

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DOCTORADO EN PSICOLOGÍA



UNIVERSIDAD NACIONAL
de MAR DEL PLATA
.....

***“EFICACIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA
MEJORAR LA ADAPTACIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO A
LA SITUACIÓN DE ENFERMEDAD”***

Lic. Alicia María Massone

DNI N° 20.040.418

Tesis para alcanzar el grado de Doctor en Psicología

Por Lic. Alicia María Massone.

Director: Dr. Darío M. LLull (UNMdP)

Mar del Plata, 2014

Dedicatoria

A Fernando, amor de mi vida y compañero incondicional.

A Lucas y Ana Belén porque la ilusión y el orgullo que pusieron en esta tesis, me propulsaron en los momentos más difíciles y fortalecieron mi compromiso.

A mis padres, Ana María y Héctor, por enseñarme a levantarme y seguir andando, por estimular mi optimismo y en él la ciega convicción de que SE PUEDE.

A Ana María, Mariana, Walter y Cristina por forjar mi historia personal con la temática de este estudio.

A la vida, por enseñarme a pelear por ella.

Agradecimientos

Quisiera agradecer a todas aquellas personas e instituciones que me han apoyado en la concreción de este desafío académico, profesional y personal que hoy culmino.

Al Dr. Darío LLull, por su compromiso, orientación y acompañamiento a lo largo de todo este arduo proceso académico y personal.

Al Dr. Sebastián Urquijo por su apoyo generoso y su mirada optimista, y a mis compañeros de la cátedra Psicología Cognitiva, por compartir mi vida académica. A Carolina Grossi, por su ayuda e interesantes sugerencias.

A la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata por brindarme la formación y capacitación para materializar este proyecto y alcanzar su concreción.

Al Sanatorio Central EMHSA y al Dr. Fidel, por la confianza que depositó en mí para la realización del trabajo de campo de este estudio; al Dr. Ignacio Casarini, por brindarme de manera desinteresada, comprometida y entusiasta el acceso a la muestra clínica y a la Licenciada en enfermería Andrea Daniele, por su activa e indispensable participación en la implementación cotidiana del trabajo de campo.

A los pacientes que ofrecieron su participación, por dejarme compartir con ellos su doloroso y desafiante Proceso de Renovación.

Al Dr. Pablo Capellino porque sus palabras esperanzadoras fueron indispensables para sostener sin prisa pero sin pausa este trabajo, aún en momentos difíciles de mi vida.

A Fernando, Lucas y Ana Belén, porque la alegría y el apoyo que me brindan me dan la fortaleza necesaria para seguir adelante y siempre con una sonrisa.

A mi papá y mi mamá por su ejemplo de vida y por confiar en mí aún más que yo misma. A mis hermanos, cuñados y sobrinos porque gracias a su cariño, paciencia y ayuda he podido concretar este proyecto.

A mis queridos amigos Marisa, Mariana, Silvia, Cristina, Verónica, Delia, Roberto, Alejandro y Sergio porque este trabajo no hubiera sido posible sin su apoyo emocional.

A todas y cada una de estas personas, de corazón Muchas Gracias!!!!.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria/ Agradecimientos	3
Resumen	11
INTRODUCCIÓN	12
1. Fundamentación	13
2. Justificación	15
CAPITULO I	20
1. IMPACTO DEL CÁNCER SOBRE LA ESTABILIDAD EMOCIONAL	21
1.1. Definiciones y postura adoptada.	21
1.2. Aspecto funcional de la adaptación al cáncer	24
1.2.1. Al recibir el diagnóstico	25
1.2.2. Al inicio del tratamiento	26
1.2.3. En el post-tratamiento	26
1.2.4. Durante la recidiva	27
1.2.5. Supervivencia	27
1.3. Factores moduladores de la adaptación al cáncer	29
1.3.1. Variables relativas a la influencia de factores socioculturales	29
1.3.2. Variables médicas	30
1.4. Modelos teóricos de adaptación al cáncer	31
1.4.1. Modelos pioneros	35
1.4.1.0. Modelo de Lipowsky	36
1.4.1.1. Modelo de Lazarus y Folkman (1984)	38
1.4.1.2. Modelo de Ajuste Psicológico al Cáncer de Moorey y Greer (1989)	39
1.4.2. Modelos actuales	41
1.4.2.1. Reformulación y actualización del modelo de Folkman (2000)	42
1.4.2.2. Modelo de Holland (2002)	42
1.5. Adaptación y Calidad de Vida	44
CAPÍTULO II. REVISIÓN DE INTERVENCIONES EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD	48
2. Intervención psicológica para pacientes oncológicos	49
2.1. Tipos de intervención	49
2.2. Objetivos de las intervenciones	51
2.3. Intervenciones basadas en psicología positiva	53
2.3.1. Tipos de intervenciones positivas	54
2.3.1.1. Intervenciones positivas sobre el pasado	54
2.3.1.2. Intervenciones positivas sobre el futuro	57

2.3.2. Los límites de las intervenciones positivas	59
2.3.3. Intervenciones positivas en pacientes con cáncer	60
2.3.4. Intervenciones positivas validadas experimentalmente	63
2.4. Eficacia de las intervenciones psicosociales en pacientes oncológicos	64
CAPITULO III. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN POSITIVO (PROA)	67
3. Diseño del programa PROA	68
3.1. Introducción	68
3.2. Descripción de las etapas del diseño del programa	69
3.2.1. Primera etapa. Diagnóstico de las necesidades del paciente	70
3.2.2. Segunda etapa. Adecuación persona-actividad	70
3.2.3. Tercera etapa. Adecuación objetivo-estrategia positiva	71
3.3. Contenidos del PROA	72
3.3.1. Contenidos transversales	72
3.3.2. Contenidos específicos	73
3.3.2.1. Primera sesión	73
3.3.2.2. Segunda sesión	75
3.3.2.3. Tercera sesión	77
3.3.2.4. Cuarta sesión	78
3.3.2.5. Quinta sesión	79
CAPITULO IV. METODOLOGÍA	81
4.1. Objetivos del estudio	82
4.2. Hipótesis	83
4.3. Diseño metodológico	83
4.4. Muestra	85
4.4.1. Criterios de Inclusión.	88
4.4.2. Caracterización de la muestra según grupos.	89
4.4.2.1. Grupo sin intervención o de control	89
4.4.2.2. Grupo con intervención o experimental	92
4.5. Procedimiento	96
4.5.1. Conformación del Grupo Control (GC)	97
4.5.2. Conformación del Grupo Experimental (GE)	97
4.6. Instrumentos	98
4.6.1. Entrevista semi-estructurada	98
4.6.2. KPS (<i>Performance Status de Karnofsky</i>)	98
4.6.3. Índice de Keele.	99
4.6.4. Optimismo	99

4.6.4.1. Estudio de la Fiabilidad del cuestionario LOT-R	100
4.6.5. Estabilidad Emocional	101
4.6.5.1. Estudio de la Fiabilidad del cuestionario HAD	101
4.6.6. Afrontamiento	101
4.6.6.1. Estudio de la Fiabilidad del cuestionario MAC	104
4.6.7. Calidad de Vida	105
4.6.7.1. Estudio de la Fiabilidad de la Escala FACT.	105
4.7. Plan de análisis de resultados	108
CAPITULO V: RESULTADOS	109
5. Resultados	110
5.1. ESTABILIDAD EMOCIONAL	113
5.1.1. Ansiedad	113
5.1.2. Depresión	115
5.2. CALIDAD DE VIDA	117
5.2.1. Bienestar Emocional (BE)	118
5.2.2. Bienestar Social (BS)	119
5.2.3. Bienestar Funcional (BFu)	121
5.2.4. Bienestar Físico (BF)	122
5.2.5. Calidad de Vida como medida global (CV)	124
5.3. AFRONTAMIENTO	126
5.3.1. Preocupación Ansiosa (PA)	126
5.3.2. Desamparo (D)	128
5.3.3. Fatalismo (F)	130
5.3.4. Negación (N)	131
5.3.5. Espíritu de Lucha (EL)	132
CAPITULO VI: CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN	137
6. Conclusión	138
6.1. Discusión según las hipótesis del estudio	138
6.2. Análisis de la eficacia del Programa de Intervención PROA	142
6.3. Limitaciones del estudio	145
6.4. Futuras líneas de desarrollo	146
Reflexión Final	147
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	148
ANEXOS	176

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Localización Tumoral en la muestra total	86
Gráfico 2. Estado Civil de la muestra total	86
Gráfico 3. Cantidad de hijos para la muestra total	87
Gráfico 4. Nivel educativo de la muestra total	87
Gráfico 5. Estado Civil del grupo de control	89
Gráfico 6. Número de hijos del grupo de control	90
Gráfico 7. Nivel educativo del grupo de control	90
Gráfico 8. Frecuencia de localización tumoral en el grupo de control.	91
Gráfico 9. Índice de capacidad física (KFP) del grupo control	91
Gráfico 10. Índice de dolor del grupo control	92
Gráfico 11. Estado civil del grupo experimental.	93
Gráfico 12. Cantidad de hijos en el grupo experimental	93
Gráfico 13. Nivel educativo en el grupo experimental	94
Gráfico 14. Frecuencia de localización tumoral	94
Gráfico 15. Índice de dolor en el grupo experimental	95
Gráfico 16. Índice de capacidad física en el grupo experimental	95

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de Holland (2002)	43
Figura 2. Modelo de calidad de vida de Schwartzman (2003)	47
Figura 3. Análisis de la primera sesión del PROA	74
Figura 4. Análisis de la segunda sesión del PROA	76
Figura 5. Análisis de la tercera sesión del PROA	77
Figura 6. Análisis de la cuarta sesión del PROA	78
Figura 7. Análisis de la quinta sesión del PROA	79
Figura 8. Resumen de Instrumentos de evaluación	107
Figura 9. Resumen de los resultados de ansiedad	115
Figura 10. Resumen de los resultados de depresión	117
Figura 11. Resumen de resultados de bienestar emocional	119
Figura 12. Resumen de resultados de bienestar social	120
Figura 13. Resumen de resultados de bienestar funcional	122
Figura 14. Resumen de los resultados de bienestar físico	124
Figura 15. Resumen de los resultados para calidad de vida	126
Figura 16. Resumen resultados de preocupación ansiosa	128
Figura 17. Resumen de resultados de desamparo	129
Figura 18. Resumen de resultados de fatalismo	131
Figura 19. Resumen de resultados de negación	132
Figura 20. Resumen de los resultados de espíritu de lucha	133

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características Sociodemográficas/clínicas de los grupos	110
Tabla 2. Estadísticos descriptivos de las variables para la muestra total	111
Tabla 3. Estadísticos descriptivos de las variables pretest y post-test	111
Tabla 4. Prueba de comparación de muestras independientes t Student	112
Tabla 5. Pruebas de comparación de Mann-Whitney para Negación y BS	112
Tabla 6. Comparación de la ansiedad pre y post-test en cada grupo	114
Tabla 7. Comparación entre grupos de promedios de ansiedad	115
Tabla 8. Comparación de las medidas de depresión pre y post	116
Tabla 9. Comparación entre grupos de los valores promedios de depresión	117
Tabla 10. Comparación de las medidas de bienestar emocional pre y post	118
Tabla 11. Comparación de medias de bienestar emocional entre grupos	119
Tabla 12 Estadístico de contraste U de Mann-Whitney	120
Tabla 13. Comparación de medias de bienestar funcional pre y post	121
Tabla 14. Comparación de medias de bienestar funcional entre grupos	122
Tabla 15. Comparación de medias de bienestar físico pre y post	123
Tabla 16. Comparación de medias de bienestar físico entre grupos	124
Tabla 17. Comparación de medias de calidad de vida pre y post	125
Tabla 18. Comparación de las medias de calidad de vida entre grupos	125
Tabla 19. Comparación de las medidas de preocupación ansiosa pre y post	127
Tabla 20. Comparación de preocupación ansiosa entre grupos	127
Tabla 21. Comparación de medias de desamparo dentro de cada grupo	129
Tabla 22. Comparación entre-grupos para los valores de desamparo	129
Tabla 23. Comparación de medias de fatalismo dentro de cada grupo	130
Tabla 24. Comparación de medias de fatalismo entre grupos	131
Tabla 25. Estadístico de contraste Mann-Whitney	132
Tabla 26. Comparación del espíritu de lucha en cada grupo	133
Tabla 27. Comparación de las medidas de espíritu de lucha entre-grupos	133
Tabla 28. Tamaño del efecto entre-grupos	135
Tabla 29. Tamaño del efecto del GE	136

Resumen

La adaptación al cáncer es un proceso dinámico en el que la persona trata de manejar el sufrimiento y dominar los acontecimientos vitales relacionados con la enfermedad; es un conjunto de respuestas orientadas a reajustar el comportamiento ante los cambios internos y externos asociados a padecer cáncer (NCI, 2012).

La adaptación normal es un constructo multidimensional cuyo criterio para valorarla consiste en evaluar el estado de la persona según su calidad de vida, estabilidad emocional, síntomas físicos, funcionalidad social y estilo de afrontamiento (Andrés, Torrico, & Remesal, 2012; Rodríguez Fernández, 2013; Lostaunau, 2014).

Este estudio se propone evaluar el efecto de un programa de intervención grupal sobre la adaptación del paciente oncológico a la situación de enfermedad. Se considera que dicho programa potencia la habilidad de adaptación del paciente que transita la primera etapa de la trayectoria de la enfermedad oncológica.

El estudio se encuadra en un diseño cuasi-experimental con grupo experimental y cuasi-control con medidas repetidas pretest y posttest, evalúa las variables afrontamiento, calidad de vida y estabilidad emocional en un grupo de adultos con enfermedad oncológica no hospitalizados y bajo tratamiento médico activo, según la localización de la neoplasia conforma una muestra mixta.

Los resultados obtenidos muestran un efecto favorable y beneficioso del programa sobre la adaptación a la enfermedad en las personas bajo estudio.

INTRODUCCIÓN

...“Cuando el cielo desea conferir una gran responsabilidad a cualquier hombre, ejercitará su mente con sufrimiento, someterá sus nervios, expondrá su cuerpo al trabajo duro, pondrá obstáculos en el camino de sus acciones para estimular la mente, endurecer su naturaleza y mejorarlo donde sea que fuere incompetente”...

Wu Chuang Tzu, 1963.

1. Fundamentación.

El cáncer es una enfermedad crónica que se desarrolla en múltiples fases y por un período prolongado de tiempo, conlleva la modificación del curso natural de la vida y demanda a quien la padece nuevas pautas de adaptación, indispensables para manejar los estresores físicos, sociales, laborales y financieros que produce.

Según la *International Agency for Research of Cancer* (IARC, 2010) en correspondencia con el Informe del Banco de Desarrollo Interamericano (BID, 2011), la tasa de incidencia de cáncer en Argentina -ajustada por edad a la población mundial- es de 206,3 por cada 100.000 personas y se diagnostican 104.900 casos nuevos al año. Según registros internacionales, la Argentina se encuentra en un nivel medio-alto de incidencia de cáncer y se estiman más de 200.000 nuevos casos para el año 2020 (Sánchez, Hernandez & Villavicencio, 2011).

Los registros poblacionales del cáncer son imprescindibles para conocer su incidencia, prevalencia, tasa de supervivencia, así como también para implementar políticas públicas de intervención y abordaje (Tyczynski, Demaret & Parkin, 2003). En Argentina no existen registros nacionales de datos epidemiológicos del cáncer, recientemente se creó el *Sistema de Vigilancia Epidemiológica y Reporte del Cáncer* (SIVER-Ca) pero todavía no existen reportes de datos sistematizados y regulares sobre la enfermedad en nuestro país (Faure, Soutello, Farjat & Juvenal, 2012).

A nivel mundial, se diagnostican anualmente alrededor de 6,35 millones de casos nuevos, con una incidencia global de 143 por 100.000 habitantes y más del 60% ocurrirán en países de bajos y medianos ingresos (Siegel, Naishadham, & Jemal, 2012).

Dada la alta incidencia de la enfermedad y el incremento exponencial de casos proyectados a futuro, el abordaje psicosocial de estos pacientes debiera ser un tema prioritario en las agendas de los sistemas de salud públicos y privados de nuestro país.

Según los últimos estudios reportados por la *International Society of Psycho-Oncology* (Holland, Watson, & Dunn, 2010) el 45% de los pacientes oncológicos sufren malestar emocional, en tanto perciben que las demandas de la nueva situación son demasiado altas o que sus recursos son escasos para responder eficazmente a dicha demanda.

Asimismo, la última actualización de las Guías de Práctica Clínica de la *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN, 2010) revela que el 50% de los pacientes recién diagnosticados expresan malestar emocional significativamente alto y afirma que todos los pacientes con cáncer experimentan algún nivel de *distres* o malestar emocional durante la trayectoria de la enfermedad, que si no es detectado y tratado en la etapa más temprana de la enfermedad tiene un potencial efecto negativo sobre la morbilidad y mortalidad, cronificación, calidad de vida y adherencia y/o duración del tratamiento médico (Lostaunau Calero, 2014).

Para Hoffman, Zevon y D'arrigo (2004) el sufrimiento psicológico se presenta a lo largo de un continuo que abarca desde aspectos de la adaptación normal, como proceso de ajuste constante en el que cada paciente trata de manejar el sufrimiento, hasta un estilo de afrontamiento desadaptativo caracterizado por sentimientos de indefensión, desesperanza, resignación y pasividad.

La adaptación normal o exitosa se la asocia con: percepción positiva del propio estado de salud o bienestar subjetivo, estabilidad emocional, experiencia subjetiva de una buena calidad de vida y bajo nivel de afrontamiento pasivo/evitativo (Pearlin & Schooler, 1978; Schnoll, Knowles & Harlow, 2002; Camacho, Andrade, & de Valderrama, 2007).

Los factores que inciden en el proceso de adaptación (Rodríguez, & Font, 2004; Fawzy, 1999) se clasifican según, (a) *condicionantes objetivos*: estadio del tumor, curso de la enfermedad, efectos adversos de los tratamientos; (b) *condicionantes subjetivos*: percepción de los propios recursos, personalidad, optimismo y (c) *condicionantes socioculturales*: ligados a asociar la enfermedad a sufrimiento, deterioro y muerte.

2. Justificación.

Si bien hay evidencia del impacto del cáncer y de la necesidad del paciente de actualizar sus recursos adaptativos durante los diferentes estadios de la enfermedad (Jacobsen, & Jim, 2008), son escasos los reportes de estudios empíricos que indagan si, cómo y por qué las intervenciones psicosociales son efectivas para personas con diagnóstico médico de cáncer.

Según la *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life*, (EORTC, 2012) no existe criterio unificado y transcultural para el abordaje de esta tipología de pacientes.

La atención psicológica del paciente con cáncer es un tema controvertido, sólo el 20% de las instituciones miembro de la *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) evalúan el malestar emocional de todos los pacientes como las directrices lo recomiendan; el 60% declaran estar en etapa de procedimiento piloto y un 20% sólo evalúan y asisten a aquellos pacientes que demandan apoyo (Jacobsen, & Ransom, 2007; Desch, McNiff, Schneider, Schrag, McClure, Lepisto, & Edge, 2008).

A nivel nacional no existe un protocolo para el abordaje psicológico del paciente oncológico, el malestar emocional no se evalúa o queda librado a entrevistas no estandarizadas dentro de las revisiones clínicas de rutina; este déficit se atribuye a la escasez de recursos humanos y materiales (Faure, Soutelo, Faraj, & Juvenal, 2012).

Las intervenciones psicosociales que abordan el malestar emocional de estos pacientes son en su mayoría americanas y responden a objetivos diversos; algunas abordan la patología psicológica (Larson, & Wood, 2004; Carlson, Speca, Patel, & Goodey, 2003) y otras trabajan sobre la potenciación de los recursos psicológicos del paciente (Spiegel, Butler, Giese-Davis, & Kraemer, 2007); Fawzy, 1999; Seligman, Rashid & Parks, 2006; Font & Rodriguez, 2007; Vázquez, Hervás, Rahona, & Gómez, 2009).

Asimismo, la determinación de la eficacia de las intervenciones psicosociales para pacientes oncológicos, es objeto de análisis constante. Los meta-análisis estiman un tamaño medio del efecto moderado de 0.40 sigmas para los estudios con alta calidad metodológica (diseños con grupo de control equivalente) y 0.37 para los de menor calidad (Raingruber 2011; Rassmussen, Scheier & Greenhouse, 2009).

Estos estudios arrojan resultados no concluyentes, controvertidos y contradictorios que pueden atribuirse a diversas cuestiones: escaso número de investigaciones, amplia diversidad en los instrumentos de evaluación, variación en las condiciones del tratamiento médico-clínico (etapa del cáncer, tipo de tratamiento, localización, edad, origen racial) y/o dudosa calidad metodológica.

Dadas estas controversias se sugiere que clínicos e investigadores interesados en el diseño de intervenciones psicosociales para pacientes oncológicos y en la medición de su eficacia, implementen estudios que se fundamenten en los resultados de investigaciones anteriores; en el uso de instrumentos de medida comparables y que adhieran a las directrices establecidas por estándares de calidad de la investigación establecidos, p. ej. en las guías de *Consolidated Standards of Reporting Trials* (Schulz, Altman, & Moher, 2010).

Con un enfoque socio-cultural, Vera-Villaroel y Mustaca (2006) describen las dificultades de los estudios latinoamericanos para cumplir con las directrices establecidas por los estándares de calidad. Hacen una revisión bibliométrica de las investigaciones basadas en la evidencia, publicadas en revistas chilenas y argentinas entre 1990 y 2005, los resultados revelaron un escaso número de investigaciones sobre intervenciones clínicas, sólo el 6% de la producción chilena y el 2% de la producción argentina se dedican a validar o buscar evidencia empírica respecto de técnicas o programas de intervención terapéutica.

Además, ninguna publicación reúne todos los requisitos de eficacia establecidos por Chambles y Ollendick (2001) y por Seligman (1995). Respecto a los criterios de Seligman et al., (1995) el aspecto más recurrente, que cumple más de la mitad de la muestra argentino/chilena,

es fijar un número determinado de sesiones, seguido por la tendencia a especificar claramente la intervención. Sin embargo, los requisitos que menos se cumplen respecto a la constitución de la muestra son: número de sujetos y asignación al azar; y respecto del diseño: grupo experimental/de control. A partir de estos resultados, Vera-Villaruel et. al., (2006) concluyen que los estudios nacionales pueden resistir un análisis sobre la efectividad, pero no sobre la eficacia y menos sobre la eficiencia.

Dado lo expuesto hasta aquí, la elección del tema de esta tesis se fundamenta y justifica en: la epidemiología del cáncer; el impacto psicológico que produce; la escasez de criterios sólidos sobre cómo intervenir en estos pacientes; la inexistencia de reportes sistemáticos nacionales sobre la temática; y la insuficiente evidencia científica sobre la eficacia de las intervenciones en oncología.

En virtud del panorama descrito, esta tesis se propone desde el enfoque de la psicología positiva, diseñar y evaluar los efectos de un programa de intervención grupal sobre la adaptación psicológica del paciente oncológico, adulto y ambulatorio, durante la primera etapa de la enfermedad -diagnóstico y tratamiento primario activo-.

El presente reporte de tesis está estructurado en seis capítulos y referencias bibliográficas y anexos; el marco teórico comprende el capítulo I que describe el impacto del diagnóstico oncológico sobre la estabilidad emocional y desarrolla los modelos teóricos de adaptación al cáncer desde una mirada histórica.

El capítulo II presenta una revisión de las intervenciones psicosociales en psicología de la salud, aborda las distintas tipologías de intervención y el análisis de eficacia; el capítulo III, describe el programa de intervención para la adaptación de pacientes con cáncer a la situación de enfermedad (PROA), una introducción general, características del diseño y los contenidos de cada sesión. La parte empírica se estructura en tres capítulos, el capítulo IV que desarrolla aspectos básicos de la metodología del estudio; el capítulo V sobre resultados y finalmente el capítulo VI presenta la conclusión y discusión de resultados.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

Nosotros no somos nosotros mismos cuando la naturaleza ordena al espíritu: sufrir con el cuerpo.

William Shakespear, 1872.

1. IMPACTO DEL CÁNCER SOBRE LA ESTABILIDAD EMOCIONAL DEL PACIENTE. UNA MIRADA DESDE EL PROCESO DE ADAPTACIÓN.

1.1. Definiciones y postura adoptada.

Recibir un diagnóstico oncológico representa para la persona un período de crisis que marca importantes cambios en su vida (Taylor, et al., 2003); surgen sensaciones de incredulidad y shock que luego se transforman en desesperación, desesperanza y angustia por la incertidumbre acerca de su futuro y la posibilidad de perder la vida (Flores Alarcon, 2006; Mesenguer, 2003). El paciente vivencia la vulnerabilidad de su condición humana al tener que sobrellevar los síntomas y efectos secundarios de los tratamientos (Bayés, & Morera, 2000; Spencer, Carver & Price, 1998). También debe adaptarse a una serie de alteraciones en su estilo de vida y a la necesidad de crear nuevos hábitos (Barroilhet, Forjaz, & Garrido, 2005).

Los estudios que examinan la prevalencia de los trastornos mentales en enfermos de cáncer revelan que la mayoría de los pacientes no satisfacen criterios diagnósticos para ningún trastorno mental específico; no obstante muchos presentan una variedad de respuestas emocionales bastante complejas (Derogatis, Morrow, & Fetting 1983; Massie & Holland., 1989; Bisson & Chubb, 2002). El cáncer dispara miedos y sensaciones intensas relacionadas con el dolor y la muerte, promotoras de inestabilidad emocional, malestar y sufrimiento.

El malestar emocional es una experiencia emocional desagradable, de naturaleza psicológica (cognitiva, emocional, conductual), social y/o espiritual que puede interferir con la capacidad de afrontamiento de los síntomas físicos del cáncer y de su tratamiento (Zabora, 1998), se manifiesta a lo largo de un continuo que abarca desde aspectos de la adaptación normal, incluidos en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (en adelante DSM) hasta un nivel cercano, aunque inferior al de trastornos mentales diagnosticables (APA, 2000).

Desde el *Nacional Cancer Institute* (NCI, 2012) se plantea la adaptación al cáncer como un proceso de constante dinamismo, durante el que cada paciente trata de manejar el sufrimiento, solucionar problemas y obtener el dominio de los acontecimientos vitales relacionados con la enfermedad. Desde este punto de vista, la adaptación normal se asocia al mínimo deterioro en lo cotidiano, interpersonal y laboral (Brenan, 2001). En este sentido, se trata de una serie de respuestas tendientes a reajustar el comportamiento ante los cambios internos y externos asociados a tener cáncer (Spencer et al., 1998; Barroilhet et al., 2005).

A nivel conceptual, la adaptación es un constructo multidimensional que incluye el bienestar emocional, bienestar físico, bienestar funcional (capacidad de realizar actividades de la vida diaria) y la actuación social. En cuanto a la medición del constructo en población oncológica, el criterio para valorarla consiste en evaluar el estado de la persona considerando su calidad de vida, estabilidad emocional, síntomas físicos, funcionalidad social y estilo de afrontamiento (Font et al., 2004; Vindel, 2005; Rodríguez et al, 2007; LLull, 2009; Andrés-Villas, Torrico, & Remesal, 2012; Rodríguez Fernandez, 2013; Lostaunau Calero, 2014).

Así, las personas que son estables emocionalmente manejan mejor las dificultades cotidianas y expresan baja evidencia de síntomas de ansiedad y depresión, tienden a reaccionar ante las dificultades de forma moderada y aunque experimenten emociones negativas, estas son menos intensas y menos duraderas que las que experimentan las personas emocionalmente inestables.

Los estudios longitudinales de Mitchell, Busenitz, Bird, y Morse, (2007) y el de Jacobson y Kendler, (2005) mostraron que la inestabilidad emocional se evidencia durante toda la trayectoria de la enfermedad, detección, diagnóstico, tratamiento, recidiva, y se manifiesta con elevados niveles de ansiedad y depresión. Más recientemente, Turner et al., (2011) y también Fischer y Wedel (2012) avalaron estos resultados y demostraron que de acuerdo a los criterios del DSM entre un 30-40% de los pacientes evaluados mediante una entrevista clínica estructurada, presentan depresión, ansiedad y/o trastorno adaptativo; también existe evidencia del impacto de los tratamientos médicos sobre la estabilidad psicosocial del paciente oncológico (JNCCN, 2007), la cirugía, radioterapia y quimioterapia desatan síntomas de ansiedad, depresión, estrés, deterioro de la calidad de vida, tendencia al aislamiento y dificultades de adaptación (Rodriguez, et al., 2005; LLull, et al., 2008; Wood, Molassiotis, & Payne, 2011; Campos-Rios, 2013).

1.2. Aspecto funcional de la adaptación al cáncer.

Las reacciones adaptativas que expresan los pacientes se relacionan con la necesidad de hacer frente al dolor y las dificultades cotidianas, como así también con la necesidad de mantener un cierto equilibrio emocional y afrontar la incertidumbre sobre el futuro que la enfermedad trae aparejadas. Enfrentar la enfermedad no es un evento aislado sino un proceso con diferentes etapas, de duración variable y diversas emociones asociadas. Según Rowland (1989), estas fases se clasifican en:

- Fase inicial o aguda, se da luego de transmitido el diagnóstico, se caracteriza por una respuesta inicial de desconcierto, incredulidad, negación del diagnóstico, desesperanza y anticipación del dolor; la alteración de las actividades cotidianas, sociales y laborales generan disminución de la percepción de autoeficacia.
- Fase intermedia, se caracteriza por una respuesta de disforia malestar, irritabilidad, ansiedad, anorexia, insomnio, falta de concentración, rumiación sobre pensamientos dolorosos y miedo a la muerte. Se expresa también sentimiento de preocupación por la familia y en general trae aparejada una ruptura con el estilo de vida anterior.
- Fase de adaptación, la persona acepta la situación de enfermedad, se muestra más optimista y pone en marcha mecanismos de afrontamiento.

Desde el punto de vista teórico, el modelo de adaptación a la enfermedad oncológica de Folkman y Greer (2000) y actualizado por Holland (2002), también asume que la adaptación toma características y modalidades distintas en cada momento de la trayectoria de la enfermedad. Postula que si el paciente sostiene con persistencia y autodeterminación un sistema de creencias flexible y activo espontáneamente o por medio de una intervención psicológica, al mismo tiempo que acepta la cooperación de personas significativas de su entorno, puede desarrollar recursos que le estimulan una mejor adaptación (Rodríguez et al., 2007).

En este sentido, se puede describir el funcionamiento de la adaptación en cada momento de la trayectoria de la enfermedad, a saber, diagnóstico, tratamiento activo, post-tratamiento, recidiva y supervivencia.

1.2.1. Al recibir el diagnóstico

El proceso de adaptarse al cáncer puede comenzar antes de recibir el diagnóstico, los pacientes responden con grados normales de temor, preocupación e inquietud cuando tienen síntomas inexplicables o cuando son sometidos a pruebas para determinar la presencia de la enfermedad.

Al recibir el diagnóstico, la persona experimenta una situación psicológica y existencial difícil (Pinquart, Duberstein, & Lyness, 2007), una crisis que incluye sufrimiento emocional, incredulidad, negación, conmoción e incapacidad para procesar la información con claridad.

El sufrimiento podría tomar la forma de depresión, ansiedad, insomnio, anorexia, falta de concentración y dificultad para funcionar en sus actividades cotidianas. Los pensamientos molestos sobre la enfermedad y la muerte se presentan con mucha frecuencia y parecen ser incontrolables. Al momento de recibir las opciones de tratamiento empieza a sentir cierta esperanza y optimismo a menudo alternados con disforia y depresión (Visser et al., 2006).

1.2.2. Al inicio del tratamiento.

Durante la fase de tratamiento médico activo, la adaptación se centra primordialmente en hacer frente a la variedad de factores de tensión que trae aparejado el tratamiento, a saber, procedimientos dolorosos, efectos secundarios indeseados (pérdida del cabello, náuseas o vómitos, fatiga y dolor) y alteraciones de la vida cotidiana.

Los pacientes que se adaptan bien pueden tolerar estos factores evaluando costos y beneficios a corto, medio y largo plazo y despliegan estilos activos de afrontamiento centrados en mantener la esperanza y compromiso activo con la enfermedad (Holland et al., 2000).

1.2.3. En el postratamiento.

Los pacientes esperan terminar el tratamiento médico activo con expectativas y esperanzas positivas de poder recuperar la cotidianeidad de su vida. No obstante, finalizar el tratamiento puede ser un momento de gran ambivalencia para los pacientes y sus familias, si bien es un momento de celebración y alivio, puede ser de vulnerabilidad e incertidumbre por el futuro (Sherman, Kurman, & Hiatt, 1999).

Quienes se adaptan bien pueden equilibrar sus expectativas positivas con la realidad de los temores que incluyen vivir con incertidumbre, reasumir las funciones vitales previas y ser vigilantes de nuevos síntomas físicos.

Durante la remisión, los controles médicos de seguimiento generan ansiedad e inquietud por una posible recidiva.

1.2.4. Durante la recidiva.

La transición de un plan de tratamiento curativo a un plan de atención paliativa es extremadamente difícil (Sapir, Isacson, Segal, Wein, & Cherny, 2000). Esta transición genera angustia elevada, sufrimiento psicológico renovado, síntomas físicos y una crisis existencial, relacionada con el cáncer en estado avanzado. Estas reacciones habituales no indican psicopatología, si bien la intensidad puede ser similar a los síntomas psicopatológicos, la frecuencia con que se presentan y su duración son menos intensos (Vidal, 2008), no obstante, al igual que con el diagnóstico inicial, este sufrimiento es seguido a menudo por una adaptación gradual.

1.2.5. Supervivencia.

La adaptación a la supervivencia también es gradual y se extiende durante muchos años, la mayoría de los pacientes, a pesar de la variedad de diagnósticos y tratamientos, informan beneficios, aprecio por la vida, respeto por sus valores vitales, creencias espirituales o religiosas (Polinsky, 1999; Tartaro, & Gunn, 2005).

El análisis del proceso de adaptación al cáncer muestra que los pacientes ponen en marcha distintas respuestas para afrontar la trayectoria de la enfermedad, Watson y Homewood (2008) reconocen cinco tipos de respuesta ante la enfermedad oncológica, estas son: (a) espíritu de lucha, caracterizado por la aceptación total del diagnóstico, decisión de luchar contra la enfermedad y actitud optimista; (b) desamparo/desesperanza, definida por la dificultad para pensar en algo que no sea la enfermedad y actitud totalmente pesimista; (c) preocupación ansiosa, la persona reacciona con elevada ansiedad, ánimo depresivo y búsqueda activa de información que tiende a interpretar de forma pesimista; (d) fatalismo, asume el diagnóstico con una actitud derrotista; y finalmente, (e) negación caracterizada por la evitación del diagnóstico o en el caso de aceptarlo, niega o minimiza su seriedad.

En un estudio reciente (Schoevers, Kraaij & Garnefski, 2011) se revela que las distintas formas de afrontar la enfermedad generan diferencias en el nivel de bienestar psicológico, demuestran que la evitación de pensamientos relacionados con la enfermedad se asocian con menor nivel de bienestar y de autoconfianza, peores relaciones sociales y menor sentido vital. Así, un estilo de afrontamiento basado en la negación, potenciaría experiencias negativas de la enfermedad.

El estudio de LLull (2008) detectó en un grupo de mujeres con cáncer de mama, que las estrategias de afrontamiento evitativas -evitación cognitiva propiamente dicha y resignación- correlacionan negativamente con la calidad de vida; otro estudio (Cardenal, Cerezo, Martínez, & Blanca, 2011) afirma que los estilos de afrontamiento pasivos junto con la evitación emocional predicen evolución desfavorable de la enfermedad.

En el mismo sentido, Fischer y Wedel (2012) clasifican los factores de riesgo psicosocial en: habilidades de afrontamiento pasivas, escaso apoyo social, temprana edad y una historia previa de problemas psicológicos, afirman que estos factores estimulan estrategias poco adaptativas de afrontamiento de la enfermedad oncológica.

1.3. Factores moduladores de la adaptación al cáncer.

A nivel general, Diez, Forjaz y Landívar (2005) clasifican los factores que influyen sobre la adaptación al cáncer en socioculturales y médicos.

1.3.1. Variables socioculturales.

Algunas líneas de investigación se focalizan en el apoyo social de los familiares más cercanos, de personas significativas y del equipo médico como elemento importante para afrontar el cáncer y propiciar buen estado anímico. Los resultados de diversos estudios en personas con enfermedad física demuestran que un buen apoyo social se asocia a menor alteración emocional y es necesario para un adecuado afrontamiento del cáncer, porque permite al paciente expresar y compartir emociones, recabar información y aprender maneras de hacer frente a la enfermedad (Helgeson & Eton, 2006; Butler et al., 1999).

También Parle, Gallagher, Gray, y Liebert, (2001) identificaron factores socioculturales que se asociaron al malestar psicológico en pacientes con cáncer de mama, a saber: menor edad, pobre apoyo social, dificultades familiares, problemas vinculares, hijos menores de edad y dificultades económicas.

Deimling y Kahana (2006) demostraron que las personas más jóvenes y con mayor malestar familiar, afrontan el diagnóstico oncológico con mayor estrés y en una muestra mixta en cuanto la localización tumoral, hallaron que los pacientes de mayor edad y con más apoyo social presentaban menos síntomas de ansiedad y depresión.

1.3.2. Variables médicas.

Algunas variables del ámbito médico juegan un papel fundamental en la adaptación al cáncer, el estadio de la enfermedad, el tipo de tratamiento, el pronóstico y las posibilidades de rehabilitación influyen en el afrontamiento de la enfermedad.

Aunque los índices de recuperación de muchos tipos de cáncer han aumentado notoriamente en los últimos años, el contexto médico del tratamiento oncológico sigue siendo altamente estresante para los pacientes que deben hacer frente a la incertidumbre, los múltiples y molestos efectos secundarios del tratamiento, sentimientos de soledad, estigmatización y culpa.

Con respecto al efecto de la localización del cáncer sobre la calidad de vida, Rehse y Pukrop (2003) demuestran que la localización tumoral no tiene efecto sobre la respuesta de adaptación, durante las etapas iniciales de la trayectoria de la enfermedad.

La relación entre el equipo médico y el paciente, también es considerada como variable de incidencia sobre la adaptación. Algunos médicos optan por abordar solo el problema físico, con una distancia emocional que es percibida por el paciente como malestar.

Para Vidal-Benito (2008) este tipo de relación puede interferir con la adaptación normal y perjudicar el óptimo resultado terapéutico; por el contrario, una interacción de buena calidad probablemente favorezca una experiencia más satisfactoria y aporte seguridad.

En el punto siguiente se desarrollarán de manera exhaustiva los diferentes modelos teóricos de adaptación al cáncer.

1.4. Modelos teóricos de adaptación al cáncer.

Desde la psicooncología, se asocia el concepto adaptación al de *ajuste* a la enfermedad, Brennan (2001) hace una revisión del constructo teórico y afirma que dos décadas atrás era definido como la ausencia de morbilidad psicológica y actualmente, se lo identifica con una serie de procesos psicológicos que ocurren durante el tiempo que el individuo afronta los múltiples cambios que sufre a partir del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

La teoría de ajuste mental al cáncer parte del paradigma cognitivo, y asume que lo que guía o determina la conducta del paciente es la interpretación que hace de la situación a través de un proceso evaluativo (Folkman & Greer, 2000; Moorey & Greer, 2002). Rescata los aportes de la teoría del estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984), adaptando los conceptos para brindar un modelo acorde a las particularidades de la población oncológica.

