



Universidad Austral
Facultad de ciencias biomédicas
Licenciatura en psicología

TRABAJO DE INTEGRACIÓN FINAL

SUPERVIVIENTES DEL CÁNCER, EXPERIENCIAS Y NECESIDADES DE PACIENTES QUE HAN SUPERADO UNA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA Crecimiento postraumático en supervivientes al cáncer

Autora: Paula Daniel

Directora: Mg. Lourdes Bertolino Eliff.

Coordinador de T.I.F: Lic. Josefina González Aguilar.

Coordinador de PPS en investigación: Dra. Lucía Alba-Ferrara

**SUPERVIVIENTES DEL CÁNCER, EXPERIENCIAS Y NECESIDADES DE
PACIENTES QUE HAN SUPERADO UNA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA**

Crecimiento postraumático en supervivientes al cáncer

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
1. INTRODUCCIÓN.....	2
1.1. OBJETIVO GENERAL	4
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
1.3. HIPÓTESIS.....	4
2. METODOLOGÍA.....	4
3. MARCO TEÓRICO.....	5
3.1. EL CÁNCER	5
3.2. SOBREVIVIR AL CÁNCER.....	6
3.3. CALIDAD DE VIDA Y CÁNCER	8
3.4. IMPACTO PSICOLÓGICO EN EL SUPERVIVIENTE.....	10
3.4.1. Crecimiento postraumático	13
4. RESULTADOS.....	20
4.1. CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO EN SUPERVIVIENTES AL CÁNCER.....	21
4.2. INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS PARA FACILITAR EL CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO...25	
5. DISCUSIÓN.....	28
6. CONCLUSIÓN.....	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
ANEXO.....	42

Resumen

Introducción: Gracias a los avances en la detección precoz y el desarrollo de tratamientos oncológicos efectivos e innovadores, se ha producido un aumento significativo de supervivientes al cáncer. Tras la finalización de los tratamientos oncológicos pueden observarse importantes efectos en la calidad de vida de los supervivientes. A lo largo de los años la atención se ha centrado prioritariamente en el impacto negativo que puede generar un evento traumático y, no así, en la posibilidad de un impacto positivo. El cambio positivo que experimenta un individuo frente a un evento traumático se denomina crecimiento postraumático. **Objetivo:** Conocer y analizar el crecimiento postraumático en pacientes supervivientes a una enfermedad oncológica e identificar intervenciones terapéuticas para su promoción. **Método:** Revisión bibliográfica de la literatura científica disponible en bases de datos como EBSCO, PubMed, APA PsycNET, Dialnet, ScienceDirect y Scielo sobre la supervivencia al cáncer, su impacto emocional y el crecimiento postraumático. Se analizaron investigaciones en español y en inglés realizadas en los últimos 15 años, priorizando la bibliografía publicada a partir del año 2009 hasta la fecha. **Resultados:** Los trabajos incorporados en el presente trabajo indican que los supervivientes pueden presentar crecimiento postraumático tras la enfermedad oncológica y que para su promoción, existen intervenciones específicas como un programa de intervención grupal o la Psicoterapia Positiva Grupal para Supervivientes de Cáncer (PPC). También existen otras como el programa de Manejo Cognitivo Conductual del Estrés (CBSM) o el programa de Reducción del Estrés basado en el Mindfulness (MBSR). **Conclusión:** Una comprensión integral del paciente oncológico supone considerar tanto el impacto negativo de la enfermedad como la posibilidad de presentar cambios positivos. El trabajo de la psicooncología con el sufrimiento de la mente, puede ayudar a los supervivientes a encontrar un significado positivo en la experiencia del cáncer y mejorar así su calidad de vida.

Palabras clave: cáncer, supervivientes, crecimiento postraumático, psicología positiva.

1. Introducción

De acuerdo a estimaciones del International Agency for Research on Cancer (2018), a nivel mundial en 2018 hubieron 18,1 millones de casos nuevos y 9,6 millones de muertes por cáncer. Mundialmente una de cada 5 mujeres y uno de cada 6 hombres tienen cáncer a lo largo de su vida. A su vez, una de cada 11 mujeres y uno de cada 8 hombres mueren por esta causa. La incidencia y la mortalidad global por cáncer continúan en aumento. Para el año 2040 se esperan 29,5 millones de casos nuevos, es decir un 64,4% de aumento y 16,4 millones de muertes por esta causa, lo cual representa un incremento de 71,5% (Global Cancer Observatory, 2018).

Las estimaciones del Global Cancer Observatory (2019), sugieren que en el año 2018 Argentina presentó 129.047 casos nuevos de cáncer y 68.778 personas murieron por esta enfermedad. Las predicciones para el año 2040 en nuestro país estiman que habrá aproximadamente 190.779 casos nuevos es decir, un 47,8% de aumento y 105.838 muertes por cáncer, lo cual supone un incremento de 53,9% (Global Cancer Observatory, 2018).

Simultáneamente, con los avances en la detección precoz y el desarrollo de tratamientos oncológicos efectivos e innovadores, el número de supervivientes a una enfermedad oncológica ha aumentado significativamente (Arrighi, Front, & Jovell, 2014). A nivel mundial se estima que la prevalencia de supervivientes a 5 años del diagnóstico es de 43,8 millones (International Agency for Research on Cancer, 2018). En Argentina alcanza los 337.638 (Global Cancer Observatory, 2019). Si bien los índices de supervivencia expuestos representan una gran noticia para la ciencia, este hecho también supone un aumento constante de la cantidad de personas que serán proclives a enfrentarse a los efectos de la enfermedad en los próximos años.

Tras la finalización de los tratamientos pueden observarse importantes efectos en la calidad de vida de los supervivientes y por ese motivo podrían presentar necesidades especiales (Arrighi, Jovell, Navarro, & Font, 2014). Es por esta razón que a partir de la década del 70, época que dio comienzo al crecimiento ininterrumpido de supervivientes al cáncer, empezaron a surgir alrededor del mundo organizaciones con el objetivo de identificar las necesidades médicas, psicológicas, económicas y legales relacionadas con la calidad de vida de los afectados por la enfermedad (Arrighi, et al., 2014). En pos de mejorar su calidad de vida es importante abordar los problemas físicos y psicosociales que afectan a quienes han completado un tratamiento oncológico (Mollica & Newman, 2014).

Ser diagnosticado con cáncer pone en juego las creencias y supuestos sobre uno mismo, el mundo y trae a colación la temática de la muerte. Es una experiencia altamente estresante que implica una amenaza para la vida, la integridad física y la salud mental (Zhai, Newton, & Copnell, 2019). La enfermedad puede traer consigo importantes efectos adversos a largo plazo, físicos, psicológicos y sociales (Sharp, Redfearn, Timmons, Balfe, & Patterson, 2018).

El cáncer constituye una experiencia adversa con elevado impacto psicológico. Diversas investigaciones han explorado la inmensa fatiga, el malestar emocional, la depresión, el estrés postraumático y otras consecuencias negativas producto de haber atravesado un cáncer (Ochoa, Casellas-Grau, Vives, Font, & Borràs, 2017). Tradicionalmente el estudio de la enfermedad oncológica y otras situaciones traumáticas se ha enfocado en el malestar emocional y la psicopatología asociada y no en las fortalezas y los cambios positivos que refieren los supervivientes. En concordancia con la emergencia de la psicología positiva, en los últimos 20 años ha aumentado el interés por el funcionamiento psicológico positivo en el proceso oncológico y su capacidad para promover cambios personales positivos. En la población oncológica, la facilitación de cambios positivos podría funcionar como estrategia terapéutica para amortiguar la pérdida de calidad de vida asociada a la enfermedad (Ochoa Arnedo & Casellas-Grau, 2017).

Tras la segunda guerra mundial, la psicología se ha enfocado prioritariamente en la patología y la reparación del daño y este enfoque pierde de vista los aspectos positivos del ser humano. La psicología positiva pretende recordar que la psicología no implica únicamente el estudio y tratamiento de la enfermedad, la debilidad, el daño sino también el estudio de las fortalezas, las virtudes y su construcción en el tratamiento (Seligman, 2000). Este enfoque no pretende remplazar el estudio científico del sufrimiento y el trastorno, más bien busca funcionar como un complemento que permita una comprensión más completa y balanceada de la experiencia humana (Seligman, Steen, Park, & Peterson, 2005).

Los seres humanos desarrollan un conjunto de creencias y supuestos sobre el mundo que guían sus acciones, los ayudan a comprender las causas detrás de lo que les sucede y pueden ser fuente de un sentido de significado y propósito. Los conceptos de *experiencia traumática*, *crisis*, *situaciones altamente estresantes* u otros similares hacen referencia a estas circunstancias que representan un desafío para los recursos adaptativos de la persona, su forma de entender el mundo y su lugar en él (Tedeschi & Calhoun, 2004).

La evidencia confirma que un evento traumático puede generar consecuencias físicas y psicológicas negativas. A lo largo de los años, la atención se ha centrado prioritariamente en el impacto negativo que puede generar un evento traumático y no así en la posibilidad de un impacto positivo (Tedeschi & Calhoun, 1996). El cambio positivo que experimenta un individuo como resultado del proceso de lucha que emprende a partir de la vivencia de una experiencia traumática, se denomina crecimiento postraumático (Tedeschi & Calhoun, 1999). A la luz de la psicología positiva, una visión integral del ser humano supone la consideración tanto del impacto negativo como de la posibilidad de crecimiento postraumático. Asimismo, frente a los efectos de la enfermedad oncológica en la calidad de vida de los supervivientes es menester considerar estrategias terapéuticas que permitan mitigar dicho impacto. Ante lo expuesto, cabe preguntarse: ¿Los supervivientes pueden presentar crecimiento postraumático como consecuencia de la enfermedad? ¿Existen abordajes terapéuticos para promover el crecimiento postraumático? Estos interrogantes dieron lugar a los objetivos de la presente revisión bibliográfica.

1.1. Objetivo general

Conocer y analizar el crecimiento postraumático en pacientes supervivientes a una enfermedad oncológica.

1.2. Objetivos específicos

- Describir el impacto emocional en pacientes supervivientes a una enfermedad oncológica.
- Caracterizar el crecimiento postraumático en pacientes supervivientes a una enfermedad oncológica.
- Identificar intervenciones terapéuticas para promover el crecimiento postraumático en pacientes supervivientes a una enfermedad oncológica.

1.3. Hipótesis

- Los pacientes supervivientes a una enfermedad oncológica pueden presentar crecimiento postraumático como consecuencia de la enfermedad.
- Existen intervenciones terapéuticas para promover el crecimiento postraumático en pacientes supervivientes a una enfermedad oncológica.

2. Metodología

El presente trabajo de investigación consiste en una revisión bibliográfica sobre el crecimiento postraumático en pacientes adultos supervivientes a una enfermedad oncológica.

La misma se llevó a cabo mediante la revisión de libros, revistas, artículos científicos e información obtenida de la Organización Mundial de la Salud, el Instituto Nacional de Cáncer, el National Cancer Institute y la Asociación Española Contra el Cáncer. Bases de datos como EBSCO, PubMed, APA PsycNET, ScienceDirect, Dialnet, y Scielo fueron utilizadas como fuentes de información.

Para la recolección de información se utilizaron las siguientes palabras clave: cáncer, supervivientes, crecimiento postraumático, psicología positiva, y también en inglés cancer, survivors, posttraumatic growth, positive psychology.

Se analizaron investigaciones realizadas en los últimos 15 años (2004-2019), priorizando bibliografía publicada a partir del año 2009 hasta la fecha. Además se utilizaron textos de mayor antigüedad, cuando fueron requeridos como fundamentación. Se leyeron textos tanto en español como en inglés.

En cuanto a los criterios de inclusión y exclusión de la bibliografía, cabe aclarar que se incluyeron únicamente investigaciones que hicieran referencia a adultos femeninos y masculinos. Aquellas que aludieran a niños o adolescentes no fueron incluidos. Para el análisis del crecimiento postraumático, solo fue incorporado material que aludiera a sujetos en la etapa de larga supervivencia o que hubieran finalizado el tratamiento oncológico primario (quimioterapia, radioterapia, cirugía). Además, es importante mencionar que solamente fue incorporado material que hiciera referencia al concepto de crecimiento postraumático. Investigaciones que aludieran al concepto de resiliencia, optimismo, sentido de coherencia o cualquier concepto similar, no fueron incluidas en esta revisión. En cuanto a las intervenciones terapéuticas, fueron incorporadas investigaciones orientadas a la promoción del crecimiento postraumático desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida del superviviente.

