 6**

*Comparación Intergrupos de Medidas AE post*

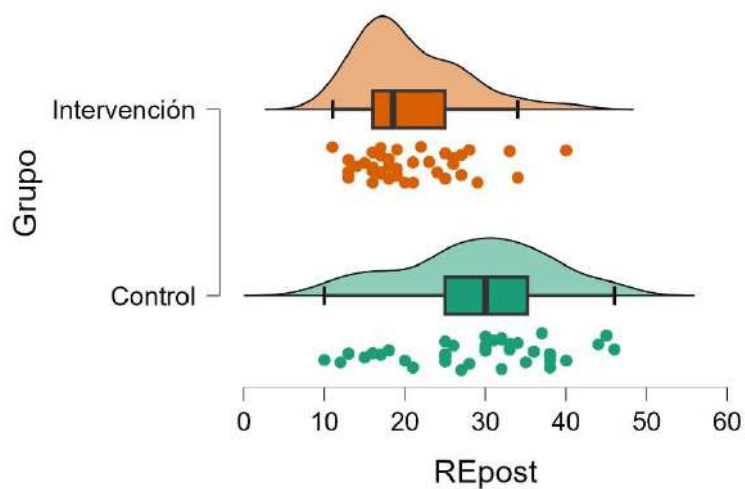


Nota: los puntajes se calcularon a partir de la estandarización de la variable.

Los datos también aportan evidencia sobre la capacidad del MIPP para favorecer la modificación de la RE de sentido común, adoptando una RE más ajustada a la propia enfermedad (ver Figura 7). Se reconoce un tamaño del efecto grande sobre RE, obteniendo potencia estadística alta, lo que evidencia la confiabilidad de los resultados (ver Tabla 2).

**Figura 7**

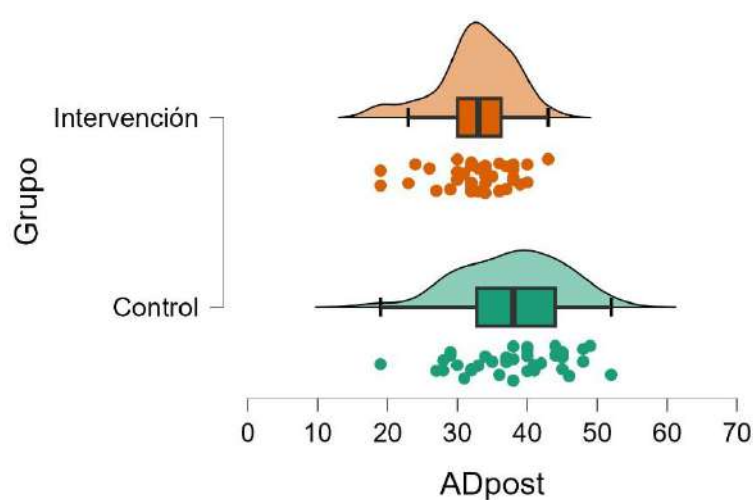
*Comparación Intergrupos de Medidas RE post*



En la Figura 8 se reconoce, la diferencia intergrupos, mostrando en el grupo intervención una diferencia significativa en la variable AD, lo que traduce un mejor ajuste a la enfermedad. Se reconoce un tamaño del efecto grande sobre AD, con potencia estadística alta, lo que evidencia la confiabilidad de los resultados.

**Figura 8**

*Comparación Intergrupos de Medidas AD post*



**Cambios en VD: Análisis Intragrupo.** En este apartado se presentan los resultados del análisis intragrupo. En la Tabla 3 se reporta la comparación de los valores pre-post del grupo intervención.

**Tabla 3**

*Anova Grupo Intervención*

	F (1,39)	p	$\eta^{2p}$
AE	13.83	< 0.001	0.262
RE	20.78	< 0.001	0.347
AD	14.93	< 0.001	0.277

Nota: AE: Activación Emocional; RE: Representación de la Enfermedad; AD: Adaptación; F (1,39): estadístico F con 1 grado de libertad para el efecto de la variable y 39 grados de libertad para el error; p: p. valor;  $\eta^{2p}$ : eta cuadrado parcial (TE: grande: > 0.14; mediano: > 0.06; pequeño: >0.01).

Los resultados indican que la implementación del MIPP tuvo un impacto significativo, generando cambios en AE, RE y AD, con un tamaño del efecto grande.

En la Tabla 4 se reporta la comparación de los valores pre-post del grupo control.

**Tabla 4**

*Anova Grupo Control*

	F (1,39)	p	$\eta^{2p}$
AE	4.77	0.035	0.109
RE	0.48	0.492	0.012
AD	0.33	0.570	0.008

Nota: AE: Activación Emocional; RE: Representación de la Enfermedad; AD: Adaptación; F (1,39): estadístico F con 1 grado de libertad para el efecto de la variable y 39 grados de libertad para el error; p: p. valor;  $\eta^{2p}$ : eta cuadrado parcial (TE: grande: > 0.14; mediano: > 0.06; pequeño: >0.01).

El grupo control no mostró cambios significativos en RE y AD. Sólo se reconoció una leve mejoría en AE, con un tamaño del efecto mediano, probablemente asociado al efecto del tiempo o factores externos no controlados.

**Cambios en el Componente Causa de la RE.** La dimensión causal en la RE refleja la creencia del paciente sobre qué generó su enfermedad (Leventhal et al., 1992; Lukoševičiūtė y Šmigelskas,2020). Para el análisis estadístico de los cambios en la percepción del paciente, se realizó una reducción de las respuestas a categorías básicas, considerando la especificidad del cáncer, objeto de esta investigación.

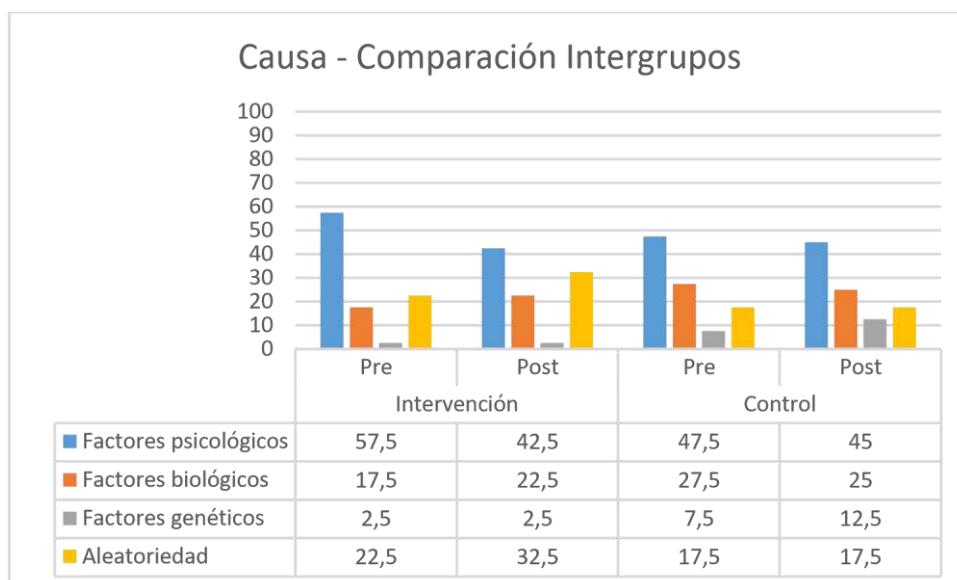
- Factores psicológicos: respuestas que suponen que el cáncer es consecuencia de cuestiones emocionales, estrés, problemas psicológicos.

- Factores biológicos: respuestas que suponen que el cáncer es resultado de la acción de un factor ambiental (alimentación, descuido o negligencia en controles, contaminación).
- Factores genéticos: respuestas que asocian el cáncer con un problema congénito.
- Aleatoriedad: incluye respuestas como “suerte” o “no sé”.

La Figura 9 resume los cambios en la percepción de la causa de la enfermedad para cada grupo, teniendo en cuenta las frecuencias en las medidas pre-post.

**Figura 9**

*Comparación pre-post del Ítem Causa de la RE*



Nota: Los valores se expresan en porcentajes.

En la comparación pre-post de los pacientes que participaron del MIPP se observó una disminución significativa de la idea de que el cáncer es causado por cuestiones emocionales. Según Cannonne et al. (2025), asumir que esa es la causa del cáncer se asocia con un peor estado anímico. El aumento en la categoría Aleatoriedad, refleja el impacto del contenido del MIPP, dado que es uno

de los componentes psicoeducativos propuestos. En relación al grupo control, no se observan cambios significativos en este aspecto.

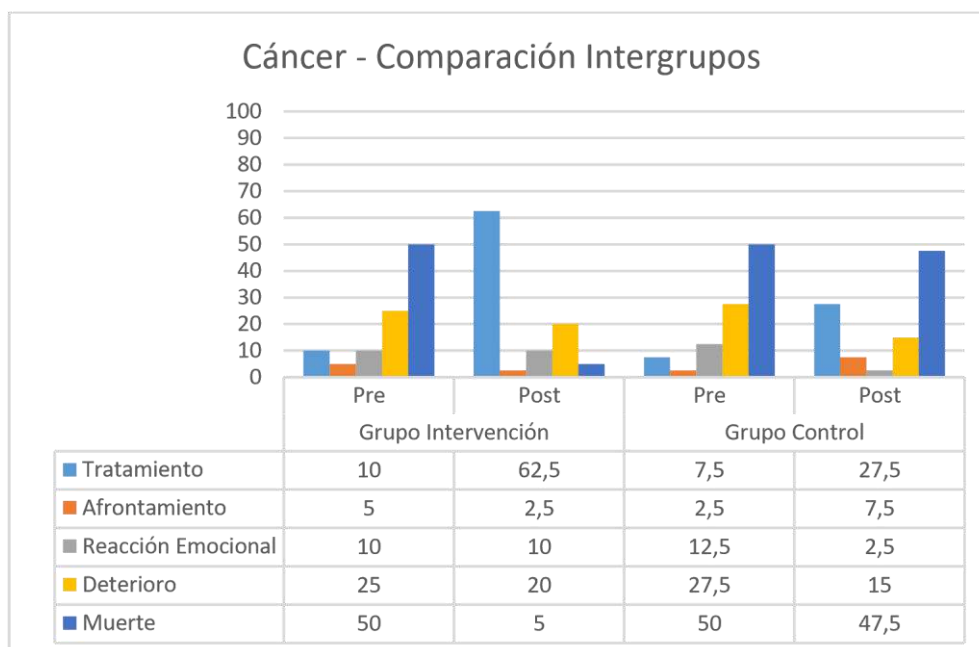
**Cambios en Imágenes o Palabras Asociadas al Cáncer.** El protocolo de evaluación incluyó las asociaciones establecidas por el paciente de manera espontánea entre imágenes e ideas y la palabra cáncer, como un modo de evaluación de la RE implícita (Hollands, 2016). A partir de las respuestas se conformaron las siguientes categorías:

- Muerte: la enfermedad se identifica con la muerte misma.
- Deterioro: remite a las consecuencias de enfermedad (dolor, secuelas, síntomas físicos).
- Reacción emocional: la enfermedad se relaciona con una respuesta emocional, por ejemplo, miedo, angustia, terror.
- Afrontamiento: esta categoría agrupa las respuestas que hacen referencia a algún tipo de estrategia para enfrentar la enfermedad, sin importar si es funcional.
- Tratamiento: organiza las respuestas que relacionan la enfermedad con el plan terapéutico asociado o sus efectos secundarios, por ejemplo, quimioterapia o alopecia.

Se reportaron las frecuencias pre y post para cada grupo en la Figura 10.

Figura 10

Comparación pre-post de la RE



Nota: Los valores se expresan en porcentajes.

Se observa, en el grupo que recibió el MIPP, una modificación significativa en la idea (imagen o palabra) espontáneamente asociada al cáncer. En la medición inicial, la mitad de los participantes identificaba al cáncer con la muerte, lo que se describió previamente como RE de sentido común. En la medición final, tras recibir la intervención psicooncológica se constata que más del 60 % de los participantes respondió con una idea relacionada con el segundo momento del curso oncológico, esto es, el tratamiento.

Además de comparar los porcentajes, en la Tabla 5 se reportan los resultados de la prueba U de Mann-Withney y el cálculo del tamaño del efecto para la variable ordinal de la percepción del cáncer en ambos grupos. Se puntuaron las categorías en orden decreciente (Muerte: 5, Deterioro: 4; Reacción Emocional: 3; Afrontamiento: 2; Tratamiento: 1).

Tabla 5

*Comparación pre-post y Tamaño del Efecto del Cambio en la Percepción del Cáncer*

	U	p	TE
Cáncer PRE	816.000	0.872	
Cáncer POST	1187.000	< .001	0.908

Nota: U: prueba U de Mann-Whitney; p: p.valor. TE: tamaño del efecto (grande: > 0.80; mediano: > 0.50; pequeño: >0.20).

Figura 11

*Percepción del Cáncer en el Grupo Intervención*

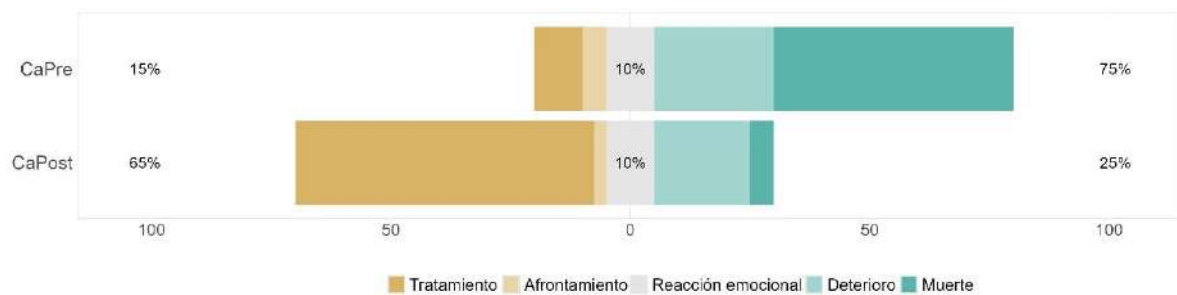
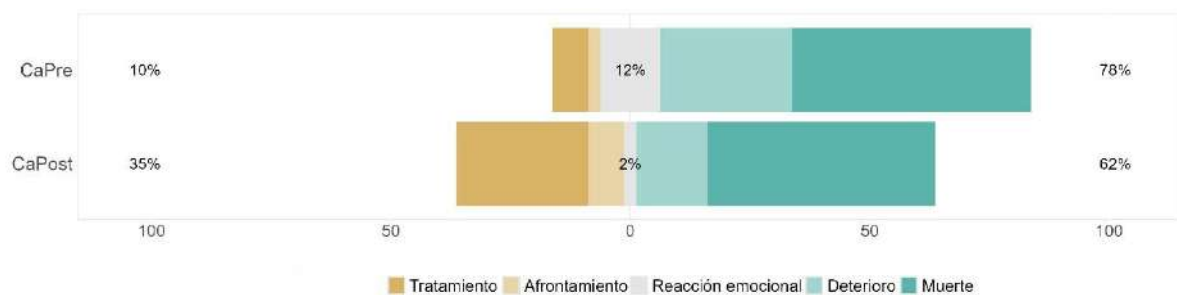


Figura 12

*Percepción del Cáncer en el Grupo Control*



Los cambios en el ítem “Causa” del BIPQ y en la percepción del cáncer son complementarios al cálculo de la variable RE, y dan cuenta de la capacidad del MIPP para la modificación de la RE de sentido común, en favor de una RE más ajustada al contexto peridiagnóstico.

Los datos presentados en este apartado dan cuenta de los cambios en el nivel de AE y en la RE, tanto en la comparación intergrupos como en el análisis intragrupos, mostrando que los pacientes que participaron en MIPP experimentaron cambios positivos significativos en ambas variables, validando la primera hipótesis.

### **Objetivo 2**

Establecer el impacto de la intervención sobre la Adaptación a la enfermedad en los pacientes. El cumplimiento de este objetivo permite validar la hipótesis planteada: Los cambios positivos en la RE y en la AE se relacionarán con una respuesta significativamente más adaptativa a la enfermedad.

El constructo Adaptación a la enfermedad, central en esta investigación, presentó un desafío metodológico: no se halló en la revisión bibliográfica un instrumento validado que permitiera medirlo adecuadamente. Se hizo uso de algunas escalas del miniMAC como aproximación a la medición del constructo, pero no pueden ignorarse las observaciones realizadas por distintos investigadores sobre el instrumento. Por consiguiente, para responder a esta dificultad, en primer lugar, se modelizó el constructo Adaptación, de acuerdo a los fundamentos del capítulo I. Luego, se exploró la correlación entre las VD. Finalmente, se calculó el Índice de Cambio Confiable (ICC) ajustando la muestra para evitar el efecto suelo.

**Modelización del constructo Adaptación.** En el Apéndice B se reportan los resultados del Análisis Factorial Exploratorio (AFE), el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) y el Análisis de Componentes Principales (CPA) realizados para las variables AE, RE y AD. Considerando el marco

teórico y la bibliografía mencionada, la variable latente AD se estableció como medida de referencia para modelar el constructo “Adaptación” en función de las variables latentes AE y RE, objetivos centrales de la intervención, como se corroboró en el objetivo 1. Las evaluaciones pre y post intervención mostraron resultados coherentes. En este informe, se presentan los valores estandarizados de la medición post intervención.

# Variables latentes

AE =~ (DEP + ANS + STR)/3

RE =~ RE (B1,2,5,6,8)

AD =~ PA + DES

# Variable Principal del Modelo

AD =~ AE + RE

# Covarianzas

AE ~~ RE

Los índices mostraron un buen ajuste del modelo a los datos observados: el Índice de Ajuste Comparativo (CFI) fue de 0.971, el Índice de Tucker-Lewis (TLI) de 0.959, y el Índice de Ajuste no normalizado de Bentler-Bonett (NNFI) también de 0.959, todos superiores a los valores recomendados de 0.90. El Error Cuadrático Medio de Aproximación (RMSEA) fue de 0.073 y un p. valor de 0.212, lo que sugiere un ajuste aceptable. Esto confirma que el modelo propuesto se ajusta adecuadamente a los datos. Respecto a la fiabilidad, obtuvo un coeficiente  $\omega$  total de 0.859 (AE: 0.921; RE: 0.759; AD: 0.870). Los resultados de la carga de los factores se informan en la Tabla 6.

**Tabla 6***Carga de los Factores del Modelo*

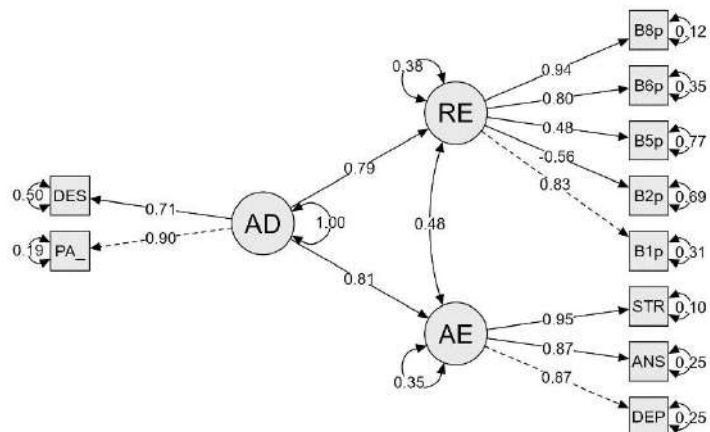
Latente	Indicador	Estimación tipificada	Error típico	z	p	Intervalo con 95% confianza	
						Inferior	Superior
AD	PA	0.898	0.067	13.331	< .001	0.766	1.030
	DES	0.709	0.067	10.596	< .001	0.578	0.840
	AE	0.808	0.068	11.816	< .001	0.674	0.942
	RE	0.788	0.067	11.686	< .001	0.656	0.920
AE	DEP	0.868	0.042	20.481	< .001	0.785	0.951
	ANS	0.866	0.032	26.756	< .001	0.803	0.930
	STR	0.947	0.028	33.888	< .001	0.892	1.002
RE	B1	0.831	0.044	19.092	< .001	0.745	0.916
	B2	0.559	0.090	6.187	< .001	0.736	0.382
	B5	0.477	0.109	4.366	< .001	0.263	0.691
	B6	0.804	0.052	15.382	< .001	0.702	0.906
	B8	0.940	0.026	36.354	< .001	0.890	0.991

Nota: z: puntaje z; p: p.valor; AD: Adaptación; AE: Activación Emocional; RE: Representación de Enfermedad; DES: escala Desesperanza de miniMAC; PA: escala Preocupación Ansiosa de miniMAC; DEP: escala Depresión de DASS-21; ANS: escala Ansiedad de DASS-21; STR: escala Estrés de DASS-21; B1,2,5,6,8: reactivos de BIPQ.