Considera el ajuste mental al cáncer como la respuesta cognitiva y conductual de los pacientes ante la enfermedad e incluye tanto la valoración de la enfermedad (significado del cáncer para el paciente) como lo que el individuo piensa y hace para reducir la amenaza o malestar que supone estar enfermo (Moorey et al., 2002; Watson, 1988). La valoración de la enfermedad, según los autores, supone tres interrogantes que se plantea el paciente después de recibir el diagnóstico oncológico: (a) ¿cuán grande es la amenaza?, (b) ¿qué se puede hacer al respecto? y (c) ¿cuál es el pronóstico? De las respuestas a estas preguntas, surgen cinco estilos de ajuste:

- *Espíritu de Lucha* se caracteriza por la percepción del diagnóstico como un reto personal y sensación de control moderado de la situación. Estos pacientes se encuentran dispuestos a luchar contra la enfermedad, participar en las decisiones sobre el tratamiento con actitud optimista, cambiar aspectos de su estilo de vida y buscar información acerca de la enfermedad y de los medios para combatirla.
- *Desamparo/Desesperanza*, se caracteriza por la percepción del diagnóstico como pérdida; el paciente tiene la sensación de falta de control de la situación, visión pesimista del pronóstico y se siente emocionalmente deprimido; los sentimientos de tristeza, suelen estar acompañados de culpa y aislamiento que pueden generar dificultades en la adherencia al tratamiento.

- *Preocupación Ansiosa*, se caracteriza por percibir la enfermedad como una amenaza para la vida, el paciente está invadido por un estado de incertidumbre que lo mantiene ansioso y alerta frente a cualquier síntoma que pueda indicar extensión o recurrencia del cáncer; al mismo tiempo que busca información y la interpreta de forma negativa.
- *Fatalismo/Aceptación Estoica*, el paciente percibe el diagnóstico como una amenaza que no es vivida con angustia sino con resignación, siente que no tiene control alguno sobre la situación y acepta el pronóstico de manera pasiva.
- *Evitación/Negación*, el paciente no acepta el diagnóstico o lo minimiza bajo distintos supuestos: desconfianza en la ciencia, no admitir la propia vulnerabilidad y/o desconfiar de la fuente de información; tiene una actitud optimista frente al pronóstico pero en este caso, se debe a la falta de aceptación y a la ilusión de control.

Según esta línea teórica lo que más beneficia la adaptación a la enfermedad es puntuar alto en espíritu de lucha y bajo en fatalismo, preocupación ansiosa, negación y desamparo (Moorey et al., 2002; Watson et al., 1988). En este sentido, algunos estudios demostraron que la mayor recurrencia del cáncer y riesgo de muerte se da en pacientes con mayor fatalismo, preocupación ansiosa y desamparo/desesperanza; mientras que lo contrario ocurría con el espíritu de lucha (Watson et al., 1998; Andrykowski, & Henslee-Downey, 1994; Greer et al., 1990; Morris et al., 1992).

En esta línea, Watson, Haviland, Greer y Davidson (1999), encontraron mayor riesgo de recaída en pacientes con altos puntajes en desamparo/desesperanza y no encontraron resultados significativos en relación al espíritu de lucha. Asimismo, Brown, Levy, Rosberger y Edgar (2003) pusieron en evidencia que la depresión característica del desamparo/desesperanza, es predictor de menor tiempo de supervivencia en pacientes con cáncer.

A pesar de estos hallazgos, los resultados del impacto de los estilos de ajuste sobre la trayectoria de la enfermedad no son del todo consistentes (Alarcón, 2006), las controversias de los resultados produjeron un incremento de estudios que exploran qué estilos son favorables o desfavorables para la salud del paciente e incluyen el análisis de los aspectos positivos de la adaptación al cáncer (Vázquez, Hervás, Rahona & Gómez, 2009).

Algunos estudios demuestran que las personas con cáncer encuentran beneficios y reportan cambios positivos en sus valores y prioridades. Estas interpretaciones positivas en relación a la enfermedad, son adaptativas y promueven ajuste psicológico y autocuidado (Taylor & Sherman, 2004). La adaptación o ajuste a la enfermedad debe medirse con la presencia de aspectos psicológicos positivos asociados al bienestar y la calidad de vida (Muñoz Llarena & Lopez, 2007).

1.4.1. Modelos pioneros.

Los modelos de adaptación psicológica al cáncer se empezaron a plantear hacia finales del 1980. Según Holahan y Moos (1987) las características y la naturaleza de los sucesos que las personas enfrentan influyen en la disponibilidad y en la movilización de sus recursos, así como también en las modalidades de afrontamiento. Desde el modelo de afrontamiento que plantea este autor, las características específicas de una crisis o transición vital y la evaluación que el sujeto hace de esa situación, contextualizan la selección de respuestas específicas de afrontamiento.

Holahan, Moos y Brennan (1987) demostraron que las respuestas de afrontamiento varían en relación a la severidad del estresor. A mayor cantidad de sucesos de vida negativos y estresores crónicos, menor uso de respuestas por aproximación al problema y más uso de respuestas por evitación. Demostraron que cuando los estresores son evaluados como un desafío tienden a provocar respuestas de afrontamiento de aproximación más que de evitación. De modo que, la evaluación realizada de la situación de crisis incide en las respuestas de afrontamiento, cuestión que pone en evidencia la necesidad de considerar la dinámica entre las modalidades de afrontamiento y la situación por la que la persona atraviesa.

Los modelos pioneros en el estudio de la adaptación mental (Moos & Schaefer, 1984; Watson et al., 1988) la definen como el esfuerzo cognitivo y comportamental para enfrentar situaciones que ponen a prueba o superan los recursos personales e incluyen las reacciones emocionales hacia los eventos estresantes.

Algunas investigaciones ponen de relieve que el afrontamiento centrado en el problema disminuye el malestar psicológico, mientras que las estrategias focalizadas en la emoción lo incrementan (Griffith, Dubow & Ippólito, 2000). Las estrategias activas parecen relacionarse con la salud y las evitativas con el desarrollo de distintas enfermedades (Törestad, Magnusson & Oláh, 1990; Billings & Moos, 1985).

Carver et al., (1992) a partir de un estudio sobre pacientes con cáncer de mama, distinguieron entre estrategias no adaptativas o de tipo neurótico tales como desconexión mental y conductual, negación, centrarse en las emociones y desahogarse; y estrategias adaptativas asociadas a la resolución activa de problemas; confirmaron la asociación negativa entre ambos grupos de estrategias.

Dunkel-Schetter y Falke (1993) determinaron que los estilos de afrontamiento más activos se relacionan con una mejor adaptación a la situación de enfermedad y que los estilos de afrontamiento caracterizados por la evitación conducen a una peor adaptación.

A continuación se desarrolla el modelo más antiguo de adaptación al cáncer que gozan de validez científica.

1.4.1.0. Modelo de Lipowski (1969-1970)

Es un modelo de enfermedad que considera que el cáncer supone demandas especiales, para Lipowsky el modo como la persona afronta la enfermedad depende de múltiples variables:

- factores derivados de la enfermedad, es decir, médicos, significados culturales y personales de la enfermedad;
- factores ambientales de tipo físico y social, y
- factores intrapersonales, edad, creencias, valores y habilidades personales.

En este modelo se diferencia entre estilos de afrontamiento que son rasgos estables cognitivo o conductuales y estrategias de afrontamiento que son las conductas, actividades cognitivas o percepciones que se definen en función del significado subjetivo de la enfermedad y su función hace al objetivo del afrontamiento.

Los significados subjetivos que puede tener la enfermedad oncológica son, (a) reto: genera estrategias de afrontamiento activas y adaptativas; (b) amenaza: genera reacciones de ansiedad, ira y/o miedo que llevan al paciente a querer vencer la enfermedad o rendirse según juzgue sus propias capacidades, (c) castigo: la enfermedad se percibe como algo justo o injusto, (d) debilidad: se percibe la enfermedad como índice de pérdida de control personal con sentimientos de culpa, (e) liberación: de responsabilidades u obligaciones que se asocian a la ganancia secundaria de la enfermedad, (f) estrategia: se percibe la enfermedad como un medio para obtener apoyo, (g) pérdida: impacto del valor que el paciente le atribuye a lo perdido, (h) crecimiento: implica concebir a la enfermedad como aquello que puede ayudar a desarrollar la personalidad y obtener crecimiento personal.

1.4.1.1. Modelo de Lazarus y Folkman (1984).

Plantea que las respuestas de afrontamiento dependen de un proceso de evaluación cognitiva que tienen un efecto sobre la adaptación del sujeto a una determinada situación vital. La evaluación cognitiva es el proceso por el cual el sujeto categoriza una interacción concreta con su ambiente en términos de la relevancia para su bienestar, de factores personales (motivos, metas y creencias) y situacionales.

Lazarus y Folkman discriminan tres tipos de evaluación que no son mutuamente excluyentes: (a) evaluación primaria: en la que se evalúa la interacción con el medio como benigna-positiva, irrelevante o estresante y a su vez se clasifica en pérdida, amenaza o reto; (b) evaluación secundaria: el sujeto evalúa qué opciones de reacción están disponibles; estima cuál es la mejor, qué probabilidad hay de que dé resultado y qué consecuencias le traerá; tiene que ver con la probabilidad subjetiva de que una determinada opción de afrontamiento o respuesta ante la situación lleve al resultado deseado; y (c) reevaluación: se refiere a los cambios asociados a las evaluaciones previas, que permiten saber si la estrategia de afrontamiento que se está usando es o no la adecuada. La evaluación primaria y la secundaria interactúan entre sí, influyendo sobre el nivel de estrés, el estado emocional y las estrategias de afrontamiento.

Desde esta dinámica del afrontamiento se desprenden dos estilos de afrontamiento:

(a) Enfocado en las emociones: se asocia a estrategias cognitivas de evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparación positiva y a reacciones emocionales como reír, llorar, comer, beber; y (b) Enfocado en los problemas: consiste en cambiar la relación persona-ambiente problemática mediante estrategias de resolución de problemas, como definir el problema, generar alternativas, evaluarlas en términos de costes-beneficios y ponerlas en práctica.

Sobre el concepto de evaluación cognitiva de Lazarus et al., (1986) se desarrolla el enfoque de Moorey y Greer (1989) específico para el cáncer.

1.4.1.2. Modelo de Ajuste Psicológico al Cáncer de Moorey y Greer (1989).

Es un modelo sobre el significado personal del cáncer y el proceso de adaptación al mismo, considera que recibir un diagnóstico oncológico produce una ruptura en el sentido de invulnerabilidad personal que activa un proceso de evaluación cognitiva.

El patrón de pensamientos, sentimientos y conductas ligados a la situación de enfermar, representa el estilo de ajuste que se desarrolla para enfrentar a la enfermedad. Cada estilo de ajuste, tendría un esquema cognitivo que selecciona, filtra e interpreta la información relativa al cáncer. Los estilos de ajuste son prototipos de reacción y tienen carácter dimensional, es decir, los sujetos responden a la enfermedad con respuestas más o menos próximas a cada uno de ellos y podrían usar distintos tipos de ajuste en diferentes momentos de la evolución de su enfermedad.

Este modelo incorpora una tríada cognitiva sobre el cáncer que tiene los siguientes elementos: (a) visión del diagnóstico como reto, amenaza, pérdida o negar la enfermedad; (b) control percibido, asociado a la capacidad del sujeto para controlar la situación, evaluar las opciones de reacción disponibles, estimar la mejor reacción, su posible resultado y sus consecuencias; y (c) visión del pronóstico en función del significado que la enfermedad tiene para el sujeto y el grado de control que perciba.

Propone cinco estilos de ajuste que se validaron en pacientes con distintos tipos de cáncer a través del cuestionario *Mental Adjustment to Cancer* (Ferrero, 1992) y dependen de la evaluación de la situación que hace el paciente, estimulan estrategias de afrontamiento diferentes y se asocian a un tono emocional determinado.

Estos estilos (que se ya describieron de manera introductoria en el apartado 1.4) son:

El *espíritu de lucha* que consiste en vivir el diagnóstico como un reto, percibir control en el presente y tener una sensación de pronóstico optimista. Las estrategias de afrontamiento se manifiestan mediante búsqueda de información, asumir un rol activo en la recuperación e intentar continuar con la vida habitual. Hay un tono emocional positivo y ligera ansiedad.

La *evitación o negación* que consiste en vivir el diagnóstico como una amenaza sin control y una sensación de pronóstico optimista. La estrategia de afrontamiento es la minimización y el tono emocional es sereno.

El *fatalismo o aceptación estoica* que interpreta el diagnóstico como una ligera amenaza, la percepción de control está ausente o depende de otros y acepta con dignidad lo que suceda. Las estrategias de afrontamiento son propias de la aceptación pasiva y las estrategias dirigidas al problema están ausentes. El tono emocional es sereno.

El *desamparo o desesperanza* interpreta el diagnóstico como pérdida real, no hay percepción de control y la expectativa sobre el pronóstico es pesimista. Las estrategias de afrontamiento asociadas al fatalismo son rendirse, ausencia de estrategias dirigidas al problema y la expresión emocional. El tono emocional es depresivo.

La *preocupación ansiosa* el sujeto ve el diagnóstico como una gran amenaza que genera incertidumbre. Las estrategias son búsqueda excesiva de seguridad, rumiación, atención desmedida en la recaída y preocupación por los síntomas físicos. El tono emocional es de tipo ansioso.

A continuación se desarrollan los modelos de adaptación al cáncer que gozan de validez científica y se apoyan en los modelos pioneros citados precedentemente.

1.4.2. Modelos actuales.

Es interesante para el desarrollo de este estudio revisar las últimas aproximaciones teóricas en relación a los modelos de adaptación al cáncer.

1.4.2.1. Reformulación y actualización del modelo de Folkman y Greer (2000).

La actualización de este modelo plantea que el estilo de afrontamiento tiene consecuencias sobre tres áreas, funcionamiento social, ajuste psicológico, salud física y estima la adaptación de una persona a la enfermedad, a partir del grado en que consigue mantener su calidad de vida a pesar del desarrollo de la patología.

La valoración primaria o valoración del cambio que el diagnóstico de cáncer produce incluye una evaluación del significado personal (daño o pérdidas reales; daño o pérdidas posibles; o desafío personal) y está influida por los valores del paciente. La valoración secundaria tiene que ver con el grado en que el individuo controla o modifica la situación, pensamientos y comportamientos específicos que usa para adaptarse a la enfermedad.

Este modelo de Folkman et al., (2000) es re-actualizado con una mirada más positiva por Holland (2002).

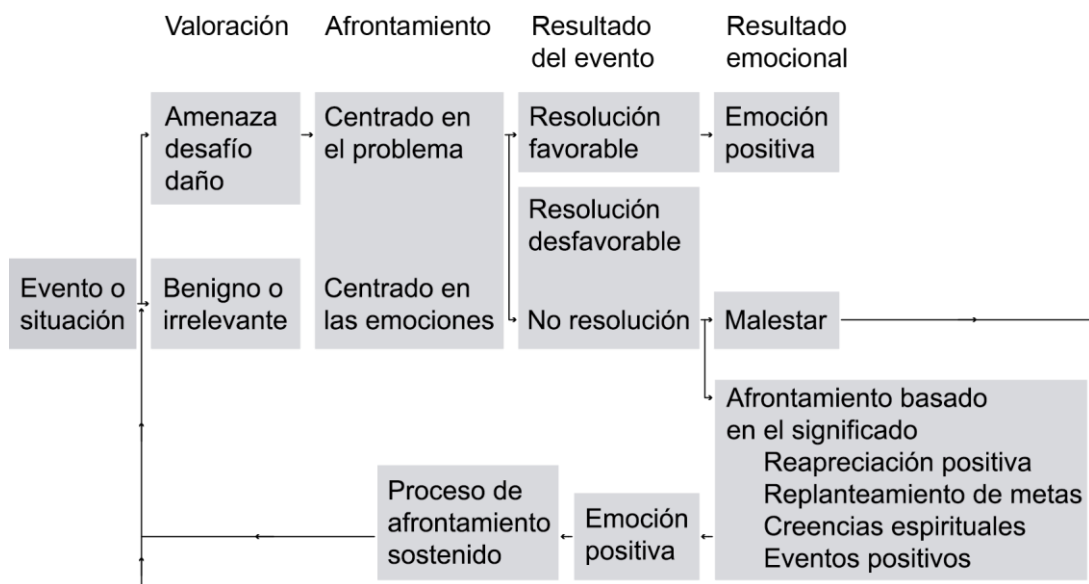
1.4.2.2. Modelo de Holland (2002).

Holland, incorpora al modelo la dimensión funcional o dinámica y un fuerte componente de emocionalidad positiva. Plantea que cada individuo desarrolla un significado global de la situación influido por las creencias, valores, metas y autoimagen que evoluciona y persiste a lo largo de la vida.

Estos valores globales se ven amenazados por una situación altamente estresante, como el diagnóstico de una enfermedad física crónica, que adopta un significado situacional. Por medio de valoraciones y revaloraciones, el individuo recurre a determinadas estrategias con el fin de alcanzar un nuevo equilibrio que permitiría un afrontamiento más estable. El estilo de afrontamiento es la estrategia más común, más frecuente y más a largo plazo que utiliza el sujeto para manejar las distintas situaciones de la vida.

Desde este modelo, la adaptación psicológica al cáncer se basa en un conjunto de respuestas cognitivas y comportamentales que el sujeto pone en marcha ante el diagnóstico y su tratamiento.

En la Figura 1 se describe la dinámica del modelo de Holland (2002).



Fuente: Barroilhet, Forjaz & Landivar (2005), pag.74.

Figura 1. Modelo de Lazarus y Folkman actualizado por Holland (2002).

Para concluir cabe aclarar que en el contexto de esta tesis se toman los aportes de Moorey et al., (1989); Dunkel-Schetter y Falke, (1992); Folkman et al., (2000) y Holland (2002) como fundamento de la noción de adaptación a la enfermedad oncológica asociada al afrontamiento, calidad de vida y estabilidad emocional.

1.5. Adaptación y Calidad de Vida.

La manera como las personas manejan los estresores asociados a la enfermedad y al tratamiento médico juega un rol fundamental sobre su calidad de vida e impactan sobre el proceso de adaptación a la enfermedad.

El estudio de la calidad de vida asociado a enfermedades físicas comienza hace aproximadamente tres décadas y se usaba de manera indistinta el concepto de bienestar y el de calidad de vida. Szalai (1980) definía el bienestar como la evaluación global del carácter bueno o satisfactorio de la vida y Diener (1984) definía calidad de vida como la evaluación que hacen las personas de su propia vida, que incluye juicios cognitivos y reacciones afectivas.

Entre los estudios que generaron teorías acerca de la calidad de vida en población con patología física, es oportuno mencionar al de Veenhoven (1996) que define la satisfacción vital como el grado en que el la persona evalúa la calidad global de su propia vida y la asocia con indicadores de salud física y mental.

Otro autor que también generó teoría acerca de la calidad de vida es Cummins (2002) señala que para estudiar la calidad de vida es necesario la utilización de indicadores sociales subjetivos, dado que los indicadores objetivos no resultarían buenos predictores de la dimensión subjetiva de la calidad de vida.

Para Diener (2006) y Fredrickson (2006) la calidad de vida es un término que acerca la psicología a la medicina, hace referencia al grado en que una persona considera su vida como deseable o no, y plantean que los indicadores modernos del concepto incluyen aspectos psicológicos o subjetivos (satisfacción vital, bienestar subjetivo).

Allan Carr (2007) también lo considera un constructo multidimensional que abarca el estado de salud, la capacidad de realizar actividades de la vida diaria, la situación laboral, la oportunidad de dedicarse a actividades recreativas, la actuación social, el nivel de vida y el bienestar general. En este sentido, para Tonon (2010) la calidad de vida es un concepto subjetivo que refleja el punto de vista individual del bienestar y del funcionamiento de cada persona, es experiencial y evaluativo, es dinámico, flexible y significativo para cada sujeto y fundamentalmente es multidimensional, porque se basa en una medición tanto global como de los dominios específicos identificados como constitutivos de la calidad de vida.

Con una mirada desde la psicooncología, Cruzado Rodríguez (2013) considera que la calidad de vida es el efecto de la enfermedad y los tratamientos tal como es percibido por el paciente, representa la valoración y la satisfacción del paciente con su nivel de funcionamiento real, en comparación con lo que percibe como posible o como se encontraría si no tuviera la enfermedad.

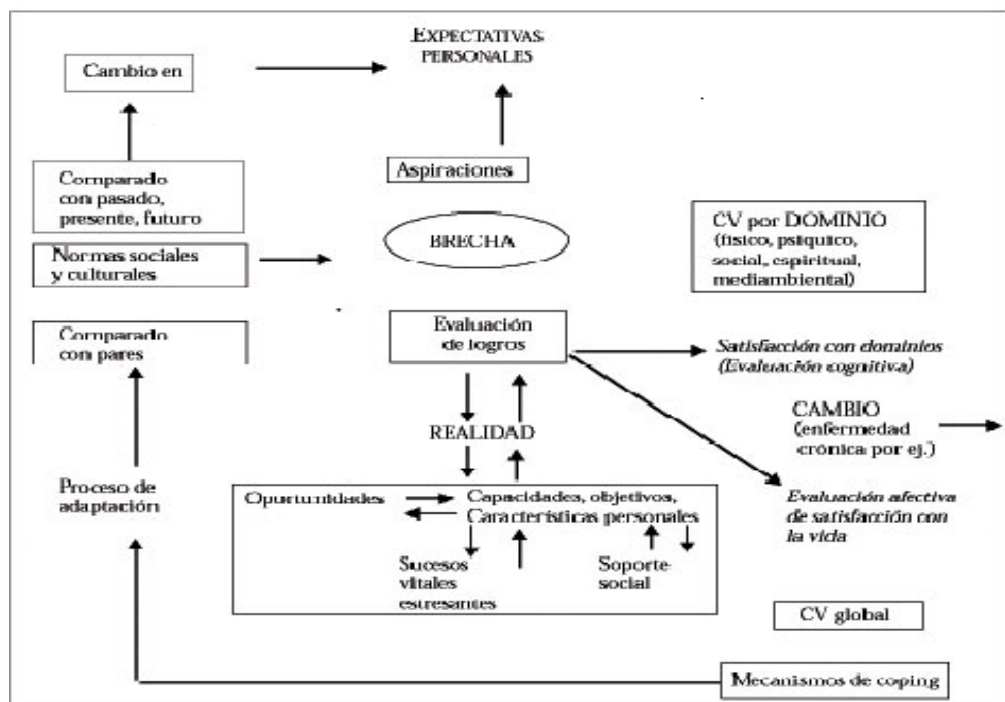
La calidad de vida tiene las siguientes características: (a) subjetividad, depende de la valoración que hace el propio paciente; (b) multidimensionalidad, aspectos físicos, psicológicos, sociales y ambientales; (c) temporalidad, porque cambia en las distintas fases o momentos de la trayectoria del cáncer.

El abordaje de la calidad de vida en población oncológica es necesario para valorar la eficacia de los tratamientos (Cruzado Rodriguez, 2010) y existe acuerdo en que para evaluarla se deben contemplar diversas áreas de la vida del paciente como: funcionamiento físico; funcionamiento psicológico, estabilidad emocional asociada a valores de ansiedad y depresión; apoyo social; familiar y de salud.

Desde la Psicooncología la calidad de vida es considerada como una medida de adaptación general en tanto contempla el aspecto estado/proceso del ajuste a la enfermedad. El proceso de adaptación a la enfermedad genera cambios en los valores, los patrones personales o interpersonales con los que el paciente realiza la evaluación de la propia calidad de vida (Carr, et. al., 2007); se mide en la percepción del grado de bienestar físico, psíquico, social y en la evaluación general de la vida que hace el paciente, teniendo en cuenta los cambios que la enfermedad produce en su sistema de valores, creencias y expectativas.

Desde el punto de vista clínico Schwartzman (2003) propone un modelo integrativo bio-psico-social (Figura 2) que, además de tomar en cuenta todos los aspectos clínicos relevantes agrega los factores psicosociales. Afirma que es posible analizar el proceso de adaptación a la enfermedad, estudiando los mecanismos de afrontamiento (*coping*), así como los patrones, en relación a los cuales la persona se compara y los valores y expectativas en relación a sus logros personales.

La calidad de vida resultante dependería de la medida en que el afrontamiento y la adecuación de las expectativas permitiera que la brecha entre expectativas y percepción de la situación actual no fuese tan desproporcionada. En este mismo sentido actuaría el soporte social percibido, mientras que la acumulación de sucesos vitales que producen estrés, además de la propia enfermedad, incidirían negativamente.



Fuente: Schwartzman (2003), pag.19.

Figura 2. Modelo de calidad de vida Schwartzman (Adaptado de Leung, 2002).

El modelo de Schwartzman (2003) intenta superar el modelo biomédico considerando la dinámica entre aspectos clínicos relevantes y los factores psicosociales, por lo cual se considera que es un modelo adecuado para fundamentar intervenciones psicológicas que apunten a flexibilizar mecanismos de afrontamiento y mejorar la calidad de vida de personas con enfermedad física crónica.

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE INTERVENCIONES PSICOSOCIALES EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

... Hay una línea prometedora y particularmente necesaria en la investigación futura que consiste en centrarse en estrategias y programas de intervención diseñados para promover el bienestar, particularmente entre aquellos que más lo necesitan.

Ryff, 2008 p.34.

2. Intervención psicológica en pacientes oncológicos.

2.1. Tipos de intervención.

Si bien es difícil establecer tipologías de intervención, en líneas generales y en sentido global, las intervenciones para personas con cáncer se fundamentan en distintos tipos de apoyo: emocional, informacional-educacional e instrumental (Bares Villoria, 2003).

El apoyo instrumental se asocia a acciones o recursos materiales que se brindan al paciente como transporte, asistencia en domicilio, recursos económicos. El apoyo emocional se asocia a demostraciones de cariño y pertenencia, implica hablar sobre preocupaciones, molestias y sentimientos negativos asociados a la enfermedad, puede ser brindado por familiares, amigos, profesionales de salud u otras personas que pasaron por la misma experiencia. Este tipo de soporte ayuda a reducir los niveles de malestar emocional y permite la expresión de sentimientos. El apoyo informacional-educacional, brinda información respecto a la enfermedad, tratamiento y manera de hacerle frente, tanto a nivel físico como psicológico y apunta a reducir los sentimientos de inoportunidad, confusión y pérdida de control; según los resultados de algunos estudios, este tipo de apoyo logra: disminuir la ansiedad e incertidumbre previa a la intervención quirúrgica (Palsson. & Hallberg, 1995); bajar los niveles de depresión (Fawzy, Fawzy & Pasnau, 1995); mejorar el control de la fatiga y estrés (Scheier, Helgeson & Gerszten, 2007; Cohen, & Fried, 2007); mejorar la calidad de vida (Jensen, Madsen, & Rose, 1993) y mejorar la adaptación a la enfermedad (Samarel & Tulman, 2002; Bares-Villoria, 2002; Williams & Dale, 2006).

Las intervenciones psicológicas adoptan características distintivas según se respalden en uno u otro tipo de apoyo y según se apliquen con un dispositivo individual o grupal. Las intervenciones psicoterapéuticas individuales, operan según las necesidades de cada paciente y en general pueden tener orientación conductual, cognitiva o dinámica. Según los resultados reportados logran: reducir el estrés pre-quirúrgico, (Arathuzik, 1994); reducir el estrés asociado al diagnóstico (Bloom, Ross, & Burnell, 1978); reducir la fatiga (Hilderley & Holt, 2004; Pinto & Frierson, 2005); disminuir la frecuencia de emociones negativas (Owen, Klapow, & Tucker, 2004) y mejorar la calidad de vida en pacientes no metastásicos (Levesque, Savard, Simard, & Ivers, 2004).

En tanto, las intervenciones mediadas por procesos psicológicos grupales cuyo núcleo central es la identificación entre personas con la misma enfermedad, poseen dos modalidades bien diferenciadas pueden estar conducidas por profesionales o conducidas por personas que están o han estado afectadas por la enfermedad. En el primer caso, la dinámica de grupo suele centrarse en objetivos más concretos y se intenta distribuir el tiempo, los temas y la participación de manera equitativa; en el segundo caso, se evitan jerarquías, los objetivos son más espontáneos y el apoyo es fundamentalmente emocional.

Según diversos estudios las intervenciones grupales logran: mejorar el estado afectivo/emocional, (Spiegel, & Bloom, 1989); mejorar el estado emocional en fase inicial de la enfermedad (Giese-Davis, Sephton & Spiegel, 2006); reducir la depresión y la ansiedad (Mc Gregor, Alferi & Boomborg, 2004; Cohen & Fried, 2007; Cameron, Booth, Schlatter, & Harman, 2007); y mejorar el bienestar general (Lieberman & Goldstein, 2006).

2.2. Objetivos de las intervenciones

Al analizar las intervenciones según sus objetivos, aparece la dualidad entre quienes consideran que la finalidad de la intervención es tratar la patología psicológica que pueden manifestar estos pacientes (Larson, Jarrte & Wood, 2004; Wright, Cox, Massad, & Carlson, 2003) y aquellos que se enfocan en el trabajo sobre los recursos psicológicos del paciente y su potenciación (Spiegel, et al., 1989; Fawzy, & Hyun, 1993; Fawzy, et al., 2005; Font, et al., 2007; Vazquez, & Hervas, 2009).

En general, el objetivo que se proponen las intervenciones psicológicas para el paciente oncológico, radica en mantener buena calidad de vida y bienestar (Folkman, et al., 2000) con bajos niveles de ansiedad y/o depresión y la menor alteración posible de su vida cotidiana (Owen, Klapow & Tucker, 2001). Para Fawzy (1999). El objetivo fundamental es ayudar al paciente a abordar el diagnóstico y su tratamiento, disminuir ansiedad, depresión, aislamiento e indefensión, es decir, promover la adaptación a la situación de enfermedad y el abordaje de su tratamiento médico-clínico.

Aunque todavía no hay datos concluyentes en relación al efecto de la intervención psicológica en esta población, parecería que ayuda a los pacientes a enfrentar los síntomas emocionales con mayor efectividad.

Si bien la forma más apropiada de realizarla (formato/dispositivo) aún es poco clara, se podría afirmar que las intervenciones extendidas en el tiempo, no parecen ser las más efectivas para la mejoría de los síntomas psicofísicos asociados al diagnóstico (Vázquez & Ho, 2006; Vazquez et al., 2008).

Los investigadores sugieren que la incorporación de una intervención breve como parte integral del tratamiento clínico-médico, puede ser beneficiosa para enfrentar los problemas asociados al diagnóstico y optimizar el tratamiento posterior (Watson & Kissane, 2011), aunque los datos disponibles con población latinoamericana son escasos y poco concluyentes (Campos-Ríos, 2013).

En líneas generales, la mayoría de las intervenciones reportadas se basan en el apoyo emocional y educativo/informacional con estrategias cognitivo-conductuales, las medidas que toman como referencia para determinar la efectividad de la intervención consisten en cuestionarios o escalas que evalúan cambios en estilos de afrontamiento, estado emocional, calidad de vida y supervivencia. Estas intervenciones no sólo logran mejorar los aspectos emocionales y sociales asociados al cáncer, sino que aportan un considerable ahorro a largo plazo al sistema sanitario, ya que disminuyen los tratamientos psicofarmacológicos y las urgencias psiquiátricas (Antoni, 2012).

Según Cruzado (2013) los estudios con mayor rigor metodológicos ponen de manifiesto que los tratamientos psicológicos son efectivos cuando: son aplicados por terapeutas especializados en cáncer, se adaptan a las necesidades de los pacientes y se aplican en pacientes con altos niveles de malestar psicológico.

A continuación se presenta una caracterización de las intervenciones fundamentadas en la psicología positiva y se exponen los programas de intervención positivos más relevantes.

2.3. Intervenciones basadas en Psicología Positiva.

Se considera el siglo XX como el siglo de las intervenciones centradas en el déficit y al actual como el de las intervenciones enfocadas hacia los aspectos positivos y la potenciación de los recursos psicológicos del paciente. Se desarrollaron nuevas líneas de investigación y en ellas una variedad de programas de intervención testeados experimentalmente, que se propusieron el incremento de la satisfacción con la vida y el bienestar en personas con y sin problemas físicos y/o psicológicos.

Se considera el programa de intervención de Michael Fordyce (1988; 1983) como el antecedente directo de los programas de intervención positivos, Fordyce contrastó con un diseño experimental controlado una intervención orientada al incremento del bienestar. Inicialmente, con base exploratoria comparó la eficacia de tres programas con diferentes metodologías: (a) el programa educativo con contenidos sobre felicidad, estado de ánimo positivo y estilos de vida; (b) el programa fundamental, que enseñaba nueve actividades para incrementar la felicidad y poner en práctica diariamente; y (c) un programa de actividades, que incentivaba al paciente a pensar sobre su felicidad y sobre el tipo de actividades que le producían satisfacción.

Los resultados mostraron aumento del bienestar sólo con el programa fundamental (75%) y con el programa de actividades (52%).

Apoyado sobre esta evidencia, Fordyce (1977) diseñó un programa llamado *Programa de los 14 Fundamentales* que trabajó sobre catorce actividades y una intervención placebo, los resultados mostraron que este programa era más eficaz para mejorar el bienestar que la intervención placebo; también evaluó si los efectos del programa se mantenían con el paso del tiempo (nueve a dieciocho meses) demostró que el 39% continuaban practicando las actividades del programa todos los días; el 28% algunos días; el 20% pocas veces; el 8 % raramente; el 5% nunca.

A partir de los resultados obtenidos por Fordyce se afirmó que el bienestar es entrenable y que éste beneficio se obtiene cuando las intervenciones implican la práctica de actividades intencionales y sostenidas.

2.3.1. Tipos de intervenciones positivas.

2.3.1.1. Intervenciones positivas sobre el pasado.

Las intervenciones positivas que se centran en los sucesos del pasado tienen un objetivo común que es el aumento de los niveles de bienestar. A continuación se describen las más representativas.

- Técnicas narrativas sobre sucesos positivos del pasado

Burton y King (2004) orientados por la hipótesis de que escribir sobre emociones positivas diariamente y durante tres días consecutivos aumenta el afecto positivo, diseñaron un estudio basado en una intervención de escritura sobre sucesos positivos.

Los resultados demostraron que la estrategia narrativa positiva no sólo incremento el afecto positivo sino también puso en evidencia, que se pueden incluir técnicas narrativas positivas en protocolos de investigación más amplios, como una manera de aumentar la percepción positiva del propio pasado y mejorar la salud física (Vázquez, Hervás, & Sanchez, 2008).

- Intervenciones basadas en la gratitud.

La gratitud es un estado afectivo positivo generado como consecuencia de haber obtenido un resultado positivo. Las investigaciones muestran que las experiencias de gratitud se asocian a mayores niveles de bienestar y felicidad (Bono, Mc Cullough, & Root, 2008).

Emmons y Mishra (2011) diseñaron ejercicios inductores de gratitud y evaluaron su efecto posterior sobre el bienestar, compararon esta intervención con otras dos intervenciones alternativas y mostraron que inducir gratitud genera satisfacción con la vida, incremento del optimismo y disminución de los síntomas físicos de la enfermedad. En un segundo estudio, la intervención se administró diariamente durante trece días consecutivos y observaron un incremento significativo del afecto positivo; luego probaron la intervención en personas con enfermedad neuromuscular crónica y evaluaron los efectos durante veintiún días comparándolos con un grupo de control, los sujetos del grupo experimental mostraron aumento en el nivel de afecto positivo y decremento de afecto negativo.

Watkins, Woodward y Kolts (2003) midieron el efecto de tres intervenciones de gratitud que consistían en, (a) escribir una carta de agradecimiento a otra persona, (b) pensar en términos de agradecimiento y (c) agradecimiento por escrito; también incluyeron una intervención de control. Los resultados determinaron aumento del bienestar en todas las condiciones de gratitud y la intervención de pensar en términos de agradecimiento alcanzó mayor efecto positivo.

En otro estudio, Lyubomirsky, Sheldon y Schkade (2005) administraron dos intervenciones, una con un componente de amabilidad durante tres veces por semana y la otra, con un contenido de gratitud y frecuencia semanal. Sólo los del grupo de frecuencia semanal mostraron un incremento de felicidad, mientras que el otro grupo manifestó un ligero decremento.

- Intervenciones basadas en el perdón.

El perdón es una de las vías para actuar sobre los recuerdos que bloquean la experimentación de emociones positivas. Según Bono y McCullough, (2006) existen cuatro factores comunes que están presentes en toda intervención sobre el perdón, a saber, la empatía con el agresor; reconocimiento de los propios defectos; tipos de atribución; valoración de la conducta del agresor y rumiación.

Este tipo de intervenciones han demostrado ser eficaces para incrementar la autoestima y disminuir la ansiedad y depresión; como así también para modificar las actitudes sobre el agresor e incrementar los niveles de esperanza.

Los resultados indican que los problemas asociados a estados emocionales intensos de rabia o ira, podrían abordarse a partir de la inducción de perdón como complemento de programas más tradicionales (Wade & Worthington, 2005).

2.3.1.2. Intervenciones positivas sobre el futuro.

Estimular estrategias positivas relacionadas con el futuro puede tener efecto protector sobre la depresión y también favorecer la salud física (Seligman, Steen, Park & Petersen, 2005).

-Intervenciones basadas en la esperanza.

La teoría de la esperanza es un modelo cognitivo que se basa en el logro de metas que consideran las expectativas futuras, motivación y planificación para su logro (Snyder, Rand, & Sigmon, 2002; Cheavens, Feldnan & Snyder, 2006).

A nivel teórico se consideran dos componentes de la esperanza, (a) itinerario o percepción de rutas, que refiere a la capacidad para encontrar caminos prácticos a fin de lograr las metas que la persona se propone; y (b) el control o percepción de capacidad, que es la habilidad para iniciar y mantener una actividad orientada al logro de una meta, incluso ante impedimentos y dificultades.

Cheavens et al., (2006) administraron una intervención basada en la esperanza como único tratamiento, los objetivos eran la formulación de metas significativas, el desarrollo de vías múltiples de trabajo, la monitorización de progresos, recursos motivacionales y la modificación de metas cuando fuera necesario.

Plantearon ocho sesiones grupales con trabajo psicoeducativo y los resultados mostraron en el grupo de tratamiento, aumento de la esperanza e incremento de autoestima, propósito vital y reducción de la ansiedad.

También Klausner, Levine, y Kent, (2004) administraron una intervención para el incremento de la esperanza en personas mayores con depresión, un grupo recibió la intervención en esperanza y otro grupo recibió como alternativa terapéutica una terapia de reminiscencia. Los resultados mostraron disminución de los síntomas depresivos en ambos grupos y el grupo que recibió la intervención de esperanza reveló mejoría de la sintomatología ansiosa, nivel de desesperanza e interacción social.

- Intervenciones basadas en metas.

Son escasas las intervenciones basadas en metas reportadas en la bibliografía, la consecución de metas se aborda desde dos vías, (a) integración organísmica, en función de si las metas son intrínsecas es decir, motivadas por valores profundos e intereses del sujeto o extrínsecas, motivadas por presiones sociales o culpa; y (b) integración sistémica, es decir, la percepción de que las metas cotidianas están enlazadas con metas a largo plazo.

Hervás et al., (2008) proponen para este tipo de intervención, diseñar un momento inicial de la intervención orientado a potenciar las metas intrínsecas de los sujetos y a partir de ese logro, continuar con el desarrollo de la intervención propiamente dicha.

Sheldon, Kasser, Smith y Share (2002) pusieron a prueba una intervención centrada en entrenar la manera como las personas persiguen sus metas, los resultados mostraron que los que presentaban desde el inicio metas congruentes con sus valores e intereses (intrínsecas) alcanzaron mayor bienestar al terminar el estudio.

- Intervenciones basadas en fortalezas.

Seligman (2005) diseñó diferentes estrategias centradas en el incremento de fortalezas personales o rasgos potenciadores del bienestar, y las clasifica en Identificación de Fortalezas, Visita de Gratitude, Tres cosas Positivas y Usar las Fortalezas de forma Novedosa. (Se describen en el apartado 2.3.4).

2.3.2. Los límites de las intervenciones positivas.

Existen ciertos límites para incrementar y/o mantener el bienestar. En primer lugar, hay un componente de heredabilidad genética que establece límites o rangos de cambio; en segundo lugar, algunos rasgos de personalidad típicamente ligados al bienestar como extroversión y neuroticismo son estables a lo largo del tiempo y su incidencia sobre el bienestar sería igualmente estable (Diener et al., 1999); en tercer lugar, adquiere importancia la adaptación hedónica (Diener, Lucas & Scollon, 2006), según la cual las ganancias o pérdidas de bienestar son casi siempre temporales porque la persona tiende tarde o temprano a volver a su punto de anclaje o *set point*.

