

Sobreviviendo a un cáncer: la efectividad de una psicoterapia positiva grupal para supervivientes de cáncer

Surviving Cancer: The effectiveness of group positive psychotherapy for cancer survivors

Carlos URRUTIA

Palabras clave: supervivientes de cáncer, psicoterapia positiva, crecimiento postraumático, estrés postraumático, afrontamiento, malestar emocional, two-way MANOVA

Keywords: cancer survivors; positive psychotherapy; post-traumatic growth; post-traumatic stress; emotional distress; coping strategies; Two-Way MANOVA

Resumen

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

Abstract

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

Datos del autor

Carlos URRUTIA

Instituto de Psicología Clínica / Facultad de Psicología / Universidad de la República
Magíster en Psicología Clínica (Udelar, Uruguay) - Licenciado en Psicología (Universidad Dr. José Matías Delgado, El Salvador)
Correo electrónico: c51urrutia@gmail.com - +34 663 476 461 – 08029

Este trabajo contó con la financiación de la Beca de Apoyo de Finalización de Maestría otorgada por la Comisión Académica de Posgrados (Udelar, Uruguay).

Introducción

La ciencia considera que el cáncer siempre ha afectado a los humanos, aunque durante siglos su impacto se vio ensombrecido por las muertes prematuras ocasionadas por enfermedades infecciosas. En el 2018, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó una tasa de mortalidad bruta de 9,5 millones de defunciones anuales por el cáncer, superadas únicamente por las defunciones anuales por enfermedades cardiovasculares (17,9 millones).

Los patrones y tendencias epidemiológicas en la incidencia y mortalidad varían notablemente entre países y tipos específicos de cáncer. Uruguay, considerado un país con Índice de Desarrollo Humano (IDH) muy alto desde 2014, se ubica en el plano regional como el país con más incidencia y mortalidad de cáncer. En 2018 se reportó una tasa estandarizada de incidencia de 263 personas afectadas por 100 000 habitantes y una tasa estandarizada de mortalidad de 131 defunciones por 100 000 habitantes (Global Cancer Observatory, 2021). Si bien la tasa estandarizada de incidencia se encuentra en el rango de países con muy alto IDH (más de 262 casos por 100 000 habitantes), la tasa de mortalidad de Uruguay es menos desfavorable comparada con dichos países (menos de 117 casos por cada 100 000 habitantes).

Pese a su elevada tasa de mortalidad, la tasa de supervivencia de cáncer está aumentando. De acuerdo con modelos de regresión de datos de mortalidad de cáncer en todos los sitios desde 1990 al 2018, se observan descensos sostenidos ligeramente inferiores al 1 % anual (0,7 % en hombres y 0,5 % en mujeres). El descenso acumulado de la mortalidad durante ese período está en el entorno del 18 % (Comisión Honoraria de la Lucha contra el Cáncer, 2020).

Factores psicosociales asociados a la supervivencia del cáncer

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

Por otro lado, también puede darse la sensación de pérdida de apoyo desde la familia, pareja y amigos (Stanton, 2006). Esto, junto con las secuelas del tratamiento

y la enfermedad, puede ocasionar malestar emocional y dificultades para retornar a las actividades cotidianas previas a la enfermedad (Jim et al., 2006; Sammarco y Konecny, 2008).

La presencia de miedos relacionados a una posible recaída puede generar sintomatología de estrés postraumático, que sitúan al paciente en un estado de expectativa ansiosa y de autoobservación corporal excesiva y ocasionalmente genera conductas y cogniciones hipocondríacas (Montel, 2010). Al miedo a recaer se suma la ansiedad que los controles médicos conllevan, así como noticias e informaciones relacionadas con la enfermedad, que pueden facilitar un incremento de la sintomatología del estrés postraumático y malestar psicológico.

Intervenciones psicosociales en la fase de supervivencia

La evidencia actual muestra resultados favorables de intervenciones psicosociales con relación a la mejoría del estado emocional, el control de síntomas, la rehabilitación funcional y la calidad de vida. Por ejemplo, un metaanálisis analizó 198 estudios (equivalentes a 22328 pacientes) sobre los efectos de las intervenciones psicosociales sobre el malestar emocional y la calidad de vida en pacientes con cáncer. Este ha corroborado los efectos positivos de las intervenciones, tanto en lo inmediato como a largo plazo, sobre la reducción del malestar emocional, la ansiedad, la depresión y en la mejora de la calidad de vida asociada con la salud (Faller et al., 2013).