El diagrama de ruta del modelo grafica las relaciones entre las variables latentes (AE, RE y AD) y sus indicadores observados, en la Figura 13.

Figura 13

Diagrama de Ruta del Modelo para la Variable Adaptación



Nota: AD: Adaptación; RE: Representación de Enfermedad; AE: Activación Emocional; DES: escala Desesperanza de miniMAC; PA\_: escala Preocupación Ansiosa de miniMAC; DEP: escala Depresión de DASS-21; ANS: escala Ansiedad de DASS-21; STR: escala Estrés de DASS-21; B1p (2,5,6,8): reactivos de BIPQ.

AD asumió una estimación tipificada de 1.00, dado que actúa como variable de referencia, mostrando relaciones significativas con las escalas PA y DEP, como se informó en la Tabla 6. AE presentó una estimación tipificada de 0.81, con indicadores DEP, ANS y STR significativos. RE, con una estimación tipificada de 0.79 mostró también indicadores significativos. La covarianza entre AE y RE fue de 0.481 ( $p = 0.009$ ), indicando una relación positiva moderada. Las varianzas de los errores de los indicadores mostraron valores significativos, reforzando la estabilidad del modelo.

La relación entre AE y AD, y entre RE y AD, sugiere que la disminución en los puntajes de AE y RE se asocian con una respuesta más adaptativa. La covarianza significativa entre AE y RE sugiere que interactúan entre sí, influyendo conjuntamente en AD. Los resultados obtenidos a partir del modelo

propuesto proporcionan evidencia empírica sólida sobre el efecto directo y positivo que las variaciones en AE y RE tienen en la Adaptación a la enfermedad en el peridiagnóstico, lo que confirma la hipótesis propuesta.

**Relación entre VD.** En la Tabla 7, se presentan los resultados de la prueba Rho de Spearman, que analizó las relaciones entre las VD. Se calcularon tanto con las medidas pre como con las medidas post, obteniendo resultados similares. Se informan las mediciones post.

**Tabla 7**

*Correlaciones entre VD*

		AE	RE
RE	Rho de Spearman	0.770 ***	—
	Valor p	< .001	—
	Tamaño del efecto ( <i>r</i> )	0.770	—
AD	Rho de Spearman	0.737 ***	0.581***
	Valor p	< .001	< .001
	Tamaño del efecto ( <i>r</i> )	0.737	0.581

Nota: AE: Activación Emocional; RE: Representación de Enfermedad; AD: Adaptación; \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ . Tamaño del efecto (*r*): Coeficiente de correlación de Pearson (*r* grande  $> 0.50$ ; mediano  $> 0.30$ ; pequeño  $> 0.10$ ).

Se halló una correlación positiva y altamente significativa entre AE y RE, con tamaño del efecto grande, indicando una fuerte asociación entre ambas. La correlación entre AE y AD fue positiva y significativa, con un tamaño del efecto grande. Finalmente, se obtuvo una correlación positiva y significativa, con un tamaño del efecto grande, entre RE y AD. Esto sugiere que tanto la AE como la RE muestran una relación significativa con la variable AD. Las correlaciones obtenidas entre las VD aportan evidencia en favor de lo postulado por la hipótesis 2.

**Índice de Cambio Confiable.** Para el cálculo del ICC, se discriminó la muestra en función del puntaje inicial de cada una de las escalas que conforman la variable AE. Se utilizaron las escalas, y no

la variable latente AE, dado que la literatura científica propone puntos de cortes, necesarios para la segmentación de la muestra. Se realizaron los cálculos a partir de cada escala que conforman la AE, tomando los pacientes cuya puntuación inicial esté por encima del punto de corte “moderado” (Depresión: 7; Ansiedad: 5 y Estrés: 9; Lovibond y Lovibond, 1995; Sinclair et al., 2012). Esta decisión metodológica fue para controlar la distorsión que genera en los cálculos el efecto suelo, esto es, incluir para la valoración del impacto terapéutico del MIPP, pacientes que en su medición inicial no referían síntomas asociados a un estado de AE que fuera objeto de la intervención (Cohen, 1988; Linden y Girgis, 2012).

Inicialmente se calculó el Punto de Corte (en adelante PC) siguiendo el criterio C (Gómez Penedo y Roussos, 2012; Jacobson y Truax, 1991), utilizado cuando existen datos de ambas poblaciones (normal y patológica), con una superposición no excesiva en la distribución de las mismas. Se obtuvieron PC de 7,21 para Dep, 5,45 para Ans y 12,05 para Str. La cantidad de pacientes incluidos en cada escala (Depresión, Ansiedad, Estrés) es diferente. Esta característica estadística es predecible, dado que, desde el punto de vista clínico, estas configuraciones sintomáticas no son excluyentes entre sí. Siguiendo indicaciones de Jacobson y Truax (1991) tras estimar el PC, se calculó el ICC (Gómez Penedo y Roussos, 2012; Mata et al., 2018). Los resultados se agrupan en función de las siguientes categorías (Jacobson et al., 1999):

- Recuperado: la puntuación se sitúa dentro de la distribución normal (PC e ICC con resultados positivos).
- Mejorado: la mejora resulta significativa, aunque no alcanza el nivel funcional (puntaje por debajo del PC, pero ICC aún dentro de valores disfuncionales).
- Sin cambio: sin cambio significativo en el ICC ni en PC.
- Deteriorado: los cambios producidos siguen una dirección contraria al esperado por la intervención.

En la Tabla 8, la columna Total de cada grupo informa la cantidad de pacientes de cada grupo con puntaje moderado o grave en la medida pre, la columna PC la cantidad de pacientes con medidas post por debajo del PC y en ICC la cantidad que puntuaron un ICC superior a 1,96, es decir, dos desvíos estándar respecto de la media disfuncional (ver Figura 14).

**Tabla 8**

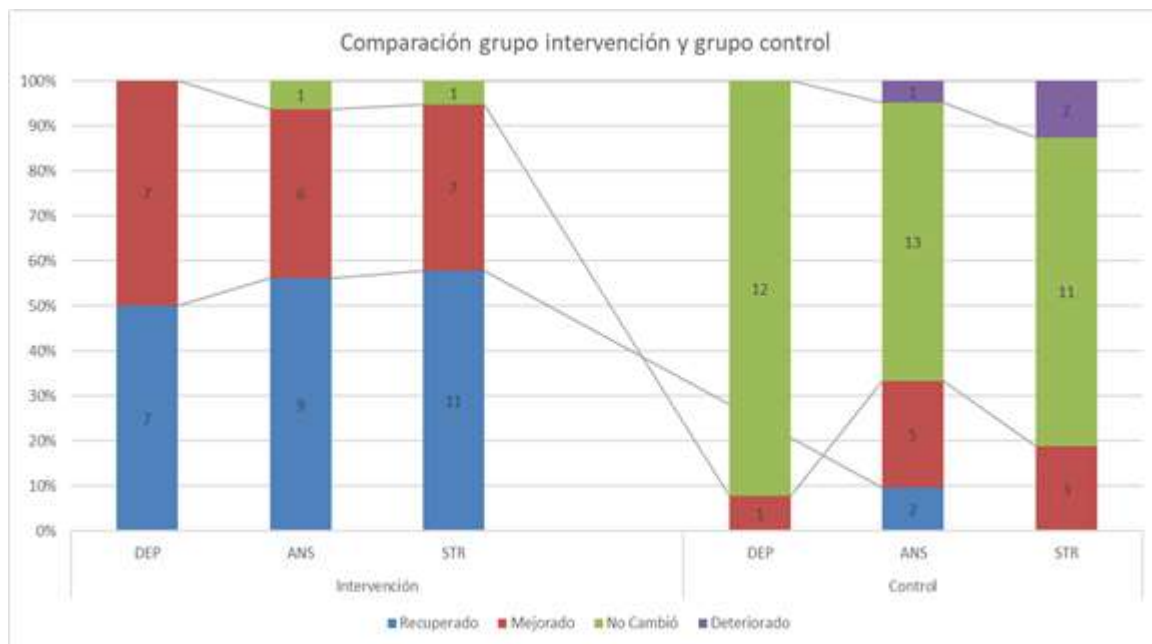
*Comparación de Resultados Intergrupos*

	Intervención			Control		
	Total	PC	ICC	Total	PC	ICC
Depresión	14	14	7	13	1	0
Ansiedad	16	15	9	21	7	2
Estrés	19	18	11	16	3	0

Nota: PC: punto de corte; ICC: Índice de Cambio Confiable.

**Figura 14**

*Distribución de la Muestra según Categorías de Resultado*



Los resultados obtenidos permiten reconocer el impacto del MIPP sobre la adaptación al cáncer. En el grupo que recibió la intervención la medición post muestra que más de la mitad se ubicó en la categoría “Recuperado”. Ello implica que la puntuación final de AE se encontró por debajo del punto de corte y a dos desvíos estándar de la media disfuncional. Los pacientes restantes se ubicaron en la categoría “Mejorado” lo que implica una disminución significativa de la AE, aunque sin alcanzar aún el rango de normalidad. Por último, se halló que un paciente al finalizar la intervención, a pesar de mostrar una evolución positiva, continuaba teniendo puntajes por encima del PC. En el grupo control, se observó que la mayor parte de los pacientes no mostraron cambios. Se reconoce, sin embargo, en la escala Ansiedad que dos pacientes se ubicaron en la categoría “Recuperado” y 5 en “Mejorado”, mientras que en la escala Estrés tres pacientes tuvieron puntajes por debajo del PC.

En la lectura de los resultados del ICC, como evaluación del impacto sobre la Adaptación, se asumieron dos presupuestos: que los puntajes altos en las escalas que conforman la AE en su medida inicial se explican por la irrupción de la enfermedad, tal como se fundamentó en el capítulo I, y que no existía una funcionalidad alterada antes del diagnóstico oncológico. Ciertamente, no habría forma de constatarlo, dado que no se contó con una medida premórbida del funcionamiento de los pacientes, puesto que la conformación de los grupos experimentales sucedió después del diagnóstico oncológico.

En síntesis, los análisis realizados, para dar cumplimiento a los dos objetivos particulares, son consistentes al aportar datos estadísticamente significativos que resultan también ser clínicamente relevantes en los pacientes como respuesta a la aplicación del MIPP. Asimismo, no se obtuvieron puntuaciones que indicaran iatrogenia o resultados perjudiciales para los pacientes.

### **Resultados Complementarios**

Antes de concluir el presente capítulo, donde se informaron los resultados del trabajo experimental, es útil rescatar algunos datos marginales respecto del objetivo de esta investigación, dada la relevancia que tienen en la discusión del campo de la psicooncología y la influencia en la configuración de modelos de intervención como el MIPP: la prevalencia del malestar psicológico en el peridiagnóstico oncológico y su relación con variables clínicas y psicosociales.

En cuanto a la presencia de síntomas psicológicos en la Tabla 8, al considerar la columna "Total" de ambos grupos, se informó el número de pacientes con malestar psicológico (depresión, ansiedad y estrés) en el peridiagnóstico: 33,55 % de los pacientes tuvo puntuaciones por encima del rango "moderado" en la medición inicial para la escala Depresión, un 46,25 % para la escala Ansiedad y un 43,75% para la escala Estrés. En el capítulo siguiente se discutirán estos resultados en relación a los reportes de la literatura científica.

Por último, y complementariamente, se exploró la asociación entre las características psicosociales y las VD. Los resultados se informan en la Tabla 9.

**Tabla 9***Asociación entre Variables Psicosociales y VD*

		AE	RE
Edad	Rho	-0.261	-0.257
	p	0.020	0.022
Sexo	Rho	-0.343	-0.343
	p	0.002	0.002
Ocupación	Rho	-0.092	0.043
	p	0.419	0.708
Estado civil	Rho	-0.017	0.222
	p	0.883	0.047
Nivel educativo	Rho	0.115	0.009
	p	0.312	0.939
Tumor	Rho	0.050	-0.029
	p	0.660	0.797
Intervalo	Rho	-0.001	-0.025
	p	0.992	0.826
Cirugía	Rho	0.053	-0.004
	p	0.641	0.969

Nota: Rho: Rho de Spearman; p: p.valor; AE: Activación Emocional; RE: Representación de Enfermedad; Tumor: Tipo de tumor; Intervalo: Intervalo entre biopsia y entrevista.

Respecto a las variables psicosociales, se evidencia una correlación significativa entre las VD y la variable sexo: las mujeres presentan puntuaciones más elevadas en AE y RE. La edad muestra correlación negativa con AE y RE, esto es, a menor edad corresponde mayor nivel de malestar y peor percepción del cáncer.

Hasta aquí los resultados alcanzados que aportan evidencias sobre la efectividad del programa diseñado para intervenir en las modificaciones de la Activación Emocional y la Representación de Enfermedad de los pacientes, para una mejor Adaptación a la enfermedad

oncológica en el peridiagnóstico, destacando la influencia de las variables psicosociales en el curso de la enfermedad y la importancia de su consideración con fines diagnósticos y terapéuticos. En el próximo capítulo, se abordarán la discusión y conclusiones de la investigación, se expondrán limitaciones del estudio y líneas futuras.

### **Capítulo III**

#### **Discusión y Conclusiones**

## Discusión y Conclusiones

### Discusión

La incidencia del cáncer a nivel mundial continúa aumentando año a año. Asociado al diagnóstico oncológico, se reconoce una significativa prevalencia de malestar emocional, lo que no sólo afecta la vida del paciente y el curso de la enfermedad, también tiene impacto sobre su familia y el sistema de salud. La psicooncología se sitúa en la intersección entre la psicología y la oncología clínica, buscando dar respuesta y contención a esta problemática. Si bien la literatura especializada continúa creciendo, siguen siendo escasos los modelos de intervención protocolizados que hayan sido validados en su efectividad. Más aún, en algunas revisiones bibliográficas se ha puesto en duda el impacto clínico de las intervenciones psicológicas (Galway et al., 2016; Hernández-Marin et al., 2022; Temple et al., 2020).

Teniendo en cuenta estas consideraciones se desarrolló la presente investigación. Su objetivo fue el diseño de un modelo de intervención psicooncológica individual, protocolizado y breve, y la evaluación de su efectividad para favorecer la Adaptación a la enfermedad. Dos de las características principales del diseño del MIPP se relacionan con su ámbito de implementación, el Servicio de Oncología de un hospital público en Argentina: su carácter genérico, es decir, susceptible de ser aplicado a pacientes con distintas características en cuanto a sexo, edad o tipo de tumor, y su brevedad, como modo de responder a la desproporción entre la demanda de atención y la limitación de recursos humanos. Otra característica del diseño fue que se centró en el período peridiagnóstico. Del relevamiento bibliográfico realizado se encontraron pocos modelos de intervención similares. Lally et al. (2019; 2020), Lurati et al. (2011) y Fawzy y Fawzy (1994) fueron los pocos ejemplos que se focalizan específicamente en el abordaje del paciente recientemente diagnosticado. No obstante, se reconocieron diferencias respecto del MIPP en su formato de presentación: La Intervención Psicoeducativa Estructurada (IPE) de Fawzy y Fawzy (1994) se organizó como dispositivo grupal, con encuentros semanales durante 6 semanas, y Lally et al. (2019) configuraron su programa como una

intervención psicoeducacional implementada a través de Internet para pacientes con cáncer de mama. En el caso de Lurati et al. (2011) desde el psicoanálisis, la diferencia se observa en una mayor extensión (8 sesiones) y en una intervención no protocolizada.

Continuando con los aspectos formales de los modelos, en los diseños de intervención más recientes se encontró una tendencia hacia modelos breves, con duración menor a cuatro semanas, de acuerdo a lo reportado por Setyowibowo et al. (2022) y Zhang et al. (2022). En términos de su extensión, el MIPP se situó en la línea de trabajos como el de Groarke et al. (2013), Trask et al. (2003) y Yang et al. (2022). No obstante, los dos primeros fueron de modalidad grupal, y en el caso de Trask et al. (2003) sólo para pacientes con melanoma. Yang et al. (2022) realizaron una intervención de implementación individual (basado en la virtualidad) que constó de cinco entrevistas en dos semanas sólo para pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

En relación al contenido, los modelos relevados dedicaron parte de su abordaje a las características clínicas de un tipo de cáncer o a los efectos secundarios de su tratamiento específico. En cambio, respecto a las temáticas abordadas, el carácter genérico del MIPP se referenció con trabajos como el APT (Adjuvant Psychological Therapy) de Moorey y Greer (1989) y el modelo de Transición SocioCognitivo de Brennan (2001). El posicionamiento del MIPP contrastó con los señalamientos de Linden y Vodermaier (2018) o Menhert et al. (2014) quienes recomendaron la configuración de las intervenciones terapéuticas a partir del tipo de tumor. En esta investigación, se asumió que la efectividad estaría relacionada con el abordaje de las características de la etapa del curso oncológico que atraviesa el paciente. Dicha decisión se tomó a partir del análisis de trabajos como los de Lu et al. (2016) y Kangas y Gross (2017), y también de los resultados sobre la efectividad de los tratamientos psicológicos presentados por Zhang et al. (2022).

El MIPP incluye contenidos que son considerados en diversos modelos: la autorregulación emocional y la comprensión de la enfermedad. La secuencia de la presentación de los contenidos se configuró a partir de la dinámica del funcionamiento psicológico propuesta por Friston (2010), Seth y

Friston (2016) y Peters et al. (2017) con énfasis en el componente psicoeducativo como un medio para la modificación de creencias o predicciones (Badcock et al, 2019; Bottemanne, 2024; Brennan, 2001) subrayando la importancia de la internalización del locus de control (Kangas y Gross, 2017; Linden y Vodermaier, 2018; Martínez López et al., 2019). No se hallaron modelos de intervención individuales, breves, protocolizados y centrados en el peridiagnóstico oncológico con las particularidades del MIPP, lo que constituye un aporte original de la propuesta.

En cuanto a los objetivos particulares y las hipótesis formuladas, se constataron cambios positivos en la Activación Emocional (AE) y la Representación de Enfermedad (RE) al comparar el Tamaño del Efecto (TE) intra e intergrupos. La segunda hipótesis postulaba que los cambios en la AE y la RE impactarían positivamente sobre la Adaptación del paciente a la enfermedad. Este punto de la Discusión se presta para un examen más detallado sobre un constructo nuclear en el MIPP y para la psicooncología: la Adaptación al cáncer y su medición. En el capítulo I se realizó un extenso y minucioso desarrollo al respecto, concluyendo que la Adaptación se reconoce como una reconfiguración del mapa predictivo que se vuelve más efectivo para construir sentido y predecir la experiencia del paciente (Brennan, 2001; Friston, 2010). Así, al disminuir la discrepancia entre predicción y experiencia, se regula la respuesta alostática en forma de AE (Bottemane, 2025; Peters et al., 2017; Seth y Friston, 2016). La operacionalización de este constructo, tal como se presentó en el capítulo I y se modelizó en el capítulo II pretendió ofrecer una respuesta a este complejo debate. A partir de todos los análisis realizados se concluyó que la Adaptación al cáncer se puede representar en dos elementos básicos: una AE regulada y una RE ajustada a la situación particular de la persona.