No obstante, aunque se reconozca el papel del punto de anclaje existe un margen importante para el incremento y mantenimiento del nivel de bienestar, ya que algunos hallaron que el cuarenta por ciento de la varianza responde a elementos modificables, como actitudes, actividades intencionales y hábitos cotidianos que contribuyen a mejorar el estado emocional (Lyubomirsky, Sheldon & Schkade, 2005; Lyubomirsky, King & Diener, 2005).

En resumen, los tres factores relacionados con el nivel crónico de bienestar se distribuyen en un 50 % de *set point*, 40 % de actividad intencional y 10% de circunstancias vitales (Lyubomirsky et al., 2005)

2.3.3. Intervenciones positivas en pacientes con cáncer.

Se presenta un detalle de lo que la investigación va progresiva y consistentemente descubriendo sobre el rol e impacto de las intervenciones psicológicas positivas en pacientes oncológicos (Bloom, 1978; Cunningham, Edmonds, Hampson & Tocco, 1991; Cocker, Bel, & Kidman, 1996; Cunningham, 1995; Kahneman, et al., 1999; Helgeson, et al., 2001; Seligman, et al., 2003; Layard, 2006; Peterson, et al., 2006; Spiegel, et al., 2007; Vázquez, et al., 2008; Font, et al., 2007).

Las intervenciones grupales para la promoción del bienestar recibieron principal atención en el campo de la investigación positiva a partir del año 2000, aunque las intervenciones pioneras datan de 1980.

Lynn, Bredin, Corner, y Wall (1982) evaluaron los efectos de una intervención psico-educativa sobre calidad de vida, estado emocional y supervivencia; esta intervención logró beneficios sobre la calidad de vida, depresión, satisfacción vital y autoestima en los pacientes del grupo experimental, que se mantuvieron y continuaron incrementándose a los seis, nueve y doce meses.

Spiegel et al., (1989) analizó el efecto sobre calidad de vida y supervivencia de una intervención denominada De expresión emocional y apoyo, tuvo un año de duración, frecuencia semanal y se guió por siete principios básicos: creación o redefinición de vínculos; expresión de emociones; desintoxicación del tabú de la muerte; redefinición de las prioridades de la vida; potenciación del apoyo social; de la relación médico-paciente y potenciación de estrategias de afrontamiento. Doce meses después el grupo de intervención mostró menor tensión, cansancio, confusión, dolor y conductas fóbicas, que el grupo control y a los diez años el promedio de supervivencia fue de 19 meses en el grupo control y 36 meses en el grupo experimental.

Spiegel, Sands y Koopman (1994) analizaron durante un año los estados de ánimo asociados a la presencia de dolor en un grupo con cáncer de mama, la intervención consistió en una sesión semanal de apoyo grupal durante un año, orientada a manejar el dolor y el estrés relacionado con el tratamiento; los resultados determinaron en el grupo experimental, menor dolor, mejor control de la sensación de dolor y del sufrimiento que en el grupo control y no se determinaron diferencias significativas en frecuencia y duración del dolor.

Helgeson, Schulz, y Yasko (2001) trabajaron con pacientes con cáncer de mama en diferentes estadios, compararon los efectos sobre el bienestar psicológico de un procedimiento informativo-educativo grupal, con un grupo de discusión; los resultados mostraron un empeoramiento del estado emocional que se atribuyó a la ausencia de un profesional en el manejo de los grupos (se trataba de grupos de auto-ayuda no monitorizados). Posteriormente Helgeson, Snyder y Seltman (2004) trabajaron con cuatro condiciones: grupo control, grupo educativo (proporcionar información para un mejor control de la enfermedad), grupo de discusión entre iguales (expresión de emociones y apoyo emocional), y grupo de discusión-educación. La intervención educativa mostró más beneficios a los seis meses y a los tres años y no encontraron efectos positivos significativos en los grupos que incluían discusión entre iguales y de discusión-educación.

Asimismo, Font et al., analizaron la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama que solicitaban ayuda psicológica, en el grupo de intervención se evaluó calidad de vida antes, durante y después de participar en la terapia de grupo semi-estructurada de frecuencia quincenal durante de 9 meses. El análisis intra-grupo de los resultados mostró mejoría en veinte de los veintisiete aspectos de la calidad de vida analizados y obtuvo cambios estadísticamente significativos en sensaciones de náusea, actividades físicas, actividades recreativas, sentimientos depresivos.

Remor, Amorrós y Carboles (2010) implementaron un programa manualizado de intervención para potenciar las fortalezas, detectaron un efecto protector del optimismo sobre la adversidad y la salud física; el programa demostró un efecto favorable sobre el optimismo, sentido del humor, vitalidad, resolución de problemas y sentido de la vida como así también disminución del estrés, depresión y síntomas somáticos.

2.3.4. Intervenciones positivas validadas experimentalmente.

Seligman, Lyubomirsky y Pawelski (2007) se reservan el término intervención para referirse a ejercicios diseñados para procurar bienestar, cuya efectividad ha sido comprobada, Seligman, Oteen, Park y Peterson (2005) compararon experimentalmente la efectividad de diversas intervenciones positivas para incrementar el bienestar.

Las intervenciones que mostraron eficacia fueron: *Visita de Gratitud* consiste en escribir una carta de agradecimiento a otra persona y compartirla; *Tres cosas Positivas*: es el registro escrito diario y durante una semana, de tres cosas positivas dignas de agradecer; *Tu mejor Recuerdo*: consiste en escribir recuerdos en los que se muestren sus mejores características y leerlos cada noche durante una semana, con el objetivo de reflexionar sobre las propias fortalezas; *Identificación de Fortalezas*: consiste en responder un cuestionario para reconocer las dimensiones más sobresalientes de uno mismo y finalmente *Usar las Fortalezas de forma novedosa* que consiste en reflexionar durante una semana acerca de nuevas formas de aplicarlas en la vida cotidiana y usar una de ellas de una forma novedosa.

Los resultados mostraron incremento de bienestar y reducción significativa de la sintomatología depresiva; pasada una semana los índices en las intervenciones Tu mejor recuerdo e Identificación de Fortalezas volvieron al nivel pre-test, para la Visita de Gratitud, el efecto significativo sobre el bienestar y la reducción de sintomatología depresiva, se mantuvo a la semana y al mes, pero a los seis meses se retornó a la línea de base. En la intervenciones Tres Cosas Positivas y Usando las Fortalezas de forma diferente, se observaron efectos significativos recién al mes de seguimiento y estos se mantuvieron a los tres y seis meses.

Más allá de los resultados favorables alcanzados por las intervenciones descritas, todas fundamentan su eficacia en el uso intencional, sostenido y rutinario como clave la del éxito. Para Seligman las intervenciones más reforzantes para la persona, son las que tienen más probabilidades de mantenerse en el tiempo y así producir efectos duraderos.

2.4. Eficacia de las intervenciones psicosociales en pacientes oncológicos.

El meta-análisis de Zabalegui, Sánchez y Juando (2005) incluyó ensayos controlados aleatorios desde 1981 a 2001, de los cuales el 65% se centró en mujeres con cáncer de mama y en un 96% con abordaje cognitivo-conductual.

Doce estudios abordaron la variable depresión, once ansiedad, seis calidad de vida, ocho adaptación a la enfermedad, tres supervivencia y dos relaciones de pareja. Los resultados indicaron beneficios de la intervención grupal sobre la depresión y la ansiedad, adaptación a la enfermedad y calidad de vida, las intervenciones grupales informaron un tamaño general de efecto moderado de $d= 0.31$ y no tuvieron impacto sobre la supervivencia.

El meta-análisis más actual (Raingruber, 2011) resume los resultados de diecinueve ensayos controlados aleatorios (2006-2010). Dado el pequeño número de estudios ($n=19$) incluyó estudios en pacientes con cualquier tipo de cáncer, en cualquier etapa de la enfermedad y que evaluaran el efecto de la intervención sobre cualquier variable psicológica; cuatro estudios demostraron resultados positivos sólo después de un análisis *post hoc* o seguimiento. en ocho de los diecinueve estudios se mostraron problemas metodológicos: no se describieron adecuadamente, no contenían hipótesis, no incluyen criterios claros de elegibilidad de la muestra y/o no incluyeron análisis de potencia. Once de los diecinueve estudios incluidos en esta revisión integradora, mostraron resultados positivos para:

(a) disminución de la depresión, tamaño de efecto entre 0.19 y 0.54 (Remmer, Rosberger & Rapkin, 2003 ; Antoni, Wimberly, Lechner, & Carver, 2006; Andersen, Farrar, & Golden-Kreutz, 2007; Lebel, Rosberger, Edgar & Devins, 2008; Andersen, Yang & Farrar, 2008; Manne, Winkel & Rubin, 2008; Powell, Kneier, Chen, Rubin, Kronewetter & Levine, 2008; Pitceathly, Maguire, Fletcher, Parle & Creed, 2009; Kravitz, Tancredi & Grennan, 2011);

(b) disminución de la ansiedad, tamaño de efecto entre 0.24 y 0.36 (Antoni, et al., 2006; Kissane, Grabsch & Clarke, 2007; Pitceathly, et al., Parle, et al., 2008; Manne, et al., 2008; Powell, et al., 2008; Antoni, et al., 2008; Powell, et al., 2008); y

(c) mejora en la calidad de vida y el bienestar, tamaño de efecto 0.28 e incremento de la adaptación emocional, tamaño de efecto entre 0.19 y 0.28 (Miller, Frost, Rummans, & Clark, 2007; Powell, et al., 2008).

Por el contrario, una revisión integradora anterior informó que las intervenciones psicosociales no mejoran la depresión (Williams & Dale, 2006) y no prolongan la vida (Chow, Tsao & Harth, 2004; Edwards, Hulbert & Neal, 2008). Este dato es consistente con los hallazgos de dos estudios en los que el grupo que recibió intervención no aumentó el tiempo de supervivencia (Spiegel, Butler & Giese-Davis, 2007; Kissane et al., 2007).

Los autores de los diversos meta-análisis coinciden en la dificultad para integrar los resultados de estos estudios, debido a la variabilidad de las intervenciones, de los instrumentos de medida, de las etapas del cáncer, de la edad y origen racial de los sujetos. Revelaron resultados contradictorios sobre la efectividad de las intervenciones psicosociales para pacientes con cáncer y afirman que para acceder a conclusiones más firmes sobre el efecto de estas intervenciones, se necesita investigación adicional, porque la literatura pone en evidencia lagunas metodológicas y discrepancias.

CAPITULO III

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA LA ADAPTACIÓN DE PACIENTES ONCOLÓGICOS (PROA).

Dime y lo olvido, enséname y lo recuerdo, involúcrame y lo aprendo.

Confucio, 450 AC

3. Diseño del programa para potenciar la adaptación en pacientes con cáncer (PROA).

3.1. Introducción.

Esta tesis se propuso como objetivo el diseño de un programa de intervención positivo grupal para pacientes oncológicos bajo tratamiento médico-clínico, durante la primera etapa de la enfermedad. Para tal fin, se identificaron en la bibliografía aquellas intervenciones que bajo la línea de la psicología positiva fueron validadas experimentalmente en población oncológica y/o con enfermedad física crónica.

El programa de intervención, en adelante PROA, pasó por un proceso de validación de contenido con interjueces (psicólogos clínicos externos al estudio, $n=3$); cumplió con las normas éticas establecidas por el código de ética de la Federación Psicológica de la República Argentina (FePRA, 2013) y por la declaración Helsinki de la asociación médica mundial (2008) en relación a los derechos de los pacientes incluidos en el estudio. Se cumplimentaron los tres requisitos que las normas Helsinki establecen para toda investigación clínica:

Primero, realizar la intervención con un pequeño grupo de voluntarios que “gocen de buena salud” con el objetivo de conocer cantidad de sesiones, cómo son procesadas y sus posibles efectos. Para cumplir con esta condición se trabajó sobre una muestra de estudiantes avanzados de la carrera de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, $n=19$ que prestaron su consentimiento para participar del PROA. Esta experiencia fue útil para ajustar a nivel léxico los instrumentos de evaluación y monitorear tiempos, formatos y dinámica que cada tarea requería para su realización.

Segundo, realizar la intervención en un grupo de pacientes que tienen la enfermedad, para conocer si la intervención produce algún efecto beneficioso sobre la enfermedad o si tiene efectos secundarios nocivos. Se administró el PROA a un grupo de pacientes con cáncer de mama ($n=4$) de la clínica Pueyrredón de la ciudad de Mar del Plata, en esta primera instancia, el programa no mostró efectos significativos sobre las variables y no se observaron cambios en las medidas de las variables pre y postest.

Tercera condición, es el ensayo clínico donde se administra la intervención a una gran cantidad de pacientes y a un grupo control. Se trabajó con 47 pacientes oncológicos del sanatorio EMHSA de la ciudad de Mar del Plata que prestaron su consentimiento y voluntad de participar ya sea como control o como miembros activos del programa.

3.2. Descripción de las etapas del diseño del PROA.

El programa de intervención se materializa en actividades intencionales positivas. A los fines de su diseño e implementación se tomó especial consideración de las pautas de Lyubomirsky, Sheldon, y Schkade (2005) referidas a adecuación, necesidades y posibilidades de aquellos a quienes va dirigido el programa.

El diseño del PROA pasó por tres etapas (a) diagnóstico de las necesidades del paciente oncológico; (b) adecuación persona-actividad y (c) adecuación objetivo-estrategia positiva, que se describen a continuación.

3.2.1. Primera etapa. Diagnóstico de las necesidades del paciente oncológico.

El primer paso para el diseño del PROA fue diagnosticar los intereses y necesidades de los participantes del estudio como grupo con enfermedad crónica grave. A partir del análisis de la bibliografía se identificaron las características psicológicas, intereses y necesidades que presentan la mayoría de estos pacientes.

Las investigaciones apoyan la noción general de concordancia entre características emocionales del paciente y dispositivo de intervención (Harackiewicz & Sansone, 1991; Brandstatter, 1994; Diener & Fujita, 1995; Brunstein & Schultheiss, 1998; Higgins, & Green, 2005) así cada intervención en particular se debe adecuar a la vida emocional del grupo de referencia. La idea del programa PROA es propiciar actividades de alta adecuación al grupo de referencia para que el paciente se las apropie, las incorpore a su rutina cotidiana y las mantenga en el tiempo.

3.2.2. Segunda etapa. Adecuación persona-actividad.

El ajuste entre las características personales y la naturaleza de la actividad propuesta en el programa PROA es fundamental porque si la actividad está bien elegida el participante se sentirá motivado y experimentará bienestar. Para adecuar las actividades de cada sesión e inter-sesión a las características psicológicas y funcionales del paciente oncológico se consideró:

- La aparente causa del malestar: que las actividades apunten al abordaje del problema (enfermedad/tratamiento), con el objetivo de re-aprender a disfrutar aún dentro de las limitaciones impuestas por la enfermedad y desarrollar nuevas modalidades de afrontamiento.
- Las fortalezas personales: considerar los aspectos más fortalecidos y los más deficitarios.
- El estilo de vida del paciente: adaptar la actividad a la vida activa y estresante de los participantes. Se buscó actividades tranquilas, con escasa demanda de energía y novedosas.

La adecuación persona-actividad es fundamental porque el participante se sentirá bien con lo que hace, la práctica le resultará natural y agradable y seguirá ejercitándola después de la intervención.

3.2.3. Tercera etapa. Adecuación objetivo-estrategia.

Se consideró la asociación entre objetivo y estrategia, tal como se describe a continuación:

- Objetivo: practicar la gratitud y el pensamiento positivo. Estrategias: expresar gratitud a personas significativas.
- Objetivo: Identificar las fortalezas. Estrategias: reconocer los aspectos personales más fortalecidos, valores vitales, virtudes personales e influencias positivas.
- Objetivo: cultivar el optimismo. Estrategia: reconocer los pensamientos negativos y auto-limitantes, identificar y experimentar puntos de vista alternativos para la misma situación o problema.

- Objetivo: manejar el estrés y las dificultades. Estrategias: encontrar sentido; ver el lado positivo; auto-cuestionar los propios pensamientos.
- Objetivo: vivir el presente. Estrategias: saborear las alegrías de la vida e identificar las experiencias positivas diarias.

3.3. Contenidos del programa PROA.

3.3.1. Contenidos Transversales.

El programa de intervención grupal para potenciar la adaptación a la situación de enfermedad en pacientes oncológicos (PROA), consiste en cinco sesiones de periodicidad semanal con duración de noventa minutos. Cada sesión está estructurada y tiene previstas fichas de trabajo para los participantes que incluyen los protocolos de trabajo de la sesión y protocolos de las tareas inter-sesión.

El programa se centra en la enseñanza de habilidades que favorecerían la adaptación. Los ejes transversales son la resignificación cognitiva del estar enfermo, a partir de re-evaluar sus propios recursos y los del entorno (apoyo social, familia, amigos, médicos); y el aprendizaje, recuperación y/o aumento de estrategias de afrontamiento más funcionales.

En concreto aborda estos contenidos:

- Identificar, seleccionar y reconocer los aspectos más importantes de las experiencias del pasado, presente y futuro de cada integrante.

- Identificar valores personales, influencias positivas y redefinir los proyectos personales. Análisis de las fortalezas.
- Reconocer las diferencias entre pensamientos positivos y negativos y reconocer el efecto que tienen sobre la propia salud física.
- Aprender a experimentar puntos de vista positivos y negativos sobre el mismo tema.
- Inducir gratitud, es decir, estimular un estado afectivo positivo.
- Estimular y/o potenciar estrategias de afrontamiento activas.

3.3.2. Contenidos específicos del PROA.

Para detallar el contenido de cada sesión en particular, a continuación se describe cada sesión del programa y se presenta un gráfico para cada sesión que expone, la actividad, el fundamento teórico que la sustenta, el objetivo que la justifica y las actividades intra-sesión e inter-sesión (ver ANEXO 3).

3.3.2.1. Primera sesión.

Se implementa el ejercicio Virtudes, Influencias y Proyectos (VIP). Se trata de una actividad de autorreflexión orientada a la identificación, selección y reconocimiento de los aspectos más importantes de las experiencias del pasado, presente y futuro de cada integrante del grupo.

Se trabaja sobre un protocolo en el que se representan tres círculos concéntricos que los participantes deben completar con (a) valores vitales y virtudes personales, (b) influencias positivas (personas o situaciones) que ha recibido en el curso de su vida y (c) proyectos con los que sueñan para el futuro.

Para estimular una descripción positiva, la coordinadora del grupo hace su propio diagrama a modo de ejemplo, es una actividad de auto-reflexión que aborda la historia individual de cada integrante con la finalidad de descubrir los aspectos que identifican y los que diferencian a los miembros del grupo y lograr apertura y empatía.

La tarea inter-sesión es Tres cosas Positivas, en ella la persona tiene que registrar una vez al día durante una semana tres cosas positivas dignas de agradecer y sus causas.

En la Figura 3 se exponen los objetivos de la sesión, el marco conceptual y las tareas intra e inter sesión.

NÚMERO DE SESIÓN	MARCO CONCEPTUAL	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	TAREAS INTERSESIÓN
PRIMERA	Indagación Positiva.	Presentar el programa y sus objetivos e incentivar el vínculo entre los participantes.	<p><i>Ejercicio V.I.P (valores, influencias y proyectos)</i> Marujo, Neto, Caetano & Rivero, 2007)</p> <p>Consiste en que cada integrante se presenta al grupo mostrando en un diagrama de 3 círculos concéntricos lo que consideran más importante de:</p> <p>a. Valores vitales y virtudes personales,</p> <p>b. Influencias positivas, y</p> <p>c. Proyectos con los que sueña.</p>	Tres cosas Positivas (Seligman, Oteen, Park & Petersen, 2005) Consiste en registrar una vez al día durante una semana, tres cosas positivas que le sucedieron en el día y sean dignas de agradecer y sus causas.

Fuente: Elaboración propia.

Figura 3. Análisis descriptivo de la primera sesión del PROA.

3.3.2.2 Segunda sesión.

El objetivo de esta intervención es ayudar a los integrantes del grupo a experimentar puntos de vista positivos y negativos sobre el mismo tema. En el ejercicio de los Activistas de Esperanza y Desesperanza un miembro del grupo expone de forma deliberada un problema al grupo; otro miembro del grupo previamente identificado, intervendrá intentando plantear y exponer los aspectos positivos de la situación (activista de esperanza) y otro intervendrá para presentar lo que ve de terrible y desesperanzador (activista de desesperanza). Los roles serán intercambiados durante la sesión y se realiza un debate sobre el grado en que se sintieron cómodos con cada uno de los roles y sus perspectivas. Apunta a que los miembros del grupo capten las diferentes posibilidades que permite una misma historia y tomen conciencia de cómo una misma historia permite diferentes enfoques, al mismo tiempo que identifiquen su grado de aceptación de puntos de vista diferentes a los propios.

La tarea inter-sesión es el ejercicio Diccionario Positivo en el cual a partir de palabras negativas relacionadas habitualmente con la enfermedad, p. ej. Cáncer, quimioterapia, radioterapia, dolor, se pide que le asignen una definición afirmativa y positiva. Se debate acerca del poder del lenguaje.

En la Figura 4 se describen los objetivos, actividades y tareas intra e inter-sesión.

NÚMERO DE SESIÓN	MARCO CONCEPTUAL	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	TAREAS INTERSESIÓN
SEGUNDA	Indagación Positiva. Re-significación de información negativa	Ayudar a los integrantes a experimentar puntos de vista positivos y negativos sobre el mismo tema. Promover resignificación cognitiva: a partir de tomar consciencia de cómo una misma historia o situación vital estresante, permite diferentes posibilidades conceptuales.	Ejercicio de los Activistas de la Esperanza y la Desesperanza (Neto & Marujo, 2007). Un miembro del grupo expone un problema al grupo; un miembro intervendrá intentando plantear aspectos positivos sobre la situación (Activista de Esperanza); otro intervendrá para presentar lo que ve de desesperanzador (Activista de desesperanza).	Ejercicio del Diccionario Positivo (Marujo, Neto & Perloiro, 2003) se les pide que asignen a cada palabra una definición afirmativa y positiva.

Fuente: Elaboración propia.

Figura 4. *Análisis descriptivo de la segunda sesión del PROA.*

3.3.2.3. Tercera sesión.

Se presenta una intervención basada en la gratitud, es un ejercicio de gratitud que trata de inducir sensaciones de positivas a partir de una instrucción simple. Se llama Carta de Gratitud y consiste en escribir una carta de agradecimiento a otra persona describiendo los motivos por los que está agradecido. Se debate acerca de los aspectos que comparten los miembros del grupo y de las individualidades.

Tarea inter-sesión: es la Visita de Gratitud consiste en compartir la carta de gratitud con el destinatario de la misma y enfocarse en las propias reacciones y sentimientos que esa situación le generan.

En la Figura 5 se sistematizan los objetivos, actividades y tareas intra e inter-sesión.

NÚMERO DE SESIÓN	MARCO CONCEPTUAL	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	TAREAS INTER SESIÓN
TERCERA	Indagación Positiva Reconocimiento Positivo	Inducir gratitud, es decir, estimular un estado afectivo positivo como consecuencia de dos procesos cognitivos: a. Reconocer haber obtenido un resultado positivo, y b. Reconocer que hay una fuente externa para ese resultado positivo.	Ejercicio Carta de Gratitud (Emmons & Mc Cullough, 2003; Watkins, 2003; Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005). Se trata de un ejercicio para inducir sensaciones de gratitud, a partir de una instrucción simple: <i>Piensa en una persona querida y escribe una líneas sobre las cosas positivas por las que estas agradecido. Se debate acerca de los aspectos que comparten y que no comparten los miembros del grupo.</i>	Visita de Gratitud (Watkins, 2003) Deberán compartir la carta de agradecimiento con el destinatario.

Fuente: Elaboración propia.

Figura 5. Análisis descriptivo de la tercera sesión del PROA.

3.3.2.4. Cuarta sesión.

Se trabaja con el ejercicio de Identificar las fortalezas y se usa la intervención El Árbol de los Talentos, para que puedan identificar las fortalezas de cada uno y los rasgos más fuertes del grupo, se pide a los participantes que dibujen el árbol de las fortalezas del grupo.

En la Figura 6 se sistematizan los objetivos, actividades y tareas intra-sesión.

NÚMERO DE SESIÓN	MARCO CONCEPTUAL	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	TAREAS INTERSESIÓN
CUARTA	Indagación Positiva. Valoración personal Positiva	Identificar los aspectos más salientes de uno mismo y del grupo. Valoración de las fortalezas personales y de los valores del grupo.	Se aborda lo producido en la tarea de la semana. Se avanza debatiendo sobre el poder del lenguaje y de cómo podríamos modificar positivamente la realidad. Ejercicio de Identificar las fortalezas: El árbol de los Talentos (Park & Peterson, 2007). Se identifican las fortalezas de cada individuo y luego se construye el árbol de las fortalezas del grupo. Las más frecuentes o más compartidas conforman los rasgos más fuertes del grupo.	

Fuente: Elaboración propia.

Figura 6. Análisis descriptivo de la cuarta sesión del PROA.

3.3.2.5. Quinta sesión.

Se reflexiona sobre el programa a nivel grupal e individual y sobre la motivación e importancia de la práctica frecuente, habitual y cotidiana de cada intervención y se realiza la administración de los instrumentos de evaluación o post-test.

En la Figura 7 se presenta la descripción de la última sesión.

NÚMERO DE SESIÓN	MARCO CONCEPTUAL	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	TAREAS INTERSESIÓN
QUINTA	Evaluación del Programa.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Indagar el impacto de la aplicación del programa, y analizar en qué medida ayudó a construir significados nuevos y positivos respecto a la enfermedad y sus tratamientos. 2. Realizar la evaluación post-test. 	<p>Reflexión con los miembros del grupo acerca de su nivel de satisfacción y posible generalización de las distintas intervenciones.</p> <p>Aplicación de las escalas para evaluar el efecto del programa.</p>	

Fuente: Elaboración propia.

Figura 7. *Análisis descriptivo de la quinta sesión del PROA.*

PARTE EMPÍRICA

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

*No existe esponja para lavar el cielo
aunque pudieras enjabonarlo
y luego echarle baldes y baldes de mar
y colgarlo al sol para que se seque
siempre faltaría el pájaro en silencio,
no existen métodos para tocar el cielo
aunque te estiraras como una palma
y lograras rozarlo en tus delirios
y supieras al fin como es al tacto,
siempre te faltaría un puente para cruzar
a la otra orilla.*

Mario Benedetti, 2006.

4.1. Objetivos del estudio

Objetivo General

Abordar la problemática psicológica del paciente oncológico desde una mirada positiva que contribuya a disminuir su experiencia de padecimiento y mejorar la adaptación a la situación de enfermedad.

Objetivos Particulares

1. Diseñar un programa de intervención grupal, basado en la práctica sostenida y regular de actividades intencionales positivas, para pacientes oncológicos adultos en primera etapa de la enfermedad, no metástasicos, ambulatorios, bajo tratamiento médico/clínico activo.

2. Evaluar el efecto del programa sobre la adaptación del paciente al diagnóstico y tratamiento oncológico:
 - 2.1. Evaluar si el programa produce modificaciones en la Estabilidad Emocional.
 - 2.2. Evaluar si el programa produce modificaciones en la Calidad de vida.
 - 2.3. Evaluar si el programa produce modificaciones en el Afrontamiento de la enfermedad.

3. Determinar las variaciones intra e intersujetos: entre el pre-test/post-test y comparar según grupo control y experimental.

4.2. Hipótesis

La hipótesis que guía este estudio afirma:

H1. El programa de intervención grupal (PROA) mejora la adaptación del paciente oncológico:

H1.1. Incrementa la calidad de vida.

H1.2. Disminuye la inestabilidad emocional.

H1.3. Aumenta el uso de estrategias activas de afrontamiento asociadas al espíritu de lucha.

H1.4. Disminuye el uso de estrategias pasivas asociadas al desamparo, negación, fatalismo y preocupación ansiosa.

4.3. Diseño metodológico

El estudio se encuadra en un diseño cuasi-experimental con grupo experimental y cuasi-control, con medidas repetidas pretest y posttest, sin asignación aleatoria a las condiciones. La técnica de muestreo utilizada es de tipo no probabilística por disponibilidad.

Para conseguir mayor precisión en la estimación de los efectos del programa de intervención, se emparejaron los grupos en las variables: estadio de enfermedad, esquema de tratamiento y optimismo. Para la clasificación según el estadio (etapa inicial de la enfermedad), se consideraron las estadificaciones de la *International Union Against Cancer* (UICC) y la *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) basados en el criterio T.N.M: en la extensión del tumor (T); en la diseminación de las células a los ganglios linfáticos (N); y si ha ocurrido una metástasis (M) distante a otras partes del cuerpo.

Bajo el supuesto de que el optimismo como rasgo estable de personalidad tendría incidencia sobre la estabilidad emocional y sobre el uso de estrategias de afrontamiento más activas en personas con enfermedad física (Seligman, 2011) y en tanto las revisiones meta-analíticas también demuestran la fuerza de la asociación entre el optimismo, afrontamiento activo y salud física y emocional (Rasmussen, et al., 2010) la muestra se emparejo según el nivel de optimismo.

Para hacer el emparejamiento en esta variable se usó como puntaje de referencia el nivel promedio de optimismo establecido por la bibliografía para población oncológica (Rasmussen, et al., 2010). Se formaron pares de sujetos que obtuvieron en la escala LOT-R (Scheier & Carver, 1985) puntajes iguales o superiores a 16 puntos y sujetos por debajo del puntaje de referencia y se asignó un miembro de cada par a cada uno de los grupos.

La variable dependiente es la adaptación psicológica entendida como constructo multidimensional que incluye calidad de vida (nivel de bienestar), estabilidad emocional (ansiedad, depresión) y estilos de afrontamiento, a saber activo: espíritu de lucha; pasivo: desamparo-indefensión, fatalismo y negación (Rodríguez, Bayon, Orgaz, Torres & Castelo, 2008). Se evaluaron también algunas variables médico-clínicas, como índice de dolor y capacidad física.

Se consideran limitaciones de diseño la falta de asignación aleatoria a los grupos y la ausencia de seguimiento diferido (al año). Por cuestiones éticas se priorizó la voluntad de participación en el estudio, por sobre la rigurosidad metodológica. La falta de seguimiento diferido se debe a cambios en la política de gestión del Sanatorio Central EMHSA que generaron modificaciones en el servicio de oncología.

Para evaluar el efecto del programa sobre la adaptación de la población objeto de estudio se utilizó ANOVA, análisis de varianza de diseño mixto o *Split-Plot* de 2*2 (de dos factores con medidas repetidas en el segundo factor).

4.4. Muestra

Se trabajó con una muestra clínica de 58 personas con enfermedad oncológica diagnosticada por médicos del Servicio de Oncología del Sanatorio Central EMHSA de la ciudad de Mar del Plata, entre los meses de noviembre del 2010 y febrero del 2012.

Del total de la muestra el 34% eran hombres y 66% mujeres y el promedio de edad fue de 50,5 años, con un rango de 21 a 74 años. En relación a la capacidad física un 46% satisface sus necesidades personales pero no puede trabajar, un 30% con capacidad física normal y el 24% no puede satisfacer sus necesidades personales y requiere apoyo. Con respecto al nivel de dolor asociado a los síntomas de la enfermedad un 34% de los participantes del estudio refieren dolor leve, un 21 % dolor moderado y el 26% no sienten ningún dolor.

Según la localización de la neoplasia se conformó una muestra mixta, el Grafico 1 muestra que la localización tumoral más frecuente para la muestra total fue mama seguida de colon y las localizaciones menos frecuentes fueron tiroides, huesos y ganglios.

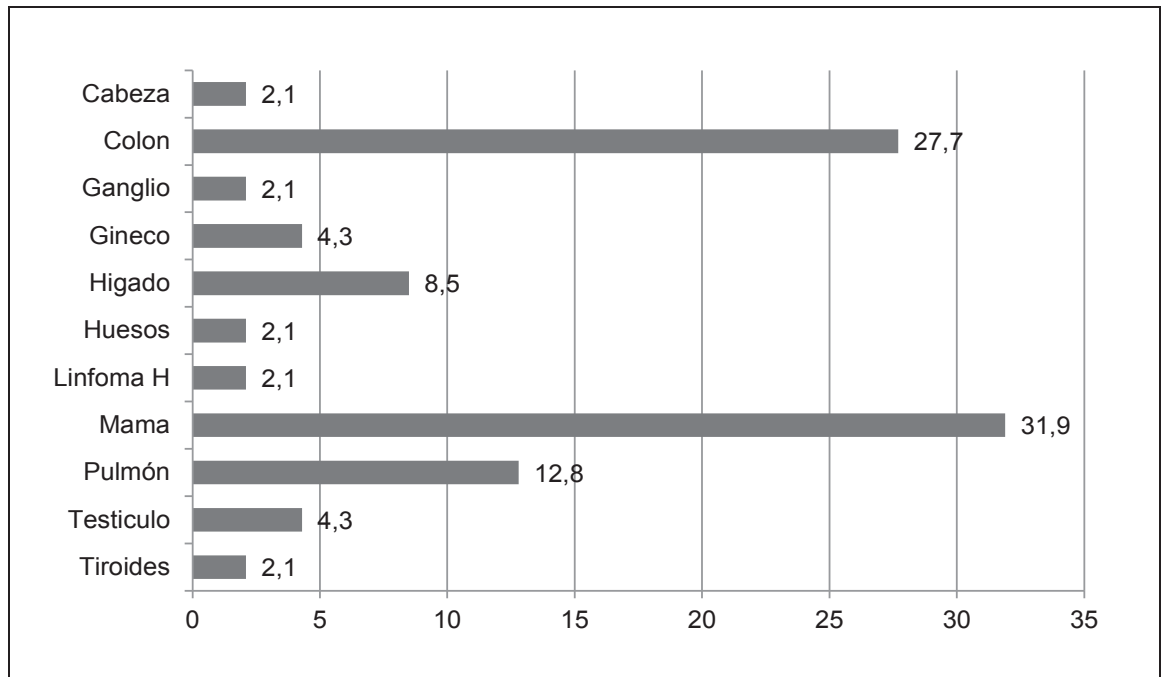


Gráfico 1. Distribución de la localización tumoral en la muestra total.

Según el Grafico 2, la mayor proporción eran casados y el menor porcentaje divorciados.

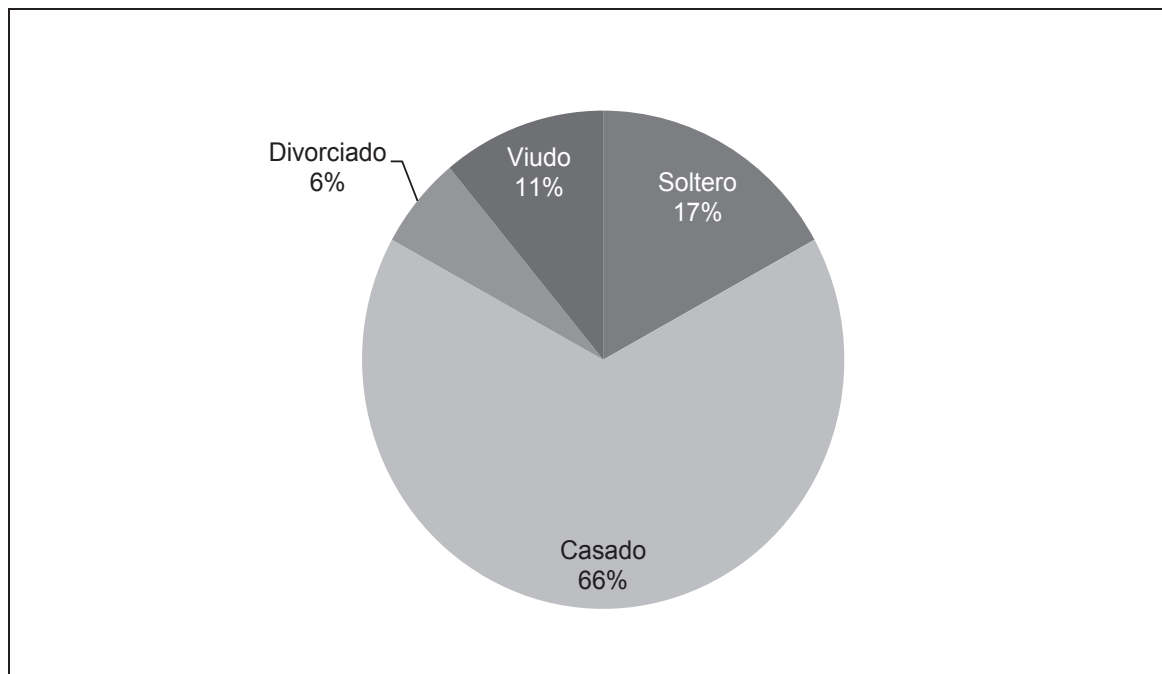


Gráfico 2. Distribución del estado civil de la muestra total.

El 89% tenían hijos, de los cuales la mayor proporción tenían uno o dos hijos (Grafico 3).

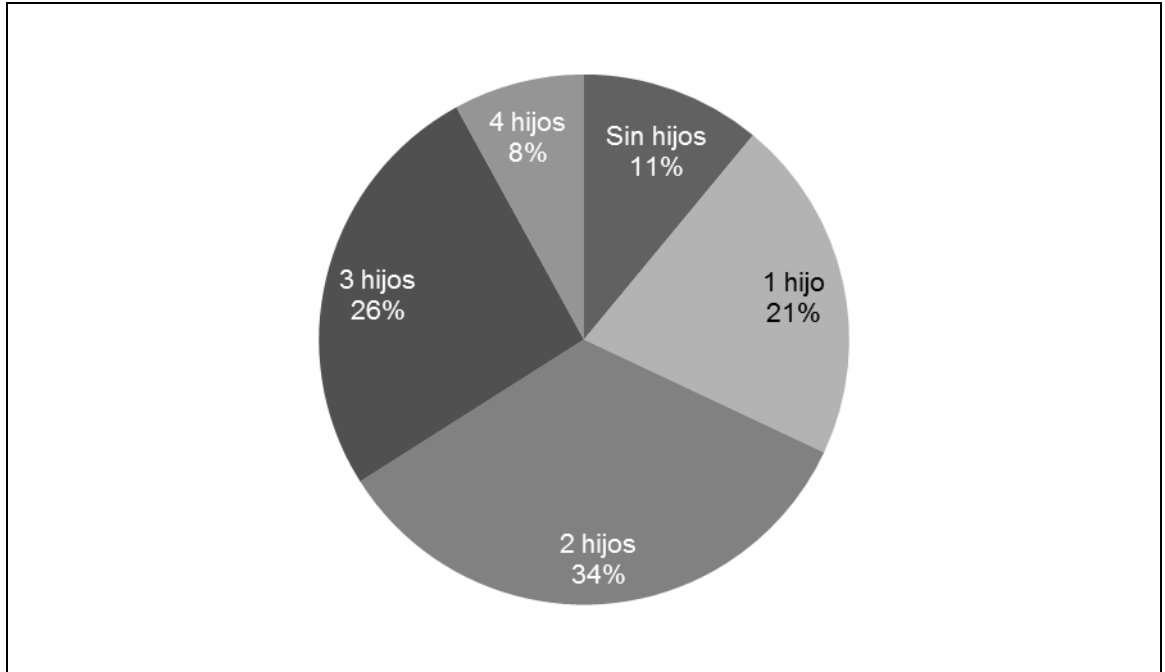


Gráfico 3. Distribución del número de hijos para la muestra total.

Según el nivel de estudios el Grafico 4 muestra que la distribución es pareja para los tres niveles educativos.