Los antecedentes científicos en América Latina de los tipos de intervenciones psicosociales previamente mencionados son escasos. Quintero y Finck (2018), en una revisión sistemática en América Latina y España, encontraron 17 estudios realizados entre el 2006 y 2016, los cuales demostraron ser eficaces para disminuir el malestar emocional, sintomatología postraumática, calidad de vida y estrategias de afrontamiento. Nueve de estos estudios se realizaron en España, mientras que los ocho restantes son de Latinoamérica: tres en México, dos en Brasil y uno en Cuba, Venezuela y Chile.

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

Psicoterapia positiva para supervivientes de cáncer

La Psicoterapia positiva grupal para supervivientes de cáncer [PPC] (Ochoa et al., 2010) es una intervención psicosocial que tiene como objetivo principal facilitar el crecimiento postraumático para reducir el malestar emocional y la sintomatología de estrés postraumático, y facilitar estrategias de afrontamiento adaptativas. La

PPC se centra primordialmente en los recursos positivos del paciente, como son las emociones positivas, las fortalezas y los sentidos personales, dado que se asume que las personas tienen un deseo intrínseco de crecimiento personal, plenitud y felicidad, más que la simple búsqueda de evitar la miseria, la preocupación o la ansiedad.

Ochoa et al. (2017) han comprobado que la facilitación de CPT proporciona un marco psicoterapéutico importante cuando se busca la reducción de niveles elevados y sostenidos de malestar emocional y estrés postraumático después del tratamiento oncológico. En este marco, toman la valoración organísmica del crecimiento en la adversidad, de Joseph y Linley (2006). Estos autores explican cómo el malestar emocional, la sintomatología del estrés postraumático y el CPT pueden integrarse en un mismo marco de experiencia humana a través de la asimilación y la acomodación, los procesos de adaptación principales ante los eventos adversos.

La PPC sigue las recomendaciones generales de los principales manuales y textos sobre terapia grupal en cáncer (Ochoa et al., 2010). Los grupos terapéuticos pueden conformarse desde 6 hasta 12 integrantes y se desarrollan en 12 sesiones con una duración de 90 a 120 minutos cada una. Las 12 sesiones se dividen en cuatro módulos de cantidad variada de sesiones y con objetivos diferentes, que se adaptan y flexibilizan al ritmo del grupo (Ochoa et al., 2010; véase Figura 1). El objetivo general de los dos primeros módulos es favorecer los procesos de asimilación de la experiencia oncológica mediante elementos y técnicas que permitan una mayor regulación emocional. Los dos últimos módulos, más extensos, se focalizan en favorecer los procesos de acomodación y transformación personal de la experiencia con la enfermedad.

Objetivos

El objetivo general es explorar el nivel de efectividad de la psicoterapia positiva grupal para supervivientes de cáncer (PPC) en una muestra de participantes uruguayos. De forma más específica, se planteó evaluar la incidencia de la PPC respecto al crecimiento postraumático y al malestar emocional, en la sintomatología de estrés postraumático y en la adquisición y desarrollo de estrategias de afrontamiento adaptativas. Finalmente, conocer la sostenibilidad de los efectos de la PPC después de tres meses de su aplicación.

Materiales y métodos

La investigación se realizó bajo un diseño experimental cuantitativo de alcance correlacional, con medición previa (T0) y posterior (T1 y T2), así como la presencia de un grupo de control. La muestra de participantes obtenida fue no probabilísti-

Figura 1. Descripción de psicoterapia positiva para supervivientes de cáncer

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

Fuente: Extraído de Ochoa et al. (2017)

ca, dados los criterios de inclusión de la investigación y el tamaño reducido de la población a investigar.

Cincuenta y una mujeres con diversos diagnósticos de cáncer fueron aceptadas como candidatas para formar parte de la investigación. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: mujeres de 18 a 70 años; que hayan tenido su primer diagnóstico de cáncer (estadios 0-III); presencia de malestar emocional (punto de corte ≥ 5 utilizando la Escala Verbal Analógica de termómetro del malestar emocional); que estuvieran en la etapa final del tratamiento oncológico primario o que lo hubieran finalizado en los últimos 12 meses.

Fueron excluidas aquellas candidatas que manifestaran los siguientes criterios: haber estado en la etapa inicial o media del tratamiento primario oncológico; padecer de un trastorno médico grave que pueda haber afectado el estado cognitivo de la participante; padecer o haber padecido un trastorno mental severo (ideación suicida, psicosis, dependencia de sustancias).