3. Marco teórico

3.1. El cáncer

El término cáncer abarca a una amplio conjunto de enfermedades que pueden afectar cualquier parte del cuerpo (Instituto Nacional del Cáncer., s. f.; Organización Mundial de la Salud, 2018) incluye más de 200 enfermedades, las cuales presentan causas, evolución y tratamientos específicos y, por lo tanto, pueden considerarse enfermedades independientes (Asociación Española Contra el Cáncer, s. f.). Sin embargo, el factor común de todos los tipos de cáncer es que las células comienzan a dividirse sin control y a extenderse a otros tejidos. En esta

enfermedad se descontrola el proceso normal de crecimiento, división y muerte celular. Sucede que las células envejecidas o dañadas no mueren y continúan formándose células nuevas cuando no son necesarias. Estas células adicionales pueden dividirse ininterrumpidamente dando lugar a la formación de masas que se denominan tumores. Los tumores malignos son los cancerosos (National Cancer Institute, 2015). Mientras los tumores benignos quedan localizados en una zona determinada, no invaden otros tejidos y pueden ser curados mediante la extirpación quirúrgica, los tumores malignos pueden invadir los tejidos cercanos o extenderse a otros órganos, dando lugar a nuevos tumores (Instituto Nacional del Cáncer., s. f.).

El cáncer es una enfermedad genética, causada por alteraciones en los genes que controlan el crecimiento y la división celular. Estos cambios genéticos pueden ser heredados de los padres. También pueden tener lugar como consecuencia de errores en la división celular o por el daño del ADN producto de la exposición ambiental. Los compuestos químicos en el humo del tabaco y la radiación producto de la exposición a los rayos ultravioleta del sol son algunos de los factores ambientales asociados al cáncer (National Cancer Institute, 2015).

El National Cancer Institute (2015) señala que existen más de 100 tipos de cáncer y los mismos suelen recibir su nombre del órgano o tejido en el cual se forman. A grandes rasgos, el Carcinoma es aquel que comienza en la piel o en tejidos que cubren los órganos internos. Los Sarcomas son aquellos procedentes de tejido conectivo o de sostén. Las leucemias tienen lugar en los tejidos donde se forman las células sanguíneas y generan células sanguíneas anormales. El linfoma y el mieloma múltiple comienzan en las células del sistema inmunitario. Los cánceres del sistema nervioso central nacen en tejidos del cerebro y de la médula espinal. (National Cancer Institute, s. f.).

3.2. Sobrevivir al cáncer

No existe una definición universalmente aceptada de superviviente al cáncer y hay una amplia variabilidad en la interpretación del término. El significado del mismo es diferente para distintos grupos e individuos (Leigh, 2001).

Mullan (1985) realizó una de las primeras aproximaciones al describir las tres *estaciones* de la supervivencia:

1. Supervivencia aguda: este primer período inicia con el diagnóstico e incluye los tratamientos médicos, quirúrgicos y radiológicos. Esta etapa está marcada por el miedo y la ansiedad. El dolor también es un elemento común en este período.

2. Extensión de la supervivencia: este período comienza con la remisión o finalización del tratamiento inicial. Esta es una fase de espera vigilante, con exámenes periódicos o terapia intermitente. Se caracteriza por el temor a la recaída, la necesidad de enfrentarse a posibles limitaciones físicas, retomar actividades cotidianas y reinsertarse laboralmente.
3. Supervivencia permanente: esta fase equivaldría a la cura o la supervivencia prolongada. El riesgo de recurrencia es bajo y lo central es lidiar con los efectos a largo plazo.

Posteriormente, Welch-McCaffrey, Hoffman, Leigh, Loescher, & Meyskens (1989) desarrollaron este concepto relacionándolo con las posibles trayectorias del paciente: vivo y libre de enfermedad durante años; vivo y libre de enfermedad a largo plazo, pero que muere de forma rápida debido a una recaída tardía; vivo y libre del tumor primario, pero que desarrolla un segundo tumor; vivo con períodos intermitentes de enfermedad activa; vivo con cáncer; vivo cuando se esperaba la muerte como desenlace natural del proceso de la enfermedad. Este enfoque es importante porque implica la conceptualización del superviviente considerando los efectos del cáncer a corto y largo plazo.

El National Cancer Institute (s. f.) toma la definición de superviviente brindada por el National Coalition for Cancer Survivorship. La misma fue creada en 1986 y sus fundadores definieron al superviviente de cáncer como una persona desde el momento del diagnóstico hasta el final de su vida. Reconocieron el impacto de la enfermedad en amigos familiares y cuidadores y, en consecuencia, más tarde extendieron su definición para reconocerlos también como supervivientes (National Coalition for Cancer Survivorship, 2014). Esto implica que ya no se considera como superviviente únicamente a aquel que ha permanecido libre de enfermedad durante 5 años o más (Miller, Merry, & Miller, 2008).

En la literatura científica se entiende por superviviente a largo plazo a alguien que ha sido diagnosticado con cáncer hace 5 o más años, período en que suelen ocurrir la mayoría de las recidivas (Leigh, 2001).

Según el National Cancer Institute (s. f.) cuando se hace referencia al concepto de supervivencia se alude a la salud y la vida de un sujeto tras el tratamiento de cáncer hasta el final de su vida. Esto incluye aspectos físicos, psicosociales y económicos relacionados con la enfermedad oncológica, más allá de la etapa de diagnóstico y tratamiento. También el acceso al sistema de salud y el seguimiento de los tratamientos, los efectos tardíos, los segundos tumores y la calidad de vida.

3.3. Calidad de vida y cáncer

La calidad de vida es un constructo multidimensional en parte determinado por factores externos de carácter objetivo y en gran medida por la evaluación subjetiva del individuo, sus experiencias personales, aspiraciones, deseos y valores (Galić, Glavić, & Cesarik, 2014). Este concepto puede ser definido como: “La percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el proceso psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno” (WHOQOL, 1997, p. 1).

La calidad de vida en salud es “la evaluación que la persona realiza sobre su grado de bienestar en diversos dominios de la vida, considerando el impacto que en esto ha podido provocar una enfermedad tanto física como mental y sus consecuencias” (Urzúa Morales & Jarne Esparcia, 2008, p.151).

Las enfermedades crónicas, especialmente aquellas que ponen en riesgo la vida como en el caso del cáncer, son experiencias estresantes que pueden afectar la calidad de vida. Los avances en el tratamiento y el aumento en la supervivencia de individuos con cáncer, condujeron a los investigadores a examinar los diversos aspectos de la calidad de vida y su impacto en la supervivencia. (Galić et al., 2014).

El modelo de calidad de vida aplicado a supervivientes al cáncer incluye cuatro dominios fundamentales (Ferrell, 1996):

- Bienestar físico: se define como el control o alivio de los síntomas y mantenimiento de la funcionalidad e independencia.
- Bienestar psicológico: se toma como la búsqueda de un sentido de control en el enfrentamiento de una enfermedad que amenaza la vida, caracterizada por un problema emocional, alteración de prioridades de la vida y miedo a lo desconocido, al igual que por cambios positivos en la vida.
- Bienestar social: implica lidiar con el impacto del cáncer en el paciente, sus relaciones y roles.
- Bienestar espiritual: habilidad para mantener la esperanza y obtener significado de la experiencia de una enfermedad que se caracteriza por la incertidumbre.

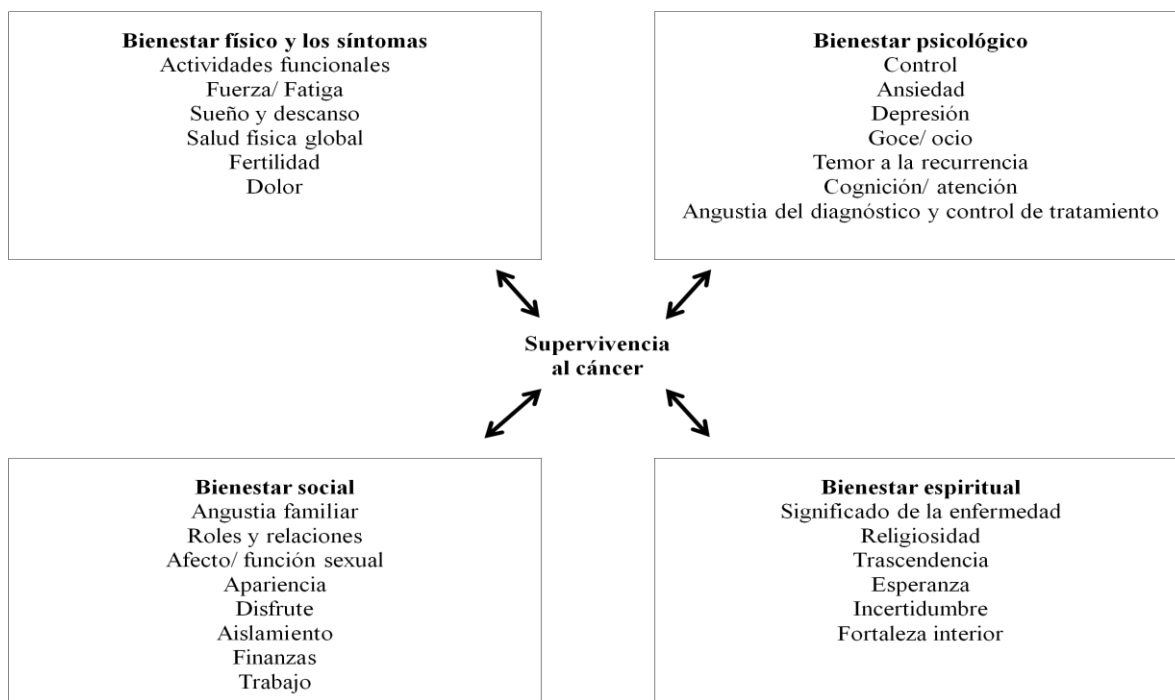


Figura 1: Modelo de Calidad de Vida Aplicado a los Supervivientes de Cáncer

Fuente: Adaptado de City Of Hope Beckman Research Institute (2004), citado en Mollica & Newman (2014).

El malestar emocional es una experiencia no placentera de carácter psicológico, físico, social o espiritual que puede condicionar el modo de pensar, sentir y actuar del sujeto y dificultar el afrontamiento de la enfermedad, los síntomas y el tratamiento. Toda persona con cáncer experimenta malestar emocional en algún momento del curso de la enfermedad. El mismo se extiende a lo largo de un continuo que va desde sentimientos leves de tristeza, miedo y desesperanza hasta niveles más severos que pueden afectar el funcionamiento del sujeto en uno o más aspectos de su vida. El malestar emocional empobrece la calidad de vida del sujeto e incluso puede tener un impacto negativo a lo largo de toda la vida del superviviente (National Comprehensive Cancer Network, 2017). A su vez, su exceso o mal manejo pueden conducir a trastornos psiquiátricos relevantes que impactan en la calidad de vida e interfieren en el proceso de tratamiento y adaptación a los desafíos que conlleva la enfermedad (Robert., Álvarez, & Valdivieso, 2013).

Diversos estudios demuestran que tras sobrevivir a la enfermedad, entre el 35% y el 38% de los supervivientes presentan malestar emocional elevado y diversas dificultades funcionales. Psicológicamente, sintomatología de estrés postraumático, ansiedad, depresión y fatiga pueden

hacerse presentes y persistir en el período de supervivencia. Este malestar psicológico se asocia a peor calidad de vida, menor adherencia a los tratamientos oncológicos, peor pronóstico y supervivencia global (Ochoa Arnedo & Casellas-Grau, 2017; Ochoa et al., 2017).

El crecimiento postraumático se asocia a una mejor adaptación tras la enfermedad, mejoras en los autocuidados, mejoras en la salud mental y mejoras en el estado subjetivo de salud física. La experiencia de crecimiento postraumático en la enfermedad oncológica se relaciona con menor malestar emocional y sintomatología postraumática. Estos resultados sugieren que la facilitación del crecimiento postraumático podría contribuir a mitigar la pérdida de calidad de vida producto del impacto psicológico de la enfermedad (Ochoa Arnedo & Casellas-Grau, 2017; Ochoa et al., 2017).

3.4. Impacto psicológico en el superviviente

En algunos casos mientras dura el período de diagnóstico, tratamiento y hospitalización no se observan indicios de sufrimiento, angustia y fragilidad psíquica y solo tras su finalización comienzan a detectarse alteraciones emocionales intensas. Por un lado esto puede explicarse mediante un recurso del que dispone el sujeto para adaptarse al cáncer. Este es una contradicción entre el tiempo real que tiene el sujeto para hacerse cargo de un proceso médico que debe ser rápido, preciso y eficaz y un tiempo subjetivo de elaboración psíquica que es diferente al real. Lo urgente es la supervivencia física, por lo tanto la elaboración mental queda detenida. Y por otro lado durante la enfermedad, los pacientes tienen una sensación de control personal en tanto *están haciendo algo* y de control por parte de los médicos. Protección que se perderá una vez finalizado el período de enfermedad. Con la finalización de los tratamientos, comienza el proceso de elaboración psíquica donde el sujeto deberá enfrentarse a las repercusiones de la enfermedad (Solana, 2005).