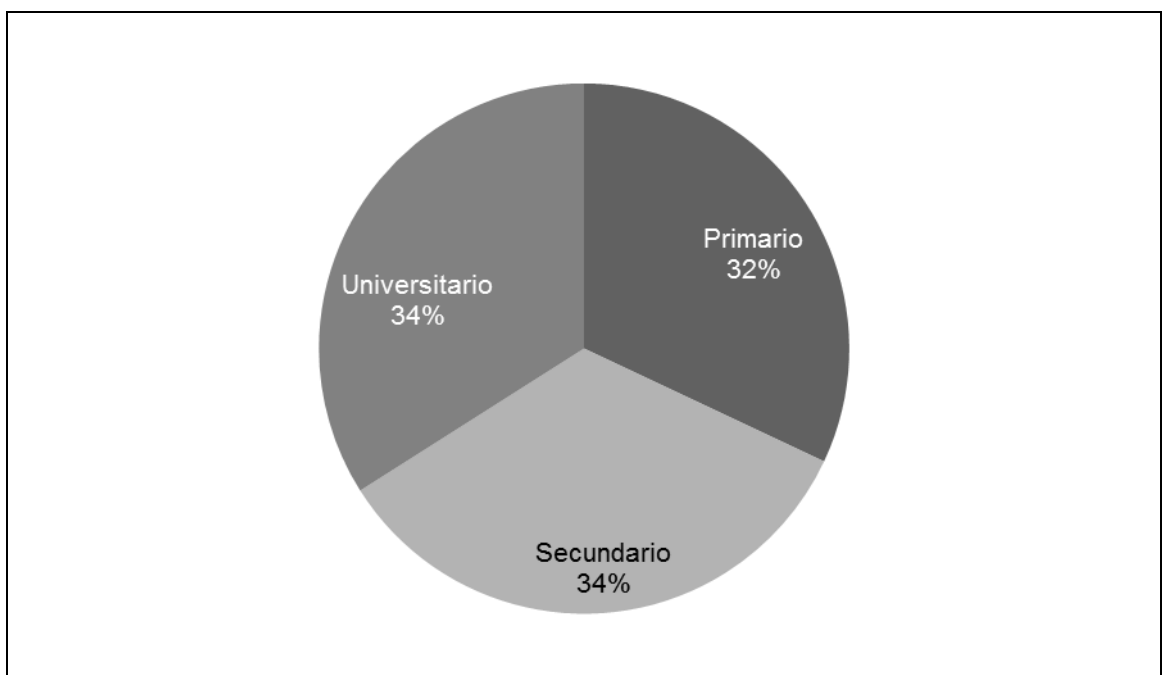


Gráfico 4. Distribución del nivel educativo en la muestra total.

Se registró alta tasa de rechazo en la participación (88%). Sobre el total de 58 sujetos que firmaron su consentimiento para participar del estudio, 30 sujetos (52%) participaron del PROA, de los cuales 4 (13,3%) abandonaron el estudio antes de la post evaluación.

Asimismo, participaron como control 28 personas (48%), de las cuales 7 (25%) abandonaron el estudio. La mortandad muestral fue diferencial entre el grupo control y el de intervención, para el control fue moderada y para el experimental baja. Finalmente la muestra total quedó constituida por 47 personas (26 participaron del PROA y 21 del grupo control) todos cumplieron con los criterios de inclusión, que se detallan a continuación.

4.4.1. Criterios de Inclusión.

Los sujetos incluidos cumplen los siguientes criterios:

- Diagnóstico de cáncer.
- Localización tumoral variada.
- Ausencia de metástasis distal.
- En etapa inicial de la enfermedad.
- En fase de primer tratamiento activo.
- No hospitalizados.
- Sin enfermedades concomitantes diagnosticadas.
- Mayores de 18 años y menores de 75 años.
- Que no estén bajo tratamiento psicológico ni psiquiátrico al momento del estudio.
- Con consentimiento informado y voluntad para participar del estudio.

4.4.2. Caracterización de la muestra según grupo control y grupo experimental.

4.4.2.1. Grupo sin intervención o de control.

El grupo que no recibió el programa de intervención, se conformó con 62% de mujeres y 38% hombres, con edad promedio de 48 años. En cuanto a su estado civil, la mayoría eran casados y la menor proporción viudos y divorciados.

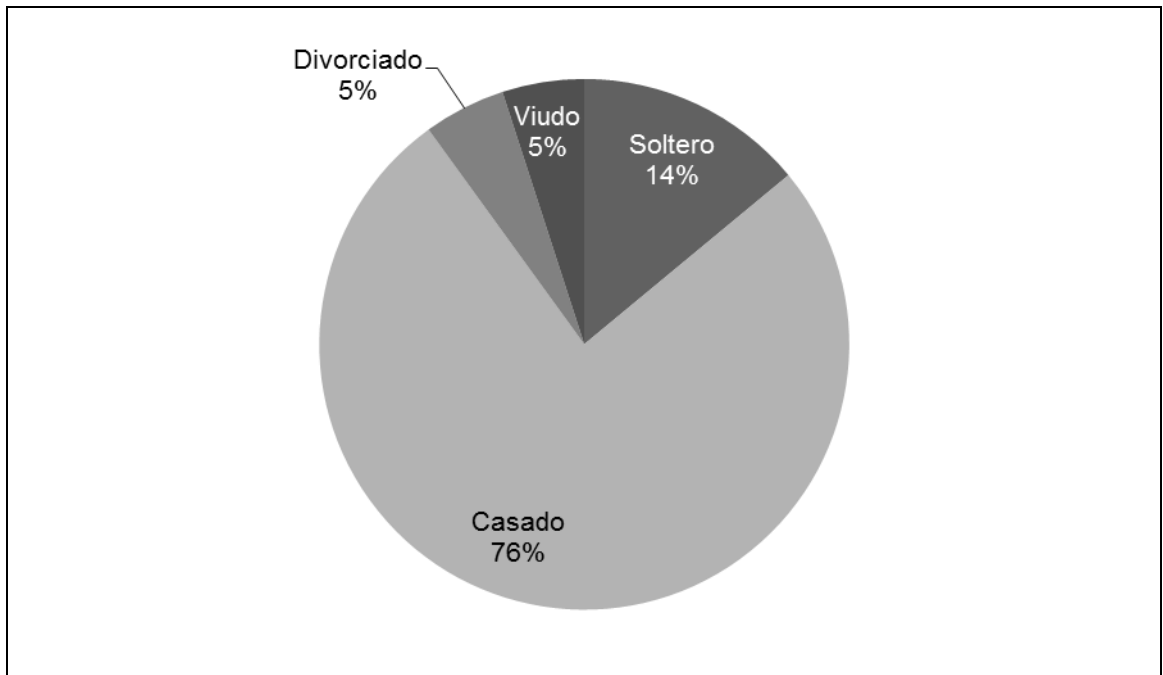


Gráfico 5. *Distribución del estado civil del grupo control.*

El Gráfico 6 muestra que el 86 % de los miembros del grupo control tenían hijos, la mayoría tenían dos o tres hijos.

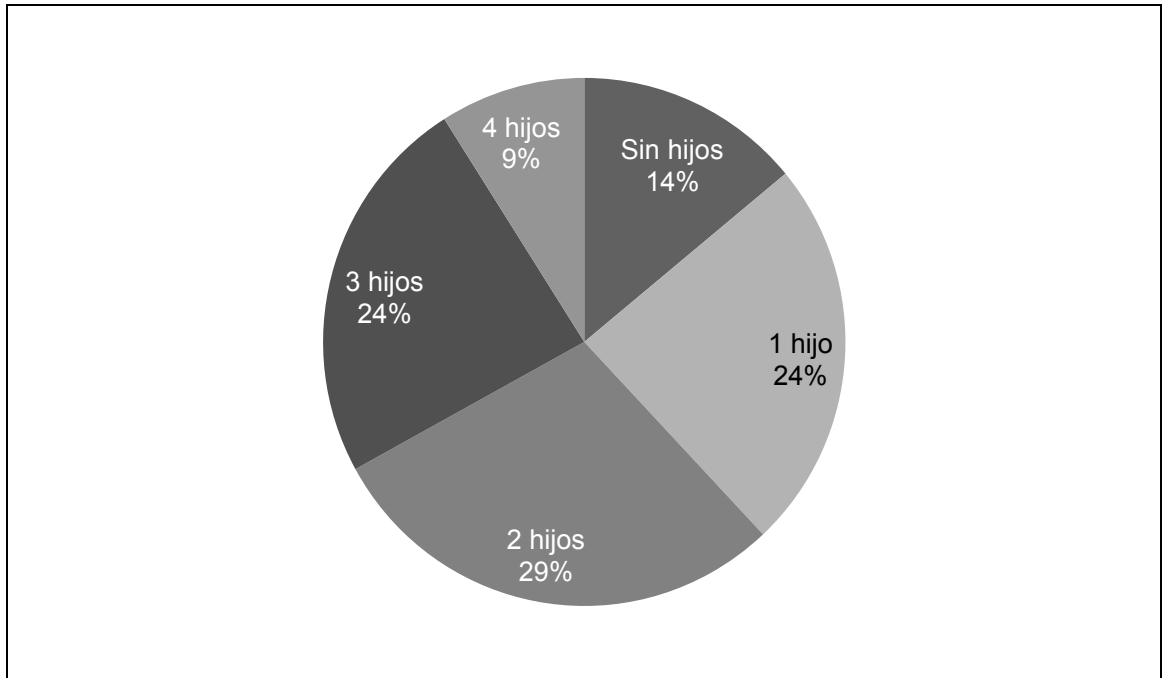


Gráfico 6. *Distribución de la cantidad de hijos del grupo control.*

La mayoría de participantes del grupo control habían cumplimentado estudios universitarios aunque la distribución es bastante regular para los tres niveles educativos.

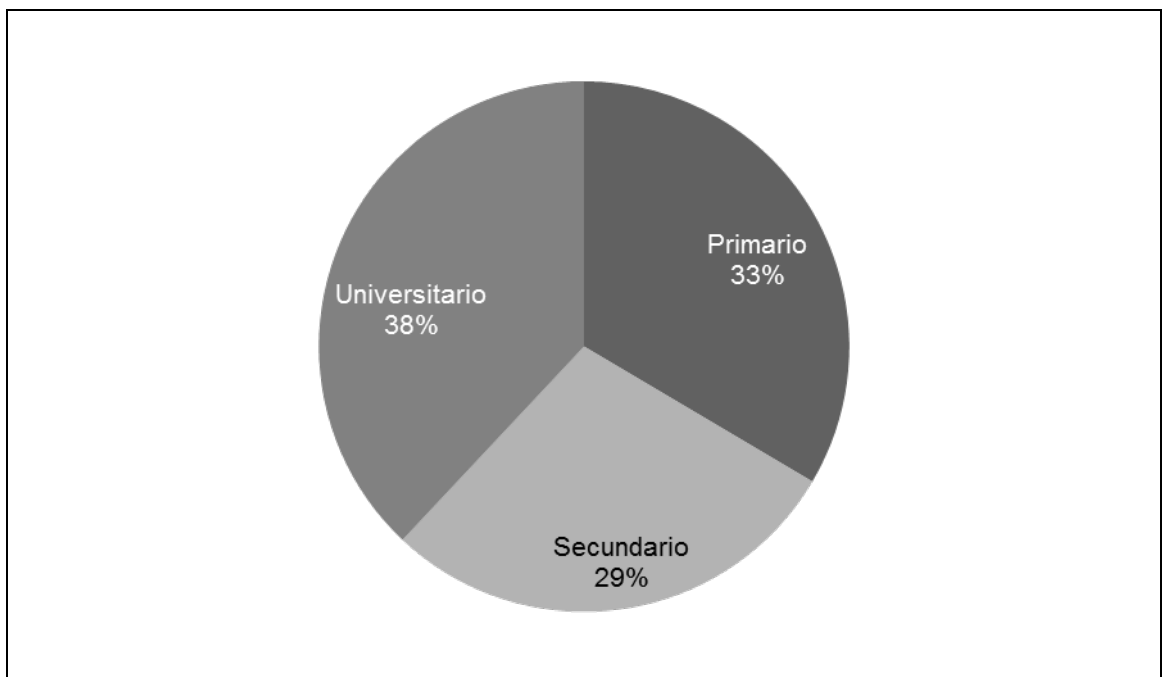


Gráfico 7. *Distribución del nivel educativo del grupo de control.*

La localización tumoral más frecuente era mama y colon mientras que las menos frecuentes eran tiroides, pulmón y testículo (Grafico 8).

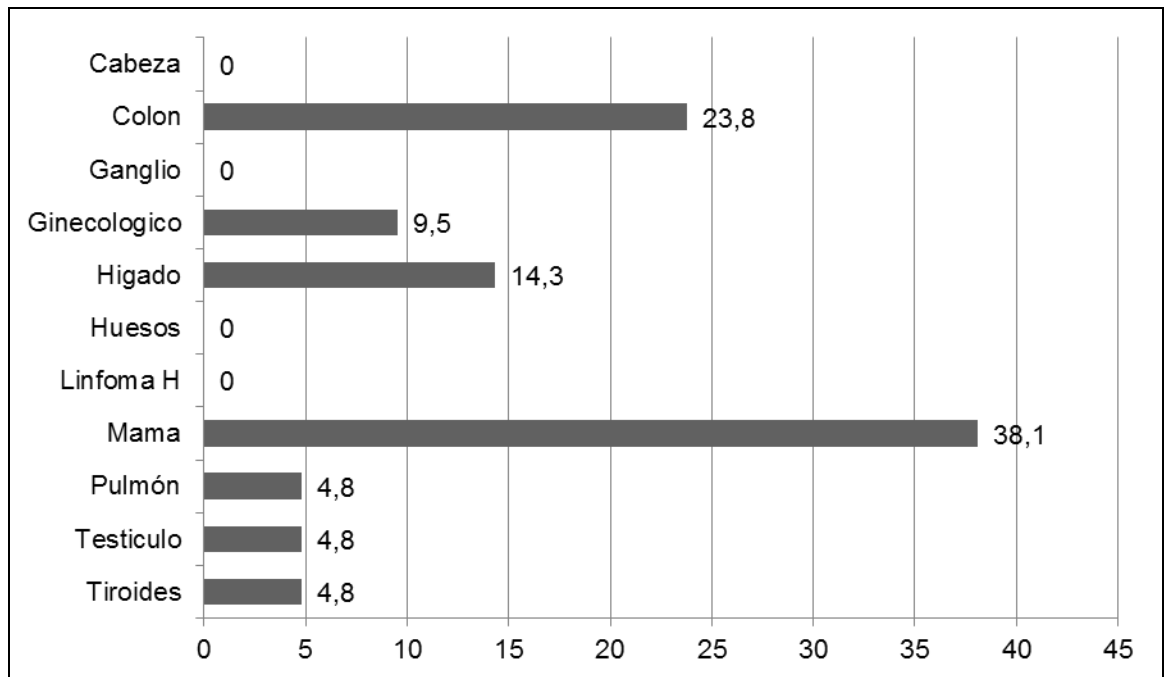


Gráfico 8. Frecuencia de localización tumoral para grupo de control.

En el Grafico 9 se muestra la distribución del Índice de capacidad física KFP (Karnofsky & Burchenal, 1949) la mayoría de los pacientes de este grupo, satisfacían sus necesidades físicas pero no podían trabajar.

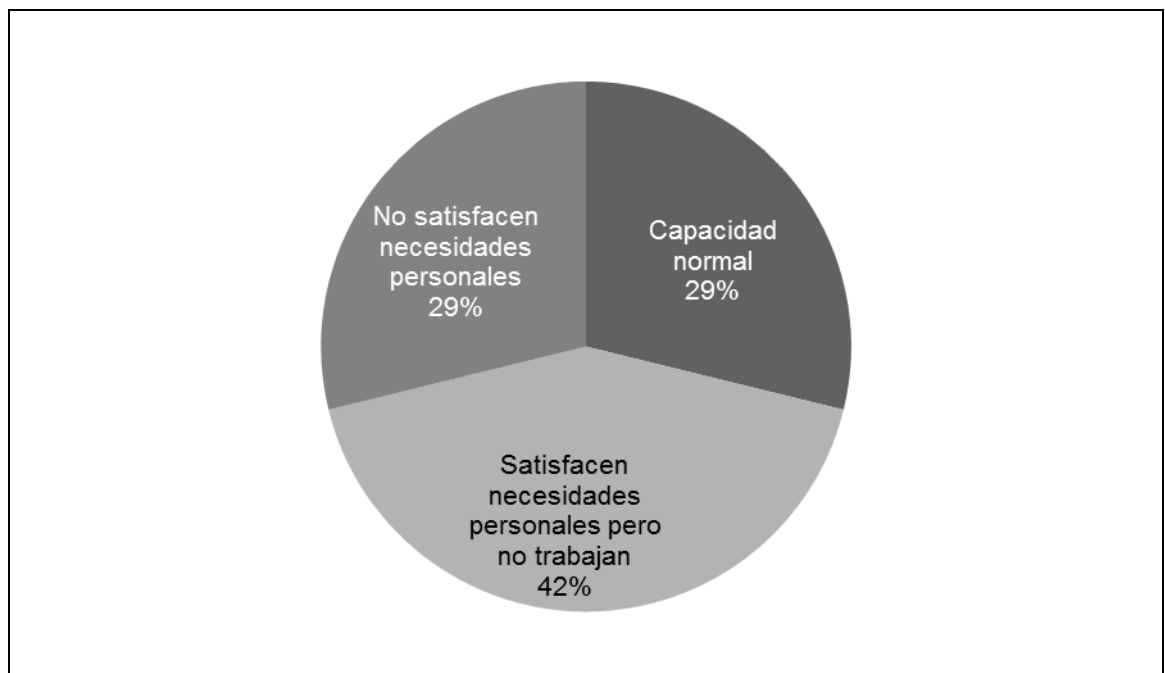


Gráfico 9. Índice de capacidad física (KFP) del grupo control.

Según el índice de dolor IK (Keelle, 1968) que se muestra en el Grafico 10, una mínima proporción de la muestra sentía dolor insoportable y un 60% aproximadamente no referían dolor o sentían dolor leve.

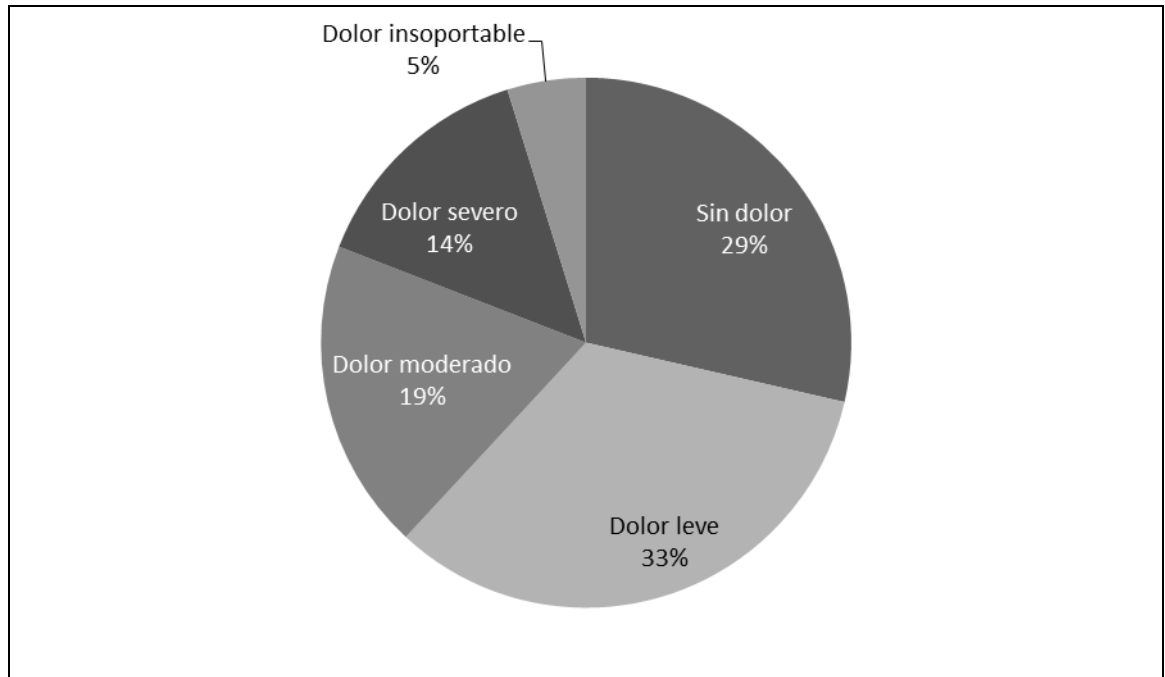


Gráfico 10. *Índice de dolor del grupo control.*

4.4.2.2. Grupo con intervención o experimental.

El grupo que participó del PROA se conformó con un 69% de mujeres y un 31% de varones, con una edad promedio de 52 años. La mayoría eran casados, un porcentaje inferior al 20% eran solteros o viudos y una minoría estaba divorciada (Grafico 11).

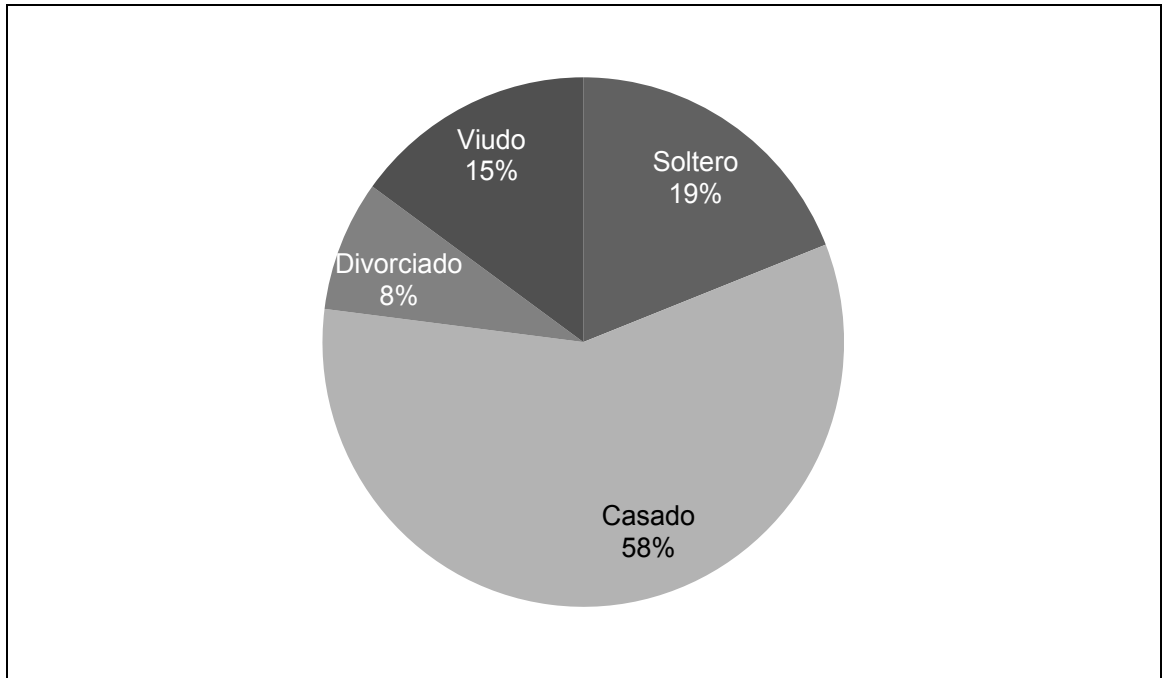


Gráfico 11. Distribución del estado civil en el grupo experimental.

Como se muestra en el Gráfico 12, el 92% de los miembros del grupo experimental tenían hijos: la mayor proporción tenía sólo dos hijos, seguidos por los que tenían tres y un hijo, una minoría tenía cuatro hijos o no tenía.

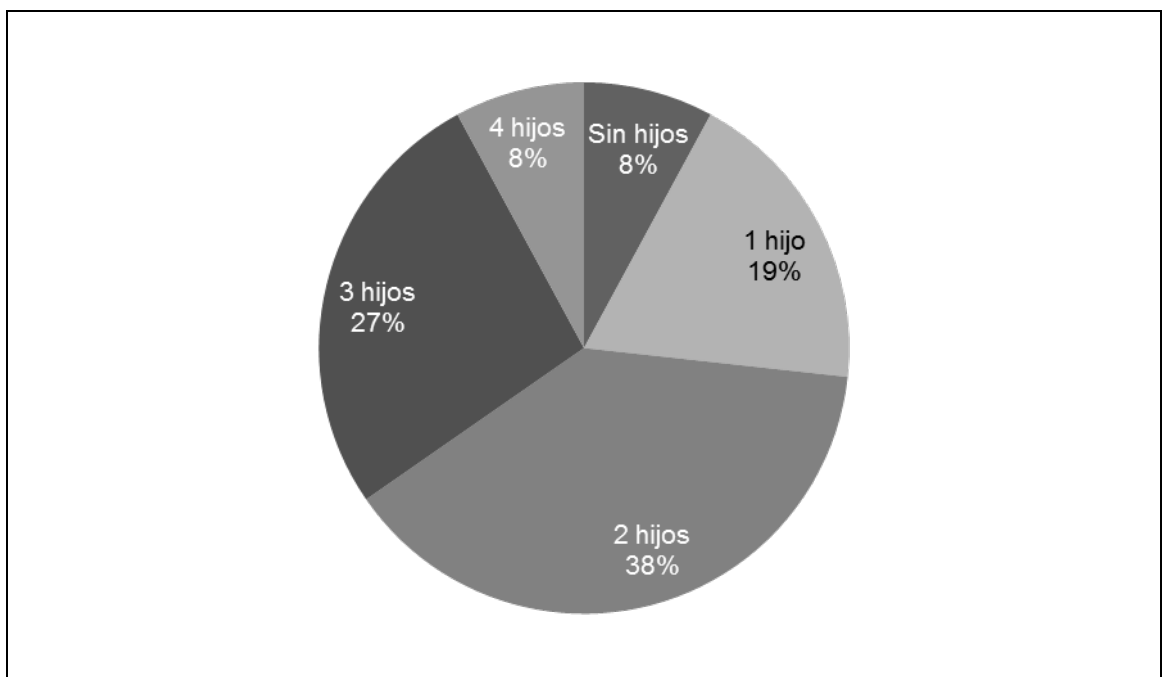


Gráfico 12. Distribución de la cantidad de hijos del grupo experimental.

En cuanto al nivel de estudios, el Gráfico 13 muestra que el 65% de los participantes tenía estudios secundarios y universitarios.

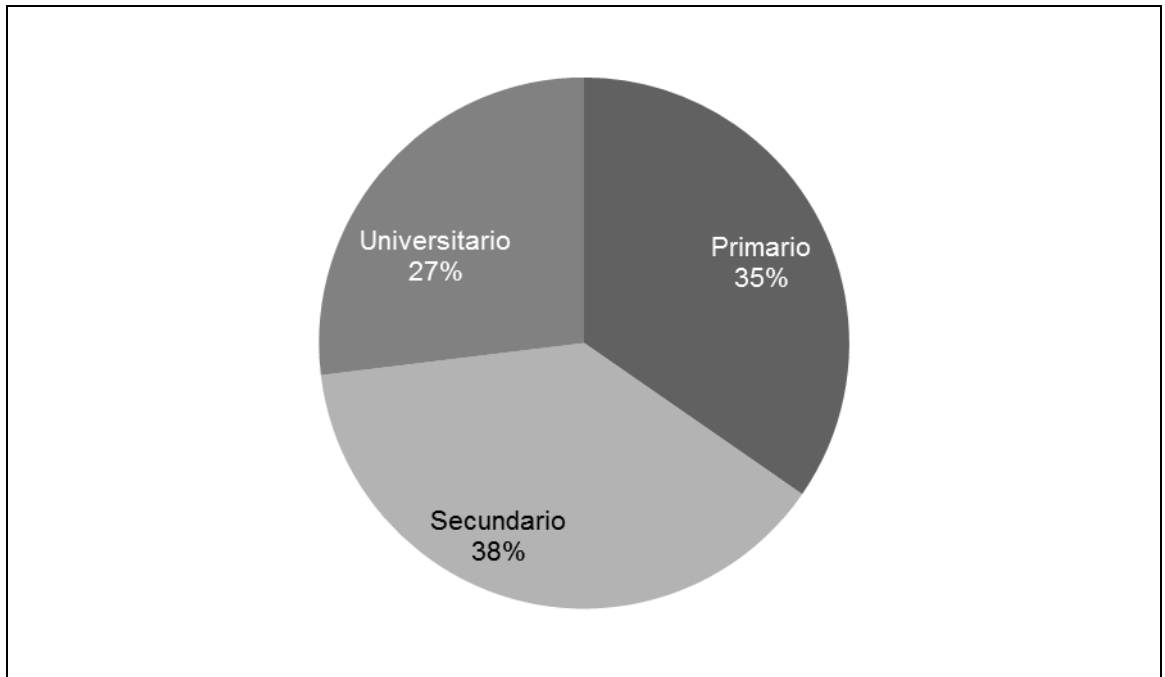


Gráfico 13. Distribución del nivel educativo del grupo experimental.

La localización tumoral más frecuente en este grupo fue colon y mama, seguida de pulmón y el menos frecuente hígado, huesos y ganglios entre otras (Gráfico 14).

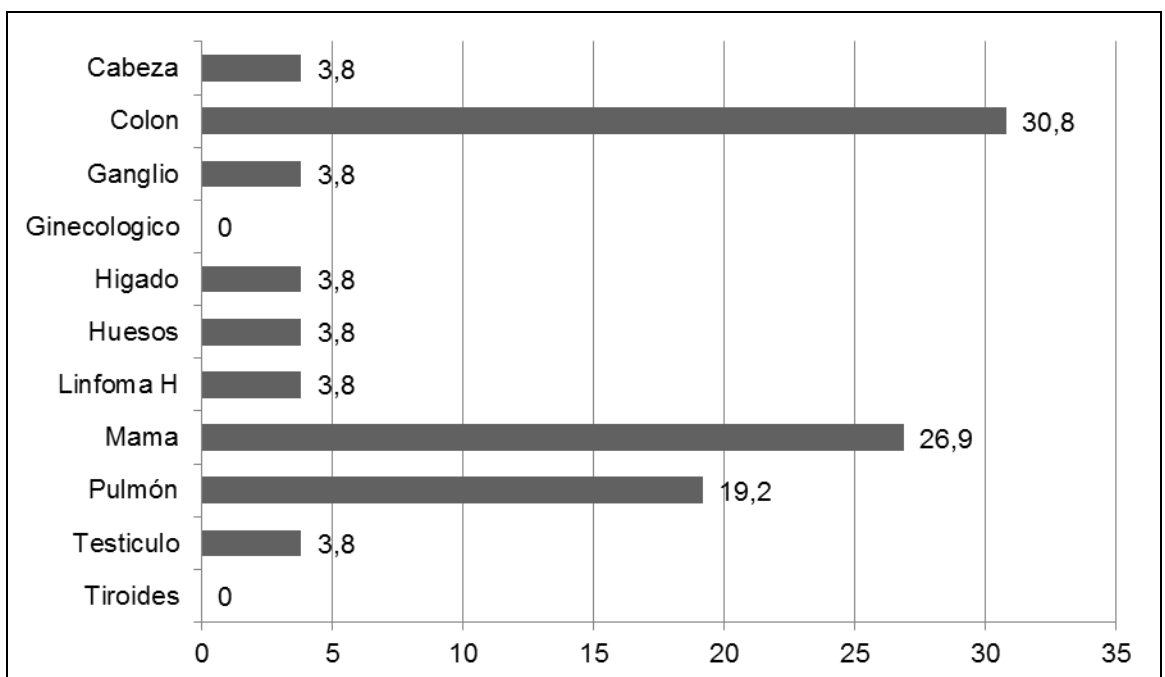


Gráfico 14. Distribución de la localización en el grupo experimental.

En relación al Índice de dolor (IK) en el Gráfico 15 se muestra que la mayoría sólo manifestó dolor leve y menos del 5 % refirieron dolor insoportable.

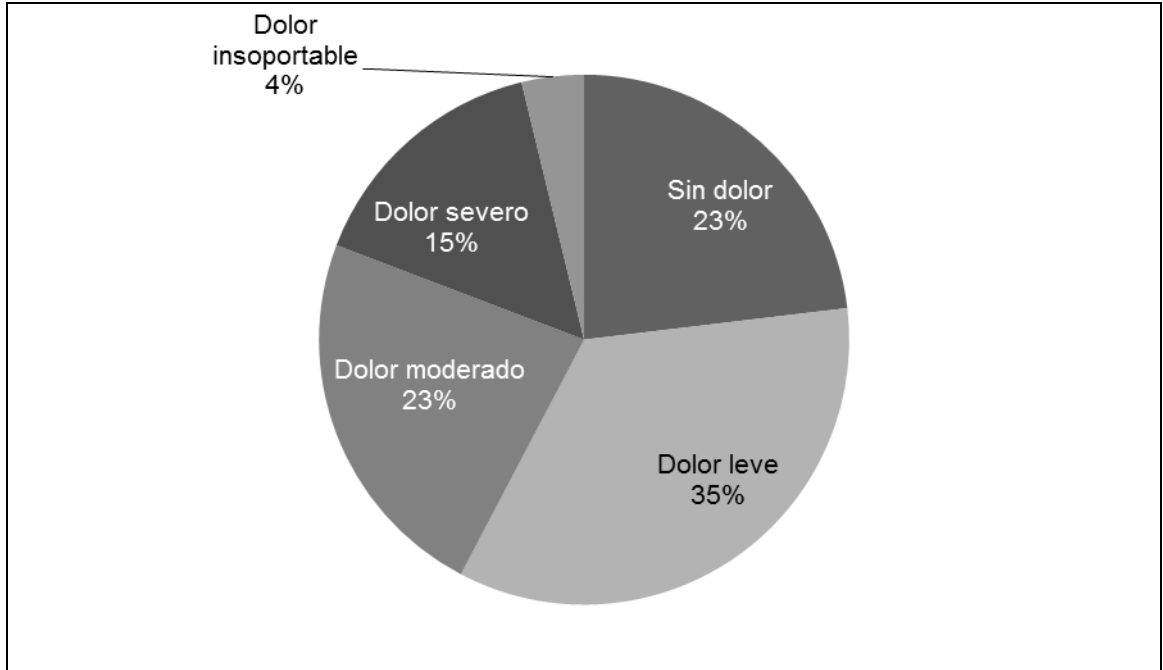


Gráfico 15. Distribución del Índice de dolor del grupo experimental.

En cuanto al Índice de capacidad física (KPS) la mayoría de los participantes del grupo experimental no podían trabajar y menos de un 10% no podían satisfacer sus necesidades personales (gráfico 16).

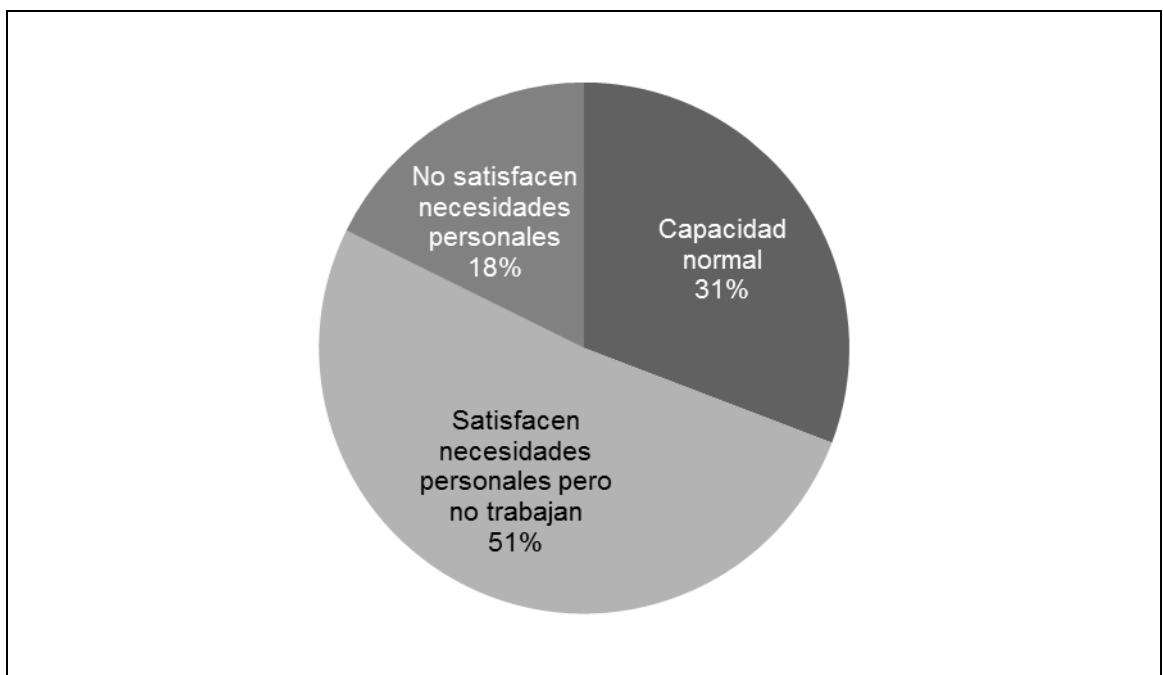


Gráfico 16. Distribución del Índice de capacidad física del GE.

4.5. Procedimiento

Se intervino sobre pacientes adultos no hospitalizados, con primer diagnóstico de cáncer, no metastáticos y en fase activa del tratamiento médico, que asistían al Servicio de Oncología del Sanatorio Central EMHSA de la ciudad de Mar del Plata, demostraron voluntad de participar en el estudio y completaron el formulario de consentimiento informado, diseñado para este estudio.

Se tomó como lugar de trabajo la sala de quimioterapia del Sanatorio Central EMHSA, entre noviembre de 2010 y enero de 2012. En este ámbito se transmitía a los pacientes una descripción breve del proyecto de investigación, una caracterización del programa de intervención y se los invitaba a participar del mismo.

Detectados los pacientes que deseaban participar del estudio, con el médico oncólogo y la enfermera del servicio se controló el cumplimiento de los criterios de inclusión. Posteriormente se pautó telefónicamente una entrevista individual con cada paciente en la que se completó el consentimiento, se evaluaron datos sociodemográficos y se administraron los instrumentos de recolección de datos.

También se indagó la disponibilidad temporal y personal del paciente para asistir semanalmente al programa de intervención. Aquellos pacientes que tuvieron voluntad de participar pero no podían asistir semanalmente al sanatorio se los invitó a participar como control.

Cada grupo estuvo integrado por entre 4 a 6 personas; con la finalidad de emparejar los grupos, una vez evaluado el optimismo se determinó quienes estaban por encima y quienes por debajo del puntaje de referencia (Ferrando et al., 2002) y se distribuyeron los pacientes de manera que los grupos tengan la misma cantidad de pacientes que estén por encima y por debajo del puntaje de referencia en optimismo.

4.5.1. Conformación del Grupo Control.

Se asignaron al grupo control los pacientes que deseaban colaborar con el estudio pero no podían o no querían asistir al sanatorio con la frecuencia que la intervención requería, entonces se les ofreció dos encuentros individuales de frecuencia mensual con fines evaluativos. Se procuró que coincidieran con sus sesiones de tratamiento, de manera que estos pacientes no asistieron al sanatorio con más frecuencia de la que el tratamiento médico/clínico les demandó.

4.5.2. Conformación del Grupo Experimental.

Al finalizar la entrevista inicial, se pautó la fecha posible de inicio del PROA que se confirmó telefónicamente días antes del comienzo del programa. Estos pacientes asistieron semanalmente durante cinco semanas para cumplimentar el programa de intervención; las sesiones fueron coordinadas por la responsable del estudio.

.Al finalizar el programa se los volvió a evaluar con los mismos instrumentos que en el pre-test. El mismo procedimiento con el grupo control y experimental se repitió en varias oportunidades para incrementar la cantidad de sujetos que conformaron la muestra total del estudio.

4.6. Instrumentos.

Los estudios demuestran que los instrumentos para evaluar la adaptación a la enfermedad en pacientes oncológicos, no solo deben ser funcionales a las múltiples tareas ligadas a la vida con esta enfermedad y a los aspectos físicos asociados (Barroilhet et al., 2005), sino también considerar aspectos psicológicos positivos (Muñoz, & Lopez, 2007; Costa & Gil, 2009; Taylor & Sherman, 2004). Por esto y en correspondencia con los objetivos del estudio se administraron los instrumentos que se describen a continuación.

4.6.1. Entrevista semi-estructurada.

Para evaluar características socio-demográficas (edad, estado civil, número de hijos y nivel de estudios), condiciones físicas y optimismo. Como medidas de parámetros físicos se evaluó el nivel de dolor con la *Four Point Scale*, (Keelle, 1968) y el nivel de actividad física con la escala *Performance Status de Karnofsky* (Karnofsky & Burchenal; 1949). Para evaluar optimismo se utilizó el cuestionario *Life Orientation Test* (Scheier & Carver, 1985).