Veintinueve mujeres cumplieron con los requisitos. Un psicólogo fue el encargado de la aplicación de la intervención psicológica, y fue asesorado por el investigador principal de la PPC con el objeto de evaluar la fidelidad al manual de intervención (Ochoa et al., 2010). Dos psicólogos del equipo de investigación

psicooncológica del Instituto Catalán de Oncología (Catalunya, España) apoyaron en el armado y funcionamiento de los protocolos ad hoc y formularios empleados para las mediciones en la plataforma digital seleccionada.

Instrumentos

Se solicitó el permiso a los autores que validaron y adaptaron cada instrumento seleccionado para ser utilizados en esta investigación. Aquellos que no estaban adaptados en la región del Río de la Plata —en vista de su identidad lingüística con la población a estudiar— fueron sometidos a una prueba lingüística con población uruguaya para evaluar sesgos.

Crecimiento postraumático. Inventario de Crecimiento Postraumático [PTGI] (Tedeschi y Calhoun, 1996), adaptado a población oncológica de Buenos Aires, Argentina, obtuvo un índice de consistencia interna adecuada a nivel general de la escala [$\alpha = .89$] (Esparza-Baigorri et al., 2016). En la presente muestra, se obtuvo un índice de consistencia interna de $\alpha = .91$. Cuenta con 21 ítems en escala tipo Likert de 0 a 5 puntos. Esta escala evalúa las subdimensiones originales conceptualizadas por sus autores: relación con los demás, nuevas posibilidades, fuerza personal, cambios espirituales y aprecio por la vida.

Malestar emocional. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria [HADS] (Zigmond y Snaith, 1983), diseñada para usarse con pacientes en ambientes clínicos y hospitalarios de consulta externa no psiquiátricos. Está compuesta por dos subdimensiones para medir niveles de ansiedad y depresión. Cada subescala cuenta con 7 ítems en formato Likert de 1 a 4 puntos. Respecto a sus propiedades psicométricas, Herrmann (1997) revisó aproximadamente doscientos estudios y concluye que el HADS resulta un instrumento fiable y válido para evaluar ansiedad y depresión en pacientes médicos ($\alpha = .80$; $\omega = .70$). En la presente muestra, se obtuvo un índice de consistencia interna de $\alpha = .85$. Este cuestionario fue sometido a la prueba lingüística con población uruguaya.

Estrés postraumático. *Posttraumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version* [PCL-C] (Weathers et al., 1994) es un cuestionario autoinformado de 17 ítems. Utiliza la escala tipo Likert de cinco puntos y abarca todos los criterios diagnósticos del trastorno por estrés postraumático definido por la edición revisada del DSM-IV. Proporciona una puntuación total, así como puntuaciones de cada una de las tres subdimensiones que lo conforman: excitación y reexperimentación, evitación y entumecimiento. Se utilizó la versión española del PCL-C, el cual obtuvo buenas puntuaciones totales de fiabilidad [$\alpha = .90$] (Costa-Requena y Gil, 2010). En la presente muestra, se obtuvo un índice de consistencia interna similar, de $\alpha = .91$. Este cuestionario fue sometido a la prueba lingüística con población uruguaya.

Estrategias de afrontamiento. Brief Cope (Perczek et al., 2000), adaptada a población uruguaya obtuvo un índice de consistencia interna adecuada [$\alpha = .78$] (Reich et al., 2016). En la presente muestra, se obtuvo un índice de consistencia in-

terna similar, de $\alpha = .76$. Cuenta con 24 ítems que las personas deberán responder con una escala tipo Likert de 1 a 4 puntos.

Intervención

La intervención utilizada es la PPC, cuyo objetivo principal es facilitar el CPT y aumentar el bienestar psicológico, a través de métodos psicoterapéuticos que se han asociado con el desarrollo de cambios vitales positivos tras el cáncer. La guía del programa está disponible en español (Ochoa et al., 2010).

Procedimiento

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

Para las participantes asignadas al grupo experimental en formato presencial, se acordó el uso del espacio común de una asociación civil para llevar a cabo las sesiones semanales de la intervención. En el caso de las participantes asignadas a los grupos en formato en línea, se utilizó la plataforma de comunicación digital Zoom versión 5.0 para implementar la intervención; esta versión de la plataforma incorporó las medidas de seguridad necesarias para garantizar la confidencialidad de cada participante. Antes de la primera sesión, se citaba a cada participante para una sesión preparatoria breve con la finalidad de probar el correcto funcionamiento y evacuar dudas del uso de la plataforma Zoom.