Como se trató oportunamente, el concepto de Adaptación muestra doble valencia: producto y proceso. Dada la carencia actual de un instrumento específico se utilizaron las variables AE y RE como medidas de ajuste al cáncer como producto. Por ello fue necesario realizar un Modelo de Ecuaciones Estructurales del constructo Adaptación. Complementario se realizó análisis de

correlación entre las VD y el cálculo del Índice del Cambio Confiable (Jacobson y Truax, 1991). Estos recursos estadísticos permitieron evaluar la potencia del MIPP para generar cambios que favorecieran la capacidad para atender las demandas de la enfermedad sin que se altere significativamente su funcionalidad en las distintas dimensiones de su vida (familiar, laboral, social). Se observó la recuperación de entre el 50 y 60 % de los participantes que recibieron el MIPP y una mejoría en el resto. Al mismo tiempo, la mayor proporción de los pacientes del grupo control no mostró cambios relevantes.

Los modelos como el APT de Greer y Watson (1987), en los que se basa el miniMAC, o elaboraciones a partir del Modelo del Sentido Común de Leventhal et al. (1992; 2003), conceptualizan la Adaptación al cáncer como un proceso. Desde esta perspectiva, que valora estrategias de afrontamiento parece difícil pensar una medida de ajuste. En este contexto se sitúa la discusión sobre la aptitud del miniMAC para evaluar este constructo. Se trata de un instrumento de uso habitual en trabajos empíricos (Claasen et al., 1996; Religioni et al., 2022; Van Beek et al., 2022). Greer y Watson (1987) sostuvieron que es efectivo para medir el ajuste del paciente a la enfermedad. Sin embargo, en la revisión bibliográfica se encontraron algunas objeciones: Hulbert-Williams et al. (2019) señalaron que el instrumento evalúa qué estrategias de afrontamiento implementa el paciente ante su enfermedad, pero nada dice sobre su efectividad para asegurar bienestar anímico o Adaptación al cáncer. Cwik et al. (2021) cuestionaron su capacidad psicométrica por la inclusión de dos escalas (Evitación Cognitiva y Fatalismo) sin correspondencia con el marco teórico. Forero-Carreño et al. (2005) señalaron, además, el evidente solapamiento entre escalas, al igual que Anagnostopoulos et al. (2006). No obstante, Akechi et al. (2001) y Andreu Vaillo et al. (2018) reportaron que dos de las cinco escalas son predictores consistentes de la Adaptación al cáncer: Desesperanza y Preocupación Ansiosa. Esta observación, parece ser el único punto en común entre los distintos trabajos sobre el instrumento. Kulpa et al. (2014) y Czerw et al. (2021) postularon que valores elevados en la escala

Espíritu de Lucha se traducen en una mejor Adaptación, pero, en la revisión bibliográfica no se halló firme consenso sobre ello (Andreu Vaillo et al., 2018).

En esta investigación se encontraron diferencias significativas y tamaño del efecto entre mediano y grande para las escalas Desesperanza, Preocupación Ansiosa y Evitación Cognitiva (ver Apéndice C). Sin embargo, dadas las objeciones planteadas sobre el instrumento, se realizaron análisis factoriales exploratorios (AFE) y confirmatorios (AFC), tomando en consideración el total de la muestra. A partir del AFE se corroboró la existencia de dos factores de segundo orden. El modelado original de Watson et al. (1988), con cinco factores no mostró índices de ajuste adecuados. Este resultado, además de los señalamientos realizados justifica la necesidad de revisar el modo de computar las escalas para construir una medida de ajuste al cáncer. Los análisis presentados en el Apéndice B se sitúan en línea con los trabajos de Anagnostopoulos et al. (2006) y Andreu Vaillo et al. (2018) en el reconocimiento de dos factores de segundo orden que podrían llamarse “Adaptación” y “Mala Adaptación”. Esto difiere del modelo original de un factor o el de cuatro factores propuesto por Bredal (2010) y Kang et al. (2008). Los resultados obtenidos validaron la hipótesis de que las escalas Desesperanza y Preocupación Ansiosa componen un factor que da cuenta de la mala Adaptación. Este factor, punto de convergencia con trabajos citados, mostró adecuadas propiedades estadísticas y una fuerte correlación con las escalas del DASS-21. En cambio, el factor “Adaptación”, que incluye la escala Espíritu de Lucha, no tuvo consistencia, por lo cual, fue descartado como medida de Adaptación.

Frente a la insistencia de distintos autores sobre la necesidad del abordaje terapéutico del paciente oncológico (Grassi, 2019; Luscher et al., 2023), investigaciones como las de Coyne et al. (2006) y Galway et al. (2016) plantearon con cierta contundencia la falta de evidencia sobre su efectividad. Zabalegui Yarnoz et al. (2005) relevaron estudios con grupo control y asignación aleatorizada desde 1981 hasta 2001, reportando un tamaño del efecto entre pequeño y mediano sobre variables como ansiedad, depresión o Adaptación a la enfermedad. Williams y Schreier (2005)

concluyeron en su revisión que las intervenciones psicológicas no tenían efecto sobre los síntomas de depresión. Revisiones como las de Llull y Massone (2015) o Menhert et al. (2014) reportaron resultados entre bajos y medianos.

La pobre o nula efectividad de los abordajes terapéuticos para favorecer el bienestar del paciente con cáncer, informada por las investigaciones citadas dista de lo que se observa en la experiencia clínica. En este contexto, Caruso y Breitbart (2020) y Linden y Girgis (2012) mencionaron algunas características de los estudios para explicar los pobres resultados: el efecto suelo, falta de rigor metodológico, heterogeneidad de las muestras, carencia de protocolización, entre otros. En cambio, los resultados obtenidos tras la implementación del MIPP fueron similares a los aportados por revisiones recientes como las de Setyowibowo et al. (2022) White et al. (2020) y Zhang et al. (2022) las cuales, seleccionando estudios con suficiente rigor metodológico, informaron tamaño del efecto entre medianos y grandes para variables como ansiedad, estrés, Adaptación al cáncer. En este sentido, resultados similares se encontraron en modelos de intervención basados en las etapas del curso oncológico, por ejemplo, abordaje del miedo a la recurrencia al cáncer en el período control-libre de enfermedad (Tauber et al., 2019) o las demandas en final de vida (Zhang et al., 2021). Este cambio de tendencia en la efectividad de los tratamientos podría ser reflejo de la mejora significativa de los procedimientos y metodología y, probablemente, del diseño de modelos protocolizados, basados en las características de la enfermedad oncológica, sea en relación a su curso temporal como a la especificidad de sus temáticas (Grassi, 2019; Kangas y Gross, 2017; Linden y Vodermaier, 2018). Los datos aportados por Beasley et al. (2025) se sitúan en esta línea interpretativa, al señalar que la aplicación de modelos de intervención basados en terapias cognitivo conductuales de tercera ola inespecíficas en cuanto a psicooncología no muestran efectos positivos sobre variables como ansiedad, estrés o depresión. Por otra parte, esto podría avalar la importancia del ajuste de la RE a la situación, tal como se mencionó en numerosas ocasiones.

Una vez descrito el contexto en el que surgió esta investigación, y habiendo discutido las características de su diseño y los resultados de su implementación, es importante hacer algunos señalamientos respecto al protocolo aplicado, dado que, de no hacerlo, podrían interpretarse como limitaciones para la investigación.

Puesto que se trató de un estudio clínico en contexto natural de asistencia, se tomaron decisiones que no vulneraran el cuidado y bienestar del paciente en su condición oncológica, tal como se estableció en el relevamiento bibliográfico del capítulo I. Este posicionamiento bioético priorizó una estrategia parsimoniosa para la aplicación de instrumentos psicométricos y la decisión de no incluir el registro audiovisual de las entrevistas.

La medición inicial se realizó en la semana posterior a la primera consulta con el oncólogo. Los datos obtenidos expusieron que más del 60 % de los pacientes había recibido su diagnóstico de cáncer (informe de anatomía patológica) en un lapso menor a dos meses. Tal proximidad al diagnóstico fue una característica de esta investigación, poco frecuente en otros estudios, al punto que no suele ser señalado como un dato significativo en los apartados sobre el método. Entre los pocos ejemplos que refieren la distancia temporal desde el diagnóstico, se puede mencionar a Goerling et al. (2024) y Patterson et al. (2021). Algunas investigaciones incluyeron en la categoría “pacientes recientemente diagnosticados” a quienes ya se encontraban en la fase de tratamiento, por ejemplo, Hassan et al. (2024). Este concepto ha sido utilizado en diversos estudios sobre el impacto de enfoques terapéuticos. Fawzy y Fawzy (1994) también lo aplicaron en pacientes en fase de tratamiento, Lally et al. (2019, 2020) lo utilizaron en pacientes de menos de tres meses diagnosticados, y Lurati et al. (2011) incluyeron en su estudio a pacientes derivados por el oncólogo tras su primera consulta. Si bien se asemeja al protocolo de esta investigación, Lurati et al. (2011) no aclararon el tiempo entre la derivación y la consulta con el psicooncólogo. La distancia temporal respecto del momento diagnóstico se relacionaría positivamente con el nivel de malestar como lo describe el concepto de parábola del curso oncológico (Lu et al., 2016).

La determinación del momento para la medición post obedece a la cantidad de encuentros diseñados en el MIPP, es decir, se administraron los cuestionarios de evaluación en la última entrevista. El mismo criterio temporal se fijó, obviamente, para el grupo control. Y aquí es prudente realizar una observación que podría contextualizar los resultados de la comparación intergrupos. En el párrafo previo, se mencionó la imagen de una parábola para describir el curso oncológico. La intensidad del malestar emocional alcanza su punto más alto en el período peridiagnóstico y, a medida que se aleja de él, desciende paulatinamente, al progresar hacia la siguiente fase, el tratamiento (ver capítulo I). Por consiguiente, el sólo paso del tiempo y el inicio del tratamiento oncológico tendrían impacto positivo en el estado emocional del paciente. Por ello, para disminuir el peso de esta posible distorsión, se analizaron también las diferencias intragrupo para las dos condiciones. Tomando ambas comparaciones, inter e intragrupos, se comprobó que la implementación del MIPP fue efectiva para generar los cambios propuestos. En este sentido, se reconoció la capacidad de la intervención para abreviar significativamente el tiempo que demandaría este proceso de Adaptación a la enfermedad medido en relación al nivel del malestar emocional.

Esta característica del curso oncológico, extensamente tratada en el capítulo I plantea una cuestión ética básica sobre la necesidad de la intervención. Dado que existe evidencia para suponer que el mero paso del tiempo tiene un efecto positivo sobre la afectación del estado emocional en pacientes oncológicos, y que existen estudios que concluyen la falta de efectividad de las intervenciones (Galway et al., 2016; Temple et al., 2020), es válida la pregunta sobre la pertinencia de la asistencia psicológica. Es decir, partiendo del principio ético básico “*primum non nocere*”, cuál sería el justificativo para intervenir ante una situación que se resolvería por sí sola.

Esta investigación fue un modo de responder a este cuestionamiento: la psicología basada en la evidencia demanda de intervenciones adecuadamente diseñadas y rigurosamente evaluadas en su efectividad. El MIPP fue diseñado para obtener resultados positivos con la menor demanda de esfuerzos posible. Su implementación logró cumplir con ese objetivo, en la evaluación de las variables

consideradas. Un modo de comprender el significado de los resultados sería describirlo como una reducción significativa del tiempo que el paciente necesitó para adaptarse a la situación. Ello no sólo tiene un impacto positivo en el estado emocional, también en variables físicas asociadas a la evolución de la enfermedad oncológica, como se mencionó en el capítulo I (Cook et al., 2018; Liu et al., 2020; Zhu et al., 2017).

En relación al tiempo, es oportuno mencionar que, dado el diseño y contenido del MIPP para un periodo temporal preciso, el peridiagnóstico, no se consideró necesario incorporar una medida de seguimiento a 3 o 6 meses tras la intervención. Tales mediciones expresarían el impacto de la implementación para otro momento del curso oncológico (el tratamiento o control/libre de enfermedad), y no la capacidad del MIPP para favorecer la Adaptación al peridiagnóstico.

Finalmente, y en lo que respecta al método para la evaluación de la efectividad del MIPP se antepuso de manera integral y bioética el bienestar del paciente. No hubo registro de daño o negligencia en la atención de los pacientes, tanto del grupo intervención como del control. Se puso especial esfuerzo para alcanzar la totalidad de los datos, sin que se registren pérdidas.

Hasta aquí se dio cumplimiento al objetivo general de esta investigación. Se discutieron aspectos formales y de contenido del MIPP, mencionando modelos que influyeron en su elaboración y destacando sus características propias, a fin de dar cuenta de su originalidad. Además de presentarlo, se evaluó su efectividad y, a partir de los resultados obtenidos fue posible ofrecer evidencia para la discusión sobre el impacto terapéutico de las intervenciones psicooncológicas y los criterios para su diseño. Por otra parte, los datos recopilados en esta investigación contribuyen a otras discusiones frecuentes en el campo de la psicooncología, como por ejemplo la prevalencia del malestar emocional en pacientes oncológicos o su relación con variables psicosociales. Si bien, no fueron centrales al objetivo de esta tesis, se ha mencionado su relevancia en el capítulo I como cuestiones complementarias tanto para el diseño del MIPP como para el análisis de su efectividad.

Distintos trabajos ubicaron la prevalencia de trastornos mentales en pacientes oncológicos por encima del 30 % (Kangas y Gross, 2017), entre 40 y 50 % según Lally et al. (2019), 50 % al considerar el estrés en el peridiagnóstico según Normen et al., (2021) y Grassi (2020). Sin embargo, y como se podría esperar con tantas variables involucradas, la literatura no es homogénea. Linden et al. (2012) reportaron que el 19 % de los pacientes mostró niveles clínicos de ansiedad y el 13 % de depresión en el peridiagnóstico sin distinguir entre tipos de tumor, similar a lo mencionado por Goerling et al. (2024) o Hassan et al. (2024). Los resultados obtenidos en la presente investigación mostraron que el 33,55% de los pacientes tuvo puntuaciones por encima de “moderado” en la medición inicial para la escala Depresión, un 46,25 % para la escala Ansiedad y un 43,75% para la escala Estrés (ver Tabla 8).

La heterogeneidad en el reporte de datos y sus conclusiones reflejan la complejidad del tema. Desde la perspectiva teórica que guió esta investigación, surgen dos cuestiones que podrían aportar a la discusión. Por un lado, una observación metodológica: tal como se desarrolló en el capítulo I, al analizar la prevalencia de trastornos mentales en pacientes oncológicos sería necesario precisar el momento del curso oncológico que se evalúa (Kangas y Gross, 2017). La segunda observación, complementaria a la primera, es que, en este período inicial del curso oncológico, los síntomas psicológicos, en principio, representan un esfuerzo autorregulatorio espontáneo de la persona (ver capítulo I). Comprender estos fenómenos en términos psicopatológicos lleva a sobrestimar la prevalencia de pacientes con diagnóstico sindrómico, al patologizar reacciones esperables y normales que comprometen la condición vital (Linden et al., 2012; Peters et al., 2017). No obstante, esto no invalida la utilidad de la intervención psicológica, sino que evidencia el reconocimiento de una demanda de intervención y acompañamiento para afrontar un padecimiento mitigable o la instauración de una enfermedad mental.

Respecto a las variables psicosociales mencionadas se encontró una correlación entre la AE y la variable sexo, coincidente con los datos aportados por Lu et al. (2016) Linden et al. (2012) y Thomas et al. (2010). Las mujeres informaron significativamente mayor malestar emocional y una percepción

del cáncer más grave que la media de los hombres (Lavelle et al., 2017). Los datos expuestos por Linden et al. (2012) y Lu et al. (2016) también reportaron una significativa correlación negativa entre la edad y la AE. En la presente investigación esta asociación se constató para la escala Depresión y Estrés, pero no en Ansiedad.

No se constató una asociación entre el malestar emocional y variables relacionadas con el estatus socioeconómico (nivel educativo, estado ocupacional e ingresos) en línea con el relevamiento de Goerling et al. (2024). En coincidencia con lo señalado por Rehse y Pukrop (2003), tampoco se halló relación entre el malestar emocional o la representación del cáncer y el tipo de tumor. Al igual que en los resultados de esta investigación (ver Tabla 9), la asociación se encuentra con la variable sexo y no con el tipo de tumor (Cook et al., 2018). No obstante, y para describir la falta de consenso al respecto, vale mencionar que otros autores como Pitman et al. (2018) y Zeilinger et al. (2022) comentaron que sus datos muestran una clara y fuerte relación entre el tipo de tumor y el malestar psicológico.

En el estudio realizado no se hallaron diferencias significativas entre el nivel de AE o la percepción del cáncer y el espacio de tiempo entre el diagnóstico (biopsia) y la medición inicial. Este hallazgo se sitúa en línea con las características particulares del período peridiagnóstico. Al analizar la parábola en ambos grupos experimentales se constató que, al llegar a la consulta con el oncólogo, los niveles de AE eran similares. Sin embargo, al analizar la medida post, sólo en la parábola del grupo control se observó que los pacientes fallaron en la regulación de la AE.

### **Limitaciones**

La realización de este estudio clínico estuvo atravesada por distintas dificultades y limitaciones. El trabajo de investigación en un contexto natural de asistencia fue una experiencia rica y que aportó conocimientos relevantes, pero por momentos pudo ser algo frustrante. Ya se mencionó que se asumieron compromisos éticos inherentes a la atención clínica que se tradujeron en decisiones

metodológicas que podrían implicar limitaciones para la investigación. Por otra parte, y en relación al tiempo que demandó la realización de este estudio, si bien existió una planificación y se estimó el caudal de pacientes en condiciones de reclutabilidad existieron situaciones ajenas al diseño propiamente dicho que obstaculizaron su cumplimiento, por ejemplo, las consecuencias del manejo de la pandemia por COVID-19, tanto a nivel del colapso del sistema sanitario como en la reacción de miedo de muchos pacientes que evitaron exponerse a los ámbitos hospitalarios. A ello, se agregaron cuestiones del Servicio de Oncología del Hospital Santamarina, por ejemplo, renuncias del personal administrativo e incluso su cierre, por la renuncia provisoria de los médicos.

Respecto a la tasa de participación, se puede comparar este trabajo con otro representativo en la literatura científica. Mehnert et al. (2014) reportaron que el porcentaje de rechazos fue de poco más del 30 %, en el estudio realizado que consistió en una o dos entrevistas psicológicas. De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación, el rechazo alcanzó un 59,39 %. Las razones del bajo grado de aceptación a participar es un dato que sigue siendo una incógnita. Es dable pensar que una porción de los pacientes invitados a participar tuviera prejuicios negativos sobre la psicología, pero sería una simplificación de la realidad. Ciertamente, en el peridiagnóstico la jerarquía de preocupaciones suele modificarse drásticamente; en muchos pacientes eso se traduciría en una preocupación mayor por estrategias de autocuidado en relación a la salud física, y sólo una menor proporción de pacientes entendería el bienestar mental como parte necesaria de la salud global. Por último, como explicación complementaria se podría mencionar que, a partir de lo mencionado en el Capítulo I y los resultados descriptos en el Capítulo II, una parte significativa de los pacientes contó con recursos autorregulatorios eficientes para moderar la AE y el impacto de la RE de sentido común y, por tanto, no habría considerado de utilidad participar en un espacio asociado al tratamiento del malestar psicológico. Finalmente, en relación al reclutamiento de participantes, el tamaño muestral ciertamente podría haber sido mayor, hasta alcanzar el número de 100 sujetos, como se había previsto en el plan preliminar. Sin embargo, en el análisis de los datos que se iban procesando, a partir

de los 60 participantes, los resultados se estabilizaron y no aportaron nueva información, por lo que proseguir con el trabajo de campo extendería los tiempos de la investigación y no aportaría diferencia en la tendencia de los resultados.

Probablemente, la principal limitación de este trabajo fue la imposibilidad de incorporar otros terapeutas para la implementación del MIPP. Asimismo, por cuestiones administrativas e institucionales no se pudieron concretar colaboraciones con otros centros de atención oncológica. En este sentido, la evaluación de la implementación del MIPP a cargo de distintos terapeutas y las variables que hacen a la relación terapéutica representa una futura línea de investigación.