4.6.2. KPS (*Performance Status de Karnofsky*).

Se trata de una escala que evalúa la capacidad física en personas con patología física crónica. Los puntajes se categorizan entre actividad normal y moribundo, a saber, 100-80: capaz de trabajo y actividad normal sin cuidados especiales; 70-50: no apto para el trabajo, capaz de vivir en su casa y satisfacer la mayoría de sus necesidades, necesita ayuda de importancia variable; 40-20: incapaz de satisfacer sus necesidades,

necesita asistencia equivalente a la de un hospital; 10: terminal irreversible, moribundo.

Un puntaje elevado significa que el paciente está en mejores condiciones físicas para llevar a cabo las actividades diarias. El KPS se puede utilizar para determinar el pronóstico de un paciente, para medir los cambios en su capacidad funcional y/o decidir si puede ser incluido en un ensayo clínico.

4.6.3. Índice de Keele.

Se trata de una escala ordinal, descriptiva, verbal para evaluar intensidad del dolor. Los puntajes se categorizan entre ausencia de dolor y dolor insoportable; 0: ausencia de dolor; 1: dolor leve; 2: dolor moderado; 3: dolor severo y 4: dolor insoportable.

4.6.4. Optimismo.

El cuestionario *Life Orientation Test* (Scheier & Carver, 1985) es el instrumento más usado en la investigación psicológica para evaluar este rasgo (Ji, & Guan, 2004; Ferrando et al., 2002; Lai & Yue, 2000).

En esta tesis se usó la revisión de la versión inicial o LOT-R en la versión española de Otero, Luengo, Romero, y Castro (1998), consta de 6 ítems en escala Likert de 5 puntos donde 1 es *completamente en desacuerdo* y 5 *completamente de acuerdo*. Tres ítems están redactados en sentido positivo (dirección optimismo) y tres en sentido negativo (dirección pesimismo), estos se invierten para obtener una puntuación total orientada hacia el polo de optimismo.

Según los estudios, puntuaciones superiores a 19 implican alta afirmación de optimismo; la media total es de 16, en tanto, puntuaciones de 15 o menos indican bajo optimismo. El rango de respuestas está comprendido entre 0 y 24 (Ferrando et al., 2002). Esta escala muestra propiedades adecuadas para su aplicación en estudios que analizan el optimismo y su relación con variables involucradas en los procesos de salud, enfermedad y psicoterapia (Grau et al., 2005).

4.6.4.1. Estudio de la Fiabilidad del cuestionario LOT-R.

El valor Alfa de Cronbach global del cuestionario para la muestra de este estudio es de .92. Este estadístico se calculó sobre los 6 ítems y 47 casos, que es el número sujetos que respondieron a la totalidad de datos. Se puede afirmar que el cuestionario posee una alta consistencia interna. También se analizó la contribución relativa de cada ítem a la consistencia interna, el rango de las Alfas si se elimina el elemento es de .89 a .92. Todos los ítems obtuvieron valores inferiores o iguales al Alfa global excepto el ítem c que la superó en .04 puntos. La contribución relativa de cada ítem a la fiabilidad de consistencia interna, demostró ser muy buena.

4.6.5. Estabilidad Emocional

Para evaluar estabilidad emocional se administró la versión en español (Caro & Ibáñez, 1994) de la escala HAD *Hospital Anxiety and Depression Scale* de Zigmon y Snaith, (1983). Esta escala se diseñó para valorar la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad física crónica. Consta de 14 ítems repartidos en dos subescalas, una de depresión y otra de ansiedad, con siete ítems cada una en escala Likert de cuatro respuestas.

Las puntuaciones de cada subescala tienen un rango de 0: no *distres* hasta 21: máximo *distres*. Los estudios previos toman como puntaje de corte para cada una de las escalas 10 puntos (Comedre, Diaz & Vallejo; 1995).

4.6.5.1. Estudio de la Fiabilidad del cuestionario HAD (*Hospital Anxiety and Depression Scale*)

El valor Alfa de Cronbach global del cuestionario es de .74, demostró alta consistencia interna. Este estadístico se calculó sobre los 14 ítems y 47 casos. La contribución relativa de cada ítem a la consistencia interna es muy buena.

4.6.6. Afrontamiento.

Para evaluar afrontamiento, se administró el MAC *Mental Adjustment to Cancer Scale* (Greer et al., 1994) es un cuestionario que no sólo explora las posibles respuestas al diagnóstico de cáncer sino también es considerado un método rápido de *screening* de respuestas desadaptadas (Ferrero, & Barreto, 1994; Bares Villoria, et al., 2006).

Está compuesto por 40 ítems, que representan distintas afirmaciones sobre la manera de enfrentar el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Cada ítem puede contestarse con una de cuatro opciones: “*estoy seguro que no es aplicable a mi caso*” y “*creo que no es aplicable a mi caso*, que equivale a contestar “falso”; y “*creo que es aplicable a mi caso*” y “*estoy seguro de que es aplicable a mi caso*”, que equivalen a contestar “verdadero”.

Los ítems del MAC se clasifican en subescalas según los cinco modos de afrontamiento. El espíritu de lucha se compone de 16 ítems o afirmaciones que indican que el paciente acepta el diagnóstico como una oportunidad para mejorar y como un reto.

Las respuestas que indican buen espíritu de lucha son las opciones 3: “*creo que es aplicable a mi persona*” y 4: “*estoy seguro...*”. La puntuación máxima es de 64 que equivale a responder a los 16 ítems con 4, expresando elevado espíritu de lucha. La puntuación mínima es 16 que equivale a los 16 ítems con opción 1: “*estoy seguro que no es aplicable a mi persona*” indicando ausencia total de espíritu de lucha.

Los mismos autores del cuestionario (Greer et al., 1994) establecen el puntaje de corte en 47/48 puntos, puntuación igual o mayor de 48 puntos indica buen espíritu de lucha, el sujeto posee estrategias adecuadas de afrontamiento al cáncer y buena adaptación, con ausencia de alteraciones emocionales serias. Una puntuación de 47 puntos o inferior es interpretada como bajo espíritu de lucha, presuponiendo una adaptación deficitaria a la situación de enfermedad y elevada inestabilidad emocional. Según varios estudios, lo más favorable para el paciente oncológico sería puntuar alto en espíritu de lucha y bajo en el resto (Moorey et al., 2002; Ferrero, & Toledo, 1994; Watson et al., 1988).

El desamparo/indefensión se compone de 6 ítems o afirmaciones que indican que el paciente se siente desbordado, e interpreta el diagnóstico como gran amenaza o pérdida, las respuestas que indican desamparo son las de las opciones 3 y 4, es preferible en los ítems de esta escala contestar con las opciones 1 y 2: “*estoy seguro o creo que no es aplicable a mi persona*”. La puntuación máxima es de 24 y se obtiene contestando a todos los ítems con 4, lo que supone muy mal resultado; la puntuación mínima es 6 puntos que indica ausencia total de desesperanza/desamparo.

El puntaje de corte se establece en 11/12 puntos (Greer, et al., 1994) de modo que obtener una puntuación de 12 o mayor, indicaría estar afrontando la enfermedad de manera negativa con estrategias que propiciarían alteración emocional y desesperanza.

La preocupación ansiosa está conformada por 9 ítems o afirmaciones que reflejan que el paciente interpreta el diagnóstico como gran amenaza. Las respuestas que indican preocupación ansiosa son las de 3 y 4; la puntuación máxima es 36 y la mínima de 9 puntos. El punto de corte se establece en 26/27 puntos, por lo tanto cualquier puntaje por encima de 27 indicaría un modo desadaptativo de interpretar y enfrentar la enfermedad, con alteraciones emocionales basadas en elevada ansiedad.

El fatalismo se evalúa con 8 ítems que indican aceptación estoica del diagnóstico, las puntuaciones de 3 y 4 son negativas, la máxima puntuación es de 32 puntos, la mínima de 8 y el puntaje de corte en 23/24, cualquier puntuación igual o superior a 24 indica fatalismo y el uso de estrategias pasivas de afrontamiento con alteraciones emocionales y dificultad de adaptación.

La evitación/negación se evalúa con un sólo ítem y representa la minimización del diagnóstico, los autores del cuestionario seleccionaron este único ítem por significación estadística pero desaconsejan su uso por ser una medida pobre y escasa (Watson, 1988). Schnoll, Mackinnon, Stolbach, & Lorman (1995) también consideran que un sólo ítem no es suficiente para valorar esta manera de enfrentar la enfermedad.

En este sentido, la negación es un fenómeno complejo y difícil de medir que en algunos casos es una estrategia adaptativa (Glanz, Resch & Lerman, 1992) y en otros es totalmente desadaptativa (Carver, & Weintraub, 1989; Friedman & Smith, 1989). Negar la enfermedad en algunos casos podría prevenir alteraciones emocionales serias, ya que la persona no se enfrenta directamente con el cáncer como situación amenazante para la vida y para su bienestar.

4.6.6.1. Estudio de la Fiabilidad del cuestionario M.A.C.

Este estadístico está calculado sobre los 40 ítems y 47 casos, el valor Alfa de Cronbach global del cuestionario es de .43, posee una consistencia interna media-baja. El análisis de los ítems mediante el Alfa de Cronbach si se eliminan uno a uno cada elemento mostró alfas con un rango de .36 a .51. El aporte de cada ítem a la consistencia interna es bueno aunque la mitad de ellos superan al Alfa total en unas décimas.

4.6.7. Calidad de Vida.

Se administró el FACT-G *Funcional Assessment of Cancer Therapy General quality of life*. Este cuestionario en su 4ta versión (Cella, Tulsky, Gray, 1994) está diseñado para medir calidad de vida de los pacientes con cáncer bajo tratamiento médico. Evalúa cinco dominios: Bienestar Físico (7 ítems), Bienestar Social/familiar (7 ítems), Bienestar Emocional (6 ítems), Bienestar Funcional (7 ítems).

El cuestionario contiene 27 reactivos, medidos en cinco opciones (*en absoluto: 0, un poco: 1, algo: 2, mucho: 3, muchísimo: 4*). Algunos ítems se transforman dándoles el puntaje inverso, el puntaje de cada dominio se obtiene sumando el puntaje de cada uno de los ítems y el puntaje global total es la suma de cada dominio; mayores puntajes correspondan a mejor calidad de vida.

La puntuación del FACT-G varía de cero a 146 siendo, cero es calidad de vida extremadamente deficiente y 146 la mejor calidad de vida que puede describirse en un paciente con cáncer. Se tomó como referencia los estudios de Bellver (2007) que establecen como puntajes de corte en Calidad de Vida Global: 82; en Bienestar Físico: 19; para Bienestar Funcional: 15; Bienestar Emocional: 13 y para Bienestar Social: 17 puntos.

4.6.7.1. Estudio de la Fiabilidad de la Escala FACT-G.

El valor Alfa de Cronbach global del cuestionario es de .89 posee alta consistencia interna. Se analizó la contribución relativa de cada ítem a la consistencia interna obteniendo todos los ítems valores inferiores o iguales al Alfa global (con un rango de .88 a .89). Se puede afirmar que la contribución relativa de cada ítem a la consistencia interna es muy buena.

A continuación, se presenta en la Figura 8 a modo de resumen las variables del estudio, sus dimensiones, los instrumentos que se usaron para su evaluación y los puntajes de referencia establecidos en diversos meta-análisis.

Eficacia de un programa de intervención para la adaptación del paciente oncológico a la situación de enfermedad.

<i>Variable</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Dimensiones</i>	<i>Instrumentos</i>	<i>Autor/es</i>	<i>Descripción</i>	<i>Puntajes corte</i>
ADAPTACIÓN	Ajuste a la Enfermedad	Afrontamiento: Espíritu de Lucha Indefensión Preocupación ansiosa Fatalismo Negación	Cuestionario M.A.C. <i>Mental Adjustment to cancer Scale</i>	Ferrero (1992) Schwartz (1992) Watson (1988)	Compuesto por cuarenta ítems en una escala de cuatro posibilidades. Evalúa respuesta psicológica al cáncer.	Espíritu de Lucha: 47. Indefensión: 12. Preocupación ansiosa: 26. Fatalismo: 23 Negación: medida dudosa. (Watson, Haviland, Greer & Davison, 1999; Watson, Creer & Young, 1988; Schwarz 1992).
	Percepción de la Calidad de Vida	Calidad de Vida Global: Bienestar Físico Bienestar Social Bienestar Emocional Bienestar Funcional	Escala F.A.C.T.-G. <i>Functional Assessment of Cancer Therapy Scale.</i>	Cella, (1993)	Compuesto por 26 ítems en una Likert de cinco opciones. Es un instrumento específico para pacientes oncológicos.	Calidad de Vida Global: 82 Bienestar Físico: 19 Bienestar Funcional: 15 Bienestar Emocional: 13 Bienestar Social: 17. (Bellver,2007)
	Estabilidad Emocional	Ansiedad Depresión	Escala H.A.D. <i>Anxiety and Depression Scale</i>	Zigmon & Snaith, (1983).	Compuesto por 14 ítems, siete para detectar estados de ansiedad y siete para detectar depresión. Cada uno con cuatro opciones de respuesta.	Ansiedad y Depresión: 0/7: normal; 8/10 dudoso; Más de 11 problemático. (Comedre, Diaz & Vallejo; 1995).
OPTIMISMO	Rasgo Optimista	Optimismo	LOT-R <i>Test de Orientación Vital revisado</i> (Scheier <i>et al.</i> , 1994)	Versión española de Otero, Luengo, Romero, Gómez & Castro (1998).	Compuesto por 10 ítems en escala Likert. De ellos, tres están redactados en sentido positivo (dirección optimismo) y tres en sentido negativo (dirección pesimismo), (Chico, 2002).	La media total es de 16. Puntuaciones superiores a 19 implican alta afirmación de optimismo. Puntuaciones de 15 o menos indican bajo optimismo.
CAPACIDAD FÍSICA	Nivel de actividad física	Satisfacción de necesidades personales	KPS <i>Performance Status de Karnofsky</i>	Karnofsky & Burchenal; (1949).	Escala Likert usada para evaluar las capacidades físicas de personas con patología física crónica.	100-80: capaz de trabajo y actividad normal, 70-50: no apto para el trabajo. Capaz satisfacer necesidades. 40-20: incapaz de satisfacer necesidades. 10: Moribundo
ÍNDICE DE DOLOR	Potencia del dolor físico	Tolerancia al dolor físico	Índice de Keele. <i>Four Point Scale.</i>	Keelle (1968)	Escala verbal que clasifica el dolor según la intensidad que tiene para el paciente.	0: ausencia de dolor. 1: dolor leve. 2: dolor moderado. 3: dolor severo. 4: dolor insoportable

Fuente: Elaboración propia.

Figura 8. Resumen de Instrumentos de evaluación del estudio.

4.7. Plan de análisis de resultados

Con la finalidad de presentar el análisis de resultados de manera clara y sistemática, en el presente apartado se expone la lógica del análisis estadístico de los resultados de esta tesis.

Los datos fueron tratados estadísticamente en dos etapas, una primera etapa de carácter exploratorio que testeó: (a) la normalidad estadística de los resultados, (b) el cumplimiento de los supuestos de aplicación de las pruebas estadísticas, (c) la comparabilidad de los grupos respecto a las variables dependientes antes de la Intervención, (d) índices descriptivos univariados.

La segunda etapa de carácter confirmatorio de los datos analizó el efecto del programa de intervención sobre las variables en estudio en función de las variaciones intra e intersujetos: entre el pre-test y el post-test según grupo control y experimental. Para poner a prueba la hipótesis nula de que los promedios de las variables dependientes en cada nivel de la variable independiente (grupo de pertenencia: con y sin intervención) son iguales, se efectuó un análisis de varianza factorial mixto o *Split/Plot* de dos factores con medidas repetidas en el segundo factor.

Se midieron los efectos simples y comparaciones múltiples entre las medidas de los efectos significativos, por lo tanto, asumiendo varianzas iguales se seleccionó el procedimiento *post hoc* ajuste Sidak para comparaciones múltiples. Se analizaron los contrastes: grupo de pertenencia (con/sin intervención) dentro de cada una de las variables dependientes pre y post; y cada variable dependiente pre y post dentro de cada grupo de pertenencia.

Para las variables que no cumplen la ley normal se usaron las pruebas no paramétricas de *U* de Mann-Whitney y *T* de Wilcoxon.

CAPITULO V

RESULTADOS

*Hazlo simple,
tan simple como sea posible.*

Albert Einstein.

5. Resultados

Se analizaron los estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas y clínicas discriminados por el grupo de pertenencia de los participantes (Tabla 1).

Tabla 1.
Características Sociodemográficas y clínicas de los grupos.

		Grupo con Intervención	Grupo Control
Edad	Media	52.62 años	47.9 años
	Rango	33/71 años	28/73 años
Género	Masculino	31%	38%
	Femenino	69%	62%
Estado civil	Soltero/a	19%	14%
	Casado/a	58%	76%
	Divorciado/a	8%	5%
	Viudo/a	15%	5%
Hijos	Si	92%	86%
	No	8%	14%
Nivel de estudios	Primario	35%	33%
	Secundario	38%	29%
	Terciario/Universitario	27%	38%
Localización tumoral más frecuente	colon	31%	24%
	mama	27%	38%
Capacidad física	Incapaz de satisfacer sus necesidades personales	18%	29%
	Satisface sus necesidades pero no trabaja	51%	42%
	Actividad normal	31%	29%
Índice de dolor	Ningún dolor	23%	29%
	Dolor leve	35%	33%
	Dolor moderado	23%	19%
	Dolor severo	15%	14%
	Dolor insoportable	4%	5%
Optimismo	Media (DT)	14.46(3.91)	14.15(3.39)

En la Tabla 2, se presentan los estadísticos descriptivos de las variables dependientes para la muestra total y en la Tabla 3, discriminados según grupo de pertenencia.

Tabla 2.

Estadísticos descriptivos de las variables pre-test y post-test para la muestra total.

Medidas de adaptación a la enfermedad (1)		Media (DT)	
		N=47	
		Pre	Post
Estabilidad Emocional	Ansiedad	10.68 (3.97)	10.17 (4.19)
	Depresión	7.89 (3.89)	7.64 (4.16)
Calidad de Vida	Bienestar Físico	24.70 (6.47)	23.45 (7.58)
	Bienestar Social	20.62 (4.06)	20.24 (5.04)
	Bienestar Emocional	18.96 (4.72)	19.60 (4.96)
	Bienestar Funcional	21.04 (5.27)	20.74 (5.73)
	Calidad de Vida Global	84.44 (14.5)	84.36 (17.9)
Afrontamiento	Espíritu de Lucha	42.53 (6.95)	42.43 (8.70)
	Desamparo	11.13 (2.90)	10.62 (3.29)
	P. Ansiosa	22.72 (2.96)	22.96 (4.12)
	Fatalismo	21.09 (2.91)	20.00 (3.06)
	Negación	1.47 (.74)	1.40 (0.74)

Nota: (1) A mayor puntuación mayor frecuencia de la variable.

Tabla 3.

Estadísticos descriptivos de las variables pre-test y post-test según grupo.

	Grupo control (n=21)		Grupo experimental (n=26)	
	Media (DT)		Media (DT)	
	Pre	Post	Pre	Post
Ansiedad	9.14 (3.86)	11.52 (3.47)	11.92 (3.67)	9.08 (4.46)
Depresión	7.10 (3.57)	9.05 (3.95)	8.54 (4.09)	6.50 (4.04)
B. Físico	26.86 (5.79)	23.24 (7.62)	22.96 (6.56)	23.62 (7.69)
B. Social	20.62 (4.06)	20.24 (5.04)	19.04 (5.21)	20.85 (6.09)
B. Emocional	19.14 (4.91)	17.33 (3.77)	18.81 (4.66)	21.42 (5.11)
B. Funcional	22.10 (4.97)	19.86 (4.66)	20.19 (5.44)	21.46 (6.48)
C V Global	88.71 (12.8)	80.66 (13.1)	81.00 (5.15)	87.34 (2.86)
Esp. de Lucha	44.05 (5.70)	41.71 (6.82)	41.31(7.71)	43.00 (1.12)
Desamparo	10.05 (2.95)	10.71 (3.36)	12.00 (2.59)	10.54 (3.30)
P. Ansiosa	22.43 (2.94)	24.86 (3.87)	22.96 (3.02)	21.42 (3.72)
Fatalismo	20.19 (3.02)	20.57 (3.12)	21.81 (2.66)	19.54 (2.99)
Negación	1.71 (.95)	1.62 (.97)	1.27 (.45)	1.23 (.43)

Con el propósito de determinar posibles diferencias entre los grupos antes de la intervención, se realizó una comparación de medias mediante *t* de Student para muestras independientes (Tabla 4) y Mann-Whitney para la variable negación y bienestar social que no se distribuyen según ley normal (Tabla 5).

Antes de administrar el programa de intervención PROA los grupos mostraron diferencias significativas sólo en las medidas de ansiedad ($p=.015$; $\eta^2_P=.124$; $1-\beta=.693$) y desamparo ($p=.020$; $\eta^2_P=.114$; $1-\beta=.65$).

Tabla 4.
Comparación para muestras independientes t Student.

	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilat)	Diferencia medias	Error típico	IC 95%	
Ansiedad	0.02	.88	-2.52	45	.01	-2.78	1.10	-5.00	-0.55
Depresión	0.28	.59	-1.27	45	.21	-1.44	1.13	-3.73	0.84
CV. Global	0.13	.71	1.85	45	.07	7.71	4.15	-0.65	16.08
B. Físico	0.66	.52	2.13	45	.09	3.89	1.92	0.21	7.58
B.Emocional	0.13	.71	0.23	45	.81	0.33	1.40	-2.48	3.15
B. Funcional	0.22	.63	1.23	45	.22	1.90	1.53	-1.19	5.00
E. de Lucha	1.97	.16	1.35	45	.18	2.74	2.02	-1.33	6.81
Desamparo	0.84	.36	-2.41	45	.02	-1.95	0.81	-3.58	-0.32
P. Ansiosa	0.00	.92	-0.60	45	.54	-0.53	0.87	-2.29	1.23
Fatalismo	0.64	.42	-1.94	45	.05	-1.61	0.83	-3.29	0.05

Tabla 5.
Comparación de Mann-Whitney para las variables Negación y Bienestar Social.

	Negación	Bienestar Social
U de Mann-Whitney	212.00	237.00
W de Wilcoxon	563.00	588.00
Z	-1.56	-0.77
Sig. asintót. (bilateral)	.11	.43

Bajo el supuesto de que la diferencia en estas medidas podría incidir sobre los índices evaluados en el estudio, todos los análisis estadísticos incluyeron el control de estas variables.

Sólo el espíritu de lucha mostró sensibilidad a estas diferencias iniciales, por este motivo, se realizó el análisis de varianza con control de la variable desamparo para esa escala de afrontamiento.

Para poner a prueba la hipótesis de que los promedios de la variable dependiente (pre y post-test) en cada nivel de la variable independiente (grupo de pertenencia: con y sin intervención) son iguales se efectuó un análisis de la variancia *Split-Plot* de 2*2 (de dos factores con medidas repetidas en el segundo factor). Se comprobaron los supuestos de aplicación (normalidad, homogeneidad de las matrices de variancia-covariancia, homogeneidad de las variancias, independencia de los residuales) y se examinó la bondad de ajuste del modelo.

5.1. ESTABILIDAD EMOCIONAL

Con el objetivo de *evaluar si el programa produjo modificaciones en la estabilidad emocional y determinar las variaciones intra e intersujetos* se analizaron los efectos de la intervención sobre las medidas de ansiedad y depresión.

Ansiedad.

El análisis general de los efectos intra-sujetos mostró que el efecto de la interacción entre el promedio de ansiedad y el grupo de pertenencia (con/sin intervención) es significativo. El porcentaje de la variabilidad de las medidas de ansiedad que es explicado por el PROA es del 42% ($p < .001$; $\eta^2_p = .42$; $1 - \beta = 1$).

Para interpretar este efecto se efectuaron contrastes *post hoc* en efectos simples (con corrección de Sidak para comparaciones múltiples). En la Tabla 6 se muestra el análisis de contrastes referidos a los efectos intra-sujetos: entre las medidas de ansiedad pretest y post-test en cada grupo. Los resultados del análisis de los efectos simples indican que las diferencias de medias de ansiedad pre y ansiedad post son estadísticamente significativas. Los pacientes que no recibieron intervención mostraron un incremento significativo de la ansiedad basal ($p=.001$) mientras que los que participaron del PROA bajaron de manera significativa ($p<.001$) los valores de ansiedad al finalizar el programa de intervención.

Tabla 6.

Comparación de la ansiedad pre y post-test en cada grupo.

Grupo de Pertenencia	(I) Ansiedad	(J) Ansiedad	Diferencia medias (I-J)	Error típico	Sig. ^a	IC 95 %
Sin intervención	Pre	Post	-2.38*	0.67	.001	-3.74 -1.01
Con intervención	Pre	Post	2.84*	0.60	.000	1.62 4.07

Basadas en las medias marginales estimadas.*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.
a. Ajuste para comparaciones múltiples: Sidak.

Para comparar las medias de ansiedad entre los grupos se analizaron los efectos inter-sujetos (Tabla 7), los resultados del análisis de efectos simples indicaron que las diferencias de medias de ansiedad entre los grupos son significativas. Al comenzar el estudio, el grupo control mostró un nivel de ansiedad menor que el del grupo que recibió la intervención ($p=.015$) y en la medición post tuvo un nivel de ansiedad

significativamente mayor que el del grupo que recibió intervención ($p=.045$).

Tabla 7.
Comparación entre grupos para los valores promedios de ansiedad.

	(I) Grupo Pertenencia	(J) Grupo pertenencia	Diferencia medias (I-J)	Error típico	Sig. ^a	IC 95 %	
Ansiedad Pre	Sin Intervención	Con Intervención	-2.78*	1.10	.01	-5.00	-0.55
Ansiedad Post	Sin Intervención	Con Intervención	2.44*	1.18	.04	.052	4.84

Basadas en las medias marginales estimadas.a. Ajuste para comparaciones múltiples: Sidak.*. La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

En la Figura 9 se expone el resumen de los resultados de la variable ansiedad para los dos grupos y en los distintos momentos de su evaluación.

Ansiedad Pre		Ansiedad Post	
Sin Intervención	Con Intervención	Sin Intervención	Con Intervención
9.14	< 11.92	11.52	> 9.07
Sin Intervención		Con Intervención	
Ansiedad Pre	Ansiedad Post	Ansiedad Pre	Ansiedad Post
9.14	< 11.52	11.92	> 9.07

Figura 9. Resumen de los resultados de la variable ansiedad.

Depresión.

El análisis general de los efectos intra-sujetos mostró que el efecto de la interacción entre el promedio de depresión y el grupo de pertenencia (con/sin intervención) es significativo. El porcentaje de la variabilidad de las medidas de depresión que es explicado por el PROA es del 30 % ($p=.001$; $\eta^2_p=.29$; $1-\beta=.99$).

En la Tabla 8 se muestra el análisis de contrastes referidos a los efectos intra-sujetos: entre las medidas de depresión pretest y post-test observadas en cada grupo. Se alcanzaron diferencias de medias estadísticamente significativas dentro de los dos grupos: los sujetos que conformaron el grupo de intervención bajaron los valores de depresión al finalizar el programa de intervención ($p=.002$) y los que no recibieron intervención mostraron un incremento ($p=.006$).

Tabla 8.

Comparación de las medidas de depresión pre y post-test en cada grupo.

Grupo de pertenencia	(I) Depresión	(J) Depresión	Diferencia medias (I-J)	Error típico	Sig. ^a	IC 95 %
Sin Intervención	Pre	Post	-1.95*	0.67	.006	-3.32 - .58
Con Intervención	Pre	Post	2.03*	0.61	.002	0.80 3.26

Basadas en las medias marginales estimadas.*. La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

a. Ajuste para comparaciones múltiples: Sidak.

Para comparar las medias de depresión entre los grupos se analizaron los efectos inter-sujetos (Tabla 9), las diferencias de medias de depresión post entre los grupos son significativas ($p=.035$), el grupo control alcanzó un nivel de ansiedad significativamente mayor que el del grupo que recibió la intervención. Las diferencias de medias de depresión pre entre los grupos no son significativas.

Tabla 9.

Comparación entre grupos de los valores promedios de depresión.

	(I) Grupo pertenencia	(J) Grupo pertenencia	Diferencia medias (I-J)	Error típico	Sig. ^a	IC 95 %
Depresión Pre	Sin Intervención	Con Intervención	-1.44	1.13	.21	-3.73 0.84
Depresión Post	Sin Intervención	Con Intervención	2.54*	1.17	.03	0.18 4.91

Basadas en las medias marginales estimadas. a. Ajuste para comparaciones múltiples: Sidak*. La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

La Figura 10 expone el resumen de los resultados de la variable depresión en los distintos momentos de su evaluación.

Depresión Pre		Depresión Post	
Sin Intervención	Con Intervención	Sin Intervención	Con Intervención
7.09	= 8.53	9.04	> 6.50
Sin Intervención		Con Intervención	
Depresión Pre	Depresión Post	Depresión Pre	Depresión Post
7.09	< 9.04	8.53	> 6.50

Figura 10. Resumen de los resultados de la variable depresión.

5.2. CALIDAD DE VIDA.

Con el objeto de evaluar si el programa produjo modificaciones en la calidad de vida y determinar las variaciones intra e intersujetos se analizaron los efectos de la intervención sobre las medidas de bienestar emocional, bienestar físico, bienestar funcional, bienestar social y calidad de vida global.

5.2.1. Bienestar Emocional (BE).

El análisis general de los efectos intra-sujetos mostró que el efecto de la interacción entre el promedio de BE y el grupo de pertenencia es significativo. El PROA explica un 22% de la variabilidad total del bienestar emocional ($p < .001$; $\eta^2_p = .22$; $1 - \beta = .94$).

En la Tabla 10 se presenta el análisis de contrastes referidos a los efectos intra-sujetos, entre las medidas de BE pre-test y post-test en cada grupo. Los resultados indican que las diferencias de medias de bienestar emocional pre y post son estadísticamente significativas sólo dentro del grupo con intervención, los pacientes que participaron del PROA aumentaron el bienestar emocional de manera significativa ($p = .003$). Las personas que conformaron el grupo sin intervención bajaron el bienestar emocional, aunque no es una diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 10.

Comparación de las medidas de bienestar emocional (BE) pre y post-test en cada grupo.

Grupo pertenencia	(I) Bienestar Emocional	(J) Bienestar Emocional	Diferencia medias (I-J)	Error típico	Sig. ^a	IC 95 %
Sin Intervención	Pre	Post	1.81	0.91	.06	-0.03 3.65
Con Intervención	Pre	Post	-2.61*	0.82	.00	-4.27 -0.95

Basadas en las medias marginales estimadas.a. Ajuste para comparaciones múltiples: Sidak.*. La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

Para comparar los grupos se analizaron los efectos inter-sujetos (Tabla 11), los resultados indicaron que las diferencias de medias entre los grupos son significativas para la medida de bienestar emocional post ($p = .004$). No hay diferencias entre los grupos en las medias de bienestar emocional pre-test.

Tabla 11.
Comparación de medias de bienestar emocional (BE) entre grupos.

	(I) Grupo Pertenencia	(J) Grupo Pertenencia	Diferencia medias (I-J)	Error típico	Sig. ^a	IC 95%	
B. Emocional Pre	Sin Intervención	Con intervención	0.33	1.40	.812	-2.48	3.15
B. Emocional Post	Sin Intervención	Con intervención	4.09*	1.34	.004	6.78	-1.39

Basadas en las medias marginales estimadas. a. Ajuste para comparaciones múltiples: Sidak*. La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

En la Figura 11 se presenta el resumen de los resultados del bienestar emocional en cada grupo para cada momento de su evaluación.

B. Emocional Pre		B. Emocional Post	
Sin Intervención	Con Intervención	Sin Intervención	Con Intervención
19.14	= 18.80	17.33	< 21.42
Sin Intervención		Con Intervención	
B. Emocional Pre	B. Emocional Post	B. Emocional Pre	B. Emocional Post
19.14	> 17.33	18.80	< 21.42

Figura 11. Resumen de resultados para bienestar emocional.

5.2.2. Bienestar Social (BS).

La variable bienestar social no se distribuye según ley normal, por lo tanto se usó como estadístico de contraste la prueba no paramétrica *t* de Wilcoxon para muestras relacionadas.

La comparación por rangos de Wilcoxon para el GE mostró diferencias significativas entre las medidas BS pre y BS post ($z=2.92$, $p=.004$). Las personas que participaron del PROA mostraron un incremento significativo en su bienestar social.

La comparación por rangos de Wilcoxon para el GC no mostró cambios significativos entre medidas BS pre y BS post, las personas que no recibieron intervención no tuvieron cambios significativos en su bienestar social ($z=-0.54$, $p=0.58$).

Con la finalidad de comparar los grupos en las dos mediciones de la variable BS, se aplicó el estadístico no paramétrico U de Mann-Whitney (Tabla 12) para muestras independientes.

No hubo diferencias estadísticamente significativas en las medias de bienestar social entre los grupos, las personas del grupo control y del experimental reportaron valores de bienestar social similares, aunque con un incremento del bienestar social para el grupo experimental.

Tabla 12.
Estadístico de contraste U de Mann-Whitney.

	Bienestar Social Pre	Bienestar Social Post
U de Mann-Whitney	237.00	224.00
W de Wilcoxon	588.00	455.00
Z	-0.77	-1.05
Sig. asintót. (bil.)	.43	.29

a. Variable de agrupación: Grupo de pertenencia.

La Figura 12 presenta el resumen de los resultados del bienestar social en cada momento de su evaluación y en cada grupo.

Bienestar Social Pre			Bienestar Social Post		
Sin Intervención	=	Con Intervención	Sin Intervención	=	Con intervención
20.62	=	19.04	21.67	=	20.85
Sin Intervención			Con Intervención		
B Social Pre	=	B Social Post	B Social Pre	<	B. Social Post
20.62	=	20.24	19.04	<	20.85

Figura 12. *Resumen de resultados de bienestar social.*

5.2.3. Bienestar Funcional (BFu).

El análisis general de los efectos intra-sujetos mostró que el efecto de la interacción entre el promedio de BFu y el grupo de pertenencia es significativo, el PROA explica un 16% de la variabilidad total del bienestar funcional ($p < .001$; $\eta^2_p = .16$; $1 - \beta = .82$).

En la Tabla 13 se presenta el análisis de contrastes referidos a los efectos intra-sujetos, entre las medidas de bienestar funcional pre-test y post-test en cada grupo. Los resultados indican que las diferencias de medias son estadísticamente significativas sólo dentro del grupo control: las personas que no recibieron el programa de intervención tuvieron un deterioro significativo del bienestar funcional ($p = .015$). Los sujetos que participaron del PROA aumentaron el bienestar funcional, pero no llega a ser significativo.

Tabla 13.

Comparación de medias de bienestar funcional (BFu) pre y post-test dentro de cada grupo.

Grupo de Pertenencia	(I) Bienestar Funcional	(J) Bienestar Funcional	Diferencia medias (I-J)	Error típico	Sig.	IC 95 %	
Sin Intervención	Pre	Post	2.23*	0.88	.01	0.45	4.02
Con Intervención	Pre	Post	-1.26	0.79	.11	-2.87	0.33

Para comparar los grupos se analizaron los efectos inter-sujetos (Tabla 14), no se hallaron diferencias significativas entre los grupos considerando las cuatro mediciones de la variable, aunque en el grupo control tendió a disminuir y en el que recibió el PROA tendió a incrementarse el bienestar funcional.

Tabla 14. Comparación de medias de bienestar funcional (BFu) entre grupos.

	(I) Grupo Pertenencia	(J) Grupo Pertenencia	Diferencia medias (I-J)	Error típico	Sig. ^a	IC 95 %
B. Funcional Pre	Sin Intervención	Con intervención	1.90	1.53	.22	-1.19 5.00
B. Funcional Post	Sin Intervención	Con Intervención	-1.60	1.68	.34	-4.99 1.79

Basadas en las medias marginales estimadas. a. Ajuste para comparaciones múltiples: Sidak. *. La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

La Figura 13 presenta el resumen de los resultados del bienestar funcional en cada momento de su evaluación.

B. Funcional Pre		B. Funcional Post	
Sin Intervención	Con Intervención	Sin Intervención	Con Intervención
22.09	=	20.19	19.85
		=	21.46
Sin Intervención		Con Intervención	
B. Funcional Pre	B. Funcional Post	B. Funcional Pre	B. Funcional Post
22.09	>	19.85	20.19
		=	21.46

Figura 13. Resumen de los resultados de bienestar funcional.

5.2.4. Bienestar Físico (BFi).

El análisis general de los efectos intra-sujetos mostró que el efecto de la interacción entre el promedio de bienestar físico y el grupo de pertenencia es significativo, el porcentaje de la variabilidad de las medidas de bienestar físico que es explicado por el PROA es del 13% ($p=.011$; $\eta^2_p=.13$; $1-\beta=.73$).

En la Tabla 15 se presenta el análisis de contrastes referidos a los efectos intra-sujetos: entre las medidas de bienestar físico pretest y post-test dentro de cada grupo. Los resultados indican que las diferencias de medias de bienestar físico pre y post son estadísticamente significativas sólo dentro del grupo control: las personas que no recibieron el programa PROA bajaron su bienestar físico de manera significativa ($p=.004$), en cambio, los pacientes que participaron del PROA no mostraron cambios significativos entre el bienestar físico pre y el post-test.

Tabla 15.

Comparación de medias de bienestar físico (BFi) pre y post en cada grupo.

Grupo de Pertenencia	(I) Bienestar Físico	(J) Bienestar Físico	Diferencia medias (I-J)	Error típico	Sig. ^a	IC 95 %	
Sin Intervención	Pre	Post	3.61*	1.20	.004	1.19	6.04
Con Intervención	Pre	Post	-0.65	1.08	.548	-2.82	1.52

Basadas en las medias marginales estimadas.*. La diferencia de medias es significativa al nivel .05.a. Ajuste para comparaciones múltiples: Sidak.

Para comparar los grupos se analizaron los efectos inter-sujetos (Tabla 16), los resultados indicaron que las diferencias de medias entre los grupos son significativas para la medida de bienestar físico pre ($p=.039$) y no se mostraron diferencias entre las medias de bienestar físico post entre los grupos.

Tabla 16. Comparación de medias de bienestar físico (BFi) entre grupos.

	(I) Grupo Pertenencia	(J) Grupo Pertenencia	Diferencia medias (I-J)	Error típico	Sig.	IC 95 %	
B. Físico Pre	Sin Intervención	Con Intervención	3.89*	1.82	.039	0.21	7.58
B. Físico Post	Sin Intervención	Con Intervención	-0.37	2.24	.868	-4.90	4.15

Basadas en las medias marginales estimadas.*. Al nivel .05. a. Ajuste Sidak.

En la Figura 14 se presenta el resumen de los resultados del bienestar físico en cada momento de su evaluación y en cada grupo.

Bienestar físico Pre		Bienestar físico Post	
Sin Intervención	Con Intervención	Sin Intervención	Con Intervención
26.85	> 22.96	23.23	= 23.61
Sin Intervención		Con Intervención	
Bienestar físico Pre	Bienestar físico Post	Bienestar físico Pre	Bienestar físico Post
26.85	> 23.23	22.96	= 23.61

Figura 14. Resumen de los resultados de bienestar físico.

5.2.5. Calidad de Vida como medida global (CV).

El análisis general de los efectos intra-sujetos mostró que el efecto de la interacción entre el promedio de calidad de vida y el grupo de pertenencia es significativo: el porcentaje de la variabilidad de las medidas de CV que es explicado por el PROA es del 24% ($p < .001$; $\eta^2_P = .24$; $1 - \beta = .96$).

En la Tabla 17 se presenta el análisis de contrastes referidos a los efectos intra-sujetos, entre las medidas de calidad de vida pretest y post-test en cada grupo.

Las diferencias de medias de CV pre y post son estadísticamente significativas en los dos grupos: las personas que no recibieron el programa bajaron su calidad de vida de manera significativa ($p=.006$) mientras que las personas que participaron del PROA la incrementaron ($p=.014$).