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

Análisis estadístico

Los análisis estadísticos fueron desarrollados en el paquete estadístico IBM SPSS para Macintosh versión 25.0 (IBM Corp., 2017). En primer lugar, se compararon

los resultados de los análisis psicométricos de cada instrumento utilizado en los tres momentos de evaluación. Dado que los estudios de adaptación sobre el PTGI, PCL-C y Brief Cope (Esparza-Baigorri et al., 2016; Costa-Requena y Gil, 2010; Reich et al., 2016) obtuvieron factores distintos a los obtenidos por sus autores originales, se analizaron los datos de ambos factores en función de su consistencia interna (Alfa de Cronbach). Para el instrumento HADS, se examinó la consistencia interna con base en las dimensiones propuestas por sus autores originales (Zigmond y Snaith, 1983).

En segundo lugar, fueron analizados los resultados en función de la normalidad de su distribución para determinar los estadísticos más adecuados a utilizar. Para ello se obtuvieron estadísticos descriptivos (suma de puntajes, media, desviación típica, asimetría y curtosis) de cada dimensión de los instrumentos utilizados en cada uno de los tres momentos de evaluación. A los valores perdidos de las mediciones de las participantes se les imputó los valores de la última observación realizada (T0). Por otra parte, el análisis de valores atípicos univariados se calculó mediante la puntuación Z (utilizando como criterio el valor $z \pm 3$), mientras que para los valores atípicos multivariados se utilizó la distancia de Mahalanobis y la respectiva prueba de significancia estadística ($p > .05$) utilizando la distribución chi-cuadrado.

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

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

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

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

Resultados y discusión

Características de la muestra

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

Tabla 1. Comparación de las características sociodemográficas y clínicas de los grupos PPC y control

Variable	Grupo experimental (n = 15)	Grupo control (n = 14)	p	Asimetría	Curtosis
Edad (años)			,46	0,822	1,535
Media	45,6	48,21			
Mín.-máx.	40-52	29-71			
DT	3,6	12,97			
Meses entre dx y tx					
Media	8,67	15,29	,073	3,316	12,256
DT	2,92	13,4			
Estado civil			,668		
Soltera	13,3	21,4			
Casada/concubinato	53,3	42,9			
Divorciada/separada	33,3	28,6			
Viuda	0	7,1			
Estudios			,668		
Primarios	0	7,1			
Secundarios	60	50			
Universitario sin concluir	13,3	21,4			
Universitario concluido	26,7	21,4			
Situación laboral			,174		
Pasiva	0	21,4			
Activa	60	42,9			
Prestación	40	28,6			
Baja laboral	0	7,1			
Tipo de cáncer			,363		
Mama	93,3	78,6			
Colorrectal	0	7,1			
Glioma	0	7,1			
Linfoma de Hodgkins	0	7,1			
Ovario/endometrio	6,7	0			
Tratamiento oncológico					
Cirugía	100	92,9	,292		
Radioterapia	93,3	92,9	,96		

Quimioterapia	73,3	71,4	,909
Hormonoterapia	60	57,1	,876
Inmunoterapia	20	7,1	,316
Estadio			,414
0	6,7	0	
I	0	7,1	
II	20	7,1	
III	0	7,1	
IV	0	7,1	
Desconoce	73,3	71,4	
Consumo de psicofármacos			,462
Ninguno	46,7	50	
Ansiolíticos	6,7	7,1	
Antidepresivos	13,3	0	
Hipnóticos	13,3	28,6	
Otros	20	7,1	
Ansiolíticos y antidepresivos	0	7,1	