### **Conclusiones y Líneas Futuras de Investigación**

Esta investigación se sitúa en una tendencia emergente en el campo de la psicooncología y aporta evidencias sobre la efectividad de las intervenciones focales y breves. Los resultados avalan la aplicación del MIPP en el marco de la atención integral de un Servicio de Oncología, tanto por su efectividad como por la baja demanda de recursos que supone su implementación.

Como líneas futuras de investigación, sería interesante estudiar intervenciones que incorporen tecnologías de la información y la comunicación (TICS), tomando como ejemplos los trabajos de Lally et al. (2020) y Murphy et al. (2020). Asimismo, se podría trabajar en su Adaptación a un contexto grupal, como propusieron Jelvehzadeh et al. (2022) o Massone y Llull (2017).

Otro aspecto a desarrollar, sería la adecuación del MIPP a otras etapas del curso oncológico. En esta línea, ya se cuenta con modelos de intervención más extensos para el abordaje del miedo a la recurrencia al cáncer, en la etapa “control-libre de enfermedad”, como lo realizó el trabajo pionero de Lee-Jones et al. (1997) o Miyamoto et al. (2022) para la etapa de final de vida.

Es importante señalar también, que, a medida que se profundiza el conocimiento sobre las reacciones somáticas, entendidas como estrés o emoción, se reconocen mecanismos

psiconeuroinmunoendocrinológicos susceptibles de una medición objetiva (por ejemplo, hemoglobina glicosilada, cortisol o alfa-amilasa salival). Incorporar a la investigación en psicología tales marcadores, podría enriquecer la calidad de procesos integrales comprometidos en el curso y evolución de la enfermedad, y superar las limitaciones que pueden presentar los estudios basados sólo en instrumentos psicométricos de autorreporte.

Por último, en un análisis más profundo, esta investigación aporta evidencias para la fundamentación de algunos principios teóricos, asumidos en el diseño del programa. En cierto modo, es plausible plantear que los resultados dan cuenta de la solidez del modelo, y por carácter transitivo, avalan la robustez de sus fundamentos teóricos. Badcock y Davey recordaron, en un artículo reciente, que el objetivo de la ciencia psicológica es doble “(...) el primero es entender a las personas. El segundo ayudarlas. En principio, estos dos objetivos son complementarios, aunque en la práctica cabe preguntarse hasta qué punto los avances en el primero se traducen en avances en el segundo” (2024, p.1; la traducción es del autor de la tesis).

En el capítulo I se mencionaron distintos desarrollos como el Modelo del Sentido Común de Leventhal et al. (1980; 1984), la Teoría del Control de Carver y Scheier (1982; 1989) y el modelo de Transición Socio-Cognitiva de Brennan (2001), que han sido fundamento de distintos trabajos de investigación en el campo de la psicología clínica. No obstante, en el MIPP los postulados basales sobre el funcionamiento de la dinámica psicológica se conjugaron a partir del Principio de Energía Libre (Friston, 2010) y la llamada Hierarchically Mechanistic Mind (HMM), como se describe en los citados trabajos de Badcock et al. (2019), Bottemanne (2024), Parr et al. (2018), y Peters et al. (2017). De ellos se derivaron conceptos fundamentales como autorregulación, Activación Emocional y Representación de Enfermedad, centrales para esta investigación. En este sentido, el MIPP constituye un claro ejemplo de su capacidad de transferencia a la práctica clínica en el campo de la psicooncología.

### Lista de Referencias

- Admiraal, J., Reyners, A. and Hoekstra-Weebers, J. (2012). Do cancer and treatment type affect distress? *Psycho-Oncology*, 1766-1773. Doi:10.1002/pin.3211.
- Akechi, T., Nakano, T., Okamura, H., Ueda, S., Akizuki, N., Nakanishi, T., Yoshikawa, E., Matsuki, H., Hirabashi, E. and Uchitomi, Y. (2001). Psychiatric disorders in cancer patients: descriptive analysis of 1721 psychiatric referrals at two Japanese cancer center hospital. *Jpn J Clin Oncol*, 188-194. DOI: 10.1093/jjco/hye042.
- Almeida, S., Elliott, R., Silva, E.R. and Sales, C. (2021). Emotion-Focused Therapy for Fear of Cancer Recurrence: A Hospital-based Exploratory Outcome Study. *Psychotherapy*. DOI: 10.1037/pst0000389.
- Alonso Fernández, C. y Bastos Flores, A. (2011). Intervenciones psicológicas en pacientes con cáncer. *Clínica Contemporánea*, 187-207. Doi:<https://doi.org/10.5093/cc2011v2n2a6>.
- Anagnostopoulos, F., Kolokotroni, P., Spanea, E., and Chrysoschoou, M. (2006). The Mini-Mental Adjustment to Cancer (Mini-MAC) scale: construct validation with a Greek sample of breast cancer patients. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 79-89. Doi:10.1002/pon.912.
- Andreu Vaillo, Y., Murgui, S., López, P. and Retes, R. (2018). Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale: Construct validation in Spanish breast cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 38-44. Doi:10.1016/j.jpsychores.2018.09.004.
- Arnaldo, I., Corcoran, A., Friston, K. and Ramstead, M. (2022). Stress and its sequelae: An active inference account of the etiological pathway from allostatic overload to depression. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. Doi:10.1016/j.neubiorev.2022.104590.
- Badcock, P. and Davey, C. (2024). Active Inference in Psychology and Psychiatry: Progress to Date? *Entropy*, 26, 833. Doi:10.3390/e26100833.
- Badcock, P., Friston, K., and Ramstead, M. (2019). The hierarchically mechanistic mind: A free-energy formulation of the human psyche. *Phys Life Rev*. Doi:10.1016/j.plrev.2018.10.002.
- Bados, A., Solanas, A., and Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of depression, anxiety and stress scales (DASS). *Psicothema*, 679-683. DOI: 10.7334/psicothema2005.17.4.679.
- Baumann, L., Cameron, L., Zimmerman, R. and Leventhal, H. (1989). Illness representation and matching label with symptoms. *Health Psychology*, 449-470. DOI: 10.1037//0278-6133.8.4.449.
- Beasley, E., White, V., Ugalde, A., Brooker, J., Skvarc, D., and Mikocka-Walus, A. (2025). Effect of third-wave cognitive behavioural interventions on biopsychosocial outcomes in people diagnosed with advanced cancer: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Psychosomatic Research*, 112106. Doi:10.1016/j.jpsychores.2025.112106.

- Benyamini, Y. and Karademas, E. (2019). Introduction to the Special Issue on the Common Sense Model of Self-regulation. *Health Psychology Review*. Doi:10.1080/17437199.2019.1644189.
- Bergerot, C. and Araujo, T. (2014). Assessment of distress and quality of life of cancer patients over the course of chemotherapy. *Invest Educ Enferm*, 216-224. DOI: 10.17533/udea.iee.v32n2a04.
- Bottemane, H. (2025). Bayesian brain theory: Computational neuroscience of belie. *Neuroscience*, 198-204. Doi:10.1016/j.neuroscience.2024.12.003.
- Brandao, T., Tavares, R., Schulz, M. and Matos, P. (2015). Measuring emotion regulation and emotional expression in breast cancer patients: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, Doi: 10.1016/j.cpr.2015.10.002.
- Bredal, I. S. (2010). The Norwegian version of the MiniMAC: Psychometric properties. *European Journal of Oncology Nursing*, 197–203. DOI: 10.1016/j.ejon.2009.11.002.
- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer - Coping or personal transition? *Psycho-Oncology*, 1-18. DOI: 10.1002/1099-1611(200101/02)10:1<1::aid-pon484>3.0.co;2-t.
- Broadbent, E., Ellis, C.J., Thomas, J., Gamble, G., and Petrie, K. (2009). Further development of an illness perception intervention for myocardial infarction patients: A randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 17-23. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2008.12.001.
- Broadbent, E., Petrie, K., Main, J., and Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *J Psychosom. Res.*, 631-637. Doi:10.1016/j.jpsychores.2005.10.020.
- Broadbent, E., Wilkes, C., Koschwanez, H., Weinman, J., Norton, S. and Petrie, K. (2015). A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Psychology & Health*, 1361-1385. Doi:http://dx.Doi.org/10.1080/08870446.2015.1070851.
- Brodts, S. and Gais, S. (2021). Memory engrams in the neocortex. *The Neuroscientist*, 427-444. Doi:10.1177/1073858420941528.
- Bronner, M., Nguyen, M., Smets, E., van den Ven, A. and van Weer, J. (2018). Anxiety during cancer diagnosis: examining the influence of monitoring coping style and treatment plan. *Dutch Cancer Society*. Doi:10.1002/pon.4560.
- Bunge, M. (2002). *El problema mente-cerebro. Un enfoque psicobiológico*. Madrid: Tecnos.
- Cameron, L. and Leventhal, H. (2003). Self-regulation, health and illness: An overview. En L. a. Cameron, *The Self-regulation of Health and Illness Behaviour* (págs. 1-13). London: Routledge.
- Cannone, P., Tomasini, P., Greillier, L. and Dany, L. (2025). Cancer patients beliefs about cancer causes. *Psychologie Française*. Doi:10.1016/j.psfr.2025.03.002.
- Carlson, L., Angen, M., Cullum, J., Goodey, E., Koopmans, J., Lamont, L., MacRae, J., Martin, M., Pelletier, G., Robinson, J., Simpson, J., Specca, M., Tillotson, L., and Bultz, B. (2004). High Levels of Untreated Distress and Fatigue in Cancer Patients. *Br J Cancer*, 2297-2304. Doi:10.1038/sj.bjc.6601887

- Caruso R. and Breitbart W. (2020). Mental health care in oncology. Contemporary perspective on the psychosocial burden of cancer and evidence-based interventions. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. Doi:10.1017/S2045796019000866.
- Carver, C. and Scheier, M. (1982). Control theory: A useful conceptual framework for personality-social, clinical and health psychology. *Psychological Bulletin*, 111-135. DOI: 10.1037/0033-2909.92.1.111.
- Carver, C. and Scheier, M. (1998). *On the Self-regulation of Behavior*. New York: Cambridge University Press.
- Castaño Rodríguez, A. y Palacios-Espinosa, X. (2013). Representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia. *Psicooncología*, 79-93. Doi:10.5209/rev\_PSIC.2013.v10.41949.
- Claasen, V., Oort, F., De Haes, J., and Van der Heijden, P. (1996). The Mini-Mental Adjustment to Cancer (Mini-MAC) scale: a psychometric study in a Dutch cancer population. *Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 187-195. Doi:10.1002/(SICI)1099-1611(199609)5:3<187::AID-PON222>3.0.CO;2-J.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science (2nd ed.)*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cook, S., Salmon, P., Hayes, G., Byrne, A., & Fisher, P. (2018). Predictors of emotional distress a year or more after diagnosis of cancer: a systematic review of the literature. *Psycho-oncology*, 27(3), 791-801. Doi:10.1002/pon.4601.
- Cormio, C.; Muzzatti, B.; Romito, F.; Mattioli, V. and Annunziata, M. (2016). Posttraumatic growth and cancer: A study 5 years after treatment end. *Support. Care Cancer*, 1087–1096. Doi:10.1007/s00520-016-3496-4.
- Coyne, J., Lepore, S. and Palmer, S. (2006). Efficacy of psychosocial interventions in cancer care: Evidence is weaker than it first looks. *Ann. behav. med*, 104–110. Doi:10.1207/s15324796abm3202\_5.
- Cwik, J. C., Vaganian, L., Bussmann, S., Labouvie, H., Houwaart, S., Gerlach, A. L., and Kusch, M.. (s.f.). Assessment of coping with cancer-related burdens: psychometric properties of the Cognitive-Emotional Coping with Cancer scale and the GermanMini-mental Adjustment to Cancer scale. *Journal of Psychosocial Oncology Research and Practice*. Doi:10.1097/OR9.0000000000000046.
- Czerw, A., Marek, E. and Deptala, A. (2015). Use of the mini-MAC scale in the evaluation of mental adjustment to cancer. *Contemp Onco*, 414-419. Doi:10.5114/wo.2015.54900.
- Dai, D., Coetzer, H., Zion, S. and Malecki, M. (2023). Anxiety, Depression, and Stress Reaction/Adjustment Disorders and Their Associations With Healthcare Resource Utilization and Costs in Patients With Newly Diagnosed Breast Cancer. *JHEOR*, 10(1):68-76. Doi:10.36469/jheor.2023.70238.
- Dany, L., DuDois, E., and Favre R. (2008). Analyse des représentations sociales du cancer et de la souffrance. *Psycho-Oncologie*, 53-58. Doi:10.1007/s11839-007-0045-x.

- Daza, P., Novy, D., Stanley, M. and Averill, P. (2002). The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish Translation and Validation With a Hispanic Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 195-205. DOI: 10.1023/A:1016014818163.
- Dekker, J., Braamse, A., van Linde, M. E., Voogd, A. C., Beekman, A., and Verheul, H. (2015). One in Three Patients With Cancer Meets the Criteria for Mental Disorders: What Does That Mean? *Journal of Clinical Oncology*, Vol33, No. 25, 2826-2828. DOI: 10.1200/JCO.2015.61.9460.
- Demateis, M., Llull, D., y Castañeiras, C. . (2024a). Diseño de un modelo de intervención psicooncológica para el peridiagnóstico: Estudio piloto con adultos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. Doi:10.5209/psic.98169.
- Demateis, M., Castañeiras, C., y Llull, D. (2024b). Evaluación de un modelo de intervención psicooncológica en el peridiagnóstico de pacientes adultos. *Psicooncología*. Doi:10.5944/rppc.37453.
- Dieng, M., Cust, A., Jasparian, N., Mann G. and Morton, R. (2016). Economic evaluations of psychosocial interventions in cancer: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 25 (12) 1380-1392. DOI: 10.1002/pon.4251.
- Die-Trill, M. (2013). Intervención Psico-Oncológica en el ámbito hospitalario. *Clínica Contemporánea*, 119-133. DOI: 10.5093/cc2013a10.
- Eiser, J. R., Riazi, A., Eiser, C., Hammersley, S., and Tooke, J. (2001). Predictors of psychological well-being in types 1 and 2 diabetes. *Psychology and Health*, 99-110. Doi:10.1080/08870440108405492.
- Ekman, P. (1984). Expression and nature of emotion. En K. and Scherer, *Approaches to emotion* (págs. 319-343). New Jersey: Erlbaum.
- Engel, F. (1977). The need for a New Medical Model: A challenge for Biomedicine. *Science*, 129-136. DOI: 10.1126/science.847460.
- Etkin, A., Büchel, C. and Gross, J. (2015). The neural bases of emotion regulation. *Nature Reviews*, 693-700. Doi:10.1038/nrn4044.
- Fawzy, F., and Fawzy, N. (1994). A structured psychoeducational intervention for cancer patients. *General Hospital Psychiatry*, 149-192. DOI: 10.1016/0163-8343(94)90098-1.
- Feldman Barrett, L. (2018). Emotions are constructed with interoception and concepts within a predictive brain. En A. L. Fox, *The Nature of Emotion: Fundamental Questions (2nd. Ed)* (págs. 33-38). New York: Oxford University Press.
- Feldman Barrett, L. (2006). Are Emotions natural kinds? *Perspectives on Psychological Science*, 28-58. Doi:10.1111/j.1745-6916.2006.00003.x.
- Feldman Barrett, L. (2017). *How emotions are made*. New York: Mariner Books.
- Feng, Y. and Yanagisawa, H. (2022). Modeling emotions with the free-energy reduction in category recognition: A hierarchical Bayesian approach for perception process. *International Symposium on Affective Science and Engineering ISASE2022* (págs. 1-4). Japan Society of Kansei Engineering.

- Fernandes, S., and McIntyre, T. (2020). Leventhal's self-regulatory Model applied to breast cancer. *Análise Psicológica*, 51-63. Doi:10.14417/ap.1701.
- Folkman, S. and Greer, S. (2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology*, 11-19. DOI: 10.1002/(sici)1099-1611(200001/02)9:1<11::aid-pon424>3.0.co;2-z
- Forero-Carreño, F., Bernal-Rojas, G., y Restrepo-Forero, M. (2005). Propiedades psicométricas de la escala de ajuste mental al cáncer (MAC) en una muestra de pacientes colombianos. *Avances en Medición*, 135-152.
- Friston, K. (2010). The free-energy principle: a unified brain theory? *Nature Reviews - Neuroscience*, 127-138. DOI: 10.1038/nrn2787.
- Friston, K. and Stephan, K. . (2007). Free-energy and the brain. *Synthese*, 417-458. Doi:10.1007/s11229-007-9237-y.
- Friston, K., Joffily, M., Feldman Barrett, L., and Seth, A. (2018). Active inference and Emotion. En A. L. Fox, *The Nature of Emotion: Fundamental Questions (2nd. Ed)* (págs. 28-33). New York: Oxford University Press.
- Galán Rodríguez, A., Blanco Picabia, A. y Pérez San Gregorio, M. (2000). Análisis del concepto de Conducta de Enfermedad: Un acercamiento a los aspectos psicosociales del enfermar. *Anales de Psicología*, 157-166. DOI: 10.6018/analesps.16.2.29311.
- Galindo-Vázquez, O., y Costas-Muñiz, R. (2019). Evidence-based psycho-oncology: A priority in mental health. *Salud mental*, 42, 101-102. Doi:10.17711/sm.0185-3325.2019.013.
- Galway, K., Black, A., Cantwell, M., Cardwell, C., Mills, M., and Donnelly, M. (2016). Psychosocial interventions to improve quality of life and emotional wellbeing for recently diagnosed cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Doi:10.1002/14651858.CD007064.pub2.
- Gawronski, B. and Bodenhausen, G. (2014). Implicit and explicit evaluation: A brief review of the associative-propositional evaluation model. *Social and Personality Psychology Compass*, 448-462. Doi:10.1111/spc3.12124.
- Gawronski, B., Sherman, J. W., and Trope, Y. (2014). Two of what? A conceptual analysis of dual-process theories. En B. S. Gawronski, *Dual-process theories of the social mind* (págs. 3-19). New York: Guilford Press.
- Goerling, U., Ernst, J., Esser, P., Haering, C., Hermann, M., Hornemann, B., Hövel, P., Keilholz, U., Kissane, D., von dem Knesebeck, O., Lordick, F., Springer, F., Zingler, H., Zimmermann, H., Engel, C. and Mehnert-Theuerkauf, A. (2024). Estimating the prevalence of mental disorders in patients with newly diagnosed cancer in relation to socioeconomic status: a multicenter prospective observational study. *ESMO*, 1-9. Doi:10.1016/j.esmoop.2024.103655.
- Gómez Penedo, J., y Roussos, A. . (2012). ¿Cómo sabemos si nuestros pacientes mejoran?: Criterios para la significancia clínica en psicoterapia: un debate que se renueva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(2), 173-186.
- Grassi, L. (2020). Psychiatric and psychosocial implications in cancer care: the agenda of psycho-oncology. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. Doi:10.1017/S2045796019000829.