Tabla 17.

Comparación de medias de calidad de vida (CV) pre y post en cada grupo.

Grupo pertenencia	(I) Calidad vida	(J) Calidad vida	Diferencia medias (I-J)	Error típico	Sig. ^a	IC 95 % ^a	
Sin Intervención	Pre	Post	8.04 [*]	2.77	.00	2.45	13.63
	Con	Intervención	-6.34 [*]	2.49	.01	-11.36	-1.32

Basadas en las medias marginales estimadas.*. La diferencia de medias es significativa al nivel .05.a. Ajuste para comparaciones múltiples: Sidak.

Para comparar los grupos se analizaron los efectos inter-sujetos (Tabla 18), los resultados indicaron que las diferencias de medias de calidad de vida entre los grupos no son significativas.

Tabla 18.

Comparación de las medias de calidad de vida (CV) entregrupos.

	(I) Grupo Pertenencia	(J) Grupo Pertenencia	Diferencia medias (I-J)	Error típico	Sig. ^a	IC 95% ^a	
CV Pre	Sin Intervención	Con Intervención	7.71	4.15	.070	-0.65	16.08
CV Post	Sin Intervención	Con Intervención	-6.67	5.23	.209	-17.22	3.87

En la Figura 15 se expone un resumen de los resultados de la variable Calidad de Vida Global.

Calidad de Vida Pre			Calidad de Vida Post		
Sin Intervención		Con Intervención	Sin Intervención		Con Intervención
88.71	=	81.00	80.66	=	87.34
Sin Intervención			Con Intervención		
CV Pre		CV Post	CV Pre		CV Post
88.71	>	80.66	81.00	<	87.34

Figura 15. Resumen de los resultados para calidad de vida.

5.3. AFRONTAMIENTO

Con el objetivo de *evaluar si el programa de intervención produjo modificaciones en el afrontamiento de la enfermedad, se midieron las variables preocupación ansiosa, fatalismo, negación, desamparo y espíritu de lucha y se determinaron las variaciones intra e intersujetos.*

5.3.1. Preocupación Ansiosa (PA).

El análisis general de los efectos intra-sujetos mostró que el efecto de la interacción entre el promedio de preocupación ansiosa y el grupo de pertenencia es significativo, el PROA explica el 20% de la variabilidad total de preocupación ansiosa ($p=.002$; $\eta^2_P=.20$; $1-\beta=.90$).

En la Tabla 19 se muestra el análisis de contrastes referidos a los efectos intra-sujetos, entre las medidas de preocupación ansiosa pretest y postest dentro de cada grupo. Las diferencias de medias se mostraron estadísticamente significativas en el grupo sin intervención, las personas que no participaron del programa de intervención mostraron un aumento estadísticamente significativo de preocupación ansiosa, mientras que los que participaron del PROA evidencian una disminución en la preocupación sin llegar a un cambio estadísticamente significativo.

Tabla 19.

Comparación de las medidas de preocupación ansiosa (PA) pre y post en cada grupo.

Grupo de pertenencia	(I) Preocup. Ansiosa	(J) Preocup. Ansiosa	Diferencia medias (I-J)	Error típico	Sig.	IC 95 %
Sin Intervención	Pre	Post	-2.42*	0.87	.008	-4.19 -0.66
Con Intervención	Pre	Post	1.53	0.78	.057	-0.04 3.12

Para comparar las medias de PA entre los grupos se analizaron los efectos inter-sujetos (Tabla 20). La media de preocupación ansiosa pre no mostró diferencias significativas entre los grupos y la media de preocupación ansiosa post mostró diferencias significativas entre los grupos ($p=.003$): el grupo que participó del PROA alcanzó valores de preocupación ansiosa significativamente inferiores al del grupo sin intervención.

Tabla 20.

Comparación de las medidas de preocupación ansiosa (PA) entre grupos.

	(I) Grupo pertenencia	(J) Grupo pertenencia	Diferencia medias (I-J)	Error típico	Sig.	IC 95 %
Preocupación Ansiosa Pre	Sin Intervención	Con Intervención	-0.53	0.87	.546	-2.29 1.23
Preocupación Ansiosa Post	Sin Intervención	Con Intervención	3.43	1.11	.003	1.19 5.67

La Figura 16 expone el resumen de los resultados de la variable preocupación ansiosa.

Preocupación Ansiosa Pre		Preocupación Ansiosa Post	
Sin Intervención	Con Intervención	Sin Intervención	Con Intervención
22.42	= 22.96	24.85	> 21.42
Sin Intervención		Con Intervención	
Preocupación Pre	Preocupación Post	Preocupación Pre	Preocupación Post
22.42	< 24.85	22.96	= 21.42

Figura 16. Resumen de resultados de preocupación ansiosa.

5.3.2. Desamparo (DE).

El análisis general de los efectos intra-sujetos mostró que el efecto de la interacción entre el promedio de desamparo y el grupo de pertenencia es significativo: el porcentaje de la variabilidad de las medidas de desamparo que es explicado por el PROA es del 14% ($p < .001$; $\eta^2_P = .14$; $1 - \beta = .78$).

En la Tabla 21 se muestra el análisis de contrastes referidos a los efectos intra-sujetos. Las diferencias de medias entre desamparo pre y post son estadísticamente significativas ($p = .006$) sólo en el grupo con intervención, que disminuyó su nivel de desamparo. Las personas del grupo sin intervención lo incrementaron aunque no de manera estadísticamente significativa.

Tabla 21.

Comparación de medias de desamparo (DE) dentro de cada grupo.

Grupo pertenencia	(I)Desamparo	(J)Desamparo	Diferencia medias (I-J)	Error típico	Sig.	IC 95%
Sin intervención	Pre	Post	-0.66	0.56	.244	-1.80 0.47
Con intervención	Pre	Post	1.46*	0.50	.006	0.44 2.48

El análisis los efectos inter-sujetos (Tabla 22), mostró diferencias significativas entre los grupos sólo para la medida de desamparo pre-test ($p=.02$).

Tabla 22.

Comparación entre-grupos para los valores de desamparo (DE).

	(I) Grupo Pertenencia	(J) Grupo Pertenencia	Diferencia medias (I-J)	Error típico	Sig.	IC 95 %
Desamparo Pre	Sin Intervención	Con Intervención	-1.95	0.81	.020	-3.58 -0.32
Desamparo Post	Sin Intervención	Con Intervención	0.17	0.97	.858	-1.79 2.14

Se presenta un resumen de los resultados de la variable desamparo (Figura 17).

Desamparo Pre		Desamparo Post	
Sin Intervención	Con Intervención	Sin Intervención	Con Intervención
10.04	< 12	10.71	= 10.53
Sin Intervención		Con Intervención	
Desamparo Pre	Desamparo Post	Desamparo Pre	Desamparo Post
10.04	= 10.71	12	> 10.53

Figura 17. *Resumen de los resultados de desamparo.*

5.3.3. Fatalismo (F).

El análisis general de los efectos intra-sujetos mostró que el efecto de la interacción entre el promedio de fatalismo y el grupo de pertenencia es significativo. El porcentaje de la variabilidad de las medidas de fatalismo que es explicado por el PROA es del 18% ($p < .001$; $\eta^2_p = .18$; $1 - \beta = .86$).

Los resultados del análisis de los efectos simples indican que las diferencias de medias de fatalismo pre y post fueron estadísticamente significativas dentro del grupo con intervención, mostrando que los que participaron del PROA bajaron el fatalismo de manera significativa ($p < .001$). Las personas del grupo control no mostraron diferencias significativas entre el fatalismo pre y post-test (Tabla 23).

Tabla 23.

Comparación de medias de fatalismo (F) dentro de cada grupo.

Grupo Pertenencia	(I)Fatalismo	(J)Fatalismo	Diferencia medias (I-J)	Error típico	Sig.	IC 95 %
Sin Intervención	Pre	Post	-0.38	0.62	.547	-1.64 0.88
Con Intervención	Pre	Post	2.26	0.56	.000	1.13 3.40

Para comparar las medias de fatalismo entre los grupos se analizaron los efectos inter-sujetos (Tabla 24), según los resultados no hubo diferencias significativas entre las medidas de fatalismo pre y post-test entre los grupos.

Tabla 24.
Comparación de las medidas de Fatalismo (F) entre grupos.

	(I) Grupo Pertenencia	(J) Grupo Pertenencia	Diferencia medias (I-J)	Error típico	Sig	IC 95 %
Fatalismo Pre	Sin Intervención	Con Intervención	-1.61	0.83	.058	-3.29 0.05
Fatalismo Post	Sin Intervención	Con Intervención	1.03	0.89	.25	-0.77 2.83

A continuación en la Figura 18 se presenta un resumen de los resultados para la variable fatalismo.

Fatalismo Pre		Fatalismo Post	
Sin Intervención	Con Intervención	Sin Intervención	Con Intervención
20.19	= 21.80	20.57	= 19.53
Sin Intervención		Con Intervención	
Fatalismo Pre	Fatalismo Post	Fatalismo Pre	Fatalismo Post
20.19	= 20.57	21.80	> 19.53

Figura 18. Resumen de resultados para la variable Fatalismo.

5.3.4. Negación (N).

La variable negación no se distribuye según ley normal por tanto para su análisis se aplicaron las pruebas no paramétricas de Wilcoxon y de Mann-Whitney. No se observaron cambios significativos entre las medias de negación pre y post-test ni en el grupo que participo del PROA ($z=-0.37$, $p=.70$) ni en el de control ($z=-0.64$, $p=.51$).

La prueba no paramétrica de Mann-Whitney (Tabla 25) mostró que no existen diferencias significativas entre los grupos en ninguna de las dos medidas de la variable negación.

Tabla 25.

Estadístico de contrastes de Mann-Whitney.

	Negación Pre	Negación Post
U de Mann-Whitney^a	212.00	223.00
W de Wilcoxon	563.00	574.00
Z	-1.56	-1.33
Sig. asintót. (bilateral)	.11	.18

En la Figura 19 los resultados para la variable negación.

Negación Pre			Negación Post		
Sin Intervención	=	Con Intervención	Sin Intervención	=	Con Intervención
1.71	=	1.27	1.62	=	1.23
Sin Intervención			Con Intervención		
Negación Pre	=	Negación Post	Negación Pre	=	Negación Post
1.71	=	1.62	1.27	=	1.23

Figura 19. *Resumen de resultados para la variable negación.*

5.3.5. Espíritu de Lucha (EL).

El análisis general de los efectos intra-sujetos mostró que el efecto de la interacción entre el promedio de espíritu de lucha y el grupo de pertenencia es significativo: el PROA explica el 11% de la variabilidad total del espíritu de lucha ($p=.002$; $\eta^2_P = .11$; $1-\beta=.65$).

En la Tabla 26 se muestra el análisis de contrastes referidos a los efectos intra-sujetos. Las diferencias de medias entre espíritu de lucha pre y post son significativas en los dos grupos: las personas del grupo sin intervención mostraron una disminución del espíritu de lucha entre la evaluación pre y la post ($p=.048$). Las personas que participaron del PROA revelaron un incremento estadísticamente significativo ($p=.047$).

Tabla 26.

Comparación del espíritu de lucha (EL) dentro de cada grupo.

Grupo de Pertenencia	(I) Espíritu de Lucha	(J) Espíritu de Lucha	Diferencia medias (I-J)	Error típico	Sig.	IC 95 %
Sin Intervención	Pre	Post	2.65	1.30	.04	0.02 5.28
Con Intervención	Pre	Post	-2.36	1.15	.04	-4.70 -0.02

Para comparar las medias de espíritu de lucha entre los grupos se analizaron los efectos inter-sujetos (Tabla 27), los resultados indicaron que no hay diferencias significativas entre los grupos en ninguna de las medidas de espíritu de lucha.

Tabla 27.

Comparación de las medidas de espíritu de lucha (EL) entre-grupos.

	(I) Grupo Pertenencia	(J) Grupo Pertenencia	Diferencia medias (I-J)	Error típico	Sig.	IC 95 %
E. Lucha Pre	Sin Intervención	Con intervención	2.74	2.02	.18	-1.33 6.81
E. Lucha Post	Sin Intervención	Con intervención	-1.28	2.58	.62	-6.49 3.92

Se presenta en la Figura 20 un resumen de los resultados para la variable espíritu de lucha.

Espíritu de Lucha Pre		Espíritu de Lucha Post	
Sin Intervención	Con Intervención	Sin Intervención	Con Intervención
42.93	=	41.98	40.27
42.93	>	40.27	41.98
			<
			44.35

Figura 20. Resumen de los resultados de *Espíritu de Lucha*.

Según Coe y Merino (2003) los resultados de este tipo de investigaciones, deben interpretarse no sólo en función de los valores de probabilidad aportados por las pruebas de significación estadística tradicionales, sino también en función de la información que aporta el índice tamaño del efecto. Con la finalidad de establecer la importancia o magnitud de las diferencias entre los grupos se calculó el estadístico *d* de Cohen para las variables con distribución normal y el *Cliff's Delta Calculator* para las variables que no se distribuyen según ley normal.

Se utilizaron los datos del post-test y como la muestra es pequeña se calcularon los tamaños del efecto (*TE*) de todas las variables, independientemente de que la diferencia de medias haya mostrado significación estadística (Glass, McGaw y Smith, 1981).

Según Glass (1981) y Coe (2002) la efectividad de una intervención particular se debe interpretar solamente en un contexto concreto, es decir, en relación con otras intervenciones que buscan producir el mismo efecto. Así, se tomaron como referentes para comparar los resultados hallados en esta tesis, los *TE* publicados en meta-análisis que reportan los efectos de intervenciones psicológicas que buscaron producir el mismo efecto en la misma población.

Respecto a la interpretación del *TE* y su relevancia clínica, se consideraron los estudios de revisión de investigación en psicoterapia de Kazdin y Bass (1989), afirman que para el caso de una investigación que pone a prueba un tratamiento frente a un placebo o condición de no tratamiento, es necesario alcanzar una $d \geq 0.80$ para considerar el tamaño del efecto como grande o clínicamente relevante.

En la Tabla 28 se presentan los resultados del *TE*, y su interpretación. Se obtuvieron efectos altos y clínicamente relevantes para bienestar emocional y preocupación ansiosa; efectos moderados en: ansiedad, depresión, calidad de vida global, fatalismo y negación; efectos bajos en las variables: bienestar funcional, bienestar social y espíritu de lucha; y se observó efecto nulo en desamparo y bienestar físico.

Tabla 28.
Tamaño del efecto (TE) entre-grupos.

	<i>TE</i>	Interpretación de la magnitud de la diferencia	<i>TE</i> reportado en meta-análisis
Ansiedad	-0.60	Medio	0.36 ¹
Depresión	-0.63	Medio	0.54 ²
Bienestar Emocional	0.89	Alto	0.29 ³
Bienestar Funcional	0.28	Bajo	0.19 ⁴
Bienestar Social	0.17	Bajo	–
Bienestar Físico	0.05	Nulo	–
Calidad de Vida	0.38	Medio	0.31 ⁵
Preocupación Ansiosa	-0.90	Alto	–
Fatalismo	-0.33	Medio	–
Desamparo	-0.05	Nulo	–
Negación	0.18	Bajo	–
Espíritu de Lucha	0.14	Bajo	–

Nota: Raingruber (2011)¹; Raingruber (2011)²; Meyer & Mark (1995)³; Meyer & Mark (1995)⁴; Rehense & Pukrop (2003)⁵.

Con la finalidad de determinar la relevancia de las diferencias entre las mediciones pre y post-test dentro del GE se calculó el *TE* intra-grupo (Tabla 29), por ser muestras relacionadas se utilizó en el denominador la desviación típica del post-test (Thompson, 1996; Valentine, 2003).

El PROA mostró efecto alto sobre el fatalismo; efecto moderado sobre las variables ansiedad, depresión, calidad de vida global, desamparo, preocupación ansiosa, bienestar social y bienestar emocional; efecto bajo sobre el bienestar funcional y espíritu de lucha; y efecto nulo sobre el bienestar físico y la negación.

Tabla 29.
Tamaño del efecto del GE.

	Magnitud de la Diferencia			
	Nulo	Bajo	Moderado	Alto
Ansiedad			-0.63	
Depresión			-0.50	
Bienestar Emocional			0.51	
Bienestar Funcional		0.19		
Bienestar Social			0.30	
Bienestar Físico	0.08			
Calidad de Vida Global			0.30	
Preocupación Ansiosa			-0.41	
Fatalismo			-0.75	
Desamparo			-0.44	
Negación	0.00			
Espíritu de Lucha		0.16		

Según los resultados el PROA tuvo efectos beneficiosos moderados sobre las mismas variables que mostraron cambios estadísticamente significativos al contrastar las puntuaciones pre/post intervención, es decir sobre ansiedad (diferencia de medias 2.84, $p<.001$); depresión (diferencia de medias 2.03, $p=.002$); bienestar emocional (diferencia de medias -2.61, $p=.003$); bienestar social (-1.83, $p=.004$); calidad de vida global (diferencia de medias -6.34, $p=.014$); desamparo (diferencia de medias 1.46, $p=.006$) y fatalismo (diferencia de medias 2.26, $p<.001$).

CAPITULO VI

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

“Después de alcanzar la cima de una montaña muy alta, descubrimos que aparecen muchas otras por escalar.”

Nelson Mandela, 1995.

6. Conclusión

6.1. Discusión de los resultados según la hipótesis del estudio.

La hipótesis del estudio afirma que *el programa de intervención (PROA) disminuye la inestabilidad emocional.*

El PROA muestra un efecto beneficioso sobre los niveles de ansiedad y depresión de los sujetos del estudio, reduce los niveles iniciales de dichas variables y mejora la estabilidad emocional. En cambio, los sujetos que no participaron del programa de intervención evidencian un aumento de la inestabilidad emocional, sus niveles de ansiedad y depresión se incrementan significativamente.

La magnitud del efecto del PROA sobre la depresión ($d = -0.63$) y sobre la ansiedad ($d = -0.60$) es moderado y superior al que se reporta en el meta-análisis de Raingruber (2011), esta diferencia podría atribuirse a que el meta-análisis no incluye estudios con población latinoamericana y no aleatorizados. En este sentido, Matt (1989) afirma que para estudios de eficacia en psicoterapia la magnitud de efecto puede incrementarse cuando no se cumple con la aleatorización de los grupos, también Smith y Glass (1977) consideran que cuando el meta-análisis incluye estudios no aleatorios la magnitud del efecto se incrementa.

Los estudios de Antoni et al., (2006); Manne et al., (2008); Fukui et al., (2008); Powell, et al., (2008); Kravitz et al., (2011), reportan resultados similares a los hallados en esta tesis, que ponen en evidencia el efecto beneficioso de intervenciones psicoeducativas sobre la ansiedad y la depresión.

Por el contrario el estudio de Williams y Dale (2006) informó que las intervenciones psicosociales no mejoran la depresión. Esta discrepancia podría atribuirse a cuestiones metodológicas ligadas a la variabilidad de las intervenciones, la diversidad de los instrumentos de medida, las diferentes etapas del cáncer, así como a la edad y origen racial de los participantes de los estudios.

En relación a la variable calidad de vida, la hipótesis del estudio afirma que *el PROA mejora la calidad de vida global*. Los resultados no muestran diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, pero sí se evidencian diferencias significativas en el análisis intrasujetos: las personas que participaron del PROA aumentan su calidad de vida global mientras que las que no participaron disminuyen su calidad de vida significativamente.

El meta-análisis de Rehse y Pukrop (2003) reporta un tamaño del efecto sobre la calidad de vida en pacientes oncológicos de 0.28/0.31 similar al $d=0.37$ del PROA.

Los resultados alcanzados en bienestar emocional, son similares a los reportados por Beellver (2007) y por Fernandez-Suares, Blum, Villalovos y Rodriguez (2010), muestran que las personas que participan del programa de intervención aumentan significativamente el bienestar emocional, mientras las que no participan de la intervención evidencian una disminución no significativa. El PROA muestra una magnitud del efecto alto sobre el bienestar emocional ($d=0.88$) que supera al $d=0.54$ reportado en el meta-análisis de Meyer y Mark (1995), esta diferencia podría atribuirse a los estrictos criterios de inclusión establecidos en dicho meta-análisis.

El programa PROA no mejora el bienestar físico de los pacientes en estudio, pero podría tener un efector protector y preventivo sobre dicha variable, porque los sujetos que reciben la intervención lo mantienen estable y los del control sufren un detrimento significativo. Asimismo, como la muestra está compuesta por pacientes en tratamiento médico-clínico y dados los efectos adversos de estos tratamientos sobre el estado físico, es beneficioso que los sujetos que participaron del PROA hayan mantenido estable su nivel de bienestar físico.

Los resultados de bienestar social y bienestar funcional no muestran diferencias significativas entre ambos grupos, pero las personas que participaron del PROA sí incrementan ambas medidas y los que no participan muestran deterioro.

En conclusión y considerando todas las dimensiones de la calidad de vida global se puede afirmar que el grupo que recibió el PROA incrementa el bienestar social y el emocional y mantiene estable el bienestar funcional y físico, mientras que el grupo control baja el bienestar emocional, el bienestar funcional, el bienestar físico y mantiene estable el bienestar social. Al comparar los valores medios de los grupos entre sí, los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas solo en bienestar emocional.

En relación al afrontamiento la hipótesis del estudio afirma: *el programa de intervención aumenta el uso de estrategias activas de afrontamiento y disminuye el uso de estrategias pasivas.*

Los resultados obtenidos son congruentes con la hipótesis porque los participantes que recibieron el PROA disminuyen los niveles de preocupación ansiosa, fatalismo, desamparo e incrementan el espíritu de lucha al finalizar el programa, muestran disminución estadísticamente significativa del fatalismo y el desamparo y un incremento significativo del espíritu de lucha, mientras que las personas que no participaron del programa incrementan significativamente la preocupación ansiosa, mantienen estable el fatalismo y el desamparo y bajan su espíritu de lucha.

Los resultados alcanzados para la variable negación no responden a lo esperado en este estudio, en tanto no se observa ningún cambio en ninguna de las mediciones de la variable. No obstante, los autores de la escala MAC y diversos estudios en población oncológica la consideran una medida dudosa, fundamentalmente porque se la evalúa sólo con dos ítems (Watson, Homewood & Haviland, 2012). Además, como estilo de ajuste a la enfermedad, en algunos momentos de la trayectoria de la enfermedad podría ser adaptativa y en otros momentos disfuncional (Watson, Greer, & Young, 1988).

Los resultados del afrontamiento que se reportan en esta tesis contradicen los obtenidos por Hart, et al., (2012) y Dolbeault, Cayrou, Bredart, y Dickes (2009) que reportan ausencia de diferencias significativas entre los grupos control y experimental en todas las sub-escalas del MAC.

No se registraron estudios meta-analíticos que reporten el efecto de intervenciones psicológicas sobre el afrontamiento de la enfermedad en población oncológica.

6.2. Análisis de la eficacia del Programa de Intervención PROA.

En el marco de esta tesis se consideró que la estabilidad emocional, el afrontamiento y la calidad de vida son factores indispensables a la hora de evaluar la adaptación a la enfermedad en pacientes oncológicos (Watson, Greer, & Bliss, 1991; Lampic, Wennberg & Schill, 1994; Classen, Koopman, & Spiegel, 1996; Nordin, Glimelius, 1998; Hassanein, & Bradbury, 2005; Matsushita, 2005; Costanzo, Lutgendorf, Rothrock & Anderson, 2006).

LLull (2003) halla fuertes correlaciones entre las estrategias de evitación y el deterioro en la mayoría de las dimensiones de la calidad de vida; además, Whitford y Olver (2012) proporcionan pruebas de una asociación positiva directa entre respuestas de afrontamiento activas, estabilidad emocional, bienestar emocional, funcional, social y una mejor adaptación a la enfermedad oncológica durante los primeros estadios de la enfermedad.

Siguiendo estos lineamientos, en esta tesis se pone a prueba la hipótesis que afirma que el *Programa de Intervención Grupal (PROA) para pacientes oncológicos en la primera etapa de la trayectoria de la enfermedad mejora la adaptación a la situación de enfermedad:*

- *Incrementa la calidad de vida,*
- *Disminuye la inestabilidad emocional,*
- *Aumenta el uso de estrategias activas de afrontamiento asociadas al espíritu de lucha, y*
- *Disminuye el uso de estrategias pasivas asociadas a indefensión, fatalismo y preocupación ansiosa.*

Según los resultados el PROA tuvo efecto positivo sobre ansiedad, depresión, calidad de vida global, bienestar emocional, preocupación ansiosa, desamparo, fatalismo y espíritu de lucha; y no mostró efecto sobre la negación de la enfermedad y el bienestar físico. Estos resultados brindan apoyo empírico a la hipótesis del estudio y se estaría en condiciones de afirmar un efecto favorable y beneficioso *a corto plazo* del programa PROA sobre la adaptación a la enfermedad oncológica durante los primeros estadios de la misma.

Considerando los resultados favorables obtenidos y las características iniciales de la muestra, probablemente haya colaborado el mismo factor mencionado en los estudios de Remor, et al. , (2010) y Helgeson, et al., (2006) quienes expresan que los participantes que comenzaron el estudio con mayor sintomatología depresiva y ansiosa y menor calidad de vida fueron los que más se beneficiaron de la intervención recibida.

Algunos estudios (Sirgo & Gil, 2000; Yelamos Agua, 2013) también mostraron eficacia de una intervención sobre la disminución de los síntomas de ansiedad y depresión, menor fatalismo y un mayor empleo de estrategias de afrontamiento activas, sin embargo, también es cierto que otros estudios muestran resultados contradictorios respecto de la eficacia de estas intervenciones para mejorar la calidad de vida de pacientes con cáncer (Fawzy et al., 1995; Rehes & Pukrop, 2002; Newell et al., 2002).

Se podría pensar que estas contradicciones estarían relacionadas con varias cuestiones, (a) *dificultades metodológicas*: limitaciones en el diseño de los programas de intervención, tales como la no pertinencia de los objetivos, metas poco realistas, instrumentos de evaluación que no se ajustan a la naturaleza de los pacientes ni a los objetivos de la intervención, los diferentes periodos de seguimiento planteados y/o falta de control de las variables durante todo el proceso; (b) *limitaciones de la muestra*: los resultados contradictorios también se podrían atribuir a variables relacionadas con la complejidad de los problemas a los que se enfrentan estos pacientes y a la diversidad de síntomas asociadas a los distintos estadios de la trayectoria de la enfermedad, alteraciones físicas, emocionales, de la vida cotidiana y familiares; y (c) *limitaciones del profesional* en su interacción con los pacientes, dificultades para establecer una relación empática y falta de entrenamiento.

Se considera que el programa PROA es una intervención de fácil implementación y bajo costo que reporta efectos positivos a corto plazo en el campo emocional y del afrontamiento y que mejora la adaptación en pacientes que transitan la fase inicial del cáncer.

En conclusión y a criterio de la doctoranda, por tratarse de una enfermedad que connota gravedad y sufrimiento, que los participantes del estudio muestren mejor calidad de vida, mayor estabilidad emocional y aumento en su espíritu de lucha al finalizar el programa de intervención, es un importante aliciente para seguir investigando con el PROA.

Estos resultados, aunque preliminares, son alentadores e inducen a recomendar la aplicación de este programa en muestras más grandes y con seguimientos a largo plazo para testear la eficacia a largo plazo del PROA.

6.3. Limitaciones del estudio.

Actualmente existe consenso en que las intervenciones psicológicas para pacientes oncológicos podrían ser extremadamente útiles pero todavía no se han mostrado tan eficaces como se desea, aunque existe un esfuerzo de la comunidad científica para reflexionar sobre cómo mejorar su eficacia y plantear propuestas para mejorar su diseño e implementación (Cruzado Rodriguez, 2013). En este sentido, se considera que para mejorar la eficacia del PROA podría ser necesario replantear y superar algunas limitaciones ligadas a su diseño e implementación.

Una de las principales limitaciones de este estudio reside en el tamaño de la muestra: si bien se logró conformar una muestra considerable según la prevalencia de la patología en la población, es apropiado realizar estudios semejantes que comprendan un mayor número de casos.

Otra limitación importante es la falta de aleatorización y de seguimiento a largo plazo, es importante replicar el estudio agregando otra instancia de evaluación post-test para observar si las modificaciones que produjo el PROA sobre las variables en estudio persisten en el tiempo. Por ello es que el efecto del programa en este estudio se puede establecer sólo a corto plazo.

Otro aspecto que no se incluyó en este trabajo, que podría entenderse como una limitación, es la no filmación de las sesiones, que hubiera posibilitado un estudio de proceso y cualitativo posterior.

A partir del análisis de las limitaciones metodológicas de esta tesis y siguiendo los criterios de Vera-Villaruel y Mustaca (2006) se puede afirmar que se trata de un estudio de análisis de efectividad de un programa de intervención más que de eficacia.

En conclusión, si bien se ha recorrido un camino valioso para acceder a los datos reportados en esta tesis, se considera que entre las futuras líneas de investigación sobre el programa se puede plantear, en primera instancia, un incremento en la cantidad de sujetos de la muestra, aleatorización de los mismos y la concreción de un seguimiento post-test diferido, para valorar si los cambios observados en las variables de resultado persisten en el tiempo. Así se podría lograr mayor estabilidad y firmeza en los resultados.

6.4. Futuras líneas de desarrollo.

Tras haber enfocado este estudio en el abordaje del paciente oncológico durante el tratamiento médico activo sería de interés expandirlo hacia otras fases de la enfermedad oncológica y evaluar su efecto, con la finalidad de determinar si el PROA mantiene su efecto beneficioso en otros momentos o etapas de la trayectoria de la enfermedad.

A modo de reflexión final.

Llegada esta instancia, quisiera comentar que realizar una investigación con población oncológica en fase de tratamiento médico activo y responder a los estándares de calidad que una tesis doctoral requiere, más que un objetivo de investigación se convirtió en un verdadero desafío científico, académico y personal.

El cumplimiento de este desafío me condujo a profundizar mi formación en la temática y a reconocer la escasez de instancias de formación y capacitación que existen a nivel nacional en Psicooncología.

En esta dirección, dada la realidad psicológica del paciente oncológico y el crecimiento exponencial del cáncer en nuestro país, sería importante que se reconociera a la Psicooncología como un área de vacancia en la formación del psicólogo y se sienten bases para su inclusión en las currículas tanto de grado como de posgrado.

*“ Página en blanco
aquí te dejo todo
haz lo que quieras, despábilate
o por lo menos organízate*

*yo me echaré una siesta
ojalá me despiertes
con algo original y sugestivo
para que yo lo firme ”.*

Mario Benedetti, 1969.

REFERENCIAS

- Alarcón, R. (2006). Desarrollo de una escala factorial para medir la felicidad. *Interamerican Journal of Psychology*, 40(1), 95-102.
- American Psychiatric Association.: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR. 4th rev. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
- Andersen, B. L. (2002). Biobehavioral outcomes following psychological interventions for cancer patients. *J Consult Clin Psychol* 70 (3): 590-610.
- Andersen B. L., Farrar, W. B., & Golden-Kreutz, D. M. (2004). Psychological, behavioral, and immune changes after a psychological intervention: a clinical trial. *J Clin Oncol* 22 (17): 3570-80.
- Andersen, B. L., Farrar, W. B., Golden-Kreutz, D., Emery, C. F., Glaser, R., Crespin, T., & Carson, W. E. (2007). Distress reduction from a psychological intervention contributes to improved health for cancer patients. *Brain, behavior, and immunity*, 21(7), 953-961.
- Andersen, B. L., Yang, H. C., Farrar, W. B., Golden-Kreutz, D. M., Emery, C. F., Thornton, L. M., ... & Carson, W. E. (2008). Psychologic intervention improves survival for breast cancer patients. *Cancer*, 113(12), 3450-3458.
- Andrés-Villas, M., Torrico, E., & Remesal, R. (2012). Afrontamiento en hombres operados de cáncer de laringe. *Anales de Psicología*, 28(3), 753-762.
- Andrykowski, M. A., Brady, M. J., & Henslee-Downey, P. J. (1994). Psychosocial factors predictive of survival after allogeneic bone marrow transplantation for leukemia. *Psychosomatic Medicine*, 56(5), 432-439.
- Antoni, M. H., (2012). Psychosocial intervention effects on adaptation, disease course and biobehavioral processes in cancer. *Brain, Behavior and Immunity* 30, S88-S98.
- Antoni, M., Wimberly, S., Lechner, S., Kazi, A., Sifre, T., Urcuyo, K., & Carver, C. (2006). Reduction of cancer-specific thought intrusions and anxiety symptoms with a stress management intervention among women undergoing treatment for breast cancer. *American Journal of Psychiatry*, 163(10), 1791-1797.
- Arathuzik, D. (1994). Effects of cognitive-behavioral strategies on pain in cancer patients. *Cancer nursing*, 17(3), 207-214.
- Arnkoff, D. B., & Glass, C. R. (1982). Clinical cognitive constructs: Examination, evaluation, and elaboration. *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*, 1, 1-34.
- Asociación Medica Mundial. (2008). Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. *Korea*.
- Bares Villoria, M. B. (2003). *Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama*. Tesis Doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona.

- Barrioihet, S., Forjaz, M. & Garrido, E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33, 390-397.
- Barsevick A. M., Sweeney C, Haney E, et al. (2002). A systematic qualitative analysis of psychoeducational interventions for depression in patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* 29 (1): 73-84; quiz 85-7, Jan-Feb.
- Barsevick, A. M., Dudley, W., Beck, S., Sweeney, C., Whitmer, K., & Nail, L. (2004). A randomized clinical trial of energy conservation for patients with cancer-related fatigue. *Cancer*, 100(6), 1302-1310.
- Bayés, R., & Morera, M. (2000). El punto de vista del paciente en la práctica clínica hospitalaria. *Med Clin.(Barc)*, 115, 141-144.
- Beck A.T., Weissman A., Lester D., (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol* 42 (6): 861-5.
- Bellver A. (2007). Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida y el estado emocional en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología* 4(1):133-42.
- Benedetti, M. (1969). *Literatura uruguaya siglo XX: ensayo*. Lugar: Editorial Alfa.
- Benedetti, M. (2006). *Canciones del que no canta*. Lugar: Editorial Seix Barral.
- Berger, A. M., Kuhn, B. R., Farr, L. A., Lynch, J. C., Agrawal, S., Chamberlain, J., & Von Essen, S. G. (2009). Behavioral therapy intervention trial to improve sleep quality and cancer-related fatigue. *Psycho-Oncology*, 18(6), 634-646.
- Berlanga, J. F., Aliaga, M. T., & Martín, M. P. B. (1995). Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores de bienestar. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27(1), 87-102.
- BID; Banco de Desarrollo Interamericano, B. (2012). *Banco Interamericano de Desarrollo Informe Anual 2011: Reseña del Año* (Nº 65738). Banco Interamericano de Desarrollo.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1985). Life stressors and social resources affect posttreatment outcomes among depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 94(2), 140.
- Bisson J. I., Chubb H. L., Bennett S., et al. (2002). The prevalence and predictors of psychological distress in patients with early localized prostate cancer. *BJU Int* 90 (1): 56-61.
- Bloom, J. R., Ross, R. D., & Burnell, G. (1978). The effect of social support on patient adjustment after breast surgery. *Patient Counselling and Health Education*, 1(2), 50-59.
- Boesen E.H., Ross L., Frederiksen K. (2005). A psycho-educational intervention for patients with cutaneous malignant melanoma: a replication study of Fawzy et al. *Clinical Oncology*, 23:1270-1277.
- Boletín de VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL INC (2012). Registros para la Planificación de políticas del control del cáncer. 2(8).

- Bono, G., & McCullough, M. E. (2006). Positive responses to benefit and harm: Bringing forgiveness and gratitude into cognitive psychotherapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 20*(2), 147-158.
- Bono, G., McCullough, M. E., & Root, L. M. (2008). Forgiveness, feeling connected to others, and well-being: Two longitudinal studies. *Personality and Social Psychology Bulletin, 34*(2), 182-195.
- Boyers, A. (2001). *The influence of cognitive-behavioral stress management, optimism, and coping on positive growth in women with breast cancer.* (Tesis doctoral). Disponible en Dissertation Abstracts International: Section B: *The Sciences and Engineering* (61(10- B):5552).
- Brandstätter, H. (1994). Well-being and motivational person-environment fit: A time-sampling study of emotions. *European Journal of Personality, 8*(2), 75-93.
- Breitbart, W. (1995). Identifying patients at risk for, and treatment of major psychiatric complications of cancer. *Support Care Cancer 3* (1): 45-60.
- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer - coping or personal transition? *Psychooncology 10* (1): 1-18, Jan-Feb.
- Brown, K. W., Levy, A. R., Rosberger, Z., & Edgar, L. (2003). Psychological distress and cancer survival: a follow-up 10 years after diagnosis. *Psychosomatic Medicine, 65*(4), 636-643.
- Brunstein, J. C., Schultheiss, O. C., & Grässman, R. (1998). Personal goals and emotional well-being: the moderating role of motive dispositions. *Journal of personality and social psychology, 75*(2), 494.
- Burish, T. G., Snyder, S. L., & Jenkins, R. A. (1991). Preparing patients for cancer chemotherapy: effect of coping preparation and relaxation interventions. *Journal of consulting and clinical psychology, 59*(4), 518.
- Burton, C. M., & King, L. A. (2004). The health benefits of writing about intensely positive experiences. *Journal of research in personality, 38*(2), 150-163.
- Burton, C. M., & King, L. A. (2008). Effects of (very) brief writing on health: The two-minute miracle. *British Journal of Health Psychology, 13*(1), 9-14.
- Butler, L. D., Koopman, C., Classen, C., & Spiegel, D. (1999). Traumatic stress, life events, and emotional support in women with metastatic breast cancer: Cancer-related traumatic stress symptoms associated with past and current stressors. *Health Psychology, 18*(6), 555.
- Camacho, V. A. B., Andrade, A. A., & De Valderrama, B. B. (2007). *Calidad de vida en pacientes con trasplante de hígado.* Pontificia Universidad Javeriana.
- Cameron, L. D., Booth, R. J., Schlatter, M., Ziginas, D., & Harman, J. E. (2007). Changes in emotion regulation and psychological adjustment following use of a group psychosocial support program for women recently diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology, 16*(3), 171-180.

- Campos-Ríos, M. D. M. (2013). Creciendo en la adversidad: Una revisión del proceso de adaptación al diagnóstico de cáncer y el crecimiento postraumático. *Escritos de Psicología (Internet)*, 6(1), 6-13.
- Cano, A., Sirgo, A., Pérez, G., (1994). Cáncer y estilo represivo de afrontamiento. *Ansiedad y estrés*, 3(29), 35-46.
- Cardenal, V., Cerezo, M.V., Martínez, J., Ortiz-Tallo, M. y Blanca, M.J. Personality, emotions and coping styles: Predictive value for the evolution of cancer patients. *Spanish Journal of Psychology*.
- Carlson, L. E., Speca, M., Patel, K. D., & Goodey, E. (2003). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic medicine*, 65(4), 571-581.
- Carroll B.T., Kathol R.G., Noyes R. J., et al.: Screening for depression and anxiety in cancer patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Gen Hosp Psychiatry*, 15 (2): 69-74, 1993.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical psychology review*, 30(7), 879-889.
- Caver, D., Hacking, B., Erridge, S. E., Kendall, M., Morris, P. G., & Murray, S. A. (2012). Social, psychological and existential well-being in patients with glioma and their caregivers: a qualitative study. *Canadian Medical Association Journal*, 184(7), E373-E382.
- Cella D.F., Tulsky D.S., Gray G., et al. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *J Clin Oncol* 11 (3): 570-9.
- Cella, D. F. (1994). Quality of life: concepts and definition. *Journal of pain and symptom management*, 9(3), 186-192.
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual review of psychology*, 52(1), 685-716.
- Chang, V.T., Thaler, H.T., Polyak, T.A., Kornblith, A.B., Lepore, J.M., y Portenoy, R.K. (1998). The quality of life and survival. *Cancer*, 83 (1), 173-179.
- Cheavens, J. S., Feldman, D. B., Gum, A., Michael, S. T., & Snyder, C. R. (2006). Hope therapy in a community sample: A pilot investigation. *Social Indicators Research*, 77(1), 61-78.
- Chow, E., Tsao, M. N., & Harth, T. (2004). Does psychosocial intervention improve survival in cancer? A meta-analysis. *Palliative Medicine*, 18(1), 25-31.
- Classen C., Butler L.D., Koopman C., et al. (2001). Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer: a randomized clinical intervention trial. *Arch Gen Psychiatry* 58 (5): 494-501.