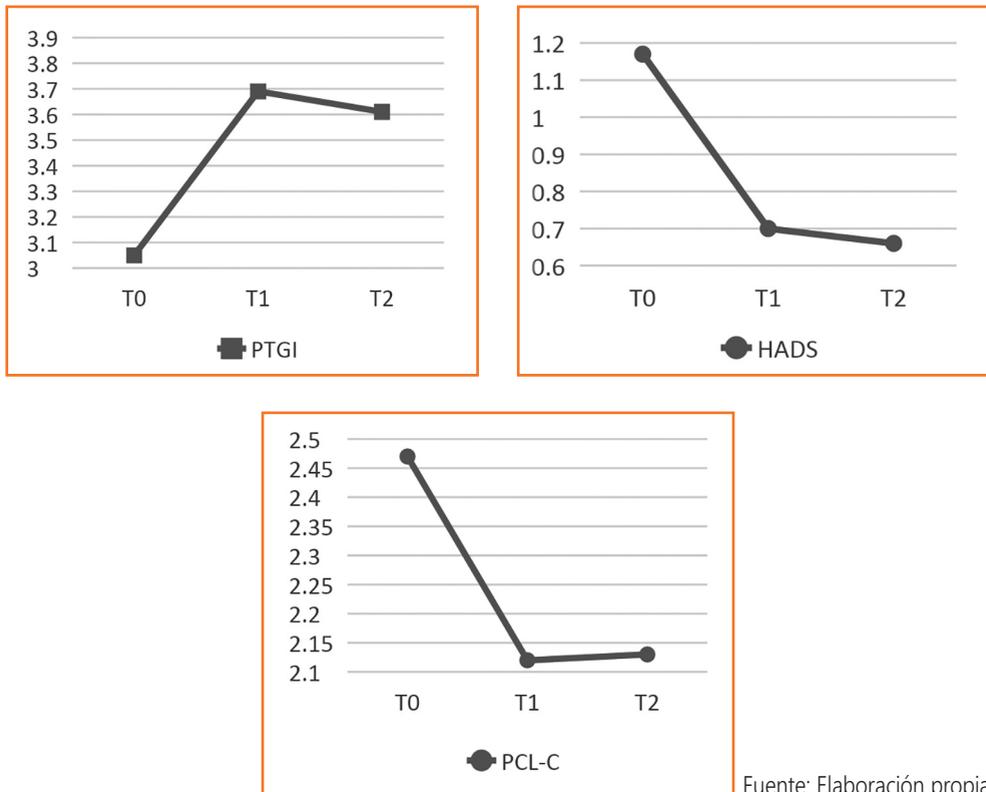
Nota: Los resultados de las variables categóricas están en porcentajes. Se utilizó el estadístico chi-cuadrado para las variables a excepción de la edad y meses entre dx y tx, para las cuales se utilizó la prueba T para muestras independientes.

Análisis longitudinal intragrupos

Se utilizó la prueba two-way MANOVA para medidas repetidas, con el fin de realizar las respectivas comparaciones de ambos grupos para todas las variables dependientes entre los tres momentos de evaluación. Con un valor de $F(8,7) = 4.323$, $p < .05$, η^2 parcial = .832, se constató la existencia de diferencias estadísticamente significativas del perfil multidimensional en las tres mediciones en el grupo experimental. Esta prueba es de carácter ómnibus. Con un valor de $F(8,6) = .761$, $p > .05$, η^2 parcial = .504, no se constató la existencia de diferencias estadísticamente significativas del perfil multidimensional en las tres mediciones para el grupo control.

Para el grupo experimental, los análisis univariados indicaron diferencias significativas entre las puntuaciones globales obtenidas a lo largo del tiempo por los instrumentos PTGI [$F(2,27) = 7.357$, $p < .01$, η^2 parcial = .344], HADS [$F(2,22) = 23.865$, $p < .001$, η^2 parcial = .630] y PCL-C [$F(2,21) = 4.520$, $p < .05$, η^2 parcial = .244]; sin embargo, no se encontró diferencias significativas entre los resultados del Brief Cope [$F(2,20) = 1.739$, $p > .05$, η^2 parcial = .110] (véase la figura 2).

Figura 2. Resultados longitudinales de grupo experimental preintervención (T0), posintervención (T1) y de seguimiento a 3 meses (T2)



A nivel de subdimensiones, los análisis univariados del grupo experimental indicaron diferencias significativas entre distintas subdimensiones a lo largo del tiempo en los instrumentos PTGI, HADS Y PCL-C; sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en las subdimensiones del Brief Cope. Concretamente, se encontraron variaciones estadísticamente significativas en cuatro de las cinco subdimensiones del PTGI a lo largo del tiempo, a saber, Nuevas posibilidades [$F(2,21) = 6.086, p < .05, \eta^2 \text{ parcial} = .303$], Fuerza personal [$F(2,26) = 4.606, p < .05, \eta^2 \text{ parcial} = .248$], Relación con otros [$F(2,27) = 4.119, p < .05, \eta^2 \text{ parcial} = .227$] y Espiritualidad [$F(2,27) = 4.166, p < .05, \eta^2 \text{ parcial} = .3229$]. Respecto al HADS, se encontraron variaciones estadísticamente significativas a lo largo del tiempo en ambas subdimensiones: *Ansiedad* [$F(2,27) = 22.757, p < .001, \eta^2 \text{ parcial} = .619$] y *Depresión* [$F(2,28) = 5.231, p < .05, \eta^2 \text{ parcial} = .272$].