En la misma línea Rojas-May (2006) sostiene que en la etapa de diagnóstico y tratamiento se da prioridad a las variables médicas sobre las psicológicas tanto en el ámbito individual como familiar. Es por este motivo que la finalización de los tratamientos médicos trae aparejada la elaboración psicológica. La misma supone enfrentarse a la elaboración de un duelo. La elaboración o el afrontamiento de un duelo implica un trabajo psicológico que comienza con el impacto afectivo y cognitivo de la pérdida y termina con la aceptación de una nueva realidad interna y externa y la readaptación biológica psicológica y social por parte del sujeto (Tizón, 2017). Pérdida no solo en referencia a la salud sino también de estabilidad, de seguridad, de

cotidianeidad, de control, del rol que solía tener dentro de su familia, del mundo social y laboral, etcétera. El duelo oncológico es un proceso sano, normal y adaptativo (Robert. et al., 2013).

La supervivencia al cáncer está asociada a incertidumbre en relación a los efectos secundarios del tratamiento, las secuelas neuropsicológicas y cognitivas, cambios en la imagen corporal, reacciones psicológicas producto de haber atravesado una enfermedad potencialmente mortal y complicaciones en relación a la reinserción familiar, laboral y social. Además la disminución de las visitas médicas, los cambios en las rutinas diarias y los efectos secundarios relacionados con el tratamiento, hacen que tras la finalización del tratamiento el sujeto sea vulnerable a la ansiedad (Holland & Reznik, 2005).

El miedo a la recaída se define como el temor o la preocupación en relación a la posibilidad de que el cáncer progrese o regrese en la misma o en otra parte del cuerpo. Este temor es casi universal en los supervivientes al cáncer y persiste prolongadamente tras la finalización de los tratamientos. Las preocupaciones psicológicas más frecuentes son el miedo a la recidiva, la incertidumbre respecto al futuro y la ansiedad o preocupación persistente por la amenaza de reaparición de la enfermedad (Simard, Savard, & Ivers, 2010). El miedo a la recaída hace que cualquier sensación física nueva puede generar un elevado nivel de angustia y temor. Esta hipersensibilidad puede derivar en un estado de hipervigilancia (Vivar, 2012).

En la vuelta a la cotidianeidad, en ocasiones oscurecida por la angustia, puede aparecer el *síndrome de Damocles* que hace referencia al malestar psicológico derivado de la conciencia de la vulnerabilidad a la enfermedad y de la dificultad psíquica para poder desarrollar un proyecto vital a largo plazo (Solana, 2005).

Como consecuencia del cáncer o su tratamiento, los individuos pueden experimentar un trastorno mental o exacerbar un trastorno psiquiátrico anterior como por ejemplo una depresión recurrente (Institute of Medicine & National Research Council, 2005).

En una revisión sobre la prevalencia de la ansiedad y de la depresión en adultos supervivientes a una enfermedad oncológica, a dos o más años del diagnóstico y en comparación a sus cónyuges y a individuos sanos, se encontró que el aumento de la ansiedad tiende a persistir mientras que el aumento de la depresión es menos duradero. De acuerdo con esta revisión, en un período inmediatamente posterior al diagnóstico, la prevalencia de depresión en supervivientes es aproximadamente dos veces más común que en controles sanos. Este riesgo duraría

aproximadamente dos años. La probabilidad de sufrir un trastorno de ansiedad parece persistir por 10 años o más (Mitchell, Ferguson, Gill, Paul, & Symonds, 2013).

En un artículo de revisión sobre los efectos tardíos y/o a largo plazo en adultos supervivientes a cáncer de mama, de próstata, de colon o ginecológico que hubieran finalizado el tratamiento primario, se encontró que síntomas de fatiga prolongada, limitaciones cognitivas, depresión, ansiedad, problema del sueño, de la funcionalidad sexual y dolor están sistemáticamente presentes entre los supervivientes, pudiendo persistir por más de 10 años tras la finalización del tratamiento. Independientemente del tipo de cáncer o su tratamiento, los síntomas más reportados por los supervivientes fueron depresión, ansiedad y fatiga. De acuerdo con esta revisión, en el momento inmediato, aproximadamente 30% de los supervivientes al cáncer de mama presentan síntomas de depresión y a 6 meses de la finalización del tratamiento entre el 21% y el 48% presentan síntomas y a 6-12 meses de haber concluido el tratamiento entre el 21% y el 34% de los supervivientes presentan síntomas de depresión. Aproximadamente 32% de los supervivientes al cáncer de próstata presentan síntomas de depresión a más de dos años del tratamiento. En cuanto a la ansiedad, entre el 22% y el 47% de los supervivientes al cáncer ginecológico experimentan ansiedad a 3 meses de la finalización del tratamiento. En supervivientes al cáncer de mama se detectaron consistentemente sentimientos de ansiedad durante el primer año tras la finalización del tratamiento. Entre el 45% y el 48% presentan síntomas a 6 meses de la finalización del tratamiento. Estos resultados sugieren que tras la finalización del tratamiento contra el cáncer, los supervivientes deben enfrentarse a desafíos relacionados con la carga sintomática asociada (Harrington, Hansen, Moskowitz, Todd, & Feuerstein, 2010).

La amenaza a la vida asociada al cáncer puede dar lugar a la aparición de sintomatología postraumática en los supervivientes, Entre el 3% y 45% de los supervivientes presentan dichos síntomas, aunque la mayor parte de los estudios encontraron tasas inferiores de entre 4% y 6%. Con frecuencia estos síntomas tienden a ser crónicos y persistir tras la finalización de los tratamientos (García-Torres, Alós, & Pérez-Dueñas, 2015). El estrés postraumático resulta de la lucha por parte del sujeto para poder armonizar el evento traumático con sus creencias nucleares sobre sí mismo y el mundo. Un evento traumático puede despertar síntomas de estrés en relación a: pensamientos intrusivos y reexperimentación del evento; adormecimiento emocional y evitación de recordatorios del evento e hipervigilancia. Si bien la mayoría de los supervivientes

no cumplen con los criterios para este trastorno, presentan síntomas del mismo. Los pensamientos intrusivos son una de las manifestaciones más recurrentes de estrés postraumático. Se estima que entre el 16% y el 28% de los supervivientes presentan pensamientos intrusivos tras la finalización del tratamiento que incluyen pensamientos o sueños recurrentes o angustiosos en relación al cáncer; pensamientos involuntarios sobre el cáncer y altos niveles de angustia al recordar la enfermedad (Jim & Jacobsen, 2008).

Los supervivientes al cáncer pueden presentar ciertas necesidades de atención social como por ejemplo: la reinserción o la pérdida de oportunidades laborales y los cambios en la relación de pareja debido a las secuelas de la enfermedad (Ferro & Borràs, 2011). Asimismo tras haber sido apartados de su grupo social, los supervivientes deben responder a las expectativas de otras personas sobre su recuperación y a la sobreprotección o la falta de apoyo y rechazo por parte de los familiares consecuencia del estigma que puede provocar la enfermedad (Arrighi, Front, et al., 2014).

En el proceso de adaptación a la enfermedad y frente al sufrimiento emocional, aparece la psicooncología como una subespecialidad de la oncología que atiende por un lado las respuestas psicológicas de los pacientes con cáncer, sus familiares y el personal sanitario en todos los estadios de la enfermedad y por otro lado los factores psicológicos, sociales y conductuales que contribuyen en la causa y supervivencia del cáncer. Se ocupa del *sufrimiento de la mente* asociado a la enfermedad oncológica y que incorpora las dimensiones psicológicas, sociales, espirituales y existenciales, en pos de ayudar al paciente a encontrarle un significado tolerable a una enfermedad intrusa y no bienvenida que constituye una amenaza para el futuro y para la vida del sujeto (Holland, 2002).

3.4.1. Crecimiento postraumático.

Las consecuencias físicas y psicológicas negativas producto de haber atravesado eventos vitales estresantes, se encuentran ampliamente documentadas. Paradójicamente la evidencia sugiere que atravesar eventos negativos puede derivar en cambios positivos (Calhoun & Tedeschi, 2014; Tedeschi & Calhoun, 1996). El concepto de crecimiento postraumático tiene sus bases en la psicología positiva. Tradicionalmente la psicoterapia se ha enfocado en lo negativo, en el conflicto y la reparación del daño. Si bien este enfoque ha sido efectivo en el tratamiento de ciertos trastornos, pierde de vista los aspectos positivos del ser humano (Seligman, Rashid, & Parks, 2006). La psicología positiva puede ser definida como el estudio científico de las

experiencias positivas, los rasgos individuales positivos y las instituciones que facilitan su desarrollo (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Seligman et al., 2005). Estudia las bases del bienestar psicológico, las virtudes y fortalezas humanas (Ochoa Arnedo & Casellas-Grau, 2017). Su objetivo es recordar que la psicología no implica únicamente el estudio y tratamiento de la enfermedad, la debilidad, el daño sino también el estudio de las fortalezas, las virtudes y su construcción en el tratamiento (Seligman, 2000).

La psicología positiva no pretende remplazar el estudio científico del sufrimiento, la debilidad y el trastorno. Busca funcionar como complemento en pos de una comprensión más completa y balanceada de la experiencia humana (Seligman et al., 2005). La psicología positiva no niega el sufrimiento humano, considera que el bienestar y el sufrimiento forman parte de la condición humana y la psicología debería ocuparse de ambos. De hecho, el enfrentamiento con situaciones traumáticas puede ser el punto de partida para lo que resulta más gratificante y para apreciar lo verdaderamente importante (Peterson, 2006). La psicología positiva recuerda la capacidad del ser humano para adaptarse, encontrarle sentido y crecer frente a las experiencias traumáticas, capacidad que ha sido ignorada durante años (Gillham & Seligman, 1999). Precisamente el concepto de crecimiento postraumático alude a dicha capacidad. Crecimiento implica que el sujeto ha alcanzado un desarrollo que supera su funcionamiento previo. Postraumático hace referencia a que tiene lugar tras un suceso altamente estresante o traumático y no como resultado de estresores menores o de un proceso natural de crecimiento personal (Zoellner & Maercker, 2006).

Este concepto se diferencia de otros similares o relacionados como resiliencia, optimismo o sentido de coherencia. El término resiliencia es multidimensional y alude a procesos dinámicos, no estáticos ni inmutables que dan lugar a resultados adaptativos frente a la adversidad. Por ejemplo, los individuos pueden experimentarla frente a determinados eventos y frente a otros no o, en un determinado momento y no en otro. Tres usos distintos de la palabra “resiliencia” reflejan su naturaleza multidimensional y son recuperación, resistencia y reconfiguración (Lepore & Revenson, 2014): La resiliencia como recuperación implica retornar tras haber atravesado un evento adverso que interrumpió el funcionamiento habitual del sujeto, a su nivel de referencia o previo al evento traumático. Bonanno (2004) sostiene que este proceso es de recuperación y no de resiliencia. Para él los sujetos resilientes mantienen un equilibrio estable sin pérdida de funcionalidad. La definición brindada por Bonanno (2004) alude a la resiliencia

como resistencia en tanto supone mantener el nivel de funcionamiento normal antes, durante y después del evento estresante. Otra dimensión de la resiliencia es la reconfiguración. La misma implica un cambio, una transformación que excede el mantenimiento y retorno a un nivel habitual de funcionamiento. Tedeschi & Calhoun (2004) sostienen que el cambio al que alude el crecimiento postraumático supera la capacidad de resistir y no ser dañado por situaciones altamente estresantes. Implica un movimiento que supera los niveles de adaptación anteriores al trauma y supone una transformación, un cambio cualitativo en el funcionamiento.

Reconfiguración y crecimiento postraumático son similares porque ambos suponen una transformación. Sin embargo, mientras que la reconfiguración engloba transformaciones tanto positivas como negativas, el crecimiento postraumático alude únicamente a cambios positivos. Esto implica que frente a un proceso de reconfiguración, el crecimiento postraumático es uno de los resultados posibles (Lepore & Revenson, 2014). Grill (2009) reconoce mayores diferencias entre estos conceptos relacionados pero no equivalentes. Sostiene que mientras el crecimiento postraumático supone una capacidad que puede desarrollarse a partir del aprendizaje resultante del enfrentamiento de una experiencia traumática, el término resiliencia alude a una capacidad que existe con anterioridad al suceso traumático y que permite recuperarse o regresar al nivel de funcionamiento previo a la experiencia adversa o que sus consecuencias psicológicas negativas no sean significativas.

El crecimiento postraumático también se diferencia de los conceptos de optimismo y sentido de coherencia. El optimismo implica tener expectativas positivas en relación al resultado de un evento. El sentimiento de coherencia alude a personas que están en una buena posición para manejar el estrés debido a su capacidad para comprender los eventos y encontrarles sentido (Tedeschi & Calhoun, 2004).