- Greer, S., and Watson, M. (1987). Mental adjustment to cancer: its measurement and prognostic importance. *Cancer surveys*, 439-453. DOI: 10.1002/1099-1611(200001/02)9:1<11::AID-PON424>3.0.CO;2-Z.
- Groarke, A., Curtis, R., Kerin, M. (2013). Global stress predicts both positive and negative emotional adjustment at diagnosis and post-surgery in women with breast cancer. *Psycho-oncology*, 22, 177-185. Doi:10.1002/pon.2071.
- Gross, J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 271-299.
- Gross, J. and Thompson, R. (2007). Emotion Regulation: Conceptual foundations. En J. (. Gross, *Handbook of emotion regulation* (págs. 3-14). New York: Guilford.
- Gu, D., Morgan, R., Li, R., Weber, E., and Chan Shen, C. (2020). Association between depression and healthcare expenditures among elderly cancer patients. *BMC Psychiatry*, 20:131. Doi:10.1186/s12888-020-02527-x.
- Gyurak, A., Gross, J. and Etkin, A. (2011). Explicit and implicit emotion regulation: a dual process framework. *Cogn. Emotion*, 400-412. Doi:10.1080/02699931.2010.544160.
- Hagger, M. and Orbell, S. (2021). The common sense model of illness self-regulation: a conceptual review and proposed extended model. *Health Psychology Review*. Doi:10.1080/17437199.2021.1878050.
- Hagger, M. (2010). Self-regulation: an important construct in health psychology research and practice. *Health Psychology Review*, 57-65. DOI: 10.1080/17437199.2010.503594.
- Hagger, M. (2017). Non-conscious processes and dualprocess theories in health psychology. *Health Psychology Review*, 375-380. Doi: 10.1080/17437199.2016.1244647.
- Hagger, M. and Orbell, S. (2006). Illness representations and emotion in people with abnormal screening results. *Psychology & Health*, 183-209. DOI: 10.1080/14768320500223339.
- Hart, B. (1988). Biological basis of the behavior of sick animals. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 123-137. DOI: 10.1016/s0149-7634(88)80004-6.
- Hassan, M., Mahmoud, H., Kalash, S., Kadi, T., Bakhos, N., Zeidane, R., Amhaz, G., Bizri, M. and Assi<sup>1</sup>, H. (2024). Prevalence of depression and anxiety among newly diagnosed cancer patients: a single centre experience in the Middle East. *ecancer*, 18:1690. Doi:10.3332/ecancer.2024.1690.
- Helder, D. I., Kaptein, A. A., van Kempen, G. M. J., Weinman, J., van Houwelingen, H. C., Helder, D., Kaptein, A., van Kempen, G., Weinman, J., van Houwelingen, H., and Roos, R. (2002). Living with Huntington's disease: Illness perceptions, coping mechanisms, and patients' well-being. *British Journal of Health Psychology*, 449-462. Doi:10.1348/135910702320645417.
- Henderson, C., Hagger, M. and Orbell, S. (2007). Does priming a specific illness schema result in an attentional information-processing bias for specific illnesses? *Health Psychology*, 165-173. DOI: 10.1037/0278-6133.26.2.165.
- Henderson, C., Hagger, M. and Orbell, S. (2009). Illness Schema Activation and attentional bias to coping procedures. *Health Psychology*, 101-107. DOI: 10.1037/a0013690.

- Hernández-Marín, J., Galindo-Vázquez, O., Calderillo-Ruíz, G., Montero-Pardo, X., Costas-Muñiz, R., y Ortega-Andeane, P. (2022). Efecto de intervenciones psicológicas sobre variables psicosociales en pacientes con cáncer colorrectal: una revisión narrativa de la literatura. *Psicooncología*, 299-318. Doi:10.5209/psic.84042.
- Hirsh, J., Mar, R., and Peterson, J. (2012). Psychological Entropy: A Framework for Understanding Uncertainty-Related Anxiety. *Psychological Review*. Doi:10.1037/a0026767.
- Holland, J. (1992). Psycho-Oncology: Overview, obstacles and opportunities. *Psychooncology*, 1-13.
- Hollands, M., Marteau, T. and Fletcher, P. (2016). Non-conscious processes in changing health-related behaviour: a conceptual analysis and framework. *Health Psychology Review*, 381–394. Doi:10.1080/17437199.2015.1138093.
- Hua, J. P., Trull, T. J., Merrill, A. M., Tidwell, E. A., and Kerns, J. G. (2021). Functional connectivity between the ventral anterior cingulate and amygdala during implicit emotional conflict regulation and daily-life emotion dysregulation. *Neuropsychologia*. Doi:10.1016/j.neuropsychologia.2021.107905.
- Hulbert-Williams N., Hulbert-Williams L., Whelen L. and Mulcare H. (2019). The Psychological Impact of Cancer (PIC) Scale: development and comparative psychometric testing against the Mini-MAC Scale in UK and Australian cancer survivors. *J Psychosoc Oncol Res Pract*, 1:e8.
- Hulme, O. J., Morville, T., and Gutkin, B. (2019). Neurocomputational theories of homeostatic control. *Physics of life reviews*, 31, 214-232. Doi:10.1016/j.plrev.2019.07.005.
- INE (Instituto Nacional del Cáncer). (2020). *Boletín de Mortalidad por Cáncer en Argentina*. Ministerio de Salud de la República Argentina.
- Isomura, T. (2022). Active inference leads to Bayesian neurophysiology. *Neurosci Res*, 175, 38-45. Doi:10.1016/j.neures.2021.12.003.
- Izard, C. (1977). *Human emotions*. New York: Plenum.
- Jacobson, N. and Truax P. (1991). Clinical significance: A statistical Approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 12-19.
- Jacobson, N., Roberts, L., Berns, S. and McGlinchey, J. (1999). Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: description, application, and alternatives. . *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(3), 300-307.
- Jelvehzadeh, F. and Dogaheh, E. (2022). The effect of a group cognitive behavioral therapy on the quality of life and emotional disturbance of women with breast cancer. *Support. Care Cancer*, 305-312. Doi:10.1007/s00520-021-06421-4.
- Johnson Wright, L., Afari, N. and Zautra, A. (2009). The Illness Uncertainty Concept: a Review. *Current Pain and Headache Reports*, 133-138.
- Johnson, J. and Leventhal, H. (1974). Effects of accurate expectations and behavioral instructions on reacting during noxious medical examinations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 710-718.

- Juster, R., McEwen, B. and Lupien, S. (2010). Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition. *Neuroscience and biobehavioral Reviews*, 2-16. Doi:10.1016/j.neubiorev.2009.10.002.
- Kahneman, D. (2012). *Pensar rápido, pensar despacio*. Barcelona: Debate.
- Kangas, M. and Gross, J. (2017). The affect regulation in cancer framework: understanding affective responding across the cancer trajectory. *Journal of Health Psychology*, 1-19. Doi:10.1177/1359105317748468.
- Katsumi, Y., Theriault, J., Quigley, K. and Feldman Barrettt, L. (2022). Allostasis as a core feature of hierarchical gradients in the human brain. *Network Neuroscience*. Doi:10.1162/netn\_a\_00240
- Kim, Y., Min, H., and An, H. (2025). Fear of cancer recurrence interventions for breast cancer survivor in the 2020s: a systematic review. *J Cancer Surviv*. Doi:10.1007/s11764-025-01774-9.
- Knauer, K.; Bach, A.; Schäffeler, N.; Stengel, A. and Graf, J. (2022). Personality Traits and Coping Strategies Relevant to Posttraumatic Growth in Patients with Cancer and Survivors: A Systematic Literature Review. *Curr. Oncol.*, 9593–9612. Doi:10.3390/curroncol29120754.
- Konsman, J. (2021). So many faces, phases and facets. Sickness behavior beyond disciplines. *Front. Psychiatry*. Doi:10.3389/fpsy.2021.630331.
- Kreitler, S. (2019). *Psycho-Oncology for the Clinician*. Bern: Springer Nature Switzerland.
- Kulpa, M., Kosowicz, M., Stypula-Ciuba, B. and Kazalska, D. (2014). Anxiety and depression, cognitive coping strategies, and health locus of control in patients with digestive system cancer. *Prz Gastroenterol*, 329-335.
- Kumari, N. and Dubey, A. (2020). Coping with Cancer: What Illness Perceptions Do? *Cross Current Int J Med Biosci*. Doi:10.36344/ccijmb.2020.v02i10.003.
- Kusch, M., Labouvie, H., Schiewer, A., Talalaev, N., Cwik, J., Bussmann S., Vaganian, L., Gerlach, A., Dresen, A., Cecon, N., Salm, S., Krieger, T., Pfaff, H., Lemmen, C., Derendor, L., Stock, S., Samel, C., Hagemeyer, A., Hellmich, M., and Hallek, M. (2022). Integrated, cross-sectional psycho-oncology (isPO): a new form of care for newly diagnosed cancer patients in Germany. *BMC Health Service Research*. Doi:10.1186/s12913-022-07782-0.
- Lally, R., Bellavia, G., Gallo, S., Kupzyk, K., Helgeson, V., Brooks, C., Erwin, D., and Brown, J. (2019). Feasibility and acceptance of the CaringGuidance web-based, distress self-management, psychoeducational program initiated within 12 weeks of breast cancer diagnosis. *Psycho-Oncology*, 888-895. Doi:10.1002/pon.5038.
- Lally, R., Kupzyk, K., Bellavia, G., Hydeman, J., Gallo, S., Helgeson, V. and Brown, J. (2020). CaringGuidance after breast cancer diagnosis eHealth psychoeducational intervention to reduce early post-diagnosis distress. *Supportive Care in Cancer*, 2163-2174. Doi:10.1007/s00520-019-05028-0.
- Lavelle, C., Ismail, M., Doherty, K., Bowler, A., Mohamad, M. and Cassidy, E. (2017). Association between psychological distress and cancer type in patients referred to a psychooncology service. *Irish medical journal*. Doi:10147/621506

- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lee, B., Dantzer, R., Langley, K., Bennett, G., Dougherty, P., Dunn, A., Meyers, C., Miller, A., Payne, R., Reuben, J., Wang, X., and Cleeland, C. (2004). A cytokine-based neuroimmunologic mechanism of cancer-related symptoms. *Neuroimmunomodulation* 11(5), 279-292. Doi:10.1159/000079408.
- Lee-Jones C, Humphris G, Dixon R, and Bebbington, M. (1997). Fear of cancer recurrence-a literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of recurrence fears. *Psychooncology*, 95-105. Doi: 10.1002/(SICI)1099-1611(199706)6:2<95::AID-PON255>3.0.CO;2-J.
- Leventhal, H. and Singer, R. (1966). Affect arousal and positioning of recommendations in persuasive communications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 137-146. Doi: 10.1037/h0023348.
- Leventhal, H., Brissette, I. and Leventhal, E. (2003). The Common-sense model of self-regulation of health and illness. En L. & Cameron, *The self-regulation of health and illness behaviour* (págs. 42-65). London and New York: Routledge.
- Leventhal, H., Diefenbach, M. and Leventhal, E. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 223-230. Doi: 10.1007/BF01173486.
- Leventhal, H., Meyer, D. and Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. *Medical Psychology*, 7-30.
- Leventhal, H., Nerenz, D. and Steele, D. (1984). Illness representations and coping with health threats. En A. T. Baum, *Handbook of psychology and health vol IV* (págs. 219-252). New Jersey: Erlbaum.
- Leventhal, H., Singer, R. and Jones, S. (1965). Effects of fear and specificity of recommendations upon attitudes and behaviour. *Journal of Personality and Social Psychology*, 20-29. Doi: 10.1037/h0022089.
- Leventhal, H., Watts, J. C., and Pagano, F. (1967). Effects of fear and instructions on how to cope with danger. *Journal of Personality and Social Psychology*. Doi: 10.1037/h0021222.
- Linden, W. and Girgis, A. (2012). Psychological treatment outcomes for cancer patients: what do meta-analyses tell us about distress reduction? *Psycho-Oncology*, 343-350. Doi:10.1002/pon.2035.
- Linden, W. and Vodermaier, A. (2018). On the uniqueness of, and diversity within, cancers: A commentary on Kangas and Gross 2018. *Journal of Health Psychology*, 1-5. Doi:10.1177/1359105318781947.
- Linden, W., Vodermaier, A., MacKenzie, R. and Greig, D. (2012). Anxiety and Depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender and age. *Journal of Affective Disorders*, 343-351. Doi:10.1016/j.jad.2012.03.025.
- Lindquist, K., Wager, T., Kober, H., Bliss-Moreau, E. and Feldman Barrett, L. (2012). The brain basis of emotion: A meta-analytic review. *Behavioral and Brain Sciences*, 121-202. Doi: 10.1017/S0140525X11000446.

- Liu, Q., Song, H., Andersson, T., Magnusson, P. and Zhu, J.,. (2020). Psychiatric Disorders Are Associated with Increased Risk of Sepsis Following a Cancer Diagnosis. *Cancer Res*, 80, 3436–42. Doi:10.1158/0008-5472.CAN-20-0502.
- Liu, Z.; Thong, M.S.Y.; Doege, D.; Koch-Gallenkamp, L.; Bertram, H.; Eberle, A.; Holleccek, B.; Waldmann, A.; Zeissig, S. and Pritzkeleit, R. (2021). Prevalence of benefit finding and posttraumatic growth in long-term cancer survivors: Results from a multi-regional population-based survey in Germany. *Br. J. Cancer*, 877–883. Doi:10.1038/s41416-021-01473-z.
- Lovibond, P. and Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 335-343. Doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-U.
- Lu, D., Andersson, T., Fall, K., Hultman, C., Czene, K., Valdimarsdóttir, U., and Fang, F. (2016). Clinical Diagnosis of Mental Disorders immediately before and after cancer diagnosis: a nationwide matched cohort study in Sweden. *JAMA Oncolo*. Doi:10.1001/jamaoncol.2016.0483.
- Lukoševičiūtė, J., and Šmigelskas, K. (2020). Causal item of Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ) scale: The main categories. *Health Psychology Research*, 8:8485. Doi: 10.4081/hpr.2020.8485.
- Lupien, S., McEwen, B., Gunnar, M. & Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behavior and cognition. *Nature RevNeurosci*, 434-445. Doi:10.1038/nrn2639.
- Lurati, C., Riva, M., Resega, R., Mantica, C., Garassino, M. C., Sburlati, P., La Verde, N., Cinquini, M., Piva, S., Mencacci, C., and Farina, G. (2011). A mono-institutional prospective study on the effectiveness of a specialist psychotherapeutic intervention (POI) started at the diagnosis of cancer. *Supportive Care in Cancer*, 475–481. Doi:10.1007/s00520-011-1096-x.
- Lüscher, S., Reif, A., Buser, S., Hagedorn, H., von Wyl, V., and Hasler, G. (2023). Integrating psychological treatment in cancer care: A systematic review and meta-analysis on the effectiveness of stepped and collaborative care models. *European Journal of Cancer Care*. Doi:10.1111/ecc.13709.
- Martínez-López, J., Morales-Asencio, J., Rivas-Ruiz, F., y Sánchez-García, J. (2019). Relación entre el locus de control en salud y la adherencia al tratamiento en pacientes oncológicos con quimioterapia adyuvante. *Enfermería Global*, 483-500. Doi:10.6018/eglobal.18.2.339241.
- Massone, A. y Llull, D. (2015). Análisis y eficacia de las intervenciones psicosociales en oncología. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*.
- Massone, A. y Llull, D. (2017). Análisis del efecto de un programa de intervención grupal sobre la calidad de vida en pacientes oncológicos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. Doi:10.24205/03276716.2017.1021.
- Matarazzo, J. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new psychology. *American Psychologist*, 35(9), 807-823. Doi: 10.1037/0003-066x.35.9.807.
- Mausbach, B., Decastro, G., Schwab, R. B., Tiamson-Kassab, M., and Irwin, S. A. (2020). Healthcare use and cost in adult cancer patients with anxiety and depression. *Depress Anxiety*, 37(9) 908-915. Doi:10.1002/da.23059.

- McGovern, H., De Foe, A., Biddell, H., Leptourgos, P., Corlett, P., Bandara, K., and Hutchinson, B. (2022). Learned uncertainty: The free energy principle in anxiety. *Frontiers in Psychology*, 943785. Doi: 10.3389/fpsyg.2022.943785.
- Mehnert, A., Brähler, E., Faller, H., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Boehncke, K., Hund, B., Reuter, K., Richard, M., Sehner, S., Sommerfeldt, S., Szalai, C., Wittchen H. and Koch, U. (2014). Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. *J Clin Oncol*, 3540-3546. Doi:10.1200/JCO.2014.56.0086.
- Messina, I., Grecucci, A., and Viviani, R. (2021). Neurobiological models of emotion regulation: A meta-analysis of neuroimaging studies of acceptance as an emotion regulation strategy. *Social cognitive and affective neuroscience*, 16, 257-267. Doi: 10.1093/scan/nsab007.
- Meyer, D., Leventhal, H. and Gutmann, M. (1985). Common-sense model of illness: the example of hypertension. *Health Psychology*, 11-135.
- Mitchell, A. C. (2011). Prevalence of depression, anxiety and adjustment disorder in oncological, haematological and palliative-care settings: a meta-analysis of 95 interview-based studies. *Lancet Oncol*, 160-174. Doi:10.1016/S1470-2045(11)70002-X.
- Miyamoto, S., Fujimori, M., Suzuki, H., Noda, K., Kinoshita, H., Ogawa, A., Morita, T., Shimoyama, N., Nakagawa, A., Inami, M., Shimizu, K., and Uchitomi, Y. (2022). Brief, manualised and semistructured individual psychotherapy programme for patients with advanced cancer in Japan: a phase 2, single-arm clinical trial of Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM). *BMJ open*. Doi:10.1136/bmjopen-2021-056136.
- Moorey, S., and Greer, S. (1989). *Psychological therapy for patients with cancer: a new approach*. New York: American Psychiatric Publishing, Inc..
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L. and Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*, 1-16. Doi: 10.1080/08870440290001494.
- Moutoussis, M., Fearon, P., El-Deredy, W., Dolan, R. J., and Friston, K. (2014). Bayesian inferences about the self (and others): A review. *Consciousness and cognition*, 67-76. Doi:10.1016/j.concog.2014.01.009.
- Murphy, M., Newby, J. and Butow, P. (2020). Randomised controlled trial of internet-delivered cognitive behaviour therapy for clinical depression and/or anxiety in cancer survivors (iCanADAPT Early). *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.*, 79-85. Doi:10.1002/pon.5267.
- Myers, J. (2008). Proinflammatory Cytokines and Sickness Behavior: Implications for depression and cancer-related symptoms. *Oncology nursing forum*, 802-807. Doi: 10.1188/08.ONF.802-807.
- NCCN National Cancer Institute. (2010). *Adaptación normal, alteración psicosocial y trastornos de adaptación*. [www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-accion/HealthProfessional/page2](http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-accion/HealthProfessional/page2).
- Nguyen, M., Smets, E., Bol, N., Bronner, M., Tytgat, K., Loos, E. and van Weert, J. (2019). Fear and forget: how anxiety impacts information recall in newly diagnosed cancer patients visiting a fast-track clinic. *Acta Oncologica*, 182-188. Doi:10.1080/0284186X.2018.1512156.
- Nickel, B., Moynihan, R., Barrat, A., Brito, J. and McCaffery, K. (12 de Agosto de 2018). Renaming low risk conditions labelled as cancer. *BMJ* 362, k3322. Doi:10.1136/bmj.k3322.