Por último, el instrumento PCL-C arrojó variaciones estadísticamente significativas a lo largo del tiempo en la subdimensión Excitación y Reexperimentación [$F(2,25) = 4.381, p < .05, \eta^2 \text{ parcial} = .238$].

Para el grupo control, los análisis univariados no indicaron diferencias significativas entre las puntuaciones globales obtenidas ni a nivel de subdimensiones a lo largo del tiempo por ninguno de los cuatro instrumentos.

Análisis entre grupos en los tiempos T0 y T1

Se utilizó la prueba two-way MANOVA para medidas repetidas a fin de realizar las respectivas comparaciones para todas las variables dependientes entre los dos momentos de evaluación. Con un valor de $F(4,24) = 2.530$, $p > .05$, η^2 parcial = .297, no se constató la existencia de diferencias estadísticamente significativas en el perfil multidimensional a través de las dos mediciones entre grupos. Cabe destacar que los resultados de la prueba fueron próximos a la significancia estadística ($p = .067$) y el tamaño del efecto reportado es considerado medio.

Los análisis univariados indicaron diferencias significativas entre las puntuaciones globales obtenidas entre T0 y T1 para la puntuación global del instrumento PTGI [$F(1,27) = 5.795$, $p < .05$, η^2 parcial = .177]. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre los resultados globales del HADS [$F(1,27) = 3.821$, $p > .05$, η^2 parcial = .124], PCL-C [$F(1,27) = .233$, $p > .05$, η^2 parcial = .009] y Brief Cope [$F(1,27) = .054$, $p > .05$, η^2 parcial = .002]. Cabe destacar que los resultados del instrumento HADS fueron próximos a la significancia estadística ($p = .061$).

A nivel de subdimensiones, los análisis univariados indicaron diferencias significativas entre distintas subdimensiones entre T0 y T1 en los instrumentos PTGI y HADS; sin embargo, no se encontró diferencias significativas en las subdimensiones de los instrumentos PCL-C y Brief Cope. Concretamente, se encontraron variaciones estadísticamente significativas en tres de las cinco subdimensiones del PTGI a lo largo del tiempo, a saber, Nuevas posibilidades [$F(1,27) = 5.976$, $p < .05$, η^2 parcial = .181], Relación con otros [$F(2,27) = 4.473$, $p < .05$, η^2 parcial = .142] y Espiritualidad [$F(1,27) = 6.373$, $p < .05$, η^2 parcial = .191]. Respecto al instrumento HADS, se encontró variaciones estadísticamente significativas entre T0 y T1 para la subdimensión *Ansiedad* [$F(1,27) = 5.230$, $p < .05$, η^2 parcial = .162].

Discusión

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

Dado que el CPT es el objetivo central de la PPC, se continuó con el análisis de sus resultados dentro del grupo experimental y después entre grupos. Los resultados globales dentro del grupo experimental mostraron variaciones estadísticamente

significativas tras la intervención y una estabilización en el seguimiento. Asimismo, el CPT mostró una diferencia estadísticamente significativa en comparación con el grupo control. Con ello, los resultados en población uruguaya, en comparación con el estudio de Ochoa et al. (2017), sí obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre grupos, mostrando un tamaño del efecto próximo a medio.

Las subdimensiones del instrumento evalúan los dominios en los que sus autores plantean que existen cambios positivos (Tedeschi y Calhoun, 1996). Puesto que el programa PPC se centra primordialmente en los recursos positivos del paciente —como son las emociones positivas, las fortalezas y los sentidos personales—, los resultados del CPT están en concordancia con los objetivos del programa. Además, se observó la estabilización de estos resultados en el seguimiento (T2), lo cual sugiere que ha sido correctamente facilitado en tanto el CPT no es necesariamente estable en el tiempo (Pat-Horenczyk et al., 2016) o se correlaciona con cambios positivos en población oncológica (Bellizzi et al., 2010; Mols et al., 2009).

La segunda variable analizada fue el malestar emocional. En términos globales, el malestar emocional mostró diferencias estadísticamente significativas dentro del grupo experimental, pero no en las mediciones preposintervención entre grupos. Cabe destacar que la diferencia de este estudio fue próxima a significativa ($p = .061$), por lo que puede esperarse que una muestra mayor podría alcanzarla.