El crecimiento postraumático que experimentan las personas, puede dividirse en tres categorías: cambios en la percepción de uno mismo, cambios en las relaciones interpersonales y cambios en la espiritualidad o filosofía de vida (Tedeschi & Calhoun, 1996, 1999):

Cambios en uno mismo implica sentirse más fuerte y seguro de sí mismo. Supone un aumento de la confianza en las propias capacidades para afrontar la adversidad. Verse vulnerable y sin embargo más fuerte de lo que hubiera imaginado. Alude también a detectar nuevas posibilidades en la vida, nuevos intereses, actividades y caminos en la vida.

Cambios en las relaciones interpersonales como consecuencia de la experiencia traumática refiere a que los sujetos pueden experimentar mayor conexión con otras personas y compasión por el sufriente. Pueden generar mayor intimidad, profundidad y cercanía en las relaciones. También mayor facilidad, comodidad y satisfacción para expresar sus pensamientos y emociones lo cual puede derivar en un aumento de la conexión emocional con los demás.

Cambios en la filosofía de vida incluye un mayor aprecio por la propia vida y por las pequeñas cosas de cada día. Alude también a un cambio en las prioridades, lo cual supone tomarse la vida con calma y disfrutarla más, no darla por sentado y vivir cada día al máximo. Asimismo, el enfrentamiento con una experiencia traumática podría derivar en el fortalecimiento de las propias creencias filosóficas, religiosas y/o espirituales. Este hecho se reflejaría en a un mayor sentimiento de control, intimidad, propósito y sentido.

Para cuantificar el crecimiento postraumático Tedeschi & Calhoun (1996) desarrollaron un instrumento de medición denominado Inventario de Crecimiento Postraumático (Posttraumatic Growth Inventory, PTGI). El mismo evalúa la percepción de cambios vitales positivos en supervivientes de acontecimientos traumáticos. El análisis factorial dio lugar a una escala de 21 ítems con cinco factores que describen los principales dominios del crecimiento postraumático. Estos son: relaciones con los demás (7 ítems), nuevas posibilidades (5 ítems), fortaleza personal (4 ítems), cambio espiritual (2 ítems) y aprecio por la vida (3 ítems). Los ítems consisten en una afirmación de tipo “Puedo apreciar mejor cada día” y el formato de respuesta es de escala tipo Likert con un rango de puntuación de 0 (ningún cambio) a 5 (muy alto grado de cambio). El instrumento no posee punto de corte. El criterio para interpretar los resultados es a mayor puntuación obtenida, mayor crecimiento postraumático. Además, el rango de puntuación posible para cada una de los factores depende del número de ítems de cada dominio.

Con los años este instrumento fue validado en diversos idiomas y países. Su versión en español fue validada en población latina inmigrante y contiene 3 factores: el primero es filosofía de vida (5 ítems), el segundo actitud positiva hacia uno mismo y la vida (6 ítems) y el último es relaciones interpersonales (2 ítems). El primer factor incluye ítems de cuatro de los factores originales y estos son cambio espiritual, aprecio por la vida, fortaleza personal y relaciones interpersonales. El segundo factor es producto de dos de los factores originales: fortaleza personal y nuevas posibilidades. El último factor incluye 2 ítems del factor original denominado relaciones interpersonales (Weiss & Berger, 2006). La versión china del PTGI validada por Ho,

Chan, & Ho (2004) en pacientes con cáncer consta de 15 ítems y cuatro factores: sí mismo (7 ítems), interpersonal (3 ítems), espiritual (3 ítems) y orientación de vida (2 ítems) . En su estudio Sim, Lee, Kim, & Kim (2015) utilizan la versión coreana de este inventario. El mismo consta de 16 ítems y cuatro factores: cambios en la percepción de uno mismo (6 ítems), relaciones interpersonales (5 ítems), nuevas posibilidades (3 ítems) y cambio espiritual (2 ítems). La versión en portugués utilizada en el estudio de da Silva, Moreira, & Canavarro (2011) posee 4 factores: percepción de recursos y habilidades personales (6 ítems) , nuevas posibilidades y aprecio por la vida (6 ítems) fortalecimiento de las relaciones interpersonales (6 ítems) y desarrollo espiritual (3 ítems).

Hay algunas características de la experiencia oncológica que pueden promover oportunidades para el crecimiento postraumático. En primer lugar, la principal amenaza que trae aparejada esta enfermedad está orientada al futuro, los supervivientes se preocupan por la posible progresión de la enfermedad y el consecuente acortamiento de la vida del individuo. Si bien este hecho provoca ansiedad e incertidumbre, también puede brindar la oportunidad para cuestionarse como desea vivir el tiempo que le queda de vida dando lugar a cambios en las prioridades, los valores y en el aprecio y enfrentamiento de cada de cada día de vida. En segundo lugar, debido a la interrupción de la vida cotidiana asociada al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, tras su finalización los individuos se verán obligados a construir una nueva normalidad y a tomar decisiones sobre qué aspectos desean retomar, dejar de lado o priorizar. Esto puede dar lugar a un mayor sentido de dirección, apreciación y sentido de vida. En tercer lugar, muchos pacientes requerirán mayor asistencia, cuidado y soporte por parte del entorno. Las experiencias sociales positivas y negativas pueden dar lugar a una reevaluación de sus vínculos con otras personas, potencialmente intensificando su apreciación, y mejorando su satisfacción con muchas relaciones. Por último, confronta al ser humano con su mortalidad. El enfrentamiento con la posibilidad de morir puede dar lugar a reflexionar sobre el sentido de la vida, su propósito en el mundo, su creencia o no en Dios y la espiritualidad. Estas reflexiones pueden dar lugar a mayor aprecio por la vida y un sentido más fuerte y claro de espiritualidad (Cordova, 2008).

Los autores del constructo de crecimiento postraumático no solo lo definieron, describieron sus categorías y desarrollaron un instrumento para su medición sino que también describieron el proceso que da lugar a dicho crecimiento postraumático. Los términos crisis y trauma funcionan como sinónimos para aludir a una experiencia que pone en jaque los recursos adaptativos de la

persona. El proceso de crecimiento postraumático comienza con un evento que supone un desafío, en tanto que genera malestar emocional intenso, pone en jaque los supuestos y creencias de la persona sobre sí mismo y el mundo e interrumpe la narrativa vital. Los autores de este modelo utilizan la metáfora del movimiento sísmico para describir un evento que puede sacudir, amenazar o reducir a escombros los creencias básicas que guían la comprensión del mundo, el sentido y la toma de decisiones (Tedeschi & Calhoun, 2004). Es necesario mencionar que la experiencia de crecimiento postraumático no es universal, no todo ser humano que se enfrenta a situaciones traumáticas desarrolla crecimiento postraumático. Estas situaciones pueden tener consecuencias psicológicas negativas que en algunas ocasiones pueden durar toda la vida. Sin embargo, tras la lucha con situaciones de crisis, algunos individuos pueden descubrir cambios positivos. Asimismo es necesario mencionar que este hecho no niega el dolor, el crecimiento postraumático no necesariamente supone ausencia de malestar emocional. Dolor y crecimiento pueden coexistir. Más aun, dicho malestar emocional asociado a la experiencia traumática cumpliría un rol clave en el surgimiento del crecimiento postraumático (Tedeschi & Calhoun, 1999). El impacto del evento debe ser tal que fuerce al individuo a reconsiderar los supuestos básicos sobre sí mismo, los otros, el mundo y el futuro. No son las características del evento sino el cuestionamiento de las propias creencias y supuestos lo que da lugar al inicio del proceso de crecimiento postraumático. Estos supuestos o esquemas que fueron cuestionados o destruidos deben ser revisados o reconstruidos (Calhoun, Cann, & Tedeschi, 2010).

El procesamiento cognitivo del evento traumático tiende a reflejar la discrepancia entre lo sucedido y los esquemas, creencias y objetivos de la persona. Este procesamiento continuado puede dar lugar al reconocimiento de que ciertos objetivos ya no son alcanzables, ciertos esquemas ya no son precisos y que algunas creencias ya no son válidas (Tedeschi, Calhoun, & Groleau, 2015). El malestar emocional que tiende a ser alto en el momento inmediato tras el evento traumático, suele ir acompañado por rumiación automática y deliberada. Este es un proceso automático para hacer frente a estados emocionales negativos, se caracteriza por pensamientos e imágenes recurrentes acerca del trauma y supone un intento de restablecer el balance emocional y cognitivo. A medida que los mecanismos adaptativos del sujeto se vuelven más efectivos en el manejo del malestar emocional, la reducción de la angustia y el procesamiento cognitivo continuo puede conducir a la desconexión de aquellas metas, creencias

y supuestos fundamentales que ya no son sostenibles (Calhoun & Tedeschi, 2014; Tedeschi & Calhoun, 2004; Tedeschi et al., 2015).

Con el tiempo tendrá lugar el procesamiento cognitivo deliberado sobre el trauma y su impacto en la vida. El mismo está implicado en el crecimiento postraumático del sujeto en tanto tiende a ser reparativo, reconstructivo y reestructurador de su modo de entender el mundo, dando lugar a la generación de nuevos esquemas y al desarrollo de la narrativa vital (Calhoun & Tedeschi, 2014; Tedeschi & Calhoun, 2004).

La divulgación de la experiencia interna mediante el habla o la escritura en ambientes contenedores puede asistir el procesamiento cognitivo del trauma. La percepción del sujeto en relación a la aceptación y aliento o sanción e inhibición de las revelaciones traumáticas por parte de su grupo social puede desempeñar un papel importante en el proceso de crecimiento postraumático. El procesamiento cognitivo puede verse inhibido cuando las personas afectadas perciben que sus seres queridos no desean escuchar sobre su experiencia traumática (Tedeschi & Calhoun, 2004; Tedeschi et al., 2015). El apoyo social estable y constante puede desempeñar un papel importante en el desarrollo del crecimiento postraumático. Al proporcionar medios para elaborar narrativas acerca de los cambios ocurridos y al ofrecer nuevas perspectivas que puedan ser incorporadas a los esquemas cognitivos, el apoyo social puede ayudar al crecimiento postraumático (Tedeschi & Calhoun, 2004).

El modelo de crecimiento postraumático sugiere que el camino para facilitararlo en sujetos con cáncer, es ayudarlos a manejar el estrés emocional, expresar y procesar intencionalmente sus reacciones emocionales y cognitivas a la enfermedad, desarrollar una historia coherente sobre lo ocurrido y revisar objetivos y creencias. Por este motivo, se sugiere proporcionar educación y normalizar la amplia gama de reacciones emocionales ya que es común que los pacientes y sus familias busquen evadir estas emociones y la evitación rígida aumenta la rumiación intrusiva, la preocupación y el malestar emocional. También se recomienda facilitar la divulgación y comunicación, alentar a los pacientes a contar su experiencia de cáncer ayudándolos a construir una narrativa coherente acerca de su experiencia y darles la oportunidad para hablar de su vida previa al cáncer lo cual puede ayudar a los pacientes a aumentar su autoconciencia y a brindarle continuidad a la experiencia. Además se sugiere conducir a los pacientes a considerar lo perdido y lo que aún conservan, darles la oportunidad de hablar sobre sus preocupaciones y ayudarlos a identificar y vivir en concordancia con sus valores, prioridades y metas. A su vez se recomienda

enseñar técnicas cognitivo-comportamentales de afrontamiento ya que la intensidad y la cronicidad del estrés pueden sobrepasar los recursos de afrontamiento del sujeto. Enseñarle a los pacientes habilidades de relajación muscular progresiva, respiración diafragmática, autohipnosis y meditación puede ayudarlos a aumentar el sentido de control sobre su cuerpo y a mejorar su capacidad para observar, tolerar y regular sus emociones y pensamientos. Conducir a los paciente a identificar y desafiar pensamientos negativos y a generar un diálogo interno más realista, puede aumentar la flexibilidad cognitiva y dar lugar a evaluaciones más positivas. Brindarles estas herramientas puede fomentar su sentimiento de fortaleza personal y su habilidad para procesar la experiencia (Cordova, 2008).

4. Resultados

En la presente revisión bibliográfica se incluyeron 14 trabajos empíricos sobre crecimiento postraumático en supervivientes de cáncer que hubieran finalizado el tratamiento oncológico o se encuentran en la etapa de larga supervivencia. Entre ellos, nueve son investigaciones cuantitativas que utilizan el PTGI o versiones del mismo validadas en otros idiomas y cinco son estudios cualitativos sobre crecimiento postraumático. En cuanto al tipo de cáncer, ocho investigaciones fueron llevadas a cabo en supervivientes al cáncer de mama, tres en supervivientes a diversos tipos de cáncer. Uno en supervivientes al cáncer de estómago, otro en cáncer colorrectal y otro en supervivientes al cáncer de cabeza y cuello. En cuanto a la distribución geográfica, dos investigaciones tuvieron lugar en Francia y una investigación de cada uno de los siguientes países: India, Australia, Italia, Portugal, Argentina, Irán, China, Estados Unidos, Alemania, Irlanda, Países Bajos y Corea.