- Normen, M., Sahaya, F., Kulkarni, K., Vidhubala, E. and Shewade, H. (2021). 'Patients with Cancer are Distressed!' Indian Healthcare Provider Perspectives on Distress Screening and Referrals to Psycho-oncology Services – A Mixed Methods Study. *Indian J Palliat Care*, 561-570. Doi:10.25259/IJPC\_142\_21.
- Norton, S., Hughes, L., Chilcot, J., Sacker, A., van Os, S., Toung, A., and Done, J. (2014). Negative and positive illness representations of rheumatoid arthritis: a latent profile analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 524–532. Doi: 10.1007/s10865-013-9506-9.
- Orbell, S., and Alison Phillips, L. (2019). Automatic processes and self-regulation of illness. *Health Psychology Review*, 378-405. Doi:10.1080/17437199.2018.1503559.
- Orbell, S., Henderson, C. and Hagger, M. (2015). Illness schema activation and the effects of illness seasonality on accessibility of implicit illness-related information. *Annals of behavioral medicine*, 918-923. Doi:10.1007/s12160-015-9719.
- Orbell, S., Johnston, M., Rowley, D., Espley, A., and Davey, P. (1998). Cognitive representations of illness and functional and affective adjustment following surgery for osteoarthritis. *Social Science and Medicine*, 93-102. Doi:10.1016/s0277-9536(97)10132-0.
- Owen, J., Klapow, J., Hicken, B., and Tucker, D. (2001). Psychosocial interventions for cancer: review and analysis using a three-tiered outcomes model. *Psycho-Oncology*, 10, 218-230. Doi:10.1002/pon.509.
- Pacheco-Huergo, V., Viladrich, C., Pujol-Ribera, E., Cabezas-Pena, C., Nunez, M., and Roura-Olmeda, P. (2012). Perception in chronic illnesses: Linguistic validation of the revised illness perception questionnaire and the brief illness perception questionnaire for a Spanish population. *Atencion Primaria*, 280–287. Doi:10.1016/j.aprim.2010.11.022.
- Paduraru, A. and Soponaru, C. (2021). Implications of cognitive-Behavioural therapy in changing illness representations. *Journal of Interculturall Managment and Ethics*, 2-13. Doi: 10.35478/jime.2021.1.04.
- Palacios Espinoza, X., y Zani, B. (2014). Representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia en pacientes oncológicos. *Diversitas - Perspectivas en Psicología*, 10(2), 207-223. Doi: 10.15332/22563067.2062.
- Papageorgiou, C., and Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive therapy and research*, 261-273. Doi: 10.1023/A:1023962332399.
- Parr, T., Rees, G., and Friston, K. (2018). Computational neuropsychology and Bayesian inference. *Front. Hum. Neurosci.*, 12:61. Doi:10.3389/fnhum.2018.00061.
- Patterson, C., Arscott, P., Corben, L., Kelly, J., and Davies, S. (2021). Symptom management interventions for psychological distress in adults with cancer: A systematic review. *European Journal of Oncology Nursing*. Doi:10.1016/j.ejon.2021.101962.
- Pennebaker, J. (1982). *The psychology of physical symptoms*. New York: Springer.
- Pessoa, L. (2008). On the relationship between emotion and cognition. *Nature*, 148-158. Doi: 10.1038/nrn2317.

- Peters, A., McEwen, B. and Friston, K. (2017). Uncertainty and stress: Why it causes diseases and how it is mastered by the brain. *Progress in Neurobiology*, 164-188. Doi:10.1016/j.pneurobio.2017.05.004.
- Petrie, K. and Weinman, J. (2006). The illness perceptions matter. *Clin Med*, 536-539. Doi: 10.7861/clinmedicine.6-6-536.
- Petrie, K. and Weinman, J. (2012). Patients' perceptions of their illness: the dynamo of volition in health care. *Current Directions in Psychological Science*, 60-65. Doi: 10.1177/0963721411429456.
- Picariello, F., Moss-Morris, R., Macdougall, I. C., Norton, S., and Da Silva-Gane, M. (2018). Cognitive-behavioural therapy (CBT) for renal fatigue (BReF): a feasibility randomised-controlled trial of CBT for the management of fatigue in haemodialysis (HD) patients. *BMJ Open*, Doi: 10.1136/bmjopen-2017-020842.
- Pitman, A., Suleman, S., Hyde, N., and Hodgkiss, A. (2018). Depression and anxiety in patients with cancer. *BMJ*. Doi:10.1136/bmj.k1415.
- Quigley, K., Kanoski, S., Grill, W., Feldman Barrett, L. and Tsakiris, M. (2021). Functions of Interoception: From Energy regulation to Experience of the Self. *Trends in Neurosciences*. Doi:10.1016/j.tins.2020.09.008.
- Ramsey S., Bansal, A., Fedorenko, C., Blough, D., Overstreet, K., Shankaran, V., and Newcomb, P. (2016). Financial insolvency as a risk factor for early mortality among patients with cancer. *J Clin Oncol*, 34(9), 980–986. Doi:10.1200/JCO.2015.64.6620.
- Rehse, B. and Pukrop, R. (2003). Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: meta analysis of 37 published controlled outcome studies. *Patient education and counseling*, 50(2), 179-186. Doi:10.1016/S0738-3991(02)00149-0.
- Reis, J., Antoni, M. and Travado, L. (2019). Emotional distress, brain functioning, and biobehavioral processes in cancer patients: a neuroimaging review and future directions. *CNS Spectrums*, 1-22. Doi:10.1017/S1092852918001621.
- Religioni, J., Piejka, J., Marcinkowski, J. T., Juszczyk, G., and Cichy, J. (2022). Normalization of the Mini-MAC (Mental Adjustment to Cancer) Questionnaire among Cancer Patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Doi:10.3390/ijerph182312603.
- Rotter, J., Spencer, J., and Wheeler, S. (2019). Can cancer care costs impact quality of life outcomes for the entire household? *Psycho-oncology*, 28(4), 924. Doi:10.1002/pon.5006.
- Rozema, H., Völlink, T., and Lechner, L. (2009). The role of illness representations in coping and health of patients treated for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 849-857. Doi:10.1002/pon.1488.
- Scheenen, M. E., Visser-Keizer, A. C., de Koning, M. E., van der Horn, H. J., van de Sande, P., van Kessel, M. and Spikman, J. (2017). Cognitive Behavioral Intervention Compared to Telephone Counseling Early after Mild Traumatic Brain Injury: A Randomized Trial. *Journal of Neurotrauma*, 2713-2720. Doi: 10.1089/neu.2016.4885.

- Schmidt, J., Reinold, J., Klinger, R., and Benson, S. (2022). Systemische Entzündung "Sickness Behavior" und Erwartungsprozesse. *Schmerz* 36, 166-171. Doi:10.1007/s00482-021-00602-0.
- Seth, A. and Friston, K. (2016). Active interoceptive inference and the emotional brain. *Phil. Trans. R. Soc. B.*, 371:20160007. Doi:10.1098/rstb.2016.0007.
- Setyowibowo, H., Yudiana, W., Hunfeld, J., Iskandarsyah, A., Passchier, J., Arzomand, H., and Sijbrandij, M. (2022). Psychoeducation for breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *The Breast*, 36-51. Doi:10.1016/j.breast.2022.01.005.
- Siegel R., Miller K. and Jemal A. (2020). Cancer Statistics 2020. *Ca Cancer J Clin*, 7-30. Doi: 10.3322/caac.21590.
- Siegel, E., Sands, M., Van der Noortgate, W., Condon, P., Chang, Y., Dy, J., Quigley, K. and Feldman-Barrett, L. (2018). Emotion Fingerprints or Emotion Populations? A Meta-Analytic Investigation of Autonomic Features of Emotions Categories. *Psychological Bulletin*, 343-393. Doi:http://dx.Doi.org/10.1037/bul0000128.
- Sims, M., and Pezzulo, G. (2021). Modelling ourselves: what the free energy principle reveals about our implicit notions of representation. *Synthese*, 7801-7833. Doi:10.1007/s11229-021-03140-5.
- Sinclair, S., Siefert, C., Slavin-Mulford, J., Stein, M., Renna, M. and Blais, M. (2012). Psychometric Evaluation and Normative Data for the Depression, Anxiety, and Stress Scales-21 (DASS-21) in a Non clinical Sample of U.S. Adults. *Evaluation & the Health Professions*, 35, 259-279. Doi:10.1177/0163278711424282.
- Smallwood, J., Bernhardt, B. C., Leech, R., Bzdok, D., Jefferies, E. and Margulies, D. (2021). The default mode network in cognition: a topographical perspective. *Nature reviews neuroscience*, 503-513. Doi: 10.1038/s41583-021-00474-4.
- Smith, R., Parr, T., and Friston, K. (2019). Simulating Emotions: An Active Inference Model of Emotional State Inference and Emotion Concept Learning. *Front. Psychol.*, 10:2844. Doi:10.3389/fpsyg.2019.02844.
- Sniehotta, F. S. (2005). Bridging the intention-behaviour gap: Planning, self-efficacy and action control in the adoption and maintenance of physical exercise. *Psychology and Health*, 143-160. Doi: 10.1080/08870440512331317670.
- Sterling, P. (2014). Homeostasis vs Allostatics: Implications for brain function and mental disorders. *JAMA Psychiatry*, 1192-1193. Doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.1043
- Tapullima Mori, C. y Chávez Castañeda, B. (2022). Escala de estrés, ansiedad y depresión (DASS-21): propiedades psicométricas en adultos de la provincia de San Martín. *Psique Mag:Revista Científica Digital de Psicología*, 11, 73-88. Doi: 10.35878/psique.v11i1.353.
- Tauber, N., O'Toole, M., Dinkel, A., Galica, J., Humphris, G. Lebel, S. and Zachariae, R. (2019). Effect of Psychological Intervention on Fear of Cancer Recurrence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 2899-2915. Doi:10.1200/JCO.19.00572.
- Temple, J., Salmon, P., Tudur-Smith, C., Huntley, C., Byrne A. and Fisher, P. (2020). The questionable efficacy of manualized psychological treatments for distressed breast cancer patients: an

- individual patient data meta-analysis. *Clinical Psychology Review*.  
Doi:10.1016/j.cpr.2020.101883.
- Thomas B., Nandamohan, V., Nair, M., and Pandey, M. (2010). Gender, Age and Surgery as a Treatment Modality leads to Higher Distress in Patients with Cancer. *Support Care Cancer*, 239-250. Doi:10.1007/s00520-009-0810-4.
- Trask, P., Cronan, T., and Roesch, S. (2003). Psychological screening and referral in melanoma patients: a pilot study. *Journal of Behavioral Medicine*, 547-557.  
Doi:10.1023/B:JOBM.0000004149.33087.6b.
- Tuffaha, H. El-Saifi, N., Chambers, S. and Scuffham, P. (2018). New challenges in psycho-oncology: Economic evaluation of psychosocial services in cancer: Challenges and best practice recommendations. *Psycho-Oncology*, 1-8. Doi:10.1002/pon.4933.
- Van Beek, E., Wijnhoven, L., Custers, J., Holtmaat, K., De Rooij, B., Horevoorts, N., Aukema, E., Verheul, S., Eerenstein, S., Van Oort, I., Vergeer, M., Prins, J., Verdonck-de Leeuw, I., and Jansen, F. (2022). Adjustment disorder in cancer patients after treatment: prevalence and acceptance of psychological treatment. *Supportive Care in Cancer*, 30, 1797–1806.  
Doi:10.1007/s00520-021-06530-0.
- Van der Have, M., Minderhoud, I.M., Kaptein, A.A., Leenders, M., Siersema, P.D., Fidder, H., & Oldenburg, B. (2013). Substantial impact of illness perceptions on quality of life in patients with Crohn's disease. *Journal of Crohn's and Colitis*, 292-301. Doi: 10.1016/j.crohns.2012.11.002.
- Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C., and Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychological medicine*, 203-209. Doi: 10.1017/s0033291700002026.
- Weinman, J., Petrie, K., Moss-Morris, R. and Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, 431-445. Doi: 10.1080/08870449608400270.
- Wells, A. (2000). The Self-regulatory executive function (S-REF) Model. En A. Wells, *Emotional disorders and metacognition* (págs. 14-32). John Wiley & Sons Ltd.
- White V., Linardon J., Stone, J., Holmes-Truscott E., Olive L., Mikocka-Walus, A. Hendrieckx, C., Evans, S. and Speight, J. (2020). Online psychological interventions to reduce symptoms of depression, anxiety, and general distress in those with chronic health conditions: a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *Psychological Medicine*, 1–26. Doi:10.1017/S0033291720002251.
- WHO (World Health Organization). (2020). *Informe sobre prevalencia, incidencia y mortalidad del cáncer en Argentina*. Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) de la International Agency for Research on Cancer (IARC). Obtenido de <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/32-argentina-fact-sheets.pdf>.
- WHO (World Health Organization). (2021). *Cancer Mortality Database*. Obtenido de Disponible en: <https://www-dep.iarc.fr/WHODb/>.

- Williams, S. A., and Schreier, A. M. (2005). The role of education in managing fatigue, anxiety, and sleep disorders in women undergoing chemotherapy for breast cancer. *Applied Nursing Research*, 138-147. Doi:10.1016/j.apnr.2005.01.002.
- Xu, P., Peng, S., Luo, Y. and Gong, G. (2021). Facial expression recognition: A meta-analytic review of theoretical models and neuroimaging evidence. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 127, 820–836. Doi:10.1016/j.neubiorev.2021.05.023.
- Yang, J., Huang, Y., Guo, Y., Du, X., and Chen, G. (2022). Psychological interventions for cancer patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Cancer Medicine*, 11(20), 3840-3850. Doi:10.1002/cam4.4816.
- Zabalegui Yárnoz, A., Sánchez-García, M. D., y Solà-Peralta, N. (2005). Efectividad de las intervenciones enfermeras en los resultados de los pacientes sometidos a trasplante de progenitores hematopoyéticos. *Enfermería Clínica*, 330-340. Doi:10.1016/S1130-8621(05)71206-X.
- Zabora J, BrintzenhofeSzoc K, Curbow B, Hooker C, and Piantadosi S. . (2001). The Prevalence of Psychological Distress by Cancer Site. *Psycho-Oncology*, 19-28. Doi: 10.1002/1099-1611(200101/02).
- Zajonc, R. (1980). Feeling and thinking: Preferences need no inferences. *American Psychologist*, 151-175. Doi: 10.1037/0003-066X.35.2.151.
- Zeilinger, E., Oppenauer, C., Knefel, M., Kantor, V., Schneckereiter, C., Lubowitzki, S., Krammer, K., Popinger, C., Kitta, A., Kum, L., Adamidis, F., Unseld, M., Masel, E., Füreder, T., Zöchbauer-Müller, S., Bartsch, R., Raderer, M., ... and Gaiger, A. (2022). Prevalence of anxiety and depression in people with difference types of cancer or haematologic malignancies: a cross-sectional study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. Doi:10.1017/S2045796022000592.
- Zhang, L., Liu, X., Tong, F., Zou, R., Peng, W., Hui Yang, H., Liu, F., Yang, D., Huang, X., Yi, L., Wen, M. and Jiang, L. (2022). Cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in cancer survivors: a meta-analysis. *Nature*. Doi:10.1038/s41598-022-25068-7.
- Zhang, N., Fielding, R., Soong, I., Chan, K., Lee, C., Ng, A., Sze, W., Tsang, J., Lee, V. and Lam, W. (2017). Psychometric assessment of the chinese version of the brief illness perception questionnaire in breast cancer survivors. *PLoS ONE*. Doi:10.1371/journal.pone.0174093.
- Zhang, Y., Wang, Y., Zhang, X., and Liu, Y. (2021). Psychological interventions for the management of anxiety and depression in patients with advanced cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Supportative Care in Cancer*. Doi:10.1007/s00520-021-06185-x.
- Zhu, J., Fang, F., Sjölander, A., Fall, K., Adami, H. O., and Valdimarsdóttir, U. (2017). First-onset mental disorders after cancer diagnosis and cancer-specific mortality: a nationwide cohort study. *Annals of Oncology*, 28(8), 1964-1969. Doi:10.1093/annonc/mdx265.
- Zion, S., Shapira, L. and Crum, A. (2019). Targeting Mindsets, not just tumors. *Trends in Cancer. Cell Press*. Doi:10.1016/j.trecan.2019.08.001.

## Apéndice A:

### Modelo de Intervención Psicooncológica para el Peridiagnóstico

#### Guía para el Terapeuta

##### **Dinámica de intervención**

El MIPP combina criterios propios de la evaluación clínica y de intervención terapéutica al tener por objetivo promover cambios cognitivo-emocionales en la experiencia que tiene el paciente oncológico en la fase inicial de su enfermedad. Las entrevistas se realizan con frecuencia semanal y una duración estimada en 60 minutos cada una. En relación a la evaluación, se centra en el estado emocional y los significados que maneja sobre el proceso de enfermedad y su evolución en términos de los recursos autorregulatorios que dispone, y también los que pudieran dificultar su evolución. Respecto al trabajo terapéutico, partiendo de la evaluación realizada, se puede diseñar y elegir el conjunto de herramientas terapéuticas más efectivas para alcanzar los objetivos propios de cada encuentro. En este sentido, la experiencia clínica sugiere que el modo de construir la relación terapéutica y la comunicación de contenidos están condicionadas por las características de cada paciente y la elección de las técnicas de comunicación adecuadas.

##### **Objetivos de la implementación del modelo**

###### **Objetivo general:**

Favorecer el proceso de Adaptación del paciente a la enfermedad oncológica en el peridiagnóstico.

###### **Objetivos específicos:**

Trabajar sobre recursos autorregulatorios del paciente para modular la Activación Emocional (en adelante AE).

Favorecer la construcción de la representación de enfermedad (en adelante RE) adecuada a la realidad del paciente.

Favorecer la internalización del locus de control del paciente sobre su estado de ánimo.

### **1er Encuentro: Presentación de MIPP**

#### **Objetivos**

- Presentar el programa de intervención psicooncológica (naturaleza y alcance del programa).
- Recabar información psicobiográfica y médica del paciente.
- Evaluar el nivel de Activación Emocional (AE), la representación de la enfermedad (RE) y los modos de ajuste a la enfermedad.
- Psicoeducación sobre peridiagnóstico, AE y RE.
- Intervenciones orientadas al trabajo sobre la autorregulación (habilitación de descarga; psicoeducación sobre sueño, alimentación y actividad).

**Preguntas orientativas para la evaluación:** *¿Cuál es su enfermedad? ¿Qué entiende por cáncer? ¿Qué le dijo el oncólogo? ¿Cree que entiende bien de qué se trata su enfermedad? ¿Cómo se sintió cuando el oncólogo le dijo que era cáncer? ¿Qué cosas le vinieron a la mente? ¿Cómo se sintió los días siguientes? ¿Hizo algo para sentirse mejor? ¿Hay algo que pueda hacer usted para controlar la enfermedad? ¿Hay algo que pueda hacer para controlar cómo se siente?*

**Intervenciones orientadas al trabajo sobre la autorregulación** (entre 15 y 20 minutos): *Este momento que va desde que usted consultó al médico hasta que se inicia el tratamiento oncológico (que incluye estudios, análisis, trámites y consulta con el oncólogo) lo llamamos período peridiagnóstico, es decir*

es el tiempo que rodea el diagnóstico. Cuando nuestra salud se ve amenazada por algo que no era esperado o no sabemos qué significa (síntomas, dolores, diagnóstico) aumenta la sensación de incertidumbre y de pérdida del control sobre nuestro propio cuerpo. Este peridiagnóstico tiene características particulares, por ejemplo, un alto nivel de Activación Emocional (miedo, ansiedad, angustia, ira, etc.) que es una reacción automática. Esto significa que no elegimos tener miedo o estar ansiosos. Es la respuesta inmediata de nuestro organismo ante un estímulo (síntomas, diagnóstico, etc.) que es entendido como una amenaza para la propia vida. Esta respuesta es lo que llamamos *Activación Emocional*, que involucra diferentes dimensiones:

- *fisiológica (activación de sistema nervioso autónomo simpático/estado de estrés agudo): inquietud, taquipnea, taquicardia, insomnio, hipo/hiperorexia, irritabilidad.*
- *cognitiva (sincronización de funciones cognitivas de acuerdo al estado de activación): rumia, pensamiento polarizante, catastrófico, presencia de ideas sobrevaloradas relacionadas con la enfermedad, hipervigilancia somática*
- *conductual (expresión específica del tipo de emoción)*

En este estado de “emergencia” nuestro cuerpo se prepara para una acción. Sin embargo, puede suceder lo contrario: se suele dejar de hacer cosas y todos los esfuerzos se centran en pensar, casi de modo automático constantemente sobre la enfermedad y sus consecuencias, lo que haría que esta respuesta de tensión no disminuya. Es esperable e inevitable reaccionar de este modo, por eso nuestro objetivo aquí es aprender a controlar esta reacción, y para ello, el primer paso será identificar y aceptar esta respuesta. Ahora podría mencionar cuántos de estos síntomas ha experimentado usted en estas semanas, con qué intensidad, cuánto ha afectado su vida diaria.