Por otra parte, en esta investigación, ambas subdimensiones *Ansiedad* y *Depresión* arrojaron variaciones significativas a lo largo del tiempo, mientras que solo la subdimensión *Ansiedad* lo obtuvo en comparación al grupo control preposintervención. Cabe destacar que las puntuaciones medias del grupo experimental y control en la subdimensión *Ansiedad* (1.5 y 1.3 respectivamente) son superiores a las de *Depresión* (.7 y .8 respectivamente), que indica una diferencia en la afectación emocional de las participantes. Como plantean Koocher y O'Malley (1981), el síndrome de Damocles y la presencia de miedos relacionados a una posible recaída sitúan al precoz superviviente oncológico en un estado de expectativa predominantemente ansiosa y de autoobservación corporal excesiva. Al miedo a recaer se suma la ansiedad que los controles médicos conllevan, así como la incertidumbre de retornar a las actividades pausadas por la enfermedad (Jim et al., 2006). Igualmente, estos hallazgos van en sintonía de distintos metaanálisis que encuentran una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad en comparación con trastornos depresivos en la fase de supervivencia extendida (Zabora et al., 2001; Montel, 2010). Con todo, la prueba post-hoc para la muestra uruguaya reafirma las variaciones significativas para *Ansiedad* entre los momentos T0 y T1, así como los momentos T0 y T2, y destaca que hubo variaciones significativas entre T0 y T2 para *Depresión*.

La tercera variable estudiada fue la sintomatología clínica del trastorno por estrés postraumático. En términos globales, ambos grupos obtuvieron una reducción de sintomatología de estrés postraumático. Los resultados encontraron variaciones significativas a lo largo del tiempo en el grupo experimental, pero no en las mediciones preposintervención entre grupos. Estos hallazgos concuerdan con la

literatura que ha señalado una disminución considerable para la mayoría de las personas dentro de los tres meses después de completar el tratamiento (Mundy et al., 2000, Tjemslund et al., 1996a, Tjemslund et al., 1996b). A pesar de ello, hubo participantes cuya sintomatología clínica del TEPT permanece significativa en ambos grupos.

De forma similar al malestar emocional, la sintomatología clínica del TEPT es susceptible a condiciones particulares del cáncer. Al tener un origen corporal interno y no ser capaz de delimitar un fin de la amenaza y de controlar completamente su curso, un cáncer dificulta el manejo de síntomas de evitación, reactividad fisiológica y alteraciones cognitivas incluso después de finalizado el tratamiento. En esta línea es que ciertos investigadores han estudiado la sintomatología «de por vida» (Kangas et al., 2002), pues se atesta que la sintomatología clínica fluctúa.

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

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

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

En vista de la similitud de los puntajes de ambos grupos, esta variable parece no tener el peso relevante para influir en las demás variables, pese a que predominan estrategias de afrontamiento focalizadas en los problemas y emociones (Carver et al., 1993). De hecho, como señala Stanton et al. (2000), las estrategias de afronta-

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

Conclusiones

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

La existencia de malestar emocional severo en el momento previo a la intervención juega un rol importante en los procesos de asimilación y acomodación planteados de la teoría de valoración organísmica de Joseph y Linley (2006). En este sentido, tanto el malestar emocional como el estrés postraumático indican la necesidad de elaborar el hecho traumático que está provocando que la persona cuestione la visión de sí misma, de su entorno y de los otros. Así, la PPC es efectiva para facilitar estos procesos en este estudio, y es confirmado en los resultados de Ochoa et al. (2017, 2020).

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

Los hallazgos de este estudio de deben considerar tomando en cuenta las limitaciones inherentes a su diseño metodológico y contexto de aplicación. En primer lugar, si bien esta investigación es de carácter correlacional, los resultados fueron exigidos a la luz del tamaño de la muestra. La participación de una mayor cantidad de supervivientes fortalecería los resultados y aplicabilidad del programa a mayor escala. Segundo, la composición de esta muestra incluye a personas del sexo femenino con una alta incidencia en cáncer de mama. Una muestra más heterogénea permitiría establecer los efectos del programa PPC para una población oncológica más amplia. Tercero, a efectos de conocer la sostenibilidad de los efectos

del programa, estos deben ser medidos en más de una ocasión. Finalmente, tal y como ocurre en los programas de tratamiento psicológico multicomponente, en este estudio no es posible distinguir cuáles elementos del programa son los que obtuvieron mayor o menor impacto psicoterapéutico.