Asimismo, se incorporaron 11 investigaciones que evaluaron la efectividad de diversas intervenciones terapéuticas para facilitar el crecimiento postraumático en los pacientes oncológicos. Entre ellas, una es sobre un programa de Psicoterapia Positiva Grupal para Supervivientes de Cáncer (PPC), otra sobre un programa de intervención grupal para facilitar el crecimiento postraumático en el cáncer de mama, otra es sobre una intervención denominada Construyendo Resiliencia (Building Resilience), tres evalúan la eficacia del un programa de Manejo Cognitivo Conductual del Estrés (Cognitive Behavioral Stress Management, CBSM) y cinco evalúan la eficacia de un programa de Reducción del Estrés basado en el Mindfulness (Mindfulness Based Stress Reduction, MBSR) o una variación del mismo aplicado a pacientes con cáncer (Mindfulness Based Cancer Recovery, MBCR). Una de las investigaciones sobre

MBSR compara dicha intervención con otra basada en un programa de artes curativas (Healing Arts, HA). De los estudios incorporados, cinco son en pacientes con cáncer de mama, dos de próstata y cuatro en pacientes con diversos tipos de cáncer. Para la evaluación del crecimiento postraumático, ocho investigaciones utilizaron el PTGI y tres utilizaron un inventario de búsqueda de beneficios denominada Benefit Finding Scale (BFS). En cuanto a la distribución geográfica de los trabajos empíricos sobre intervenciones terapéuticas, cinco tuvieron lugar Estados Unidos, dos en Canadá, y una en cada uno de los siguientes países: España, Israel, Portugal y China.

4.1. Crecimiento postraumático en supervivientes al cáncer

En el estudio de Lelorain, Bonnaud-Antignac, & Florin (2010) sobre la prevalencia de crecimiento postraumático en 307 supervivientes al cáncer de mama, a entre 5 y 15 años del diagnóstico, los participantes reportaron crecimiento postraumático en grado moderado a alto ($M= 59,9$; $DE=20$). Las medias obtenidas en las escalas relaciones interpersonales, nuevas posibilidades, fortaleza personal, aprecio por la vida y cambio espiritual (con las desviaciones estándares entre paréntesis) fueron 21,6 (6,8); 12,6 (6,2); 12,2 (4,5); 10,1 (3,7) y 3,3 (3,3) respectivamente. Los autores destacaron la prevalencia obtenida en la escala de aprecio por la vida. En promedio, los participantes experimentaron en grado moderado a muy fuerte 15 de los 21 ítems del PTGI. Las 4 experiencias más frecuentes de crecimiento postraumático fueron: "Tengo más sentimientos de compasión hacia los demás" (87,3%), "Aprecio más el valor de mi propia vida" (87%), "Puedo apreciar mejor el cada día" (86,3%) y "Descubrí que era más fuerte de lo que en realidad pensaba" (86,3%).

En otra investigación sobre crecimiento postraumático en supervivientes al cáncer de mama, en comparación con controles sanos y utilizando la versión en portugués del PTGI, los supervivientes presentaron mayor crecimiento postraumático total y en cada una de las escalas que los controles sanos. La media de crecimiento postraumático total en los pacientes oncológicos fue de 63,93 ($DE= 21,91$) y en los controles sanos 40,63 ($DE= 26,56$). La media obtenida en la escala de percepción de recursos y habilidades personales fue 19,39 ($DE= 6,94$) en sujetos con cáncer de mama y 12,54 ($DE= 8,38$) en el grupo control. En pacientes con cáncer la media obtenida en nuevas posibilidades y aprecio por la vida fue 15,99 ($DE= 7,46$) y en el grupo control 9,81 ($DE= 7,75$). En fortalecimiento de las relaciones sociales la media obtenida en los supervivientes de cáncer fue 19,28 ($DE=6,29$) y 11,81 ($DE= 7,81$) en el grupo control. En la

escala de desarrollo espiritual la media fue 9,27 ($DE= 3,98$) en el grupo con cáncer y 6,47 ($DE= 4,29$) en el grupo control (da Silva et al., 2011).

En un estudio longitudinal, utilizando la versión en español del PTGI, a lo largo de 3 años tras la finalización del tratamiento en 156 mujeres supervivientes al cáncer de mama, no se han encontrado variaciones significativas en el crecimiento postraumático. Las medias de crecimiento postraumático total en las tres visitas (con las desviaciones estándares entre paréntesis) fueron 61,4 (21,9); 58,9 (23,5) y 58,3 (25,9) respectivamente. Las medias obtenidas en filosofía de vida fueron, en ese mismo orden, 17,0 (5,8); 16,2 (6,5) y 15,5 (7,1). Las medias de actitud hacia uno mismo fueron 13,7 (7,2); 12,9 (7,3) y 13,0 (7,8) respectivamente. Las medias obtenidas en relaciones interpersonales fueron, en ese mismo orden, 5,3 (3,1); 5,2 (3,1) y 5,2 (3,2). Asimismo, el 54,5% de la muestra obtuvo puntajes correspondientes a un crecimiento postraumático de moderado a alto en la primera visita, el 50% en la segunda y el 53,9% en la tercera visita (Esparza Baigorri, Martínez Terrer, Leibovich de Figueroa, Campos Ródenas, & Lobo Satué, 2015).

En el estudio de Mols, Vingerhoets, Coebergh, & van de Poll-Franse (2009) a 183 supervivientes al cáncer de mama libres de enfermedad, los participantes reportaron crecimiento postraumático en los siguientes dominios: relaciones interpersonales ($M= 19,9$; $DE= 7,8$) fortaleza personal ($M=10,8$; $DE=5,0$) y aprecio por la vida ($M= 9,6$; $DE=3,5$).

En una investigación evaluaron el crecimiento postraumático en supervivientes al cáncer colorrectal a 5 años del diagnóstico a partir de tres escalas del PTGI: aprecio por la vida, nuevas posibilidades y cambio espiritual. En este estudio el 46% de los supervivientes presentó crecimiento postraumático de moderado a alto. El 70% de los supervivientes presentó crecimiento postraumático de moderado a alto en aprecio por la vida. El 33% y el 30% presentaron crecimiento postraumático de moderado a alto en cambio espiritual y nuevas posibilidades respectivamente (Jansen, Hoffmeister, Chang-Claude, Brenner, & Arndt, 2011).

En la investigación de Sim et al. (2015), el 53,3% de los supervivientes al cáncer de estómago presentaron crecimiento postraumático de moderado a alto. El porcentaje de cambio en la percepción de uno mismo fue 59,0%, 55,7% en las relaciones interpersonales, 46,7% nuevas posibilidades y 36,9% en la espiritualidad. Las 3 experiencias de crecimiento más frecuentes fueron: “Puedo apreciar mejor el cada día” (86,3%), “Ahora sé mejor que puedo enfrentarme a los problemas” (78,7%) y “Pongo más energía en mis relaciones” (76,2%).

En una muestra de 583 supervivientes al cáncer de cabeza y cuello, la media de crecimiento postraumático total fue 55,74 y el 59,6% de los supervivientes presentaron crecimiento postraumático de moderado a alto. La media obtenida en el dominio aprecio por la vida fue la más elevada ($M=9,13$). Las medias obtenidas en crecimiento espiritual, fortaleza personal, relaciones interpersonales y nuevas posibilidades fueron 3,90; 10,57; 20,79 y 8,70 respectivamente (Sharp et al., 2018).

En un trabajo empírico sobre la prevalencia del crecimiento postraumático a largo plazo en 360 supervivientes al cáncer de mama, próstata, linfoma, genital u otros, la media de crecimiento postraumático fue 36,3 ($DE= 25,64$). Las escalas que mostraron mayor crecimiento postraumático fueron relaciones interpersonales ($M=11,19$; $DE=9,88$), fortaleza personal ($M= 8,46$; $DE= 6,14$) y aprecio por la vida ($M= 7,21$; $DE= 5,12$). Las medias obtenidas en nuevas posibilidades y crecimiento espiritual (con las desviaciones estándares entre paréntesis) fueron 6,21 (6,00) y 3,59 (3,86) respectivamente (Cormio, Romito, Giotta, & Mattioli, 2015).

En el estudio de Ho et al (2004) sobre crecimiento postraumático en población china superviviente al cáncer mama, nasofaringe, ginecológico, linfoma, colorrectal, hígado, estomago, vejiga, cerebro o pulmón, los resultados dan cuenta de que los supervivientes pueden presentar crecimiento postraumático en cuatro dominios. La media de crecimiento postraumático obtenidas en sí mismo, espiritualidad, orientación en la vida e interpersonal (con las desviaciones estándares entre paréntesis) fueron 25,02 (5,02); 9,02 (2,91); 5,84 y 9,74 (2,31) respectivamente.

Supervivientes al cáncer de mama manifestaron cambios en el aprecio por la vida, rescatando la necesidad de vivir el presente al máximo ya que la vida no puede darse por sentada, es impredecible, efímera y un premio. También expresaron tener mayor claridad sobre lo que es verdaderamente relevante en la vida. Otros temas recurrentes fueron la necesidad de priorizarse a sí mismos y un sentimiento de fortaleza personal, descubriendo una capacidad para sobrevivir a cualquier desafío. También surgió la necesidad de participar de actividades que los hagan sentir felices. Algunos supervivientes optaron por dejar sus trabajos y emprender actividades que disfrutaran. En cuanto a las relaciones interpersonales, destacaron un incremento en la capacidad para empatizar con otros, sentirse más generosos y perdonar. Asimismo han detectado un enriquecimiento espiritual a partir de la contemplación de las propias creencias y de la comprensión del papel de lo espiritual en sus vidas (Barthakur, Sharma, Chaturvedi, & Manjunath, 2016).

Si bien los participantes de entrevistas grupales identificaron al cáncer como una experiencia traumática y de alto impacto, también describieron cambios positivos. Uno de los cambios más profundos identificados por los supervivientes fue en el valor de la vida, ya no la daban por sentada y reconocían que la vida está para ser vivida. También transmitieron sentirse agradecidos y afortunados de estar vivos. Asimismo los participantes detectaron un cambio en sus prioridades, invirtiendo más tiempo y energía en sus relaciones con verdaderos amigos y familiares. A partir del autoconocimiento y el entendimiento personal, percibieron un aumento en la profundidad y aprecio por las relaciones. Simultáneamente, identificaron un crecimiento espiritual caracterizado por la profundización o el fortalecimiento de sus creencias o fe (Connerty & Knott, 2013).

A partir del análisis de entrevistas semiestructuradas a 17 mujeres supervivientes al cáncer de mama y participantes del equipo de dragon boat una investigación dio cuenta de temáticas relacionados con los cinco dominios del crecimiento postraumático. Surgieron dos temáticas asociadas al dominio de aprecio por la vida: por un lado, divertirse y reírse y, por el otro, el aprecio que sienten el uno por el otro y por la naturaleza. En cuanto a las relaciones interpersonales se destacó la capacidad para desarrollar vínculos más íntimos con otras personas. En cuanto al dominio de crecimiento espiritual una temática dio cuenta de crecimiento o consolidación de la fe. Asimismo el análisis dio cuenta de dos temáticas asociadas a nuevas posibilidades: la oportunidad para ayudar a otros supervivientes a partir del apoyo y la concientización y la posibilidad de competir y desarrollar una identidad como atleta. En cuanto a la fortaleza personal, destacó la capacidad para lograr el cuarto puesto en la competencia de dragon boat, para luchar contra la recurrencia y las emociones negativas asociadas al cáncer y para demostrar que los supervivientes al cáncer son fuertes y capaces. A su vez, mejoró la percepción de sí mismos en relación a su confianza, competencia y autoestima. También surgieron temáticas asociadas a priorizarse a sí mismos. Otra temática dio cuenta de una visión y actitud más positiva y de más energía (McDonough, Sabiston, & Ullrich-French, 2011).