- Classen, C., Koopman, C., Angell, K., & Spiegel, D. (1996). Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology, 15*(6), 434.
- Cocker K., Bell D., Kidman A. (1996) Cognitive behavior therapy with advanced breast cancer patients: A brief report of a pilot study. *Psychooncology 3*:233-7.
- Coe, R., y Soto, C.M. (2003). Magnitud del efecto: Una Guía para Investigadores y Usuarios *Revista de Psicología , 21* (1), 145-177.
- Cohen, M., & Fried, G. (2007). Comparing relaxation training and cognitive-behavioral group therapy for women with breast cancer. *Research on Social Work Practice, 17*(3), 313-323.
- Cohn, M. A., Fredrickson, B. L., Brown, S. L., Mikels, J. A., & Conway, A. M. (2009). Happiness unpacked: positive emotions increase life satisfaction by building resilience. *Emotion, 9*(3), 361.
- Cohen L., Parker P.A., Vence L., et al.: Presurgical stress management improves postoperative immune function in men with prostate cancer undergoing radical prostatectomy. *Psychosom Med, 73* (3): 218-25, 2011.
- Cohen, N. (2013). Positive psychology and psychotherapy: How do they influence the treatment of cancer?
- Cook, T. D. & Campbell, D.T. (1976) The design and conduct of quasi-experiments and true coping, and goal reengagement. *Psycho-Oncology, 20*, 165-170.
- Cordova. M., Cunningham, L., Carlson, C. y Andrykowski, M. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychology, 20*, 176-185. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.20.3.176>
- Coreil, J., Wilke, J. y Pintado, I. (2004). Cultural models of illness and recovery in breast cancer support groups. *Health Quality Research, 14*, 905-923. <http://dx.doi.org/10.1177/1049732304266656>
- Costa Requena, G. y Gil, F. (2009). The Mental Adjustment to Cancer Scale: A psychometric analysis in Spanish cancer patients. *Psycho-Oncology, 18*, 984-991. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1466>
- Costanzo E.S., Lutgendorf SK, Mattes M.L., et al.: (2007). Adjusting to life after treatment: distress and quality of life following treatment for breast cancer. *Br J Cancer 97* (12): 1625-31.
- Costanzo, E. S., Lutgendorf, S. K., Rothrock, N. E., & Anderson, B. (2006). Coping and quality of life among women extensively treated for gynecologic cancer. *Psycho-Oncology, 15*(2), 132-142.
- Creswell, J. D., Lam, S., Stanton, A. L., Taylor, S. E., Bower, J. E., & Sherman, D. K. (2007). Does self-affirmation, cognitive processing, or discovery of meaning explain cancer-related health benefits of expressive writing? *Personality and Social Psychology Bulletin, 33*(2), 238-250.
- Cruzado Rodríguez, J. A. (2010). *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer*. Síntesis.

- Cruzado Rodriguez, J. A. (2013) *Manual de Psicooncología*. Madrid: Pirámide.
- Cummins, R. (2002). A model of subjective well-being homeostasis: the role of personality. *Social Indicators Research*, vol 16: *The universality of subjective well-being indicators* (pp. 7-46)Kluwer.
- Cunningham, A. J. (1995). Group psychological therapy for cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 3, 244-247.
- Cunningham, A. J., Edmonds, C. V. I., Hampson, A. W., Hanson, H., Hovanec, M., Jenkins, G., & Tocco, E. K. (1991). Helping cancer patients cope with, and combat, their disease: a group psychoeducational program. *Advances*, 7, 41-56.
- Cunningham, A. J., Edmonds, C. V. I., Jenkins, G. P., Pollack, H., Lockwood, G. A., & Warr, D. (1998). A randomized controlled trial of the effects of group psychological therapy on survival in women with metastatic breast cancer. *Psycho-Oncology*, 7(6), 508-517.
- Cunningham, A. J., Edmonds, C. V., Hampson, A. W., & Hanson, H. (1991). A group psychoeducational program to help cancer patients cope with and combat their disease. *Advances*.
- Cunningham, A. J., Lockwood, G. A., & Cunningham, J. A. (1991). A relationship between perceived self-efficacy and quality of life in cancer patients. *Patient Education and Counseling*, 17(1), 71-78.
- Dabrowski M, Boucher K., Ward J.H., et al. (2007). Clinical experience with the NCCN distress thermometer in breast cancer patients. *J Natl Compr Canc Netw* 5 (1): 104-11.
- Deimling, G. T., Bowman, K. F., Sterns, S., Wagner, L. J., & Kahana, B. (2006). Cancer-related health worries and psychological distress among older adult, long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 15(4), 306-320.
- Desch, C. E., McNiff, K. K., Schneider, E. C., Schrag, D., McClure, J., Lepisto, E., ... & Edge, S. B. (2008). American Society of Clinical Oncology/National Comprehensive Cancer Network Quality Measures. *Journal of Clinical Oncology*, 26(21), 3631-3637.
- del Mar Campos-Ríos, M. (2013). Creciendo en la adversidad. Una revisión del proceso de adaptación al diagnóstico de cáncer y el crecimiento postraumático. *Escritos de Psicología*, 6(1), 6-13.
- Derogatis, L. R. & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychol Med* 13 (3): 595-605, 1983.
- Derogatis L.R., Morrow G.R., Fetting J., et al.: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 249 (6): 751-7, 1983.
- Deshields T., Tibbs T., Fan M.Y., et al.: Ending treatment: the course of emotional adjustment and quality of life among breast cancer survivors immediately following radiation therapy. *Support Care Cancer* 13 (12): 1018-26, 2005.
- Díaz, D., Blanco, A., Horcajo, J., & Valle, C. (2007). La aplicación del modelo completo de salud al estudio de la depresión. *Psicothema*, 19(2), 286-294.

- Diener, E., & Larsen, R. J. (1984). Temporal stability and cross-situational consistency of affective, behavioral, and cognitive responses. *Journal of personality and social psychology*, 47(4), 871.
- Diener, E., & Fujita, F. (1995). Resources, personal strivings, and subjective well-being: a nomothetic and idiographic approach. *Journal of personality and social psychology*, 68(5), 926.
- Diener, E., Smith, H., & Fujita, F. (1995). The personality structure of affect. *Journal of personality and social psychology*, 69(1), 130.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological bulletin*, 125(2), 276.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American psychologist*, 55(1), 34.
- Diener, E., & Lucas, R. E. (2000). Subjective emotional well-being. *Handbook of emotions*, 2, 325-337.
- Diener, E., & Seligman, M. E. (2002). Very happy people. *Psychological science*, 13(1), 81-84.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual review of psychology*, 54(1), 403-425.
- Diener, E., Lucas, R. E., & Scollon, C. N. (2006). Beyond the hedonic treadmill: revising the adaptation theory of well-being. *American Psychologist*, 61(4), 305.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2009). 17 Subjective Well-Being: The Science of Happiness and Life Satisfaction. *Oxford handbook of positive psychology*, 187.
- Díez, S. B., Forjaz, M. J., & Landívar, E. G. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(6), 390-397.
- Dolbeault, S., Cayrou, S., Bredart, A., Viala, A. L., Desclaux, B., Saltel, P & Dickes, P. (2009). The effectiveness of a psycho-educational group after early-stage breast cancer treatment: results of a randomized French study. *Psycho-Oncology*, 18(6), 647-656.
- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L. G., Taylor, S. E., & Falke, R. L. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11(2), 79.
- Edgar L. J., Remmer, J., Rosberger, Z., Rapkin, B. (2003). Evaluation of voluntary support service. *Journal Psychosocial Oncology Cancer*, 21 (1) :53-72.
- Edgar, L., & Devins, G. M. (2008). Predicting stress-related problems in long-term breast cancer survivors. *Journal of psychosomatic research*, 65(6), 513-523.

- Edmonds, C. V., Hampson, A. W., & Hanson, H. (1991). A group psychoeducational program to help cancer patients cope with and combat their disease. *Advances*.
- Edwards A.G., Hailey S., Maxwell M.: Psychological interventions for women with metastatic breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev* (2): CD004253, 2004.
- Edwards, A. G., Hulbert-Williams, N., & Neal, R. D. (2008). Psychological interventions for women with metastatic breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev*, 3.
- Eiser, C., & Morse, R. (2001). Can parents rate their child's health-related quality of life? Results of a systematic review. *Quality of Life Research*, 10(4), 347-357.
- Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: an experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of personality and social psychology*, 84(2), 377.
- Emmons, R. A., & Mishra, A. (2011). Why gratitude enhances well-being: What we know, what we need to know. *Designing positive psychology: Taking stock and moving forward*, 248-264.
- EORTC European Association For The Study Of The Liver. (2012). Clinical Practice Guidelines: Management of hepatocellular carcinoma. *Journal of Hepatology*, 56(4), 908-943.
- Faure, E. N., Soutelo, M. J., Faraj, G., Lutf, R. J., & Juvenal, G. J. (2012). Estimación de la Incidencia de Cáncer de Tiroides en Capital Federal y el Gran Buenos Aires (período 2003-2011). *Revista argentina de endocrinología y metabolismo*, 49(1), 20-24.
- Fawzy, F. I., Cousins, N., Fawzy, N. W., Kemeny, M. E., Elashoff, R., & Morton, D. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients: I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 47(8), 720.
- Fawzy, F. I., Fawzy, N. W., Hyun, C. S., et al. (1993): Malignant melanoma. Effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Arch Gen Psychiatry* 50 (9): 681-9, 1993.
- Fawzy, F. I., Fawzy, N. W., Arndt, L. A., & Pasnau, R. O. (1995). Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Archives of General Psychiatry*, 52(2), 100.
- Fawzy, F. I. (1999). Psychosocial interventions for patients with cancer: what works and what doesn't. *European Journal of Cancer*, 35(11), 1559-1564.
- Federación de Psicólogos de la Republica argentina. (2013). *Código de Ética de la FePRA*. Bs As: Autor. Disponible en://www.fepra.org.ar. Fecha de captura: 29/10/10.

- Fernandez-Suárez, H. G., Blum-Grynberg, B., Aguilar-Villalobos, E. J., & Bautista-Rodríguez, H. (2010). Validation of an instrument to measure life quality in breast cancer patients. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 48, 133-8.
- Ferrando, P. J., & Libran, C. E. y Tous, J.M. (2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo Life Orientation Test. *Psicothema*, 14(3), 673-680.
- Ferrero, J. Barreto, M. (1994) Mental Adjustment to cancer, MAC. *Psych-oncology*, 3, 223-232.
- Ferrero, J., Barreto, M. P., & Toledo, M. (1994). Mental adjustment to cancer and quality of life in breast cancer patients: An exploratory study. *Psycho-Oncology*, 3(3), 223-232.
- Fischer, D. & Wedel, B. (2012). Anxiety and depression disorders in cancer patients: incidence, diagnosis and therapy. *memo - Magazine of European Medical Oncology*, 5, 52-54.
- Fletcher, G. F., Balady, G., Blair, S. N., Blumenthal, J., Caspersen, C., Chaitman, B., ... & Pollock, M. L. (1996). Statement on Exercise: Benefits and Recommendations for Physical Activity Programs for All Americans A Statement for Health Professionals. American Heart Association. *Circulation*, 94(4), 857-862.
- Flórez Alarcón, L. (2006). La psicología de la salud en Colombia. *Universitas psychologica*, 5(3), 681-694.
- Fobair, P., Koopman, C., Dimiceli, S., O'Hanlan, K., Butler, L. D., Classen, C., & Spiegel, D. (2002). Psychosocial intervention for lesbians with primary breast cancer. *Psycho-Oncology*, 11(5), 427-438.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science & Medicine*, 45, 1207-1221.
- Folkman, S., & Greer, S. (2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology*, 9(1), 11-19.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. *Social science & medicine*, 26(3), 309-317.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1990). Coping and emotion. *Psychological and biological approaches to emotion*, 313-332.
- Font, A., & Rodríguez, E. (2007). Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2), 423-446.
- Fordyce, M. W. (1977). Development of a program to increase personal happiness. *Journal of Counseling Psychology*, 24(6), 511.
- Fordyce, M. W. (1983). A program to increase happiness: Further studies. *Journal of Counseling Psychology*, 30(4), 483.

- Fordyce, M. W. (1988). A review of research on the happiness measures: A sixty second index of happiness and mental health. *Social Indicators Research*, 20(4), 355-381.
- Forero-Carreño, F., Bernal-Rojas, G., & Restrepo-Forero, M. (2005). Propiedades psicométricas de la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) en una muestra de pacientes colombianos. *Avances en Medición*, 3, 135-152.
- Friedman, L.C., Lehane, D., Webb, J.A., et al. (1994). Anxiety in medical situations and chemotherapy-related problems among cancer patients. *J Cancer Educ* 9 (1): 37-41, 1994.
- Friedman, L. C., Baer, P. E., Lewy, A., Lane, M., & Smith, F. E. (1989). Predictors of psychosocial adjustment to breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 6(1-2), 75-94.
- Fukui S., Ogawa K, M. Ohtsuka, Fuku N. (2008). A randomized trial to evaluate the effectiveness of training in "communication skills and dealing with psychological disorders patients nurses communication with patients immediately after being diagnosed with cancer. *Cancer*, 113 (6):1462-1470
- Ganz P. A., Guadagnoli E., Landrum M.B., et al. (2003). Breast cancer in older women: quality of life and psychosocial adjustment in the 15 months after diagnosis. *J Clin Oncol* 21 (21): 4027-33.
- Garrido Landívar, E., Barroilhet, S., & Forjaz, M. J. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas españolas de psiquiatría*, 33(6), 390-397.
- Giese-Davis, J., DiMiceli, S., Sephton, S., & Spiegel, D. (2006). Emotional expression and diurnal cortisol slope in women with metastatic breast cancer in supportive-expressive group therapy: a preliminary study. *Biological psycholog*, 73(2), 190-198.
- Giese-Davis, J., Wilhelm, F. H., Conrad, A., Abercrombie, H. C., Sephton, S., Yutsis, M & Spiegel, D. (2006). Depression and stress reactivity in metastatic breast cancer. *Psychosomatic medicine*, 68(5), 675-683.
- Gil K.M., Mishel M.H., Germino B., et al. (2005). Uncertainty management intervention for older African American and Caucasian long-term breast cancer survivors. *J Psychosoc Oncol* 23 (2-3): 3-21.
- Gil, F., Costa-Requena, G., Pérez, F., Salamero, M., Sánchez, N. y Sirgo, A. (2008). Adaptación psicológica y prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica*, 130, 90-92.
- Girgis A., S. Breen, Stacey F., Lecathelinais C. (2009). Impact of two supportive care interventions on anxiety, depression, quality of life and unmet needs of patients with breast cancer and colorectal cancers. *Journal of Clinical Oncology located*, 27 (36) :6180-6190
- Glanz, K., & Lerman, C. (1992). Psychosocial impact of breast cancer: A critical review. *Annals of Behavioral Medicine*.

- Glanz, K., Resch, N., Lerman, C., Blake, A., Gorchov, P. M., & Rimer, B. K. (1992). Factors associated with adherence to breast cancer screening among working women. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 34(11), 1071-1078.
- Glass, G. V., McGaw, B., & Smith, M. L. (1981). *Meta-analysis in social research* (Vol. 56). Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- GLOBALCAN (2008) Global Cancer Statistics. CIN Databases.
- Golden-Kreutz D.M., Thornton L.M., Wells-Di Gregorio S., et al. (2005). Traumatic stress, perceived global stress, and life events: prospectively predicting quality of life in breast cancer patients. *Health Psychol* 24 (3): 288-96.
- Goodwin P.J., Leszcz M., Ennis M., et al. (2001). The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *N Engl J Med* 345 (24): 1719-26.
- Goodwin P.J., Leszcz M., Quirt G., et al. (2000). Lessons learned from enrollment in the BEST study--a multicenter, randomized trial of group psychosocial support in metastatic breast cancer. *J Clin Epidemiol*, 53 (1): 47-55.
- Grassi, L., Travado, L., Moncayo, F. L. G., Sabato, S. y Rossi, E. (2004). Psychosocial morbidity and its correlates in cancer patients of the Mediterranean area: findings from the Southern European Psycho-Oncology Study. *Journal of Affective Disorders*, 83, 243–248.
- Grau, J. A., Victoria, C. R., & Hernández, E. (2005). Calidad de vida y Psicología de la Salud. *Hernández Meléndrez E, Grau Abalo J, editores. Psicología de la Salud. Fundamentos y aplicaciones. Guadalajara: Ediciones La Noche.*
- Greer S., Moorey S., Baruch J.D., et al.: Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial. *BMJ* 304 (6828): 675-80, 1992.
- Greer, S., Moorey, S. y Watson, M. (1989). Patient's adjustment to cancer. The mental Adjustment to Cancer (MAC Scale vs. Clinical rating). *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 373-377.
- Griffith, M. A., Dubow, E. F., & Ippolito, M. F. (2000). Developmental and cross-situational differences in adolescents' coping strategies. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(2), 183-204.
- Harnack, A. Beyond the MLA handbook [en línea]: documenting electronic sources on the Internet. 1996 [fecha de consulta: 4 Abril 2013]. Disponible en: <<http://falcon.eku.edu/honors/beyond-mla/>>.
- Harackiewicz, J. M., & Sansone, C. (1991). Goals and intrinsic motivation: You can get there from here. *Advances in motivation and achievement*, 7, 21-49.
- Hart, S. L., Hoyt, M. A., Diefenbach, M., Anderson, D. R., Kilbourn, K. M., Craft, L. L. & Stanton, A. L. (2012). Meta-analysis of efficacy of interventions for elevated depressive symptoms in adults diagnosed with cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 104(13), 990-1004.

- Harrington, S., McGurk, M., & Llewellyn, C. D. (2008). Positive consequences of head and neck cancer: key correlates of finding benefit. *Journal of psychosocial oncology*, 26(3), 43-62.
- Hassanein, K. A. A. M., Musgrove, B. T., & Bradbury, E. (2005). Psychological outcome of patients following treatment of oral cancer and its relation with functional status and coping mechanisms. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 33(6), 404-409.
- Hegel M.T., Collins E.D., Kearing S., et al. (2008). Sensitivity and specificity of the Distress Thermometer for depression in newly diagnosed breast cancer patients. *Psychooncology* 17 (6): 556-60.
- Hegel M.T., Moore C.P., Collins E.D., et al. (2006). Distress, psychiatric syndromes, and impairment of function in women with newly diagnosed breast cancer. *Cancer* 107 (12): 2924-31.
- Heiney S.P., McWayne J., Hurley T.G., et al. (2003). Efficacy of therapeutic group by telephone for women with breast cancer. *Cancer Nurs* 26 (6): 439-47, 2003.
- Helgeson, V. S., & Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychology*, 15(2), 135.
- Helgeson, V. S., Cohen, S., Schulz, R., & Yasko, J. (2000). Group support interventions for women with breast cancer: Who benefits from what?. *Health psychology*, 19(2), 107.
- Helgeson, V. S. (2001). Early quality of life in patients with localized prostate carcinoma. *Cancer*, 92(6), 1451-1459.
- Helgeson, V. S., Cohen, S., Schulz, R., & Yasko, J. (2001). Long-term effects of educational and peer discussion group interventions on adjustment to breast cancer. *Health Psychology*, 20(5), 387.
- Helgeson, V. S., Snyder, P., & Seltman, H. (2004). Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: identifying distinct trajectories of change. *Health Psychology*, 23(1), 3.
- Helgeson, V. S., Lepore, S. J., & Eton, D. T. (2006). Moderators of the benefits of psychoeducational interventions for men with prostate cancer. *Health Psychology*, 25(3), 348.
- Hervás, G. (2008). Adaptación al castellano de un instrumento para evaluar el estilo rumiativo: la escala de respuestas rumiativas. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 13(2), 111-121.
- Hidderley, M., & Holt, M. (2004). A pilot randomized trial assessing the effects of autogenic training in early stage cancer patients in relation to psychological status and immune system responses. *European Journal of Oncology Nursing*, 8(1), 61-65.
- Higgins, J., & Green, S. (2005). Cochrane handbook for systematic reviews of interventions 4.2. 5 [updated May 2005]. *The Cochrane Library*, (3).

- Hill, C. J., Bloom, H. S., Black, A. R., & Lipsey, M. W. (2008). Empirical benchmarks for interpreting effect sizes in research. *Child Development Perspectives, 2*(3), 172-177.
- Hoffman, B. M., Zevon, M. A., D'Arrigo, M.C. (2004). Screening for distress in cancer patients: the NCCN rapid-screening measure. *Psychooncology 13* (11): 792-9.
- Hoffman, E.J., Mathew, S.J. (2008). Anxiety disorders: a comprehensive review of pharmacotherapies. *Mt Sinai J Med 75* (3): 248-62, May-Jun.
- Hoffman, B. M., Zevon, M. A., D'Arrigo, M. C., & Cecchini, T. B. (2004). Screening for distress in cancer patients: The NCCN rapid-screening measure. *Psycho-Oncology, 13*(11), 792-799.
- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of personality and social psychology, 52*(5), 946.
- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1987). Personality, coping, and family resources in stress resistance: A longitudinal analysis. *Journal of personality and social psychology, 51*(2), 389.
- Holland J.C. (1989). Clinical course of cancer. In: Holland JC, Rowland JH, eds.: *Handbook of Psychooncology: Psychological Care of the Patient With Cancer*. New York, NY: Oxford University Press, pp 75-100.
- Holland J.C., Goen-Piels J. (2000). Principles of psycho-oncology. In: Holland JC, Frei E, eds.: *Cancer Medicine e.5. 5th ed*. Hamilton, Ontario: B.C. Decker Inc, pp 943-58.
- Holland, J.C. (2002). History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine, 64*, 206-21.
- Holland, J. C., & Bultz, B. D. (2007). The NCCN guideline for distress management: a case for making distress the sixth vital sign. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network, 5*(1), 3-7.
- Holland, J. C., Andersen, B., Breitbart, W. S., Compas, B., Dudley, M. M., Fleishman, S., ... & Zevon, M. A. (2010). Distress management. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network, 8*(4), 448-485.
- Holland, J, Watson, M., & Dunn, J. (2011). The IPOS New International Standard of Quality Cancer Care: integrating the psychosocial domain into routine care. *Psycho-Oncology, 20*(7), 677-680.
- Hoon, L. S., Chi Sally, C. W., & Hong-Gu, H. (2013). Effect of psychosocial interventions on outcomes of patients with colorectal cancer: A review of the literature. *European Journal of Oncology Nursing*.
- IARC WHO. Bosman, F. T., Carneiro, F., Hruban, R. H., & Theise, N. D. (2010). *Classification of tumours. IARC, Lyon, France*.
- Ibbotson T, Maguire P, Selby P, et al. (1994). Screening for anxiety and depression in cancer patients: the effects of disease and treatment. *Eur J Cancer 30A* (1): 37-40.

- Irala J, Martínez-González M. A., Seguí-Gómez M. (2008). *Epidemiología aplicada*. Barcelona: Ariel.
- Iraurgi I. (2009). Evaluación de resultados clínicos I.: Entre la significación estadística y la relevancia clínica. *NORTE de Salud Mental*, 33, 94-108. http://www.ome-aen.org/NORTE/33/NORTE_33_140_94-108.pdf
- Jacobsen P.B., Donovan K.A., Trask P.C., et al. (2005): Screening for psychologic distress in ambulatory cancer patients. *Cancer* 103 (7): 1494-502.
- Jacobsen P. B., Hann D. M. (1998). Cognitive-behavioral interventions. In: Holland JC, Breitbart W, Jacobsen PB, et al., eds.: *Psycho-oncology*. New York, NY: Oxford University Press, pp 717-29.
- Jacobsen P. B., Meade C. D., Stein K. D., et al. (2002): Efficacy and costs of two forms of stress management training for cancer patients undergoing chemotherapy. *J Clin Oncol*, 20 (12): 2851-62.
- Jacobsen, P. B., & Jim, H. S. (2008). Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: achievements and challenges. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 58(4), 214-230.
- Jacobsen, P. B., & Ransom, S. (2007). Implementation of NCCN distress management guidelines by member institutions. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 5(1), 99-103.
- Jacobson, K. C., Gardner, C. O., Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (2005). Personality and comorbidity of common psychiatric disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 186(3), 190-196.
- Jensen, A. B., Madsen, B., Andersen, P., & Rose, C. (1993). Information for cancer patients entering a clinical trial—an evaluation of an information strategy. *European Journal of Cancer*, 29(16), 2235-2238.
- Ji, L. J., Zhang, Z., Osborne, E., & Guan, Y. (2004). Optimism across cultures: In response to the severe acute respiratory syndrome outbreak. *Asian Journal of Social Psychology*, 7(1), 25-34.
- Kadan-Lottick N. S., Vanderwerker L.C., Block S.D., et al. (2005). Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer: a report from the coping with cancer study. *Cancer* 104 (12): 2872-81.
- Kahneman, D. (2010). Diener and Norbert Schwarz (eds)(1999). *Well-being: the foundations of hedonic psychology*.
- Kahneman, D., & Krueger, A. B. (2006). Developments in the measurement of subjective well-being. *The journal of economic perspectives*, 20(1), 3-24.
- Karnofsky, D., & Burchenal, J. (1949). In evaluation of chemotherapy agents. MacLeod CM.
- Kazdin A.E., Bass D. (1989). Power to detect differences between alternative treatments in comparative psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting*

- Keele, S. W. (1968). Movement control in skilled motor performance. *Psychological bulletin*, 70(6p1), 387.
- Kirsh K.L., McGrew J.H., Dugan M., et al. (2004). Difficulties in screening for adjustment disorder, Part I: Use of existing screening instruments in cancer patients undergoing bone marrow transplantation. *Palliat Support Care* 2 (1): 23-31.
- Kirsh K.L., Passik S., Holtsclaw E., et al. (2001). I get tired for no reason: a single item screening for cancer-related fatigue. *J Pain Symptom Manage* 22 (5): 931-7, 2001.
- Kissane D.W., Bloch S., et al. (2004). Diagnostic efficiency of the Hospital Anxiety and Depression Scale in women with early stage breast cancer. *Aust N Z J Psychiatry*, 36 (2): 246-50.
- Kissane D.W., Love A., Hatton A., et al. (2004). Effect of cognitive-existential group therapy on survival in early-stage breast cancer. *J Clin Oncol* 22 (21): 4255-60.
- Kissane D. W. (2010). Survival following psychotherapy interventions. In: Holland J.C., Breitbart WS, Jacobsen PB, et al., eds.: *Psycho-oncology*. 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press, Inc., 2010, pp 479-82.
- Kissane, D. W., Grabsch, B., Clarke, D. M., Smith, G. C., Love, A. W., Bloch, S., ... & Li, Y. (2007). Supportive-expressive group therapy for women with metastatic breast cancer: survival and psychosocial outcome from a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 16(4), 277-286.
- Klausner, J. D., Levine, D. K., & Kent, C. K. (2004). Internet-based site-specific interventions for syphilis prevention among gay and bisexual men. *AIDS care*, 16(8), 964-970.
- Kornblith, A. B. (1998). Psychosocial adaptation of cancer survivors. In: Holland J.C., Breitbart W, Jacobsen PB, et al., eds., *Psycho-oncology*. New York, NY: Oxford University Press, 1998, pp 223-41.
- Kravitz, R. L., Tancredi, D. J., Grennan, T., Kalauokalani, D., Street Jr, R. L., Slee, C. K. & Franks, P. (2011). Cancer Health Empowerment for Living without Pain (Ca-HELP): effects of a tailored education and coaching intervention on pain and impairment. *Pain*, 152(7), 1572-1582.
- Lai, J. C., & Yue, X. (2000). Measuring optimism in Hong Kong and mainland Chinese with the revised Life Orientation Test. *Personality and Individual Differences*, 28(4), 781-796.
- Lampic, C., Wennberg, A., Schill, J. E., Brodin, O., Glimelius, B., & Sjöden, P. O. (1994). Anxiety and cancer-related worry of cancer patients at routine follow-up visits. *Acta Oncologica*, 33(2), 119-125.
- Larson, R., Jarrett, R., Hansen, D., Pearce, N., Sullivan, P., Walker, K., & Wood, D. (2004). Organized Youth Activities as Contexts for Positive Development.
- Layard, R. (2006). Health policy: The case for psychological treatment centres. *BMJ: British Medical Journal*, 332(7548), 1030.

- Lazarus R.S., Folkman S.: Stress, Appraisal, and Coping. New York, NY: Springer Publishing Co, 1984.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Fifty Years of the Research and Theory of RS Lazarus: An Analysis of Historical and Perennial Issues*, 366-388.
- Lebel, S., Rosberger, Z., Edgar, L., & Devins, G. M. (2008). Predicting stress-related problems in long-term breast cancer survivors. *Journal of psychosomatic research*, 65(6), 513-523.
- Lehman, D. R., Markus, H. R., & Kitayama, S. (1999). Is there a universal need for positive self-regard?. *Psychological review*, 106(4), 766.
- Leung, K. F. (2002). A Systemic model for Health-Related Quality of Life. Newsletter for ISOQOL Members. Vol. 7, 3: 2-3.
- Lévesque, M., Savard, J., Simard, S., Gauthier, J. G., & Ivers, H. (2004). Efficacy of cognitive therapy for depression among women with metastatic cancer: a single-case experimental study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 35(4), 287-305.
- Lieberman, M. A., & Goldstein, B. A. (2006). Not all negative emotions are equal: The role of emotional expression in online support groups for women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15(2), 160-168.
- Lostaunau Calero, A. V (2014). Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cáncer de mama. Tesis Doctoral PUCP. Peru.
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success?. *Psychological bulletin*, 131(6), 803.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9(2), 111.
- Lyubomirsky, S., Tkach, C., & DiMatteo, M. R. (2006). What are the differences between happiness and self-esteem. *Social Indicators Research*, 78(3), 363-404.
- Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of clinical psychology*, 65(5), 467-487.
- Lyubomirsky, S., Dickerhoof, R., Boehm, J. K., & Sheldon, K. M. (2011). Becoming happier takes both a will and a proper way: an experimental longitudinal intervention to boost well-being. *Emotion*, 11(2), 391.
- Llull, D.M. (2003) Psicoterapia grupal en pacientes con cáncer. Revista Argentina de Clínica Psicológica, Vol. XII, N3, p. 207-215.
- Llull, D.M. (2008) Calidad de vida en pacientes neoplásicos. Tesis Doctoral. UNSL

- Macbeth, G., Razumiejczyk, E., & Ledesma, R. D. (2011). Cliff's Delta Calculator: A non-parametric effect size program for two groups of observations. *Universitas Psychologica*, 10(2), 545-555.
- McGregor A.B., Antoni H.M., Boyers A., Alferi M.S., Bloomberg S.C. (2004) Cognitive-behavioral stress management increases benefit finding and immune function among women with early-stage breast cancer. *J Psychosom Res* 56:1-8.
- Maguire P., Faulkner A., Regnard C.: Managing the anxious patient with advancing disease--a flow diagram. *Palliat Med* 7 (3): 239-44, 1993.
- Manne, S. L., Winkel, G., Rubin, S., Edelson, M., Rosenblum, N., Bergman, C. & Rocereto, T. (2008). Mediators of a coping and communication-enhancing intervention and a supportive counseling intervention among women diagnosed with gynecological cancers. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(6), 1034.
- Mandela, N. (1995). Long walk to freedom. London. *Abacus*, 609.
- Marujo, H. Á., & Neto, L. M. (2010). Psicologia Comunitária Positiva: Um exemplo de integração paradigmática com populações de pobreza. *Análise Psicológica*, 28(3), 517-525.
- Marujo, H. Á., Neto, L. M., & de Fátima Perloiro, M. (2003). *Pedagogía del optimismo: Guía para lograr ambientes positivos y estimulantes*. Narcea Ediciones.
- Marujo, H. Á., Neto, L. M., Caetano, A., & Rivero, C. (2007). Revolução positiva: Psicologia positiva e práticas apreciativas em contextos organizacionais. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 13(1), 115-136.
- Massie M. J., Holland J.C. (1989). Overview of normal reactions and prevalence of psychiatric disorders. In: Holland JC, Rowland JH, eds.: *Handbook of Psychooncology: Psychological Care of the Patient With Cancer*. New York, NY: Oxford University Press, 1989, pp 273-82.
- Matsushita, T., Matsushima, E., & Maruyama, M. (2005). Anxiety and depression of patients with digestive cancer. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 59(5), 576-583.
- Meseguer, C. (2003). *El adulto con cáncer*. En M. Die Trill
- Meyer T.J., Mark M.M. (1995). Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychol* 14 (2): 101-8.
- Meyer, T. J., & Mark, M. M. (1995). Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychology*, 14(2), 101.
- Miller, J. J., Frost, M. H., Rummans, T. A., Huschka, M., Atherton, P., Brown, P. & Clark, M. M. (2007). Role of a medical social worker in improving quality of life for patients with advanced cancer with a structured multidisciplinary intervention. *Journal of Psychosocial oncology*, 25(4), 105-119.

- Mitchell A. J. (2007). Pooled results from 38 analyses of the accuracy of distress thermometer and other ultra-short methods of detecting cancer-related mood disorders. *J Clin Oncol* 25 (29): 4670-81.
- Mitchell, R. K., Busenitz, L. W., Bird, B., Marie Gaglio, C., McMullen, J. S., Morse, E. A., & Smith, J. B. (2007). The central question in entrepreneurial cognition research 2007. *Entrepreneurship Theory and Practice*, 31(1), 1-27.
- Moorey, S., & Greer, S. (1989). *Psychological therapy for patients with cancer: a new approach*. American Psychiatric Publishing, Inc..
- Moorey S., Greer S., Bliss J., et al. (1998). A comparison of adjuvant psychological therapy and supportive counselling in patients with cancer. *Psychooncology* 7 (3): 218-28, May-Jun.
- Moorey, S., Greer, S., & Greer, S. (2002). *Cognitive behaviour therapy for people with cancer* (pp. 3-24). Oxford: Oxford University Press.
- Morris, R. D., Audet, A. M., Angelillo, I. F., Chalmers, T. C., & Mosteller, F. (1992). Chlorination, chlorination by-products, and cancer: a meta-analysis. *American journal of public health*, 82(7), 955-963.
- Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1984). The crisis of physical illness. In *Coping with physical illness* (pp. 3-25). Springer US.
- Muñoz Llarena, A., Carrera Revilla, S., Gil-Negrete Laborda, A., Pac Ferrer, J., Barceló Galíndez, R., & López Vivanco, G. (2007). Factores pronósticos en metástasis pulmonares resecables de carcinoma colorrectal. *Archivos de Bronconeumología*, 43(6), 309-316.
- National Cancer Institute. NCCN. (2012). *Adaptación normal, alteración psicosocial y trastornos de adaptación*. Boletín: Recuperado de <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-acion/HealthProfessional/page2>
- National Comprehensive Cancer Network, NCCN (2010). Practice guidelines for the management of psychosocial distress. National Comprehensive Cancer Network. *Oncology (Huntingt)* 13 (5A): 113-47.
- Nelson, D. V., Friedman, L. C., Baer, P. E., Lane, M., & Smith, F. E. (1989). Attitudes to cancer: Psychometric properties of fighting spirit and denial. *Journal of behavioral medicine*, 12(4), 341-355.
- Neto, L. M., & Marujo, H. Á. (2007). Propostas estratégicas da Psicologia Positiva para a prevenção e regulação do stress. *Análise Psicológica*, 25(4), 585-593.
- Newell S. A., Sanson-Fisher R. W., Savolainen N. J.: Systematic review of psychological therapies for cancer patients: overview and recommendations for future research. *J Natl Cancer Inst* 94 (8): 558-84, 2002.
- Nicholas D. R., Veach T. A. (2000). The psychosocial assessment of the adult cancer patient. *Prof Psychol* 31 (2): 206-15.

- Nordin, K., & Glimelius, B. (1998). Reactions to gastrointestinal cancer—variation in mental adjustment and emotional well-being over time in patients with different prognoses. *Psycho-Oncology*, 7(5), 413-423.
- Osborn R. L., Demoncada A. C., Feuerstein M. (2006). Intervenciones psicosociales para la depresión, ansiedad y calidad de vida de los sobrevivientes de cáncer: meta-análisis. *International Journal of Psychiatry en Medicine*, 36 (1) :13-34.
- Otero, J. M., Luengo, A., & Romero, E. G. JA y Castro, C. (1998). *Psicología de personalidad. Manual de prácticas*.
- Owen, J. E., Klapow, J. C., Hicken, B., & Tucker, D. C. (2001). Psychosocial interventions for cancer: review and analysis using a three-tiered outcomes model. *Psycho-Oncology*, 10(3), 218-230.
- Owen, J. E., Klapow, J. C., Roth, D. L., & Tucker, D. C. (2004). Use of the internet for information and support: disclosure among persons with breast and prostate cancer. *Journal of behavioral medicine*, 27(5), 491-505.
- Pålsson, M. B. E., Hallberg, I. R., Norberg, A., & Isovaara, S. (1994). Systematic clinical supervision and its effects for nurses handling demanding care situations; Interviews with Swedish district nurses and hospital nurses in cancer care. *Cancer Nursing*, 17(5), 385-394.
- Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 1(2), 115.
- Park, C., Cohen, L. y Murch, R. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*, 64, 71–105
- Park, N. y Petersen, C. (2007). Methodological issues in positive psychology and assessment of character strengths. En A.D. Ong y M.H. M. van Dulmen (Eds). *Oxford Handbook of Methods in Positive Psychology* (292-305). Oxford University Press.
- Parker, P. A., Baile, W. F., Moor, C. D., & Cohen, L. (2003). Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-Oncology*, 12(2), 183-193.
- Parle, M., Gallagher, J., Gray, C., Akers, G., & Liebert, B. (2001). From evidence to practice: Factors affecting the specialist breast nurse's detection of psychological morbidity in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 10(6), 503-510.
- Pallarés, C., Alonso, C., Blasco, T., & López, J. J. L. (2000). The role of anxiety and adaptation to illness in the intensity of postchemotherapy nausea in cancer patients. *The Spanish journal of psychology*, 3, 47.
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of health and social behavior*, 2-21.
- Pérez Fernández, M. (2006). Los programas de prevención secundaria del cáncer de mama mediante mamografía: el punto de vista del médico general. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 32(1), 31-35.

- Peterson, C., & Seligman, M. E. (2003). Character strengths before and after September 11. *Psychological Science*, 14(4), 381-384.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Oxford University Press.
- Peterson, C., Park, N., & Seligman, M. E. (2006). Greater strengths of character and recovery from illness. *The Journal of Positive Psychology*, 1(1), 17-26.
- Peterson, C., Ruch, W., Beermann, U., Park, N., & Seligman, M. E. (2007). Strengths of character, orientations to happiness, and life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 2(3), 149-156.
- Pinquart M, Fröhlich C, Silbereisen RK (2007). Optimism, pessimism, and change of psychological well-being in cancer patients. *Psychol Health Med* 12 (4): 421-32.
- Pinquart, M., & Duberstein, P. R. (2010). Depression and cancer mortality: a meta-analysis. *Psychological medicine*, 40(11), 1797.
- Pinquart, M., Duberstein, P. R., & Lyness, J. M. (2007). Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults: a meta-analysis. *Aging & mental health*, 11(6), 645-657.
- Pinto, B. M., Frierson, G. M., Rabin, C., Trunzo, J. J., & Marcus, B. H. (2005). Home-based physical activity intervention for breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 23(15), 3577-3587.
- Pitceathly, C., Maguire, P., Fletcher, I., Parle, M., Tomenson, B., & Creed, F. (2009). Can a brief psychological intervention prevent anxiety or depressive disorders in cancer patients? A randomised controlled trial. *Annals of oncology*, 20(5), 928-934.
- Polinsky, A. (1999). Combichem and chemoinformatics. *Current opinion in drug discovery & development*, 2(3), 197-203.
- Powell, C. B., Kneier, A., Chen, L. M., Rubin, M., Kronewetter, C., & Levine, E. (2008). A randomized study of the effectiveness of a brief psychosocial intervention for women attending a gynecologic cancer clinic. *Gynecologic oncology*, 111(1), 137-143.
- Puerta, J. M., Corrales, M. E., Atuesta, L., & Sekkel, J. (2011). *Approach Paper: Evaluation of Regional Programs at the IDB Title: Parámetros para la Evaluación de Programas Regionales del BID* (No. 76638). Inter-American Development Bank.
- Raingruber, B. (2011). The effectiveness of psychosocial interventions with cancer patients: an integrative review of the literature (2006–2011). *ISRN nursing*, 2011.
- Rasmussen H. N., Scheier M.F., & Greenhouse J.B., (2009). Optimism and physical health: A meta-analytic review. *Ann Behav Med*. 2009; 37(3): 239–256
- Razavi D., Stiefel F. (1994). Common psychiatric disorders in cancer patients. I. Adjustment disorders and depressive disorders. *Support Care Cancer* 2 (4): 223-32.