Referencias bibliográficas

- Cohen, J. (1994). The earth is round ($p > .05$). *American Psychologist*, 49, 997-1003.
- Comisión Honoraria de la Lucha contra el Cáncer. (2020). *Situación epidemiológica del Uruguay en relación al cáncer*. <https://www.comisioncancer.org.uy/Ocultas/Situacion-Epidemiologica-del-Uruguay-en-relacion-al-Cancer--Mayo-2022-uc108>
- Costa-Requena, G. y Gil, F. (2010). Posttraumatic stress disorder symptoms in cancer: Psychometric analysis of the Spanish Post-traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian version. *Psycho-Oncology*, 19, 500-507.
- Esparza-Baigorri, T., Leibovich, N., y Martínez-Terrer, T. (2016). Propiedades psicométricas del Inventario de Crecimiento Postraumático en pacientes oncológicos en población argentina. *Ansiedad y Estrés*, 22(2), 97-103. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2016.06.002>
- Faller, H., Schuler, M., Richard, M., Heckl, U., Weiss, J. y Küffner, R. (2013). Effects of Psycho-Oncologic Interventions on Emotional Distress and Quality of Life in Adult Patients with Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 31(6), 782-793.
- Global Cancer Observatory. (2021). *Cancer Today*. OMS. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/858-uruguay-fact-sheets.pdf>
- Jim, H. S., Richardson, S. A., Golden-Kreutz, D. M. y Andersen, B. L. (2006). Strategies used in coping with a cancer diagnosis predict meaning in life for survivors. *Health Psychology*, 25(6), 753-761.
- Joseph, S. y Linley, P. A. (2006). Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clinical Psychology Review*, 26, 1041-1053.
- Koocher, G. P. y O'Malley, J. E. (1981). *The Damocles Syndrome: psychosocial consequences of surviving childhood cancer*. McGraw-Hill.
- Montel, S. (2010). Fear of recurrence: a case report of a woman breast cancer survivor with GAD treated successfully by CBT. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17(4), 346-353.
- Mundy, E. A., Blanchard, E. B., Cirenza, E., Gargiulo, J., Maloy, B. y Blanchard, C. G. (2000). Posttraumatic stress disorder in breast cancer patients following autologous bone marrow transplantation or conventional cancer treatments. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1015-1027.
- Ochoa, C., Sumalla, E. C., Maté, J., Castejón, V., Rodríguez, A., Blanco, I. y Gil, F. (2010). Psicoterapia positiva grupal en cáncer. Hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer. *Psicooncología*, 7(1), 7-34.
- Ochoa, C., Casellas-Grau, A., Vives, J., Font, A., y Borrás, J. (2017). Psicoterapia positiva para supervivientes de cáncer con elevados niveles de malestar emocional: la facilitación del crecimiento postraumático reduce el estrés postraumático. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17, 28-37.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *Enfermedades no transmisibles*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Pat-Horenczyk, R., Saltzman, L., Hamama-Raz, Y., Perry, S., Ziv, Y., Ginat-Frolich, R. y Stemmer, S. (2016). Stability and transitions in posttraumatic growth trajectories among cancer patients: LCA and LTA analyses. *Psychological Trauma*, 8(5), 541-549. <https://doi.org/10.1037/tra0000094>

- Perczek, R., Carver, C. S., Price, A. A. y Pozo-Kaderman, C. (2000). Coping, mood, and aspects of personality in Spanish translation and evidence of convergence with English versions. *Journal of Personality Assessment*, 74(1), 63-87. <https://doi.org/10.1207/S15327752JPA740105>
- Quintero, M. F. y Finck, C. (2018). Intervenciones psicológicas eficaces en pacientes con cáncer de mama en Latinoamérica y España: una revisión sistemática. *Psicooncología*, 15(1), 49-64.
- Reich, M., Costa-Ball, C. D. y Remor, E. (2016). Estudio de las propiedades psicométricas del Brief COPE para una muestra de mujeres uruguayas. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(3), 615-636. <https://doi.org/10.12804/apl34.3.2016.13>
- Stanton, A. L. (2006). Psychosocial concerns and interventions for cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 24(32), 5132-5137.
- Tedeschi, R. G. y Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Trauma and Stress*, 9(3), 455-471.
- Zigmond, A. S. y Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Belgica*, 67, 361-370.