Otro estudio dio cuenta de crecimiento espiritual, aprecio por la vida y fortaleza personal en 23 mujeres supervivientes de cáncer de mama. Esta investigación no encontró cambios en las relaciones interpersonales. El 86,95% de las mujeres creció espiritualmente tras el diagnóstico de cáncer. Principalmente porque este crecimiento modificó su visión sobre sí mismos y el mundo, además de facilitar su adaptación al diagnóstico y tratamiento. El 32% de las supervivientes

sostuvo que, haber recuperado la salud tras haberlo considerado imposible, contribuyó a incrementar su fortaleza personal y consideraron que haber superado una enfermedad oncológica aumentó su autoconfianza, resiliencia y sus habilidades para resolver problemas y pensar en positivo e incrementó su esperanza para alcanzar nuevos objetivos vitales. El 30,43% sostuvo que haber sido diagnosticado con cáncer fomentó su aprecio por la vida y su conciencia de que esta es limitada. Algunos participantes buscaron aprovechar esta nueva oportunidad adoptando un estilo de vida más saludable. Otros consideraron que esta oportunidad debía ser aprovechada a partir de la caridad y la preparación para una buena vida en el otro mundo (Fallah, Keshmir, Kashani, Azargashb, & Akbari, 2012).

A partir del análisis de 28 entrevistas a mujeres supervivientes al cáncer de mama, una investigación detectó cambios positivos tras la experiencia oncológica. Principalmente en el aprecio por la vida, la cual ya no es dada por sentada, un sentimiento de fortaleza personal y un cambio en las prioridades. Este cambio fue característico de supervivientes con procesamiento cognitivo activo, elevado afrontamiento adaptativo, apoyo social y experiencia de quimioterapia (Lelorain, Tessier, Florin, & Bonnaud-Antignac, 2012).

4.2. Intervenciones terapéuticas para facilitar el crecimiento postraumático

Ochoa et al (2010) son los creadores del programa PPC diseñado para facilitar el crecimiento postraumático. El mismo consta de 12 sesiones de 90-120 minutos de duración con frecuencia semanal y seguimiento a los 3 y 12 meses tras la finalización del tratamiento psicológico. Los grupos están compuestos por 8-12 mujeres que hubieran finalizado el tratamiento oncológico y libres de enfermedad. Las sesiones están distribuidas en 4 módulos. Los primeros dos módulos persiguen la facilitación del proceso de asimilación del cáncer y los últimos buscan facilitar el proceso de acomodación. A lo largo de los 4 módulos se realizan distintas actividades para la consecución de diversos objetivos: el primer módulo busca la expresión y el procesamiento emocional, el segundo módulo persigue la regulación emocional y el afrontamiento, el tercero tiene como objetivo facilitar el crecimiento postraumático y el cuarto módulo pretende trabajar aspectos existenciales y espirituales y la terminación del grupo. El tercer módulo destinado a facilitar el crecimiento postraumático persigue la revisión de las creencias sobre uno mismo y los demás, promover el desarrollo de una historia coherente mediante el análisis de la historia vital antes, durante y después de la enfermedad, marcar metas para el futuro y el trabajo con modelos positivos de afrontamiento. Se encontró que tras la finalización de los tratamientos oncológicos,

el programa PPC favorece el crecimiento postraumático, reduce el estrés postraumático y el malestar emocional. Los beneficios se mantuvieron a 3 y 12 meses de la finalización de la intervención (Ochoa et al., 2017).

Ramos, Leal, & Tedeschi (2016) crearon un programa de intervención grupal para facilitar el crecimiento postraumático en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. El mismo consta de 8 sesiones en las cuales se abordan diversas temáticas: psicoeducación sobre el cáncer de mama y aceptación de la reacción emocional, comunicación y expresión de emociones, autorregulación emocional, desarrollo y perfeccionamiento de habilidades para afrontar temores y preocupaciones relacionadas al cáncer, trabajo con las pérdidas y ganancias tras el diagnóstico, percepción de cambios en las creencias vitales, construcción de una narrativa vital coherente mediante estrategias de escritura expresiva, desarrollo de nuevos valores y prioridades de vida y redefinición de objetivos y metas. Todos los objetivos de la intervención tienen como finalidad que las sobrevivientes tengan una mejor adaptación, tanto social como psicológica al cáncer. Al evaluar la efectividad de este programa para facilitar el crecimiento postraumático en mujeres con cáncer de mama, se encontró que los participantes del programa mostraron mayor crecimiento postraumático que el grupo control (Ramos et al., 2017).

Una investigación demostró la efectividad de una intervención denominada Construyendo Resiliencia para promover el crecimiento postraumático en supervivientes de cáncer de mama. Este programa consiste en 8 sesiones semanales de 90 minutos de duración. Incluyen actividades de psicoeducación, de autorregulación de las emociones, pensamientos, sensaciones físicas y relaciones interpersonales, prácticas de mindfulness y promoción del apoyo social. Pretende desalentar la evitación y fomentar el fortalecimiento de la autorregulación, el afrontamiento activo y la reestructuración cognitiva (Pat-Horenczyk et al., 2015).

La evidencia sugiere que estrategias cognitivo-conductuales pueden funcionar como facilitadoras del crecimiento postraumático. McGregor et al (2004) encontraron que la participación en un programa CBSM de 10 sesiones semanales y grupales, enfocado en técnicas CBSM como reestructuración cognitiva, estrategias de afrontamiento y manejo de la ira combinado con ejercicios de relajación como respiraciones profundas, imaginación guiada, relajación muscular progresiva y meditación y la oportunidad para la expresión emocional y el apoyo entre los miembros del grupo, incrementa la percepción de cambios positivos en mujeres recientemente tratadas por cáncer de mama. Antoni et al (2006) advirtieron sobre la efectividad

de esta intervención para promover el crecimiento en mujeres con cáncer de mama no metastásico y Penedo et al (2006) encontraron efectiva la intervención CBSM para fomentar el crecimiento postraumático y mejorar la calidad de vida en hombres que hubieran recibido tratamiento por cáncer de próstata.

Otro de los programas que han sido estudiados en relación a la facilitación del crecimiento postraumático son los MBSR o MBSR. El programa MBSR es un programa de formato grupal, de 8 semanas de duración enfocado en la práctica de la atención plena por medio de técnicas de meditación o yoga. La atención plena o mindfulness se define como conciencia centrada en el presente, intencional y sin juzgar (Kabat-Zinn, 2013). En un estudio sobre la eficacia del MBSR como medio para facilitar el crecimiento postraumático y reducir la ansiedad y el estrés en mujeres chinas que hubieran completado la cirugía entre 2 y 6 meses atrás, en comparación al grupo control, el grupo MBSR mostró un incremento significativo en crecimiento postraumático y una disminución de la ansiedad y el estrés percibido tras la finalización de la intervención y en el seguimiento a tres meses de la misma (Zhang et al., 2017).

Al evaluar la eficacia del MBSR en pacientes con cáncer de próstata, en comparación con un grupo control que solamente recibió un libro de lectura sobre mindfulness, el grupo MBSR presentó cambios significativos en disminución de la ansiedad al ser evaluados a 6 meses de la intervención, disminución de la intolerancia a la incertidumbre a 12 meses de la línea base, incremento en mindfulness entre la línea de base y 8 semanas y 12 meses de la asistencia al programa, incremento en la salud mental global entre la línea de base y 8 semanas y en crecimiento postraumático entre la línea de base y la evaluación a 8 semanas, a 6 meses y a 12 meses. El grupo control solo presentó incrementos significativos en mindfulness de la línea de base a 12 meses (Victorson et al., 2017).

En otra investigación sobre los efectos del MBSR en la espiritualidad y el crecimiento postraumático en pacientes diagnosticados con cáncer, los participantes del MBSR mostraron un incremento en la espiritualidad, la atención plena y el crecimiento postraumático. Sucede que la participación en programas de MBSR deriva en un aumento de la atención plena lo que conduce a un incremento del crecimiento postraumático (Labelle, Lawlor-Savage, Campbell, Faris, & Carlson, 2015).

En una investigación sobre la eficacia de un programa online de mindfulness, para la recuperación del cáncer en pacientes diagnosticados con cualquier tipo de cáncer y que hubieran

finalizado el tratamiento inicial en los últimos 3 años, la comparación con el grupo control en lista de espera para recibir la intervención, detectó mejoras significativas en alteraciones del estado de ánimo, síntomas de estrés y espiritualidad en los participantes del programa MBCR. Sin embargo la intervención no tuvo efecto en el crecimiento postraumático, ya que ambos grupos presentaron incrementos tras la intervención (Zernicke et al., 2014).

Garland, Carlson, Cook, Lansdell, & Speca (2007) realizaron un estudio comparativo sobre la eficacia de un programa de MBSR y uno de arte como medio para facilitar el crecimiento postraumático y la espiritualidad en pacientes ambulatorios de cáncer. El programa HA consiste en 6 sesiones semanales de 120 minutos y busca brindar oportunidades de autoconocimiento y empoderamiento a través del proceso creativo. Cada sesión combina actividades de movimiento, escritura y dibujo. Se realizan actividades tales como registro en diario, escritura creativa y dibujo. Las primeras dos semanas se centran en la temática ¿quién soy?, las siguientes en ¿cómo estoy? y las últimas en ¿cómo puedo sanarme? Ambos programas mejoraron significativamente el crecimiento postraumático total. Participantes del grupo MBSR mostraron mayores incrementos en espiritualidad que los participantes del grupo de arte. A su vez, los participantes del grupo MBSR mostraron mayores reducciones de ansiedad, estrés, ira y alteraciones del estado de ánimo.

5. Discusión

La revisión de la bibliografía, en línea con las hipótesis planteadas, da cuenta del crecimiento postraumático que pueden presentar los supervivientes al cáncer como consecuencia de la enfermedad y de la existencia de intervenciones terapéuticas para promover dichos cambios positivos.

La presencia de cambios positivos en los supervivientes de cáncer concuerda con los lineamientos de la psicología positiva que reconoce la capacidad del ser humano para adaptarse, encontrarle sentido y crecer frente a una experiencia traumática (Gillham & Seligman, 1999) donde el sufrimiento puede dar lugar a gratificación y a apreciar lo verdaderamente importante (Peterson, 2006).

Tedeschi & Calhoun (1996, 1999) proponen tres categorías de crecimiento postraumático: cambios en uno mismo, en las relaciones interpersonales y en la filosofía de vida. Las investigaciones empíricas sobre crecimiento postraumático incorporadas en el presente trabajo de

integración final dan cuenta de que los supervivientes pueden presentar dichos cambios positivos.

Si bien los valores obtenidos dan cuenta de que los cambios positivos son posibles entre los supervivientes a al cáncer, también sugieren que no todos los supervivientes presentan crecimiento postraumático como consecuencia de la enfermedad oncológica. El crecimiento postraumático no se hace presente en toda persona que enfrenta una situación adversa pues no es un fenómeno universal (Tedeschi & Calhoun, 1999).

La efectividad de las intervenciones para promover el crecimiento postraumático en el paciente oncológico podría explicarse a la luz del proceso que da lugar a dichos cambios positivos. Los programas de intervención grupal podrían brindar la oportunidad para expresar las emociones y fomentar el apoyo social entre los miembros del grupo. De acuerdo con Tedeschi & Calhoun (2004) y Tedeschi et al. (2015) el apoyo social y la divulgación de la experiencia traumática en ambientes contenedores, contribuye al proceso de crecimiento postraumático.

A la luz del proceso de crecimiento postraumático, se sugiere que la facilitación del proceso requiere del manejo del estrés emocional, la expresión y el procesamiento intencional de las reacciones emocionales y cognitivas, el desarrollo de una historia vital coherente y la revisión de las propias creencias y objetivos (Cordova, 2008). Este hecho podría explicar la efectividad del programa PPC y el programa de intervención grupal para facilitar el crecimiento postraumático en mujeres con cáncer de mama ya que ambos fueron diseñados específicamente para ese propósito y tienen actividades destinadas al procesamiento emocional y la regulación de las emociones, el trabajo con las propias creencias y metas y la construcción de una narrativa vital coherente.

Se sostiene que el crecimiento postraumático tiene lugar a partir de la reconstrucción de las creencias sobre uno mismo, los otros y el mundo que han sido cuestionadas a partir del impacto del evento traumático (Calhoun et al., 2010). Los programas mencionados anteriormente apuntan al trabajo con las creencias y al proceso de acomodación. El programa Construyendo Resiliencia también apunta a la reestructuración cognitiva. En la misma línea podría pensarse que la aplicación de técnicas de reestructuración cognitiva en los programas CBSM contribuye a la percepción de cambios positivos. En cuanto al programa de artes curativas la autoexploración a partir de la pregunta: ¿Quién soy?, podría brindar la oportunidad para evaluar las propias creencias sobre uno mismo y el mundo. En cuanto a las técnicas de MBSR la atención plena en

el momento presente podría contribuir a tomar conciencia de las propias emociones y cogniciones. Este hecho podría contribuir al procesamiento cognitivo de la experiencia de enfermedad dando lugar a la integración de esta experiencia con las creencias sobre uno mismo y el mundo.