Síntomas Físicos	Pensamientos	Conductas
------------------	--------------	-----------

*El segundo paso será permitirnos la expresión de nuestro malestar, dado que no se trata de nada fuera de contexto. A medida que esto suceda, la intensidad irá disminuyendo. Debemos evitar la actitud voluntarista que supone negar lo que sentimos, a veces por miedo de no poder manejarlo, por suponer que pueda tener consecuencias sobre nuestra salud o porque sentimos la presión de nuestro entorno de no demostrar que tenemos miedo, angustia o bronca. Es un mito equivocado la idea que expresar su malestar puede generar depresión o acelerar la enfermedad.*

**Resumen:** *Antes de terminar, haremos un resumen de lo que hablamos hoy: usted llegó aquí porque esta semana vio por primera vez a su oncólogo. Este período peridiagnóstico hasta que empiece el tratamiento, habitualmente es el momento del curso de la enfermedad donde se suele experimentar el mayor nivel de incertidumbre, miedo, ansiedad, angustia, ira, etc. En lugar de diferenciar estas reacciones, podemos decir que se trata de una respuesta automática, difusa e inespecífica ante algo que entendemos como una amenaza, es decir el diagnóstico de cáncer. Nos preparamos para hacer el esfuerzo necesario para poder adaptarnos a la nueva situación. Por tanto, le sugerimos que se permita, esta semana, la expresión de lo que siente. Sentir miedo, angustia, bronca es normal y esperable para este momento, no es indicador de algo que esté mal. Como comentamos, uno de los aspectos más angustiantes de la situación que atraviesa es la falta de control. Esto quiere decir que la falta de experiencia en este tipo de situaciones de enfermedad y el no saber qué hacer, probablemente aumente el estado de inquietud y desorientación. Por tanto, no sólo buscamos que entienda y reconozca la situación que está experimentando. También nos parece importante que empiece a orientar sus esfuerzos hacia cosas que dependen de usted. Veremos en estos encuentros, que no es mucho lo que usted controla de su enfermedad. En cambio, cómo se siente depende sólo de usted y lo que haga.*

*Antes de terminar, es importante llamar su atención sobre tres cosas muy importantes para su bienestar: sueño (cambios en la cantidad de horas que duerme, si se levanta descansado, si le cuesta*

*dormir, etc.), alimentación (cambios en su modo de alimentarse: sin ganas de comer o haciéndolo sin mucho control), y movimiento (cambios en su nivel de actividad, tendencia a la inhibición y el aislamiento). Le pido que durante estos días trate de reconocer cómo está funcionando en estos tres aspectos. El próximo encuentro comenzará con la síntesis que usted haga de cómo se sintió, y si realizó algún cambio tanto respecto a las tres cuestiones mencionadas (sueño, alimentación y movimiento) como en el manejo de esta respuesta emocional.*

## **2do. encuentro: Autorregulación y Enunciado de la RE de Sentido Común**

### **Objetivos:**

- Evaluar efectos del primer encuentro a nivel del estado emocional.
- Buscar internalización de locus de control sobre los tres elementos básicos: sueño, alimentación y movimiento.
- Describir características de la respuesta emocional, especialmente su impacto a nivel cognitivo.
- Explorar la representación de la enfermedad (RE).
- Explorar la naturaleza de la RE en el proceso autorregulatorio.

**Evaluación de efectos del primer encuentro a nivel del estado emocional (15 min. aprox):** *¿Cómo se sintió esta semana? ¿Algo de lo que hablamos le ayudó a entender lo que estaba viviendo? ¿Coincide con su experiencia? ¿Notó diferencias en su forma de sentirse? ¿Cómo estuvo su descanso? ¿Su alimentación?*

**Trabajo básico de psicoeducación:** medidas de higiene del sueño (dado que es frecuente algún cuadro de insomnio), de alimentación (son frecuentes cambios en el patrón del régimen alimenticio), y actividad

(para evitar tendencia al encierro y la inhibición social, favoreciendo el ejercicio físico).

**Descripción de las características de la respuesta emocional, especialmente su impacto a nivel cognitivo** (15 min. aprox.): *Trate de recordar el momento en que le comunicaron que usted tenía cáncer. ¿Puede narrar esa escena? ¿Cómo se sentía? ¿Qué pensaba? ¿Qué recuerda de lo que le dijo el médico?*

*Un primer dato es que nuestra mente evita gastar energía. Por lo tanto, en momentos de intensa AE, como sucede en este peridiagnóstico, el cerebro evita gastar recursos en el funcionamiento cognitivo. ¿Qué significa? Fundamentalmente, que se va a manejar con la información que ya tiene porque adquirir información nueva es sumamente costoso para el organismo. Incorporar información supone revisar la información previa, comparar, analizar similitudes y diferencias, y finalmente realizar la síntesis. En concreto, esto se traduce en que, en situaciones de alta AE predomina la información que ya tenemos, por encima de la nueva información.*

*Otra característica del funcionamiento cognitivo durante períodos de intensa activación es el pensamiento catastrófico. Nuestro cerebro siempre se adelanta a las situaciones, las anticipa. Ahora bien, en momentos con este altísimo nivel de incertidumbre, probablemente se adelantará pensando en los peores escenarios posibles. No importa si son los más probables o si tenemos información para suponer que sucederá eso. Pensamos que lo peor se acerca. También es usual que el pensamiento se vuelva polarizante. Esto significa que perdemos los grises. Todo se vuelve blanco o negro. Y si pensamos que viene lo peor, no hay medias tintas. Realmente pensamos en lo peor. En este período peridiagnóstico, cargado de incertidumbre, es esperable, que todo parezca negro; y así, todos los detalles de la vida cotidiana se interpretan desde esta perspectiva.*

**Exploración de la representación de enfermedad (RE)** (15 min aprox): *Sin darnos cuenta, a lo largo de nuestra vida, nos vamos armando una idea de lo que son las cosas, por ejemplo, el cáncer. Seguramente no tuvimos la intención expresa de aprender sobre el tema, pero a partir de experiencias personales, dichos de otros, información de diarios o revistas, o escenas de películas y publicidades, sin querer, fuimos armando una idea personal de lo que significa el cáncer.*

*¿Podría mencionar las veces que el cáncer ha estado presente en su historia? ¿Ha tenido experiencias de personas cercanas con cáncer? ¿Recuerda programas de televisión, series o películas que reflejan lo que le sucede a una persona con cáncer? A partir de todo esto, ¿podría mencionar imágenes o palabras que asocie fácilmente con la enfermedad? ¿Es una enfermedad grave? ¿Se relaciona con la muerte o el sufrimiento? ¿Se relaciona con un futuro lejano? ¿Estas ideas han ido cambiando desde que se enteró que tenía cáncer hasta hoy? ¿Coincide esto que piensa del cáncer con lo que le dijeron los médicos?*

**Resumen:** *En el encuentro de hoy se habló de cómo funciona nuestro pensamiento en momentos de incertidumbre e intensa AE. Probablemente le cueste aprender cosas nuevas, tiende a ser catastrófico, y quedarse sin medias tintas. Mencionamos esto, porque tal vez reconozca cosas que le han sucedido en este tiempo. Y aunque parezca malo, es esperable que suceda en este momento peridiagnóstico. El segundo punto en el que trabajamos es sobre su RE antes del diagnóstico: no importa si es correcto o no lo que usted piensa sobre el cáncer, ello afecta en cómo se siente y cómo se comporta. Esto quiere decir que su RE resume cómo entiende el problema que tiene por delante, qué reacción le genera y cómo se va a comportar para solucionarlo. Por esta razón, en el próximo encuentro intentaremos distinguir lo que usted piensa del cáncer, en general, y lo que el médico le dijo sobre su enfermedad. Ese será el paso necesario para construir una RE adecuada, y así pensar qué cosas puede hacer para afrontarla.*

### 3er. Encuentro: Deconstrucción y reconstrucción de la RE

#### Objetivos

- Evaluar la funcionalidad del proceso autorregulatorio a partir de la estabilidad anímica.
- Trabajar sobre la construcción de la RE.
- Fomentar la internalización de *locus* de control sobre el estado emocional.

**Evaluación de la funcionalidad del proceso autorregulatorio a partir de la estabilidad anímica** (15 min. aprox.): *¿Cómo se sintió esta semana? ¿Cómo está descansando? ¿Cómo está su alimentación? ¿Ha podido mantenerse activo? ¿Algo de lo que hablamos le ayudó a entender lo que estaba viviendo? ¿Coincide con su experiencia? ¿Siente que puede manejar su AE?*

**Trabajo sobre la construcción de la RE** (15 min aprox.): *¿Qué imágenes del cáncer encuentra en la sociedad? ¿Podría resumir lo que usted piensa del cáncer? ¿Qué es el cáncer? ¿Se cura? ¿Cuánto tiempo dura?*

*Ahora, vamos a intentar reconstruir lo que su oncólogo le dijo sobre su enfermedad: ¿Recuerda qué dijo? ¿Qué tipo de tumor? ¿Qué estadio? ¿Puede contar qué recuerda de la entrevista con él? (Puede suceder que el paciente no recuerde mucho sobre esta entrevista, en ese caso, se sugiere continuar con preguntas para ayudarlo a evocar. El registro de su falta de recuerdos es un método funcional para trabajar en el contraste, que es el objetivo de este momento de la intervención. Se sugiere naturalizar y relacionar la falta de recuerdos con un alto nivel de Activación Emocional para no generar aumento de angustia). Finalmente, ¿En qué coincide lo que usted piensa y lo que le dijo el oncólogo? ¿En qué se diferencia?*

Nota: Es frecuente, que el paciente retenga frases o palabras del oncólogo que fuera del contexto adquieran mayor dramatismo que lo manifestado por el médico. Es común que el recuerdo literal de la conducta terapéutica a seguir, especialmente en el caso de la quimioterapia, se encuentre mejor preservado. La intención de trabajar sobre el recuerdo de la entrevista con el oncólogo, además de suministrar información diagnóstica al terapeuta, es favorecer en el paciente el registro de lo que recuerda, lo sesgado de la información, y el tinte fatalista que haya adherido al almacenarla. Por eso es importante identificar tales fenómenos para marcarlos y ayudar al paciente a reconocerlos.

**Internalización del locus de control sobre el estado emocional** (25 min aprox.): *En la entrevista anterior hablamos de la autorregulación. ¿Recuerda qué significa? En síntesis, es la capacidad de instrumentar estrategias para adaptarnos, para enfrentar problemas y evitar que se vuelvan un obstáculo insalvable. Lo que piense de su enfermedad va a incidir fuertemente sobre su reacción emocional y la conducta que va a asumir. Por ejemplo, si entiende que su enfermedad es mortal y durará un par de meses es esperable que su reacción sea de miedo, y su conducta sea hacer todo lo que sea necesario, o bien, no hacer nada y llegar a un estado de desesperanza. De acuerdo a lo que hemos hablado sobre su enfermedad:*

*¿Puede hacer algo usted para manejarla? ¿Hay algo que dependa de usted? ¿Qué puede hacer usted para ayudar a su tratamiento? ¿Qué puede hacer para que su vida se vea afectada lo menos posible por esta situación que atraviesa? ¿Qué puede hacer usted para manejar cómo se siente?*

*El oncólogo probablemente le habrá dicho que usted debe intentar tener: adherencia al tratamiento, buena alimentación, buena calidad de sueño, buen estado de ánimo.*

*¿Considera que puede hacerlo? ¿Encuentra dificultades con alguna de ellas?*

**Resumen:** *Vimos en este encuentro que no siempre coincide lo que usted piensa de la enfermedad y lo que le dijo su oncólogo. Y que lo que usted piense de su enfermedad es realmente importante porque incide fuertemente en cómo se va a sentir y qué va a hacer. Por ello, es fundamental precisar qué sabe de su enfermedad. Un segundo punto que se trabajó hoy fue la capacidad de control. Saber que uno mismo puede hacer algo para solucionar un problema nos genera cierta tranquilidad. Por el contrario, saber que no puedo hacer absolutamente nada es uno de los aspectos más estresantes y exigentes de esta enfermedad. Pero es una realidad. Por tanto, cuanto antes acepte que esa es la situación, antes podrá preguntarse qué cosas sí están en su capacidad de controlar. Y, probablemente sean las que el médico le pidió: cuidados personales sobre alimentación, sueño y estado de ánimo. Este programa, justamente, intenta ayudarlo para que sea capaz de ganar control sobre su estado de ánimo, de modo que la aparición de esta enfermedad afecte su vida lo menos posible.*

#### **4to. Encuentro: Evaluación y Síntesis**

##### **Objetivos**

- Evaluar los aspectos trabajados sobre el programa y los resultados.
- Afianzar la identificación, el registro y la incorporación de los cambios terapéuticos.
- Facilitar la comprensión de conducta terapéutica oncológica y su abordaje psicológico.

**Realizar una evaluación global y la apropiación del cambio (30 min aprox.):** Al concluir este intercambio, se sugiere que el terapeuta haga una síntesis final, poniendo en valor los cambios que se hayan generado no sólo a nivel del bienestar emocional o de la RE, sino especialmente si hubo una modificación por una actitud más comprometida del paciente para la instrumentación de estrategias de afrontamiento, en orden a facilitar su autorregulación.

**Estado de ánimo:** *¿Recuerda cómo se sentía usted la primera vez que nos vimos? ¿Puede describir cómo se sentía? ¿Cómo se siente hoy? ¿Considera que existe algún cambio? ¿Podría decir qué hizo usted para que suceda ese cambio?*

**Representación de la Enfermedad:** *¿Recuerda qué pensaba usted de su enfermedad la primera vez que nos vimos? ¿Cuáles imaginaba que serían las consecuencias de su enfermedad? ¿Qué piensa hoy de su enfermedad? ¿Le parece que hay alguna diferencia?*

**Control:** *Cuando vino la primera vez ¿Se preguntaba qué podía hacer para manejar su enfermedad? ¿Se sentía en control de la situación? ¿Se sentía desorientado, sin saber qué hacer con lo que le estaba pasando? ¿Sabe hoy qué puede hacer para afrontar su enfermedad? ¿Qué cosas dependen hoy de usted?*

**Registro de cambios:** *¿Qué cree usted que cambió a lo largo de estas cuatro semanas? ¿Se siente más responsable por su propio estado de ánimo? ¿Si hoy tuviera que enfrentar una situación similar a la que atravesó, considera que tiene más herramientas para adaptarse?*

**Facilitar la comprensión de la conducta terapéutica oncológica (10 min aprox.):** *Es habitual que un mes después de la consulta con el oncólogo, el paciente haya iniciado o esté por iniciar el tratamiento (quimioterapia, radioterapia, etc.). Al finalizar la intervención se da el espacio para que el paciente manifieste miedos y preocupaciones en relación al tratamiento y sus efectos secundarios. Se sugiere aprovechar esta situación para estimular en el paciente el abordaje de este tipo de problemas a partir de lo trabajado durante el programa.*

## Apéndice B:

### Análisis Factorial Exploratorio (AFE) y Análisis Factorial Confirmatorio (AFC)

#### Activación Emocional (AE)

Se llevó a cabo un AFE para examinar la estructura subyacente de la variable AE. Los resultados del KMO (0.756) y el test de esfericidad de Bartlett ( $\chi^2=177.696$ ; gl: 3;  $p < .001$ ) indicaron la pertinencia de los datos para el análisis factorial. El AFE extrajo un único factor con un autovalor de 2.602 que explicó el 80,2 % de la varianza total, lo que sugiere que las tres escalas del DASS 21 convergen en una dimensión común, esto es, AE. Las cargas factoriales de las escalas fueron altas y consistentes, indicando que el factor captura la mayor parte de la varianza, como se muestra en la Tabla 10.

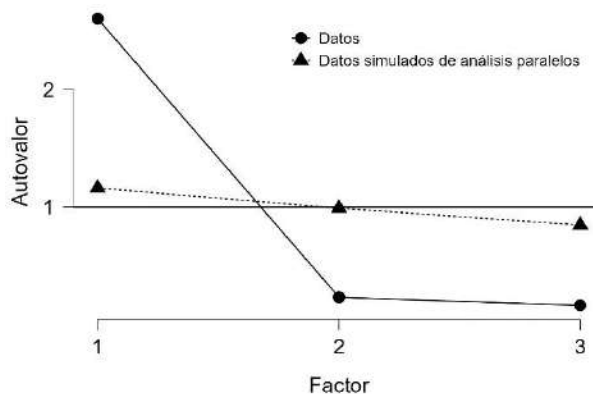
**Tabla 10**

*Cargas Factoriales de DASS 21*

Latente	Observable	Estimación			Intervalo 95 %	
		Tipificada	z	p	Inferior	Superior
AE	DEP	0.874	17.16	< .001	0.774	0.974
	ANS	0.877	26.71	< .001	0.813	0.941
	STR	0.934	30.51	< .001	0.874	0.994

Nota: AE: Activación Emocional; DEP: Depresión; ANS: Ansiedad; STR: Estrés; z: puntaje z; p: p.valor; Intervalo 95 %: Intervalo de Confianza.

La matriz de estructura confirmó estas cargas, con valores idénticos a las cargas factoriales, respaldando la unidimensionalidad de la variable AE. El AFE y el gráfico de sedimentación (ver Figura 15) indicaron que las escalas Depresión, Ansiedad y Estrés están altamente relacionadas y se agrupan en un solo factor, que explica el 80 % de la varianza. Esto sugiere que estas variables miden un constructo común. Estos resultados establecen una base sólida para el AFC.

**Figura 15***Gráfico de Sedimentación AE*

Dado que las escalas tienen rangos diferentes, para el cálculo de la variable latente y su modelización se utilizó el puntaje z como forma de estandarización. La evaluación se realizó tanto con la medición pre, como con la medición post. Se reportan aquí los resultados obtenidos con la medición post, pues en ambos casos se comprobó su consistencia y similitud.

$$AE = (DEP+ANS+STR)/3$$

Utilizando esta formulación se llevó a cabo un AFC para evaluar la estructura de la variable latente AE, construida a partir de las escalas del DASS 21. El análisis se realizó con el método de estimación de máxima verosimilitud y errores estándar robusto de Huber-White.

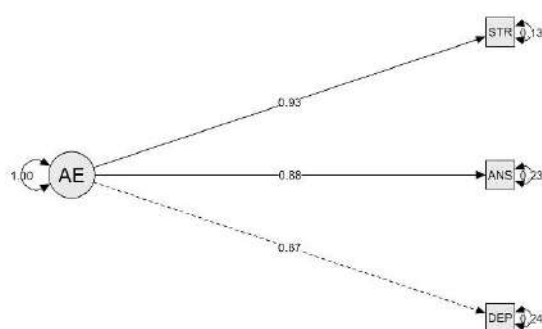
El AFC resultó en un modelo saturado, es decir, que el número de parámetros estimados es igual al número de covarianzas observadas. Para evaluar la validez del constructo, fue necesario analizar las cargas factoriales, la varianza explicada y la fiabilidad. Las cargas factoriales estandarizadas son altas y significativas (ver Tabla 11). La varianza explicada es alta ( $R^2$ : 0.923) lo que sugiere que AE captura una gran proporción de la varianza de las escalas. Esto apoya su validez como constructo latente de AE. La varianza de los errores es pequeña (0.07). La fiabilidad es alta (coeficiente  $\omega$ : 0.924).

El AFC confirmó que AE es un constructo robusto, válido y confiable. Aunque el modelo es saturado y no permite evaluar la bondad del ajuste tradicional, las cargas factoriales altas, la varianza

explicada y la fiabilidad respaldan su validez. Estos resultados aportan evidencia que fundamenta el posicionamiento teórico asumido para esta investigación, basado en la Teoría de la Emoción Construida de Feldman Barrett (2006; 2018), respecto a la consideración de una variable única AE como reflejo del esfuerzo alostático.

**Figura 16**

*Diagrama de Ruta AE*



### Representación de enfermedad (RE)

El uso del BIPQ para el cáncer supone la reformulación del cómputo de los reactivos, de modo que se ajuste a su especificidad. Se compararon los cálculos tomando mediciones pre y post. Dada la similitud de los resultados, se presenta el análisis realizado a partir de las mediciones post.

B1: Consecuencias (mayor puntaje = peor percepción).

B2: Tiempo (mayor puntaje = mejor percepción, se recodifica).

B3: Control personal (mayor puntaje = peor percepción).

B4: Control tratamiento (mayor puntaje = mejor percepción, se recodifica).

B5: Identidad (mayor puntaje = peor percepción).

B6: Preocupación (mayor puntaje = peor percepción).