- Rehse, B., & 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.
- Remmer, J., Rosberger, Z., & Rapkin, B. (2003). Evaluating a volunteer cancer support service. *Journal of psychosocial oncology*, 21(1), 53-72.
- Remor, E., Amorós, M., & Carrobes, J. A. (2006). El optimismo y la experiencia de ira en relación con el malestar físico.
- Remor, E., Amorós Gómez, M., & Carrobes, J. A. (2010). Eficacia de un programa manualizado de intervención en grupo para la potenciación de las fortalezas y recursos psicológicos. *anales de psicología*, 26(1), 49-57.
- Rodríguez Fernández, M. I. (2013). Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida un estudio empírico y clínico. Tesis Doctoral Universidad Autónoma Madrid.
- Rodríguez, B., Bayón, C., Orgaz, P., Torres, G., Mora, F., & Castelo, B. (2008). Adaptación individual y depresión en una muestra de pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 4(1), 7-19.
- Rodríguez, E., & Font, A. (2004). Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: variaciones en la calidad de vida. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 1(1), 67-86.
- Romero, R., Ibáñez, E., & Monsalve, V. (2000). La terapia psicológica adyuvante en enfermas con cáncer de mama: Un estudio preliminar. *Gil F. Manual de psico-oncología. Madrid: Nova Sidonia Oncología*, 115-118.
- Ryff, C.D., & Singer, B.H. (2008). Diverse pathways to positive and negative affect in adulthood and later life: An integrative approach using recursive partitioning. *Developmental Psychology*, 44, 330-343.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13-39.
- Salako, S. E. (2006). The declaration of Helsinki 2000: ethical principles and the dignity of difference. *Medicine and law*, 25(2), 341-354.
- Samarel, N., Tulman, L., & Fawcett, J. (2002). Effects of two types of social support and education on adaptation to early-stage breast cancer. *Research in nursing & health*, 25(6), 459-470.
- Sánchez, L. P., Hernández, J. L. Q., & Villavicencio, M. R. (2011). Aspectos evaluados en el sistema de información del REGISTRO NACIONAL DE CÁNCER. *Medicentro Electrónica*, 15(4), 347-350.
- Sánchez, M. J., Payer, T., De Angelis, R., Larrañaga, N., Capocaccia, R. y Martínez, C. (2010). Cancer incidence and mortality in Spain: estimates and projections for the period 1981-2012. *Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO*, 21, 30-36.
- Sanz, C. A., Pallarés, C., Blasco, T. B., & López, J. J. L. (2000). The role of anxiety and adaptation to illness in the intensity of postchemotherapy nausea in cancer patients. *Spanish journal of psychology*, 3(1), 47-52.

- Sapir, R., Catania, R., Kaufman, B., Isacson, R., Segal, A., Wein, S., y Cherny, NI (2000). Expectations of cancer patients and communication with oncologists and oncology nurses: The experience of a comprehensive cancer center and hospice service in Cancer Palliative Care, 8 (6), 458-463
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health psychology*, 4(3), 219.
- Scheier, M. F., Helgeson, V. S., Schulz, R., Colvin, S., Berga, S., Bridges, M. W., ... & Pappert, W. S. (2005). Interventions to enhance physical and psychological functioning among younger women who are ending nonhormonal adjuvant treatment for early-stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23(19), 4298-4311.
- Scheier, M. F., Helgeson, V. S., Schulz, R., Colvin, S., Berga, S. L., Knapp, J., & Gerszten, K. (2007). Moderators of interventions designed to enhance physical and psychological functioning among younger women with early-stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 25(36), 5710-5714.
- Schnoll, R. A., Knowles, J. C., & Harlow, L. (2002). Correlates of adjustment among cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20(1), 37-59.
- Schnoll, R. A., Mackinnon, J. R., Stolbach, L., & Lorman, C. (1995). The relationship between emotional adjustment and two factor structures of the Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale. *Psycho-Oncology*, 4(4), 265-272.
- Schroevers, M. J., Kraaij, V., & Garnefski, N. (2011). Cancer patients' experience of positive and negative changes due to the illness: relationships with psychological well-being, coping, and goal reengagement. *Psycho-Oncology*, 20(2), 165-172.
- Schulz K. F., Altman D. G., Moher D. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. *Annals of Internal Medicine*. 2010; 152(11):726–732.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 09-21.
- Seligman, M. E. (1995). The effectiveness of psychotherapy: the Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50(12), 965.
- Seligman, M. E. (2005). *La auténtica felicidad*. Lugar: Ediciones B.
- Seligman, M. E., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *American psychologist*, 60(5), 410.
- Seligman, M. E. (2011). *Learned optimism: How to change your mind and your life*. Random House Digital, Inc..

- Seligman, M. E., Kahana, M. J., & DeRubeis, R. J. What are Positive Interventions and How Effective Are They? A Conceptual Discussion of the "Positive" and a Meta-Analysis of the Effectiveness of Positive Interventions Stephen M. Schueller Major Area Qualifying Exam Paper.
- Sellick, S. M., & Crooks, D. L. (1999). Depression and cancer: an appraisal of the literature for prevalence, detection, and practice guideline development for psychological interventions. *Psycho-Oncology*, 8(4), 315-333.
- Sheard T., Maguire P. (1999). The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. *Br J Cancer* 80 (11): 1770-80.
- Sheldon, K. M., Kasser, T., Smith, K., & Share, T. (2002). Personal goals and psychological growth: Testing an intervention to enhance goal attainment and personality integration. *Journal of Personality*, 70(1), 5-31.
- Sheldon, K. M., & Lyubomirsky, S. (2006). How to increase and sustain positive emotion: The effects of expressing gratitude and visualizing best possible selves. *The Journal of Positive Psychology*, 1(2), 73-8
- Sherman, M. E., Shieh-Ngai, J., Kurman, R. J., & Hiatt, R. A. (1999). Identifying women with cervical neoplasia. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 281(17), 1605-1610.
- Shakespeare, W., & de Velasco, M. (1872). *El mercader de Venecia* (Vol. 2). M. Miniesa.
- Siegel, R., Naishadham, D., & Jemal, A. (2012). Cancer statistics, 2012. *CA: a cancer journal for clinicians*, 62(1), 10-29.
- Siegel, R., Naishadham, D., & Jemal, A. (2012). Cancer statistics, 2012. *CA: a cancer journal for clinicians*, 62(1), 10-29.
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of clinical psychology*, 65(5), 467-487.
- Sirgo, A., Gil, F., & Pérez-Manga, G. (2000). Intervención cognitivo-conductual en el tratamiento de las náuseas y vómitos asociados a la quimioterapia en pacientes con cáncer de mama. *Revista electrónica de Psicología*, 3(3).
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American psychologist*, 32(9), 752.
- Smith M. Y. , Redd W. H., Peyser C., et al.: Post-traumatic stress disorder in cancer: a review. *Psychooncology* 8 (6): 521-37, 1999 Nov-Dec.
- Snyder, C. R. (1989). Reality negotiation: From excuses to hope and beyond. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8(2), 130-157.
- Snyder, C. R., Rand, K. L., & Sigmon, D. R. (2002). Hope theory. *Handbook of positive psychology*, 257-276.

- So, W. K., Marsh, G., Ling, W. M., Leung, F. Y., Lo, J. C., Yeung, M., & Li, G. K. (2010). Anxiety, depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(1), 17-22.
- Solà, I., & Subirana, M. (2006). Efecto de las intervenciones no invasivas en el bienestar y la calidad de vida de los pacientes con cáncer de pulmón: resultados de una revisión sistemática. *Psicooncología*, 3(2), 423-430.
- Spencer S. M. , Carver C. S. , Price A. A. (1998). Psychological and social factors in adaptation. In: Holland J. C., Breitbart W., Jacobsen P. B., et al., eds.: *Psycho-oncology*. New York, NY: Oxford University Press, pp 211-22.
- Spencer, S. M., Lehman, J. M., Wynings, C., Arena, P., Carver, C. S., Antoni, M. H., ... & Love, N. (1999). Concerns about breast cancer and relations to psychosocial well-being in a multiethnic sample of early-stage patients. *Health Psychology*, 18(2), 159.
- Spiegel D. , Bloom JR, Kraemer HC, .: Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 2 (8668): 888-91, 1989.
- Spiegel, D., Sands, S., & Koopman, C. (1994). Pain and depression in patients with cancer. *Cancer*, 74(9), 2570-2578.
- Spiegel, D., & Giese-Davis, J. (2003). Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biological psychiatry*, 54(3), 269-282.
- Spiegel, D., Butler, L. D., Giese-Davis, J., Koopman, C., Miller, E., DiMiceli, S., & Kraemer, H. C. (2007). Effects of supportive-expressive group therapy on survival of patients with metastatic breast cancer. *Cancer*, 110(5), 1130-1138.
- Szalai, A. (1980). The meaning of comparative research on the quality of life. En: A. Szalai & Andrews (Eds). *The quality of life*. London:Sage. 91-94.
- Tartaro, J., Luecken, L. J., & Gunn, H. E. (2005). Exploring heart and soul: effects of religiosity/spirituality and gender on blood pressure and cortisol stress responses. *Journal of Health Psychology*, 10(6), 753-766.
- Taylor, D. O., Edwards, L. B., Mohacsi, P. J., Boucek, M. M., Trulock, E. P., Keck, B. M., & Hertz, M. I. (2003). The registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: twentieth official adult heart transplant report—2003. *The Journal of heart and lung transplantation*, 22(6), 616-624.
- Taylor, K. L., Lamdan, R. M., Siegel, J. E., Shelby, R., Moran-Klimi, K., & Hrywna, M. (2003). Psychological adjustment among African American breast cancer patients: one-year follow-up results of a randomized psychoeducational group intervention. *Health psychology*, 22(3), 316.
- Taylor, S. E., Sherman, D. K., Kim, H. S., Jarcho, J., Takagi, K., & Dunagan, M. S. (2004). Culture and social support: who seeks it and why?. *Journal of personality and social psychology*, 87(3), 354.

- Törestad, B., Magnusson, D., & Oláh, A. (1990). Coping, control, and experience of anxiety: An interactional perspective. *Anxiety Research*, 3(1), 1-16.
- Torres, G. H., Sánchez, A., & Valverde, C. V. (2008). Intervenciones psicológicas para la promoción del bienestar. In *Psicología positiva aplicada*(pp. 41-74). Desclée de Brouwer.
- Trask, P. C., Rabin, C., Rogers, M. L., Whiteley, J., Nash, J., Frierson, G., & Pinto, B. (2005). Cancer screening practices among cancer survivors. *American journal of preventive medicine*, 28(4), 351-356.
- Trigoso Obando, V. M. (2011). Propiedades psicométricas de la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) en una muestra de pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).
- Trigoso Obando, V. M. (2012). Ajuste mental al cáncer y bienestar psicológico en pacientes oncológicos adultos.
- Turner, J., Zapart, S., Pedersen, K., Rankin, N., Luxford, K., & Fletcher, J. (2005). Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer. *Psycho-Oncology*, 14(3), 159-173.
- Turner, J., Kelly, B., Clarke, D., Yates, P., Aranda, S., Jolley, D., Chambers, S., et al. (2011). A randomised trial of a psychosocial intervention for cancer patients integrated into routine care: the PROMPT study (promoting optimal outcomes in mood through tailored psychosocial therapies). *BMC Cancer*, 11, 48.
- Tyczynski J. E. , Démaret E. , Parkin D. M. (2003). Standards and Guidelines for Cancer Registration in Europe. IARC Technical Publication No. 40. Lyon.
- Tyczynski, J. E., Bray, F., & Maxwell Parkin, D. (2003). Lung cancer in Europe in 2000: epidemiology, prevention, and early detection. *The lancet oncology*, 4(1), 45-55.
- Vázquez, C. (2006). La psicología positiva en perspectiva. *Papeles del psicólogo*, 27(1), 1-2.
- Vázquez, C., Hervás, G., & Ho, S. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones. *Psicología conductual*, 14(3), 401-432.
- Vázquez, C. y Castilla C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología*, 4, 385-404.
- Vázquez, C., & Hervas, G. Sánchez.(2008). Intervenciones psicológicas para la promoción del bienestar. *Intervenciones basadas en psicología positiva*. Bilbao: Desclée de Bower.
- Vázquez, C., & Hervás, G. (2008). Psicología positiva aplicada. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J., & Gómez, D. (2009). Psychological well-being and health: Contributions of positive psychology. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, 5, 15-27.

- Vazquez, C. V., Torres, G. H., Rahona, J. J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de psicología clínica y de la salud. Annuary of Clinical and Health Psychology*, (5), 15-28.
- Vázquez Valverde, C., & Hervás Torres, G. (2009). *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una psicología positiva*.
- Veenhoven, R. (1996). Developments in satisfaction-research. *Social Indicators Research*, 37(1), 1-46.
- Vera-Villarroel, P., & Mustaca, A. (2006). Investigaciones en psicología clínica basadas en la evidencia en Chile y Argentina. *Revista latinoamericana de psicología*, 38(3), 551-565.
- Vidal y Benito, M. D. C. V. (2008). *Psiquiatría y Psicología del paciente con cáncer*. Editorial Polemos.
- Vindel, A. C. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 2(1), 71-80.
- Visser M. R., van Lanschot J. J., van der Velden J. , et al.: Quality of life in newly diagnosed cancer patients waiting for surgery is seriously impaired. *J Surg Oncol* 93 (7): 571-7, 2006.
- Visser, M. E. (2008). Keeping up with a warming world; assessing the rate of adaptation to climate change. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*, 275(1635), 649-659.
- Wade, N. G. & Worthington, E. L. (2005). En search of common score: A content analysis of interventions to promote forgiveness. *Psychotherapy: Teory, Research, Practice, Training*, 42 (2), 160-177.
- Watkins, P. C., Woodward, K., Stone, T., & Kolts, R. L. (2003). Gratitude and happiness: Development of a measure of gratitude, and relationships with subjective well-being. *Social Behavior and Personality: an international journal*,31(5), 431-451.
- Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C., & Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychol Med*, 18(1), 203-209.
- Watson, D. (1988). Intraindividual and interindividual analyses of positive and negative affect: their relation to health complaints, perceived stress, and daily activities. *Journal of personality and social psychology*, 54(6), 1020.
- Watson, D., Clark, L. A., & Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of abnormal psychology*, 97(3), 346.
- Watson, M., Greer, S., Rowden, L., Gorman, C., Robertson, B., Bliss, J. M., & Tunmore, R. (1991). Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological medicine*, 21(1), 51-57.

- Watson, M., Haviland, J. S., Greer, S., Davidson, J., & Bliss, J. M. (1999). Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *The Lancet*, 354(9187), 1331-1336.
- Watson, M., Davidson-Homewood, J., Haviland, J., & Bliss, J. (2003). Psychological coping and cancer: Study results should not have been dismissed. *BMJ: British Medical Journal*, 326(7389), 598.
- Watson, M., & Homewood, J. (2008). Mental Adjustment to Cancer Scale©: psychometric properties in a large cancer cohort. *Psycho-Oncology*, 17(11), 1146-1151.
- Watson, M., & Kissane, D. W. (Eds.). (2011). *Handbook of psychotherapy in cancer care*. John Wiley & Sons.
- Watson, M., Homewood, J., & Haviland, J. (2012). Coping response and survival in breast cancer patients: A new analysis. *Stress and Health*, 28(5), 376-380.
- Wedel, B. (2012). Anxiety and depression disorders in cancer patients: incidence, diagnosis and therapy. *Memo-Magazine of European Medical Oncology*, 5(1), 52-54.
- Whitford, H. S., & Olver, I. N. (2012). The multidimensionality of spiritual wellbeing: peace, meaning, and faith and their association with quality of life and coping in oncology. *Psycho-Oncology*, 21(6), 602-610.
- Williams, S., & Dale, J. (2006). The effectiveness of treatment for depression/depressive symptoms in adults with cancer: a systematic review. *British Journal of Cancer*, 94(3), 372-390.
- Wilmoth, M. C., Tulman, L., Coleman, E. A., Stewart, C. B., & Samarel, N. (2006, January). Women's perceptions of the effectiveness of telephone support and education on their adjustment to breast cancer. In *Oncology nursing forum*(Vol. 33, No. 1, pp. 138-144). Oncology Nursing Society.
- Wise M. , Han J. Y., Shaw B., et al. (2008): Effects of using online narrative and didactic information on healthcare participation for breast cancer patients. *Patient Educ Couns* 70 (3): 348-56.
- Wood, M. J., Molassiotis, A., & Payne, S. (2011). What research evidence is there for the use of art therapy in the management of symptoms in adults with cancer? A systematic review. *Psycho-Oncology*, 20(2), 135-145.
- Wright, T. C., Cox, J. T., Massad, L. S., Carlson, J., Twigg, L. B., & Wilkinson, E. J. (2003). 2001 consensus guidelines for the management of women with cervical intraepithelial neoplasia. *Journal of lower genital tract disease*, 7(3), 154-167.
- Wu, J. C. (1963). La sabiduría de Chuang Tzu. *Internacional Philosophical Quarterly* , 3 (1), 5-36.
- Yelamos Agua, C. Intervención Psicoeducativa en pacintes con cáncer. En Piramide (ed.), *Manual de Psicooncología* (pp. 79-99). Madrid.

- Zabalegui Yarnoz, A., Sánchez Quinto, S., David Sánchez Castillo, P., & Juando Prats, C. (2005). Grupos de apoyo al paciente oncológico: revisión sistemática. *Enfermería clínica*, 15(1), 17-24.
- Zabora J. R. , Smith-Wilson R., Fetting J.H., et al. (1990). An efficient method for psychosocial screening of cancer patients. *Psychosomatics*, 31 (2): 192-6, Spring.
- Zabora J. R.: Screening procedures for psychosocial distress (1998). In: Holland J. C., Breitbart W., Jacobsen P.B., et al., eds.: *Psycho-oncology*. New York, NY: Oxford University Press, pp 653-61.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-3
- The Effectiveness of Psychosocial Interventions with Cancer Patients: An Integrative Review of the Literature (2006–2011).

ANEXOS

ANEXO 1 INSTRUMENTOS

ESCALA HAD

	A	1. Me siento tenso/a , nervioso/a:
	3	Casi todo el día.
	2	Gran parte del día.
	1	De vez en cuando.
	0	Nunca.
D		2. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre:
0		Ciertamente igual que antes.
1		No tanto como antes.
2		Solamente un poco.
3		Ya no disfruto nada.
	A	3. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:
	3	Si y muy intenso.
	2	Si, pero no muy intenso.
	1	Si, pero no me preocupa.
	0	No siento nada de eso.
D		4. Soy capaz de reirme y ver el lado gracioso de las cosas:
0		Igual que siempre.
1		Actualmente, algo menos.
2		Actualmente, mucho menos.
3		Actualmente, en absoluto.
	A	5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:
	3	Casi todo el día.
	2	Gran parte del día.
	1	De vez en cuando.
	0	Nunca.
D		6. Me siento alegre:
3		Nunca.
2		Muy pocas veces.
1		En algunas ocasiones.
0		Gran parte del día.
	A	7. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajadamente:
	0	Siempre.
	1	A menudo.
	2	Raras veces.
	3	Nunca.
D		8. Me siento lento/a y torpe:
3		Gran parte del día.
2		A menudo.
1		A veces.
0		Nunca.
	A	9. Experimento una desagradable sensación de "hormigueo" o "nervios" en el estómago:
	0	Nunca.
	1	Sólo en algunas ocasiones.
	2	A menudo.
	3	Muy a menudo.
D		10. He perdido el interés por mi aspecto personal:
3		Completamente.
2		No me cuido como debiera hacerlo.
1		Es posible que no me cuido como debiera.
0		Me cuido como siempre lo he hecho.
	A	11. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:
	3	Realmente mucho.
	2	Bastante.
	1	No mucho.
	0	En absoluto.
D		12. Espero las cosas con ilusión:
0		Como siempre.
1		Algo menos que antes.
2		Mucho menos que antes.
3		En absoluto.
	A	13. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:
	3	Muy a menudo.
	2	Con cierta frecuencia.
	1	Raramente.
	0	Nunca.
D		14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:
0		A menudo.
1		Algunas veces.
2		Pocas veces.
3		Casi nunca.

ESCALA FACT-G

BIENESTAR FISICO	NADA	ALGO	MAS O MENOS	MUCHO	MUCHISIMO
Me falta energía					
Tengo náuseas					
Tengo dificultad para atender las necesidades de mi flia.					
Tengo dolor					
Me molestan los efectos secundarios del tratamiento					
Me siento enferma/o					
Necesito estar acostada/o					
BIENESTAR FAMILIAR SOCIAL					
Me siento cercana/o a mis amistades					
Recibo apoyo emocional de mi flia.					
Recibo apoyo de mis amistades					
Mi flia ha aceptado mi enfermedad					
Me siento satisfecha/o con la manera como mi flia habla de mi enfermedad					
Me siento cercana/o a mi pareja (o la persona que me da apoyo)					
BIENESTAR EMOCIONAL					
Me siento triste					
Estoy satisfecha/o con como estoy enfrentando mi enfermedad					
Estoy perdiendo las esperanzas					
Me siento nerviosa/o					
Me preocupa morir					
Me preocupa que mi enfermedad empeore					
BIENESTAR FUNCIONAL					
Puedo trabajar (incluya el trabajo en la casa)					
Me satisface mi trabajo					
Puedo disfrutar de la vida					
He aceptado mi enfermedad					
Duermo bien					
Disfruto de mis pasatiempos como siempre					
Estoy satisfecha/o con mi calidad de vida					

ESCALA MAC

		EN DESACUERDO		DE ACUERDO	
		SEGURO	CREO	CREO	SEGURO
1	He estado haciendo cosas que mejorarán mi salud.				
2	Creo que no puedo hacer nada para animarme.				
3	Mis problemas de salud me impiden hacer planes para el futuro.				
4	Creo que mi actitud positiva será beneficiosa para mi salud.				
5	No le doy vueltas a la cabeza sobre la enfermedad.				
6	Creo firmemente que mejoraré.				
7	Creo que nada de lo que yo pueda hacer mejorará las cosas.				
8	Dejo todo en manos de mis médicos.				
9	Siento que en la vida no me queda nada de esperanza.				
10	He estado haciendo cosas que creo que mejorarán mi salud (por ej. Hacer ejercicio físico).				
11	Desde que conozco mi diagnóstico valoro mucho más la vida y trato de sacar mayor partido de ella.				
12	Será lo que Dios quiera.				
13	Tengo planes para el futuro (vacaciones, en casa, en mi trabajo).				
14	Me preocupa que vuelva la enfermedad o que empeore la que tengo.				
15	He tenido una buena vida, lo que me queda es un suplemento.				
16	Pienso que mi estado mental puede jugar un papel importante en mi salud.				
17	No hay nada que yo pueda hacer para ayudarme.				
18	Intento continuar con la misma vida que he llevado siempre.				
19	Me gustaría ponerme en contacto con personas que se encuentren en la misma situación que yo.				
20	Estoy decidida a ponerlo todo por detrás de mí misma.				
21	Me cuesta creer que esto me esté pasando a mí.				
22	Siento mucha ansiedad a causa de la enfermedad.				
23	No tengo muchas esperanzas sobre el futuro.				
24	De momento, procuro vivir día a día.				
25	Me siento como si me hubiera rendido.				
26	Trato de tomármelo con sentido del humor.				
27	Hay gente que se preocupa por mí más que yo.				
28	Pienso en otras personas que están peor que yo				
29	Intento conseguir toda la información que puedo sobre la enfermedad.				
30	Creo que no puedo controlar lo que sucede.				
31	Trato de tener una actitud muy positiva.				
32	Estoy tan ocupada que no tengo tiempo de pensar en mi enfermedad.				
33	Evito informarme más sobre la enfermedad.				
34	Veo a mi enfermedad como un desafío.				
35	Respecto a mi enfermedad, lo que tenga que ser será.				
36	Me siento completamente desorientada sobre lo que tengo que hacer.				
37	Estoy muy enojada por lo que me ha pasado.				
38	En realidad, yo no creo que tenga una enfermedad maligna.				
39	Tengo en cuenta los beneficios que me ha traído la enfermedad.				
40	Intento luchar contra la enfermedad.				

ESCALA LOT-R

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	No lo se	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. En tiempos difíciles, suelo esperar lo mejor.					
2. Si algo me puede salir mal me saldrá mal.					
3. Siempre veo el futuro con optimismo.					
4. Casi nunca espero que las cosas salgan como me gustaría.					
5. Pocas veces espero que me pase algo bueno.					
6. En general espero que me pasen más cosas buenas que malas.					

Planilla de Evaluación del Paciente	
Paciente:	
Fecha:	
Edad:	
Nivel Educativo:	
Estado Civil:	
Hijos:	
Trabaja actualmente:	
Nombre de la enfermedad:	
Fecha de diagnóstico:	
Tipo de tumor/ Localización:	
Esquema tratamiento:	

	Alto	Medio	Bajo
Estabilidad emocional			
Ansiedad			
Depresión			

	Espíritu de Lucha	Fatalismo	Negación
Estilo de afrontamiento			

	Bueno	Regular	Malo
Estado general del paciente			
Estado general subjetivo			
Apoyo social			
Recursos cognitivos			
Comprensión de información			
Recuperación de información			
Sentido de realidad			
Alexitimia (expresión de emociones)			

KPS Performance Status Karnofsky

%	Marcha	Actividad	Autocuidado	Ingesta	Nivel Cc
100	Completa	Normal con alguna evidencia de enfermedad	Completo	Normal	Normal
90	Completa	Normal con alguna evidencia de enfermedad	Completo	Normal	Normal
80	Completa	Normal con esfuerzo	Completo	Normal	Normal
70	Reducida	Incapaz de trabajar , hace actividades cotidianas	Completo	Normal a reducida	Normal
60	Reducida	Incapaz de realizar actividades cotidianas	Precisa asistencia ocasional	Normal a reducida	Normal
50	Parcialmente en cama	Enfermedad extensa	Precisa ayuda para la mayoría de las actividades	Normal a reducida	Normal o síndrome confusional
40	Mayor tiempo en cama	Enfermedad extensa	Precisa ayuda para la mayoría de las actividades	Normal a reducida	Normal, síndrome confusional, somnoliento
30	Mayor tiempo en cama	Enfermedad extensa	Totalmente dependiente	Reducida	Normal, síndrome confusional, somnoliento
20	Cama	Enfermedad extensa	Totalmente dependiente	Bebe sorbos	Normal, síndrome confusional, somnoliento
10	Cama	Enfermedad extensa	Totalmente dependiente	Bebe sorbos	Normal, síndrome confusional, somnoliento
0	Moribundo	Enfermedad extensa	Totalmente dependiente	Bebe sorbos	Coma

IK Índice de Dolor Escala verbal de Keele

0	Ningún Dolor
1	Dolor leve
2	Dolor Moderado
3	Dolor Severo
4	Dolor Insoportable

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA FAVORECER LA ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.

Responsables:

Lic. en Psicología Alicia Massone. amassone@mdp.edu.ar o al 155-186417.

Dr. en Psicología Darío LLull. dariollull@gmail.com o al 154-484973.

Para preguntas contactarse con los responsables de este estudio o dirigirse a la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, Funes 3250 3^{er} piso.

La meta de este estudio es implementar una intervención terapéutica para aumentar el bienestar de los pacientes oncológicos. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y los participantes no tendrán retribución económica de ningún tipo ni tendrán que pagar para participar. La información que se recoja como así también lo conversado durante estas sesiones será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de divulgación científica. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación, también puede retirarse de la actividad en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Recibí, leí y comprendí la información del proyecto de investigación sobre un **PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA FAVORECER LA ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD EN PACIENTES ONCOLÓGICOS**. Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la Lic. Alicia Massone y he sido informado/a de que la meta de este estudio es aplicar una intervención terapéutica a pacientes oncológicos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial, no será usada para ningún otro propósito fuera de los de divulgación científica y mi identidad nunca será revelada. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactarme con los responsables del estudio.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactarme con los responsables por los medios que constan en el encabezado de este documento.

Por lo tanto expreso mi consentimiento firmando este documento y reteniendo una copia del mismo.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del profesional

ANEXO 3

PROA

PRIMERA SESIÓN

Objetivos

Identificar las fortalezas. Estrategias: reconocer los aspectos personales más fortalecidos, valores vitales, virtudes personales e influencias positivas.

Vivir el presente. Estrategias: saborear las alegrías de la vida e identificar las experiencias positivas diarias.

Actividad intra-sesión: Ejercicio VIP Valores, Influencia y Proyectos (Marujo, Neto & Rivero, 2009).

Actividad Inter-sesión: Tres cosas Positivas (Seligman, Oteen, & Petersen, 2005).

Ejercicio VIP.

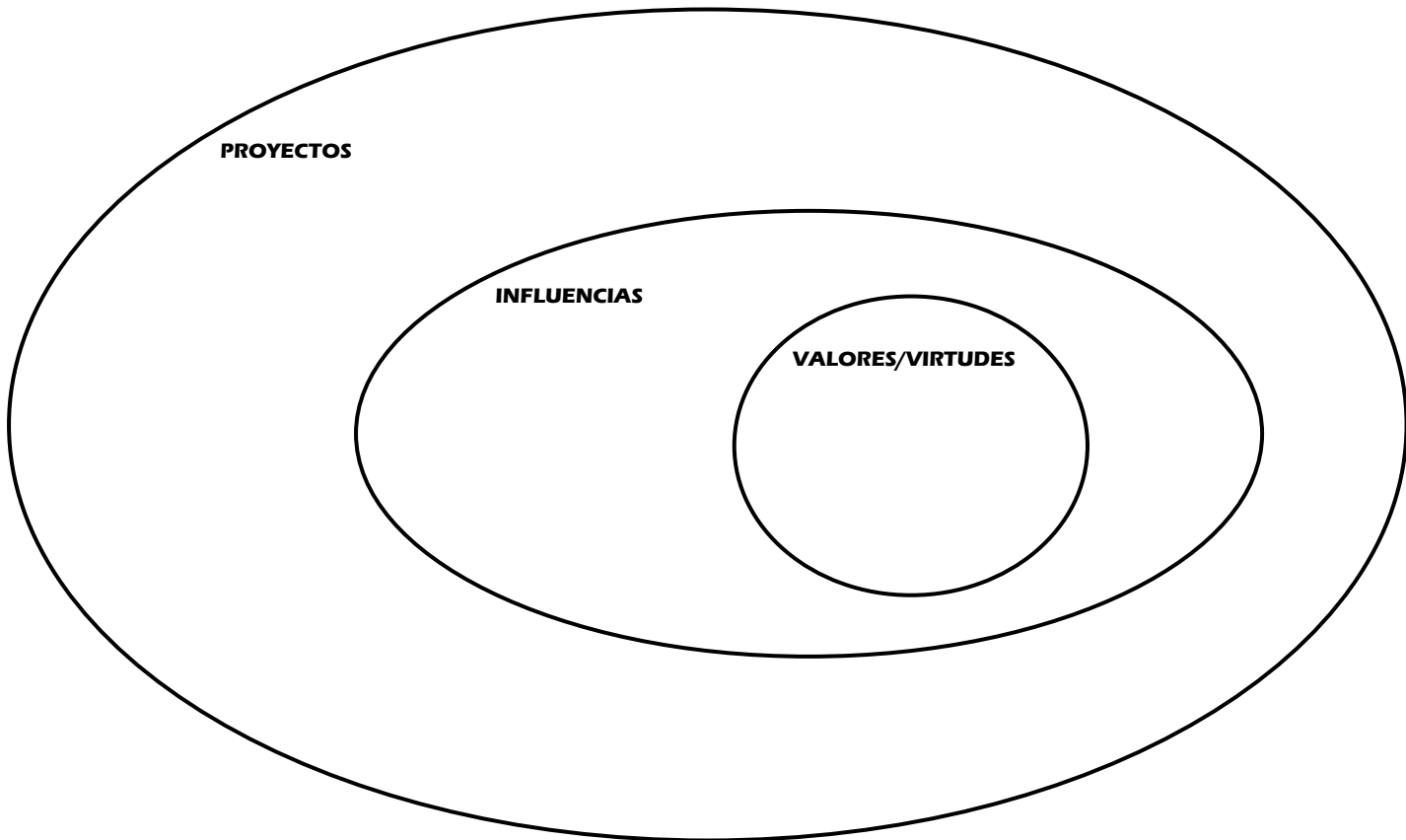
Es una actividad de auto-reflexión en la que cada integrante se presenta al grupo mostrando en un diagrama de tres círculos concéntricos lo que consideran más importante de:

- a. Valores vitales y virtudes personales,
- b. Influencias positivas, y
- c. Proyectos con los que sueña.

Para estimular una descripción positiva la coordinadora del grupo comienza haciendo el propio VIP a modo de ejemplo, se trabaja no sólo sobre la historia de cada participante sino sobre identificar lo que tienen de similar los participantes, esto permite la apertura, empatía e identificación entre los miembros del grupo.

Consigna: *Esta es una actividad de autorreflexión, sería interesante que dediques un breve tiempo a pensar en:- Tus valores y virtudes, es decir, lo mejor que tiene su persona o su forma de ser; - Las influencias positivas que recibiste a lo largo de su vida; - Proyectos con los que sueñas para el futuro. Luego de reflexionar sobre estas tres cuestiones, escribi cada uno de los valores personales en el círculo central, tus influencias positivas en el que sigue y en el círculo mayor tus proyectos futuros.*

PROTOCOLO
Ejercicio Valores, Influencia y Proyectos (VIP).



Ejercicio Tres cosas Positivas.

Consiste en registrar una vez al día durante una semana, tres cosas positivas que le sucedieron durante el día y sean dignas de agradecer y pensar en sus posibles causas. Se propone hacer que los participantes superen la inclinación natural a pensar en lo malo y negativo de la enfermedad, y ejercitar la habilidad de pensar en cosas agradables y positivas. El reconocimiento de cosas buenas, incluso en circunstancias vitales estresantes, modifica la visión de sus propias y vidas y estimula al cambio.

Consigna: *En la siguiente tabla tenes que escribir durante una semana, una vez al día y en el horario que desees, tres **cosas positivas** dignas de agradecer que te hayan sucedido en el día y las **causas** que crees que las produjeron. Por favor, no te saltees días y de ser posible hace la actividad siempre a la misma hora.*

Si necesitas más espacio puedes usar una hoja para cada día o para cada suceso, y luego escribir en el presente cuadro un breve resumen del suceso y sus causas. Por favor, no olvides entregar también las hojas adicionales.

PROTOCOLO
Ejercicio Tres cosas Positivas

SUCESOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
PRIMERO							
SEGUNDO							
TERCERO							

SEGUNDA SESIÓN

Objetivos

Cultivar el optimismo. Estrategia: reconocer los pensamientos negativos y auto-limitantes, identificar y experimentar puntos de vista alternativos para la misma situación o problema.

Manejar el estrés y las dificultades. Estrategias: encontrar sentido; ver el lado positivo; auto-cuestionar los propios pensamientos.

Actividad intra-sesión: Activistas de Esperanza y Desesperanza (Neto & Marujo, 2007).

Actividad entre-sesión: Diccionario Positivo (Marujo, Neto & Perloiro, 2003).

Ejercicio activista de Esperanza y Desesperanza.

El grupo selecciona un problema de los que se presentan en la lista, un miembro intervendrá intentando plantear aspectos positivos sobre la situación (Activista de Esperanza) y otro intervendrá para presentar lo que ve de desesperanzador sobre el problema (Activista de desesperanza).

Los roles son intercambiados durante la sesión y los debates reflejarán en qué grado los participantes se sienten cómodos con cada uno de los roles y porqué. Se trata de que tomen conciencia de cómo cada uno es capaz de tomar diferentes roles y perspectivas y que tan difícil les resulta a cada uno aceptar visiones diferentes de la misma situación.

Consigna: *Seleccionen y marquen con una X un problema de la lista que se describe a continuación. Seleccionen una persona que defenderá el problema como algo positivo y tolerable y seleccionen otro miembro que se ocupará de destacar sólo lo negativo y molesto del problema elegido. Comiencen el debate.*

PROTOCOLO
Ejercicio Activista de Esperanza y Desesperanza.

Seleccionen y marquen con una X un problema de la lista que se presenta a continuación.

Insomnio

Estrés

Divorcio

Duelo

Ira

Enfermedad

Ejercicio del Diccionario Positivo.

A partir del uso habitual de palabras negativas relacionadas con la enfermedad, se les pide que escriban el diccionario de la Lengua Positiva es decir, que asignen a cada palabra una definición afirmativa y positiva. Se avanza debatiendo sobre el poder del lenguaje y como cambiándolo podríamos pensar la realidad de maneras distintas.

Consigna: *A continuación por favor, escríbele a cada palabra de la lista una definición afirmativa y positiva.*

PROTOCOLO
Ejercicio del Diccionario Positivo

A continuación por favor, escríbele a cada palabra de la lista una definición afirmativa y positiva.

Enfermedad:

Dolor:

Angustia:

Quimioterapia:

Radioterapia:

TERCERA SESIÓN

Objetivo

Practicar la gratitud y el pensamiento positivo. Estrategias: expresar gratitud a personas significativas.

Actividad intra-sesión: Carta de Gratitud (Watkins, 2003).

Actividad entre-sesión: Visita de Gratitud (Watkins, 2003).

Ejercicio Carta de Gratitud.

Se trata de un ejercicio para inducir sensaciones de gratitud, a partir de una instrucción simple, los participantes deben cerrar los ojos y evocar la cara de alguna persona que esté viva y que le quisieran dar las gracias por algo que ella haya dicho o hecho para mejorar su vida. Alguien a quien nunca le han dado las gracias como quisieran.

Una vez que tienen elegida la persona se les pide que le escriban una carta de agradecimiento. Luego se comparte lo escrito con los miembros del grupo y se debate acerca de los aspectos que comparten y los que no.

Consigna: *Piensa en una persona querida y escribe una líneas sobre las cosas positivas que ella hizo por vos y que le quieres agradecer. La carta debe ser concreta y describir lo que hizo esa persona por vos.*

Ejercicio Visita de Gratitud.

Consiste en que el participante entregue personalmente la carta de gratitud al destinatario, con este ejercicio la persona tiene la oportunidad de experimentar el efecto de expresar gratitud y reforzar la relación con personas queridas.

Consigna: *Cuando tengas la carta de gratitud lista, contactate con el destinatario y sin darle demasiadas explicaciones entregasela, presta especial atención a tus propias reacciones y las de tu ser querido.*

CUARTA SESIÓN

Objetivo

Reafirmar las fortalezas e identificar las fortalezas del grupo. Estrategias: reconocer los aspectos personales y grupales más fortalecidos, valores vitales, virtudes personales e influencias positivas del grupo.

Actividad intra-sesión: El árbol de los Talentos (Park & Peterson, 2007).

Ejercicio El árbol de los Talentos.

Consiste en identificar las fortalezas de cada participante y del grupo y usarlas para aumentar el clima emocional del grupo a partir de las identificaciones. Para finalizar, todo el grupo dibuja en un papel un árbol en el cual el tronco representa las fortalezas más compartidas por los miembros del grupo y las ramas las fortalezas menos frecuentes.

Consigna: *Pensa y escribí cuáles son tus fortalezas es decir, tus rasgos o características más destacadas, aquellas por las que estás orgulloso/a. Cuando termines las comentarás al grupo.*