B7: Coherencia (mayor puntaje = mejor percepción, se recodifica).

B8: Reacción emocional (mayor puntaje = peor percepción).

Un menor puntaje en RE se asocia con mejor ajuste al peridiagnóstico. Mayor puntaje se asocia a RE de sentido común.

**Tabla 11**

*Carga de los Factores de BIPQ*

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Unicidad
B1	0.978			0.169
B8	0.794			0.089
B6	0.722			0.388
B2	0.677			0.604
B5	0.463			0.713
B7		0.602		0.627
B4		0.476		0.771
B3			0.486	0.768

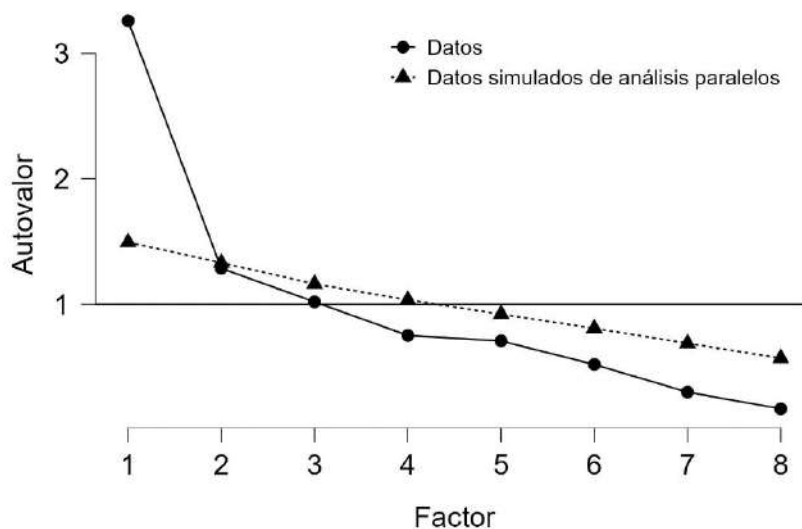
Nota: B1-B8: Reactivos 1 al 8 de BIPQ.

El AFE se utilizó para identificar las dimensiones subyacentes de RE. Los resultados indican la presencia de tres factores con autovalores superiores a 1, que explican el 48,4 % de la varianza total. Esto indica que los tres factores capturan una porción significativa pero no exhaustiva. Estos resultados sugieren que RE puede estructurarse en tres factores que reflejan las diferentes facetas de la percepción de la enfermedad. El KMO = 0.766 y el test de esfericidad de Bartlett ( $\chi^2= 215.692$ ; gl: 28;  $p < .001$ ) confirmaron la adecuación de los datos para el AFE. El gráfico de sedimentación respaldó

la retención de tres factores (ver Figura 17). Estos hallazgos preliminares establecen la base para el AFC. Sin embargo, puesto que se halló el 51,6% de la varianza no explicada, se impone la búsqueda de la formulación de un modelo más ajustado.

**Figura 17**

*Gráfico de Sedimentación para RE*



Se describen aquí los resultados del AFC que compara dos modelos para la medición del constructo RE utilizando BIPQ. El objetivo fue determinar cuál era más adecuado para capturar de manera válida y confiable la estructura de RE, con el fin de evaluar el impacto del MIPP. Se comparó un modelo más complejo con tres factores latentes y siete indicadores (Modelo 1), propuesto por Zhang et al. (2017) y un modelo más simple de un factor latente y cinco indicadores (Modelo 2), utilizando índices de ajuste, fiabilidad y estimaciones de parámetros.

El Modelo 1 propone una estructura jerárquica con tres factores latentes: RE (Representación de la Enfermedad), RCE (Representación Cognitiva de la Enfermedad) y REE (Representación Emocional de la Enfermedad). Este modelo es más complejo y busca capturar dimensiones diferenciadas de la RE. Excluye el ítem “coherencia” (reactivo B7).

$$RCE \sim B1 + B2 + B3 + B4 + B5$$

$$REE \sim B6 + B8$$

El Modelo 2 postula un factor latente único (RE) subyacente a cinco indicadores del BIPQ, elaborado a partir del AFE. El ítem B2 sigue la dirección contraria, dado que la enfermedad oncológica se asume como enfermedad crónica. Se excluyen los ítems B3 y B4 porque tienen cargas bajas no significativas (0.20 y 0.15 respectivamente), y el ítem B7 al igual que en el Modelo 1. Este Modelo tiene 10 parámetros libres y representa una estructura parsimoniosa que captura la RE de manera unidimensional.

$$RE \sim B1 + B2 + B5 + B6 + B8$$

El Modelo 2 mostró un mejor ajuste global en comparación con el Modelo 1. La prueba de  $X^2$  indicó un ajuste aceptable, pero el Modelo 2 presentó un valor más bajo (6.424) y un p. valor más alto (0.267), sugiriendo un mejor ajuste relativo a los grados de libertad. El Índice de Ajuste Comparativo (CFI = 0.992) y el Índice de Tucker-Lewis (TLI = 0.985) del Modelo 2 superaron los valores del Modelo 1 (CFI = 0.975, TLI = 0.956), ambos por encima del 0.95, que indica un buen ajuste. El Error Cuadrático Medio de Aproximación (RMSEA = 0.060) del Modelo 2 estuvo dentro del rango de ajuste bueno ( $\leq 0.06$ ), mientras que el del Modelo 1 (RMSEA = 0.071) indicó un ajuste aceptable. La Raíz del Error Cuadrado Medio Estandarizado (SRMR = 0.032) del Modelo 2 fue menor que la del Modelo 1 (SRMR = 0.047), reforzando su superioridad. Los criterios de información, como el Criterio de Información de Akaike (AIC = 1893.136) y el Criterio de Información Bayesiano (BIC = 1916.956) fueron sustancialmente más bajos en el Modelo 2 que en el Modelo 1 (AIC = 2601.122, BIC = 2639.234), indicando un mejor equilibrio entre ajuste y parsimonia. El Índice de Validación Cruzada Esperado (ECVI = 0.330) del Modelo 2 también fue menor que el del Modelo 1 (ECVI = 0.611), sugiriendo una mejor capacidad de generalización. La comparación directa entre modelos mediante la diferencia de

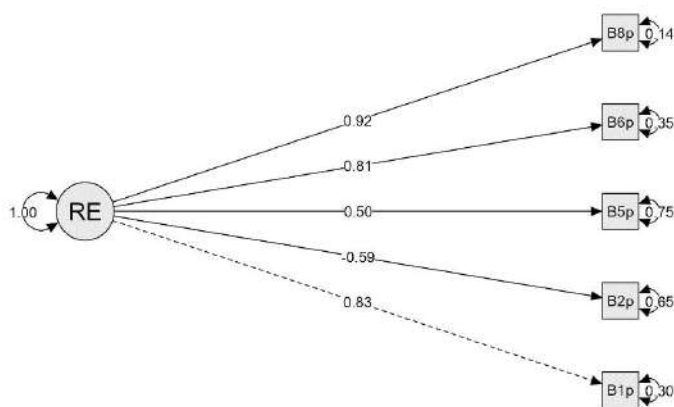
$\chi^2$  ( $p = 0.164$ ) mostró que el Modelo 2, más simple, no empeoró significativamente el ajuste en comparación con el Modelo 1, apoyando su preferencia por razones de parsimonia.

Respecto a la fiabilidad el Modelo 2 presentó un coeficiente  $\omega$  de 0.744, en tanto que en el Modelo 1, el coeficiente  $\omega$  de RE total fue de 0.672 (RCE: 0.239 y REE: 0.875). La baja fiabilidad de RCE ( $\omega = 0.239$ ) en el Modelo 1 sugiere problemas con los indicadores B3 y B4. Las cargas factoriales estandarizadas del Modelo 2 fueron significativas ( $p < 0.001$ ) y generalmente altas (B8:0.925; B1:0.834; B6: 0.807 y B5: 0.496). La proporción de varianza explicada ( $R^2$ ) fue alta para indicadores clave en ambos modelos. En el Modelo 2, B8 ( $R^2 = 0.855$ ), B1 ( $R^2 = 0.695$ ) y B6 ( $R^2 = 0.651$ ) explicaron una proporción sustancial de varianza. En el Modelo 1, los valores fueron ligeramente superiores para algunos indicadores (B8  $R^2 = 0.904$ ), pero B3 ( $R^2 = 0.030$ ) y B4 ( $R^2 = 0.016$ ) mostraron una contribución mínima, justificando la exclusión de estos ítems.

Los resultados indican que el Modelo 2 es el más adecuado, puesto que presenta mejor ajuste global, mayor parsimonia, mayor fiabilidad y estimaciones de parámetros más consistentes, lo que lo convierte en la mejor opción para calcular la RE a partir del BIPQ.

### Figura 18

Diagrama de Ruta RE



## Adaptación (AD)

En esta sección se presentan los resultados del AFE realizado sobre las cinco escalas del miniMAC (Desesperanza, Preocupación Ansiosa, Espíritu de Lucha, Evitación Cognitiva y Fatalismo). Se exploró la estructura factorial subyacente de estas escalas como un paso previo al AFC. Dado que las escalas tienen rangos diferentes, para el cálculo de la variable latente y su modelización se utilizó el puntaje z como forma de estandarización. La evaluación se realizó tanto con la medición pre, como con la medición post. Se reportan aquí los resultados obtenidos con la medición post, dado que en ambos casos se comprobó su consistencia y similitud.

El valor de KMO general fue 0.694, lo que indica una adecuación aceptable. El contraste de Bartlett resultó significativo ( $\chi^2 = 145.925$ ,  $gl = 10$ ,  $p < 0.001$ ), lo que confirma que las correlaciones entre las variables no son nulas y que el AFE es apropiado. Se identificaron dos factores con autovalores superiores a 1 (Factor 1: 2.555; Factor 2: 1.390), explicando conjuntamente el 64.7% de la varianza total (44.3% para el Factor 1 y 20.4% para el Factor 2). Por tanto, la solución de dos factores es adecuada.

Las cargas factoriales rotadas muestran una estructura clara:

Factor 1: Incluye las escalas DES (Desesperanza), PA (Preocupación Ansiosa) y EC (Evitación Cognitiva), todas con cargas altas y significativas. Este factor representaría el constructo "Maladaptativo".

Factor 2: Incluye EL (Espíritu de Lucha) y, en menor medida, FAT (Fatalismo). Este factor parece reflejar un constructo "Adaptativo".

La proporción de varianza no explicada por los factores es relativamente baja para PA, EC y EL, lo que indica que estas escalas están bien representadas por los factores. En el caso de DES y FAT son algo más altas, lo que puede significar que parte de su varianza no es capturada por la solución

factorial. El contraste del modelo ( $\chi^2 = 0.105$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.746$ ) indica un buen ajuste de la solución de dos factores a los datos.

Los resultados del AFE sugieren que las escalas del miniMAC se organizarían en dos dimensiones latentes: "Maladaptativo" (DES, PA y EC) y "Adaptación" (EL y FAT). La carga cruzada de Fatalismo indica cierta ambigüedad en su rol, lo que podría reflejar su naturaleza dual (aceptación pasiva o actitud estoica). La alta proporción de varianza explicada (64.7%) y el buen ajuste del modelo respaldan la validez de esta estructura bifactorial. El AFE proporcionó evidencia empírica de una estructura bifactorial que sirvió como base para el AFC.

Se aplicó el AFC a tres modelos:

#### **Modelo 1**

Maladaptativo =~ DES + PA + EC

Adaptación =~ EL + FAT

Maladaptativo ~~ Adaptación

#### **Modelo 2**

Maladaptativo =~ DES + PA

Adaptación =~ EL + EC

Maladaptativo ~~ Adaptación

#### **Modelo Original (Watson et al., 1988)**

AD =~ DES + PA + EL + EC + FAT

Los modelos se estimaron mediante el método MLR (Maximum Likelihood with Robust standard errors) para manejar la no normalidad de los datos. Los índices de ajuste se reportan en las Tablas 12 y 13.

**Tabla 12***Índices Comparativos entre Modelos*

	n(Parámetros)		Contraste de referencia			Contraste de diferencias		
	Total	Libres	$\chi^2$	gl	p	$\Delta\chi^2$	$\Delta gl$	p
Mod.2	10	10	1.608	1.00	0.205			
Mod.1	11	11	12.610	4.00	0.013	11.349	3	0.010
Orig.	9	9	33.058	5.00	< .001	20.182	1	< .001

**Tabla 13***Índices de Ajuste*

Índice	Original	Modelo 1	Modelo 2
Índice de Ajuste Comparativo (CFI)	0.760	0.926	0.993
Índice de Tucker-Lewis (TLI)	0.521	0.816	0.959
Índice de ajuste normalizado de Bentler-Bonett (NFI)	0.740	0.901	0.983
Índice de ajuste relativo de Bollen (RFI)	0.480	0.752	0.899
Índice de ajuste incremental de Bollen (IFI)	0.770	0.930	0.994
Índice de no centralidad relativa (RNI)	0.760	0.926	0.993
Error cuadrático medio de aproximación (RMSEA)	0.265	0.164	0.087
RMSEA 90 % IC límite inferior	0.188	0.073	0.000
RMSEA 90 % IC límite superior	0.348	0.263	0.294
Valor p de RMSEA	9.96×10 <sup>-6</sup>	0.025	0.258
Raíz del error cuadrado medio estandarizado (RECMS, SRMR)	0.135	0.079	0.030
N crítico de Hoelter ( $\alpha = .05$ )	24.480	53.964	145.916
N crítico de Hoelter ( $\alpha = .01$ )	32.998	75.115	251.297
Índice de bondad de ajuste (GFI)	0.837	0.938	0.987
Índice de ajuste de McDonald (IMF)	0.815	0.937	0.993
Índice de validación cruzada esperado (ECVI)	0.721	0.454	0.252

Nota. Los indicadores del ajuste se basan en el estadístico de prueba escalado.

El Modelo original mostró un ajuste deficiente, con un  $X^2$  significativo, CFI y TLI por debajo de lo esperable, y un RMSEA elevado, lo que traduce un mal ajuste a los datos. El Modelo 1 mostró un mejor ajuste. El CFI y TLI se acercaron a los valores aceptables, y el RMSEA disminuyó, indicando

apenas un ajuste moderado. El SRMR se ubicó cerca del umbral de buen ajuste. El Modelo 2, en cambio, presentó el mejor ajuste global, con un  $X^2$  no significativo, los CFI y TLI fueron los más altos, y el RMSEA estuvo dentro del rango aceptable. El SRMR fue muy bueno, y el AIC y BIC fueron los más bajos, indicando mayor parsimonia y mejor ajuste.

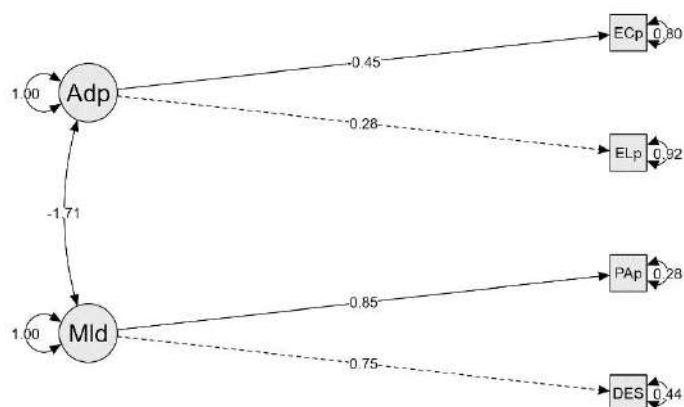
En relación a la fiabilidad, el Modelo original mostró un coeficiente  $\omega$ : 0.774, el Modelo 1 coeficiente  $\omega$ : 0.848 para el factor “Maladaptativo” y -0.020 para “Adaptación”, en tanto que el Modelo 2 tuvo un coeficiente  $\omega$ : 0.790 y 0.066 respectivamente. Respecto a las cargas factoriales y las varianzas del error, el Modelo original mostró indicadores significativos en AD ( $p < 0.006$ ), con valores altos para PA (0.901) y EC (0.757). EL presentó una carga negativa (-0.363). Las varianzas de error fueron altas para EL y FAT (0.869) lo que indica baja precisión. El Modelo 1 mostró cargas altas y significativas en el factor “Maladaptativo” (DES=0.721, PA=0.887, EC=0.760;  $p < 0.001$ ), mientras que el factor “Adaptación” evidenció cargas no válidas en EL y FAT. La covarianza negativa entre factores (-0.726,  $p < 0.001$ ) apoya la distinción entre afrontamiento adaptativo y maladaptativo. Finalmente, en el Modelo 2 el factor “Maladaptativo” tuvo cargas robustas y significativas (DES=0.750, PA=0.849,  $p < 0.001$ ), pero el factor “Adaptación” mostró cargas bajas y no significativas (EL=0.280,  $p = 0.082$ ) o negativas (EC=-0.453,  $p = 0.052$ ), lo que deja en evidencia problemas en la definición del constructo. La covarianza entre factores fue significativa pero problemática (-1.708,  $p = 0.031$ ), indicando posible sobreajuste.

Los resultados indican que el Modelo 2 mostró el mejor ajuste estadístico, con índices de bondad de ajuste (CFI, TLI, RMSEA, SRMR) dentro de los rangos recomendados y los valores más bajos de AIC y BIC, mostrando mayor parsimonia y adecuación a los datos. Sin embargo, la fiabilidad del factor “Adaptación” en el Modelo 2 es problemática, lo que sugiere descartarlo como medida de Adaptación. Esto se sitúa en línea con referencias bibliográficas ya mencionadas al presentar el instrumento en el capítulo II (Andreu Vaillo et al., 2018; Anagnostopoulos et al., 2006). En cambio, el

factor “Maladaptativo” mostró fiabilidad adecuada y cargas factoriales robustas, lo que lo convierte en un indicador fiable para su valoración.

**Figura 19**

*Diagrama de Ruta AD*



En consonancia con las críticas referidas por la literatura especializada, el AFC presentado aquí deja en evidencia las inconsistencias que plantean las escalas EL, EC y FAT. Por tanto, y en razón de los resultados obtenidos de la comparación de los tres modelos, se asume el cálculo de la variable latente AD a partir de las escalas DES y PA, sin tomar en consideración las restantes escalas: Cuanto menor el puntaje en AD, mejor la Adaptación a la enfermedad.

### Apéndice C:

#### Estadísticos Descriptivos e Inferenciales de las Variables Observadas

	Grupo Intervención		Grupo Control		U	z	p	TE
	Pre	Post	Pre	Post				
	X(DS)	X(DS)	X(DS)	X(DS)				
DEP	5.58 (5.476)	1.58 (2.230)	5.6 (5.922)	6.13 (5.867)	382500	-4.083	0.001	1.387
ANS	5.4 (5.513)	1.55 (2.230)	6.45 (5.406)	4.87 (5.180)	480500	-3.165	0.002	0.788
STR	8.60 (5.790)	3.55 (3.796)	8.35 (5.304)	8.92 (5.837)	369000	-4.171	0.000	1.213
DES	15.92 (4.17)	13.93 (2.76)	15.53 (4.44)	15.75 (3.56)	532.00	-2.601	0.009	0.573
PA	20.95 (5.26)	18.78 (3.34)	21.53 (5.37)	22.18 (4.41)	414.00	-3.730	0.000	0.869
EL	11.98 (1.86)	12.45 (1.58)	12.12 (2.42)	11.7 (1.42)	624.00	-1.757	0.079	0.499
EC	10.83 (2.79)	9.85 (2.60)	10.8 (2.42)	10.9 (2.41)	592.00	-2.034	0.042	0.419
FAT	14.75 (2.66)	14.22 (2.52)	14.8 (2.50)	14.6 (2.21)	752.50	0.461	0.644	0.159

Nota: X: media; DS: desvío estándar; U: prueba U de Mann Withney; z: puntaje z; p: p.valor. TE: tamaño del efecto; DEP: Depresión; ANS: Ansiedad; STR: Estrés; DES: Desesperanza; PA: Preocupación Ansiosa; EL: Espíritu de Lucha; EC: Evitación Cognitiva; FAT: Fatalismo.