Los autores también sostienen que al ganar efectividad en el manejo del malestar emocional, la reducción de la angustia y el procesamiento cognitivo continuo, puede conducir a la desconexión de aquellas metas, creencias y supuestos fundamentales que ya no son sostenibles (Calhoun & Tedeschi, 2014; Tedeschi & Calhoun, 2004; Tedeschi et al., 2015). Este hecho podría explicar la efectividad de los programas de intervención en tanto apuntan no solo al trabajo con las creencias y la reestructuración cognitiva sino también con las emociones. Los primeros dos módulos del programa PPC apuntan a la expresión, procesamiento y regulación de las emociones. El programa de intervención grupal para facilitar el crecimiento postraumático en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, presenta actividades orientadas a la aceptación, comunicación, expresión y regulación de las reacciones emocionales. El programa Construyendo Resiliencia también presenta actividades orientadas a la identificación, manejo y regulación emocional. El programa de artes curativas también tiene actividades orientadas a los aspectos emocionales, podría pensarse que trabajar con el interrogante: ¿Cómo me siento? y pensar sobre las propias emociones brinda la oportunidad para su procesamiento y regulación. En cuanto a los programas CBSM que cuentan con técnicas de manejo de la ira y ejercicios de relajación y a los programas basados en Mindfulness, su efectividad podría explicarse a partir de lo expuesto por Cordova (2008) quien sostiene que enseñar estrategias de relajación y meditación puede contribuir a aumentar el sentido de control sobre su cuerpo y a mejorar su capacidad para observar, tolerar y regular sus emociones y pensamientos.

Con respecto a las intervenciones MBSR, es necesario mencionar que, si bien cuatro investigaciones la encontraron efectiva como medio para promover el crecimiento postraumático (Garland et al., 2007; Labelle et al., 2015; Victorson et al., 2017; Zhang et al., 2017), en la investigación de desarrollada por Zernicke et al. (2014) tanto el grupo MBSR como el grupo control presentaron incrementos del crecimiento postraumático al ser evaluados tras la finalización de la intervención. Podría pensarse que el inminente inicio del programa MBSR por parte de los individuos en lista de espera, influyó en los resultados obtenidos. Teniendo en cuenta que la investigación de Garland et al (2007) carece de grupo control y que solo la

investigación realizada por Victorson et al (2017) realiza un seguimiento a 12 meses de la finalización de la intervención, sería pertinente continuar evaluando la efectividad de esta intervención en relación a la facilitación del crecimiento postraumático.

6. Conclusión

La revisión de la literatura mostró que los supervivientes al cáncer pueden presentar crecimiento postraumático y que existen intervenciones para su promoción. El aumento de la supervivencia asociado a los avances de la medicina, el consecuente incremento del riesgo de enfrentarse a los efectos del cáncer y que el desarrollo de crecimiento postraumático se asocia a menor malestar emocional y sintomatología postraumática conduciendo a una mejor adaptación y salud mental, hacen que lo expuesto en la presente revisión bibliográfica pueda cobrar relevancia en tanto implicaría la existencia de un medio para combatir la pérdida de calidad de vida asociada al impacto psicológico de la enfermedad oncológica. Aquí aparece la psicología como especialidad encargada de trabajar con el sufrimiento emocional, trabajo que puede ayudar a los supervivientes a encontrar un significado positivo asociado a la experiencia del cáncer.

Considerando los aportes de la psicología positiva que a partir del estudio de las experiencias positivas, las bases del bienestar psicológico, los rasgos individuales positivos, las virtudes y las fortalezas, pretende una comprensión integral del ser humano considerando tanto el sufrimiento como el bienestar, reconocer y caracterizar el crecimiento postraumático en supervivientes de cáncer permite una visión más balanceada y equilibrada del paciente oncológico y del impacto psicológico de la enfermedad, dando cuenta tanto del malestar emocional asociado a la enfermedad y del impacto negativo de la misma, así como también de la posibilidad de presentar cambios positivos.

En relación a las limitaciones y futuras líneas de investigación, es necesario mencionar que si bien varios de los artículos incorporados en el presente trabajo de integración final hacen referencia a supervivientes de cáncer, muchos de ellos se enfocan en el cáncer de mama. Sería pertinente ampliar la investigación sobre el crecimiento postraumático y las intervenciones terapéuticas a otros tipos de cáncer en pos de obtener una mayor comprensión del fenómeno y de la utilidad de las intervenciones terapéuticas.

Asimismo ante la distribución geográfica de los trabajos empíricos incorporados en la presente revisión y, contando con un solo trabajo sobre crecimiento postraumático en población

Argentina, sería pertinente ampliar la investigación sobre crecimiento postraumático y las intervenciones terapéuticas para su promoción en nuestro país y en Latinoamérica en general, en pos de verificar la existencia y la naturaleza del crecimiento postraumático en estos países, así como también la utilidad de las intervenciones terapéuticas. Cabría preguntarse qué papel juega la cultura y las diferencias culturales en el crecimiento postraumático.

En pos de profundizar el conocimiento sobre el crecimiento postraumático en la población oncológica, sería pertinente preguntarse qué factores sociodemográficos, médicos y características personales se encuentran asociadas al crecimiento postraumático. Asimismo cabría preguntarse por la relación precisa entre malestar emocional y el crecimiento postraumático en el paciente oncológico.

Referencias Bibliográficas

- Antoni, M. H., Lechner, S. C., Kazi, A., Wimberly, S. R., Sifre, T., Urcuyo, K. R., ... Carver, C. S. (2006). How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(6), 1143-1152. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.1143>
- Arrighi, E., Front, A., & Jovell, A. J. (2014). *Necesidades de personas que han finalizado tratamientos oncológicos en España*.
- Arrighi, E., Jovell, A. J., Navarro, M. D., & Font, A. (2014). Desarrollo del cuestionario español para medir necesidades no cubiertas de supervivientes de cáncer (CESC). *Psicooncología, 11*(1), 117-128. <https://doi.org/10.5209/rev>
- Asociación Española Contra el Cáncer. (s. f.). ¿Qué es el Cáncer? Recuperado 4 de mayo de 2019, de <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/que-es-cancer>
- Barthakur, M. S., Sharma, M. P., Chaturvedi, S. K., & Manjunath, S. K. (2016). Posttraumatic Growth in Women Survivors of Breast Cancer. *Indian journal of palliative care, 22*(2), 157-162. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.179609>
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive after Extremely Aversive Events? *American Psychologist, 59*(1), 20-28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Calhoun, L. G., Cann, A., & Tedeschi, R. G. (2010). The posttraumatic growth model: Sociocultural Considerations. *Posttraumatic Growth and Culturally Competent Practice: Lessons Learned from Around the Globe, 3-14*.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2014). The Foundations of Posttraumatic Growth: An Expanded Framework. En L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice* (2.^a ed., pp. 3-23). New York: Psychology Press.
- Connerty, T. J., & Knott, V. (2013). Promoting positive change in the face of adversity: Experiences of cancer and post-traumatic growth. *European Journal of Cancer Care, 22*(3), 334-344. <https://doi.org/10.1111/ecc.12036>
- Cordova, M. J. (2008). Facilitating Posttraumatic Growth Following Cancer. En S. Joseph & P. A. Linley (Eds.), *Trauma, Recovery, and Grychiowth: Positive Psychological Perspectives on Posttraumatic Stress* (1.^a ed., pp. 185-207). New Jersey: John Wiley & Sons.

- Cormio, C., Romito, F., Giotta, F., & Mattioli, V. (2015). Post-traumatic growth in the Italian experience of long-term disease-free cancer survivors. *Stress and Health, 31*(3), 189-196. <https://doi.org/10.1002/smi.2545>
- da Silva, S. I. M., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2011). Growing after breast cancer: A controlled comparison study with healthy women. *Journal of Loss and Trauma, 16*(4), 323-340. <https://doi.org/10.1080/15325024.2011.572039>
- Esparza Baigorri, T., Martínez Terrer, T., Leibovich de Figueroa, N., Campos Ródenas, R., & Lobo Satué, A. (2015). Estudio longitudinal del crecimiento postraumático y la calidad de vida en mujeres supervivientes de cáncer de mama. *Psicooncología, 12*(2-3), 303-314. <https://doi.org/10.5209/rev>
- Fallah, R., Keshmir, F., Kashani, F. L., Azargashb, E., & Akbari, M. E. (2012). Post-traumatic Growth in Breast Cancer Patients: A Qualitative Phenomenological Study. *Middle East Journal of Cancer, 3*(2-3), 35-44.
- Ferrell, B. R. (1996). The quality of lives: 1,525 voices of cancer. *Oncology nursing forum, 23*(6), 909-916. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8829161>
- Ferro, T., & Borràs, J. M. (2011). Una bola de nieve está creciendo en los servicios sanitarios: Los pacientes supervivientes de cáncer. *Gaceta Sanitaria, 25*(3), 240-245. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.12.002>
- Galić, S., Glavić, Ž., & Cesarik, M. (2014). Stress and quality of life in patients with gastrointestinal cancer. *Acta Clinica Croatica, 53*(3), 279-290.
- García-Torres, F., Alós, F., & Pérez-Dueñas, C. (2015). El trastorno por estrés postraumático en los supervivientes al cáncer: una revisión de los tratamientos psicológicos disponibles. *Psicooncología, 12*(2-3), 293-301. <https://doi.org/10.5209/rev>
- Garland, S. N., Carlson, L. E., Cook, S., Lansdell, L., & Speca, M. (2007). A non-randomized comparison of mindfulness-based stress reduction and healing arts programs for facilitating post-traumatic growth and spirituality in cancer outpatients. *Supportive Care in Cancer, 15*(8), 949-961. <https://doi.org/10.1007/s00520-007-0280-5>
- Gillham, J. E., & Seligman, M. E. P. (1999). Footsteps on the road to a positive psychology. *Behaviour Research and Therapy, 37*(SUPPL. 1), 163-173. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00055-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00055-8)
- Global Cancer Observatory. (2018). Cancer Tomorrow. Recuperado 25 de abril de 2019, de

<https://gco.iarc.fr/tomorrow/home>

- Global Cancer Observatory. (2019). *Argentina*. Recuperado de <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/32-argentina-fact-sheets.pdf>
- Grill, S. (2009). Diferencias individuales, crecimiento postraumático y resiliencia ante situaciones traumáticas: el caso de los ex combatientes de Malvinas. *Anuario de Proyectos e informes de becarios de investigacion*, 6, 264-267.
- Harrington, C. B., Hansen, J. A., Moskowitz, M., Todd, B. L., & Feuerstein, M. (2010). It's not over when it's over: Long-term symptoms in cancer survivors-a systematic review. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 40(2), 163-181. <https://doi.org/10.2190/PM.40.2.c>
- Ho, S. M. Y., Chan, C. L. W., & Ho, R. T. H. (2004). Posttraumatic growth in Chinese cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13(6), 377-389. <https://doi.org/10.1002/pon.758>
- Holland, J. C. (2002). History of psycho-oncology: Overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 206-221. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00004>
- Holland, J. C., & Reznik, I. (2005). Pathways for psychosocial care of cancer survivors. *Cancer Supplement*, 104(11), 2624-2637. <https://doi.org/10.1002/cncr.21252>
- Institute of Medicine, & National Research Council. (2005). *From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in transition*. <https://doi.org/10.17226/11468>
- Instituto Nacional del Cáncer. (s. f.). *MANUAL DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA*. Recuperado de http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000011cnt-08-manual-enfermeria_08-03.pdf
- International Agency for Research on Cancer. (2018). *PRESS RELEASE N° 263*. Recuperado de <http://gco.iarc.fr/>,
- Jansen, L., Hoffmeister, M., Chang-Claude, J., Brenner, H., & Arndt, V. (2011). Benefit finding and post-traumatic growth in long-term colorectal cancer survivors: Prevalence, determinants, and associations with quality of life. *British Journal of Cancer*, 105(8), 1158-1165. <https://doi.org/10.1038/bjc.2011.335>
- Jim, H. S. L., & Jacobsen, P. B. (2008). Posttraumatic stress and posttraumatic growth in cancer survivorship: A review. *Cancer Journal*, 14(6), 414-419. <https://doi.org/10.1097/PPO.0b013e31818d8963>

- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness* (Second Edition). Recuperado de <https://books.google.com.ar/books?id=fIuNDtnb2ZkC&printsec=frontcover&dq=Kabat-Zinn+J.+Full+Catastrophe+Living:+Using+the+wisdom+of+your+Body+and+mind+to+face+stress,+pain+and+illness.+New+York:+Delacourt;+1990&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjntuHGrsflAhVuGrkG>
- Labelle, L. E., Lawlor-Savage, L., Campbell, T. S., Faris, P., & Carlson, L. E. (2015). Does self-report mindfulness mediate the effect of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on spirituality and posttraumatic growth in cancer patients? *Journal of Positive Psychology, 10*(2), 153-166. <https://doi.org/10.1080/17439760.2014.927902>
- Leigh, S. (2001). PREFACE: The culture of survivorship. *Seminars in oncology nursing, 17*(4), 234-235. <https://doi.org/10.1053/sonu.2001.27910>
- Lelorain, S., Bonnaud-Antignac, A., & Florin, A. (2010). Long term posttraumatic growth after breast cancer: Prevalence, predictors and relationships with psychological health. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 17*(1), 14-22. <https://doi.org/10.1007/s10880-009-9183-6>
- Lelorain, S., Tessier, P., Florin, A., & Bonnaud-Antignac, A. (2012). Posttraumatic growth in long term breast cancer survivors: Relation to coping, social support and cognitive processing. *Journal of Health Psychology, 17*(5), 627-639. <https://doi.org/10.1177/1359105311427475>
- Lepore, S., & Revenson, T. (2014). Resilience and Posttraumatic Growth: Recovery, Resistance, and Reconfiguration. En L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice* (pp. 24-46). New York: Psychology Press.
- McDonough, M. H., Sabiston, C. M., & Ullrich-French, S. (2011). The development of social relationships, social support, and posttraumatic growth in a dragon boating team for breast cancer survivors. *Journal of Sport and Exercise Psychology, 33*(5), 627-648. <https://doi.org/10.1123/jsep.33.5.627>
- McGregor, B. A., Antoni, M. H., Boyers, A., Alferi, S. M., Blomberg, B. B., & Carver, C. S. (2004). Cognitive-behavioral stress management increases benefit finding and immune function among women with early-stage breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research, 56*(1), 1-8. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00036-9](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00036-9)

- Miller, K., Merry, B., & Miller, J. (2008). Seasons of Survivorship. *The Cancer Journal*, *14*(6), 369-374.
- Mitchell, A. J., Ferguson, D. W., Gill, J., Paul, J., & Symonds, P. (2013). Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Oncology*, *14*(8), 721-732. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(13\)70244-4](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(13)70244-4)
- Mollica, M., & Newman, S. D. (2014). Breast Cancer in African Americans: From Patient to Survivor. *Journal of Transcultural Nursing*, *25*(4), 334-340. <https://doi.org/10.1177/1043659614524248>
- Mols, F., Vingerhoets, A. J. J. M., Coebergh, J. W. W., & van de Poll-Franse, L. V. (2009). Well-being, posttraumatic growth and benefit finding in long-term breast cancer survivors. *Psychology and Health*, *24*(5), 583-595. <https://doi.org/10.1080/08870440701671362>
- Mullan, F. (1985). Seasons of survival: Reflections of a physician with cancer. *New England Journal of Medicine*, *313*(4), 270-273. <https://doi.org/10.1056/nejm198811243192103>
- National Cancer Institute. (s. f.). NCI Dictionary of Cancer Terms. Recuperado 11 de mayo de 2019, de <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/survivorship>
- National Cancer Institute. (2015). What Is Cancer? Recuperado 4 de mayo de 2019, de <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>
- National Coalition for Cancer Survivorship. (2014). Defining Cancer Survivorship. Recuperado de <https://www.canceradvocacy.org/news/defining-cancer-survivorship/>
- National Comprehensive Cancer Network. (2017). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Distress Management. Version 1.2017*. Recuperado de <https://www.nccn.org/patients/guidelines/distress/files/assets/common/downloads/files/distress.pdf>
- Ochoa Arnedo, C., & Casellas-Grau, Y. A. (2017). El cambio vital positivo tras un cáncer: Ingredientes, claves para facilitarlos y efectos sobre el bienestar. *Papeles del Psicólogo*, *38*(1), 1-11. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2815>
- Ochoa, C., Casellas-Grau, A., Vives, J., Font, A., & Borràs, J.-M. (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*(1), 28-37. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2016.09.002>

- Ochoa, C., Sumalla, E. C., Maté, J., Rodríguez, A., Gil, F., Castejón, V., & Blanco, I. (2010). Psicoterapia positiva grupal en cáncer. Hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer. *Psicooncología*, 7(1), 7-34.
https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2010.v7.n1.15947
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Cáncer. Recuperado 4 de mayo de 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Pat-Horenczyk, R., Perry, S., Hamama-Raz, Y., Ziv, Y., Schramm-Yavin, S., & Stemmer, S. M. (2015). Posttraumatic Growth in Breast Cancer Survivors: Constructive and Illusory Aspects. *Journal of Traumatic Stress*, 28(3), 214-222. <https://doi.org/10.1002/jts.22014>
- Penedo, F. J., Molton, I., Dahn, J. R., Shen, B. J., Kinsinger, D., Traeger, L., ... Antoni, M. (2006). A Randomized Clinical Trial of Group-Based Cognitive–Behavioral Stress Management in Localized Prostate Cancer: Development of Stress Management Skills Improves Quality of Life and Benefit Finding. *Annals of Behavioral Medicine*, 31(3), 261-270. https://doi.org/10.1207/s15324796abm3103_8
- Peterson, C. (2006). What is positive Psychology? En *A Primer in Positive Psychology* (pp. 3-24). New York: Oxford University Press.
- Ramos, C., Costa, P. A., Rudnicki, T., Marôco, A. L., Leal, I., Guimarães, R., ... Tedeschi, R. G. (2017). The effectiveness of a group intervention to facilitate posttraumatic growth among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 27(1), 258-264.
<https://doi.org/10.1002/pon.4501>
- Ramos, C., Leal, I., & Tedeschi, R. G. (2016). Protocol for the psychotherapeutic group intervention for facilitating posttraumatic growth in nonmetastatic breast cancer patients. *BMC Women's Health*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12905-016-0302-x>
- Robert., Vi., Álvarez, C., & Valdivieso, F. (2013). Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 677-684.
[https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(13\)70207-4](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(13)70207-4)
- Rojas-May, G. (2006). Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Revista Médica Clínica Condes*, 17(4), 194-197. Recuperado de [http://www.clcmovil.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF revista médica/2006/4oct/IntervencionPsicologicap_194--14.pdf](http://www.clcmovil.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20médica/2006/4oct/IntervencionPsicologicap_194--14.pdf)
- Seligman, M. E. P. (2000). *Positive Psychology , Positive Prevention , and Positive Therapy*.

- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *The American psychologist*, 55(1), 5-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774-788. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.8.774>
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology Progress: Empirical Validation of Interventions. *American psychologist*, 60(5), 410-421. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.410>
- Sharp, L., Redfearn, D., Timmons, A., Balfe, M., & Patterson, J. (2018). Posttraumatic growth in head and neck cancer survivors: Is it possible and what are the correlates? *Psycho-Oncology*, 27(6), 1517-1523. <https://doi.org/10.1002/pon.4682>
- Sim, B. Y., Lee, Y. W., Kim, H., & Kim, S. H. (2015). Post-traumatic growth in stomach cancer survivors: Prevalence, correlates and relationship with health-related quality of life. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(3), 230-236. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.10.017>
- Simard, S., Savard, J., & Ivers, H. (2010). Fear of cancer recurrence: Specific profiles and nature of intrusive thoughts. *Journal of Cancer Survivorship*, 4(4), 361-371. <https://doi.org/10.1007/s11764-010-0136-8>
- Solana, C. . (2005). Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Oncología (Barcelona)*, 28(3), 51-57. <https://doi.org/10.4321/s0378-48352005000300009>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471. <https://doi.org/10.1002/jts.2490090305>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1999). Trauma and Growth: Processes and Outcomes. En *Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician's Guide* (pp. 1-23). New York: Routledge.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18. <https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501>
- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G., & Groleau, J. M. (2015). Clinical Applications of Posttraumatic Growth. En S. Joseph (Ed.), *Positive Psychology in Practice: Promoting Human Flourishing in Work, Health, Education, and Everyday Life: Second Edition* (pp. 503-518). <https://doi.org/10.1002/9781118996874.ch30>

- Tizón, J. L. (2017). Los procesos de duelo en atención primaria de salud: Una actualización. *FMC Formacion Medica Continuada en Atencion Primaria*, 24(December), 1-66.
<https://doi.org/10.1016/j.fmc.2016.02.011>
- Urzúa Morales, A., & Jarne Esparcia, A. (2008). Calidad de vida y estilos de afrontamiento en personas con patologías crónicas. *Interamerican Journal of Psychology*, 42(1), 151-160.
- Victorson, D., Hankin, V., Burns, J., Weiland, R., Maletich, C., Sufrin, N., ... Brendler, C. (2017). Feasibility, acceptability and preliminary psychological benefits of mindfulness meditation training in a sample of men diagnosed with prostate cancer on active surveillance: results from a randomized controlled pilot trial. *Psycho-Oncology*, 26(8), 1155-1163. <https://doi.org/10.1002/pon.4135>
- Vivar, C. G. (2012). Impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia: propuesta de un plan de cuidados integral para supervivientes. *Atencion Primaria*, 44(5), 288-292. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.07.011>
- Weiss, T., & Berger, R. (2006). Reliability and validity of a Spanish version of the posttraumatic growth inventory. *Research on Social Work Practice*, 16(2), 191-199.
<https://doi.org/10.1177/1049731505281374>
- Welch-McCaffrey, D., Hoffman, B., Leigh, S. A., Loescher, L. J., & Meyskens, F. L. (1989). Surviving adult cancers. Part 2: Psychosocial implications. *Annals of Internal Medicine*, 111(6), 517-524. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-111-6-517>
- WHOQOL. (1997). *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. <https://doi.org/10.5.12>
- Zernicke, K. A., Campbell, T. S., Speca, M., McCabe-Ruff, K., Flowers, S., & Carlson, L. E. (2014). A randomized wait-list controlled trial of feasibility and efficacy of an online mindfulness-based cancer recovery program: The eTherapy for cancer applying mindfulness trial. *Psychosomatic Medicine*, 76(4), 257-267.
<https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000053>
- Zhai, J., Newton, J., & Copnell, B. (2019). Posttraumatic growth experiences and its contextual factors in women with breast cancer: An integrative review. *Health Care for Women International*, 0(0), 1-27. <https://doi.org/10.1080/07399332.2019.1578360>
- Zhang, J. Y., Zhou, Y. Q., Feng, Z. W., Fan, Y. N., Zeng, G. C., & Wei, L. (2017). Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on posttraumatic growth of Chinese breast cancer survivors. *Psychology, Health and Medicine*, 22(1), 94-109.

<https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1146405>

Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology - A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26(5), 626-653. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.01.008>

Anexo

Anexo 1: Concepto de superviviente y supervivencia

Autor	Año	Título	Concepto	Aporte
Mullan	1985	Seasons of survival: Reflections of a physician with cancer.	Estaciones de supervivencia	Descripción de la progresión de eventos comunes a la mayor parte de los supervivientes. Superviviente desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida.
National Coalition for Cancer Survivorship	2014	Defining Cancer Survivorship	Superviviente	En 1986: superviviente desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida. Luego ampliaron la definición para incorporar a familiares, amigos y cuidadores.
Welch-McCaffrey et al	1989	Surviving adult cancers. Part 2: Psychosocial implications	Trayectorias del superviviente	Conceptualización de la supervivencia considerando los efectos a corto y largo plazo.
Leigh	2001	PREFACE: The culture of survivorship.	Superviviente	El término Superviviente tiene un significado diferente para distintos grupos o individuos.
National Cancer Institute.	n.d	NCI Dictionary of Cancer Terms	Supervivencia	Salud y vida del sujeto tras la finalización del tratamiento hasta el final de la vida.

Anexo 2: Trabajos empíricos sobre crecimiento postraumático

Autor	Título	Tipo de cáncer	Muestra (n/edad)	Tiempo desde diagnóstico o tratamiento	Objetivos	Estudio del CPT	Principales aportes para el Trabajo de Integración Final
Barthakur et al (2016) (India)	Posttraumatic Growth in Women Survivors of Breast Cancer	Mama	15/57	Mínimo 6 meses desde quimioterapia o radioterapia	Comprender, desde una perspectiva india, el CPT en supervivientes al cáncer de mama	Entrevista semiestructurada	El CPT se manifestó en el aprecio por la vida, fortaleza personal, relaciones interpersonales y en la espiritualidad
Connerty & Knott (2013) (Australia)	Promoting positive change in the face of adversity: experiences of cancer and post-traumatic growth	Mixto	15/63,47 (DE=11,64)	Media de 15 años desde el diagnóstico	Explorar la experiencia de cáncer en pos de evaluar la relevancia del constructo de CPT e identificar factores que pueden impactar en su desarrollo	Entrevistas grupales	El CPT se manifestó en aprecio por la vida, cambio en las prioridades, relaciones interpersonales y en la espiritualidad
Comio et al (2015) (Italia)	Post-traumatic Growth in the Italian Experience of Long-term Disease-free Cancer Survivors	Mixto	360/58,6	Libres de enfermedad y tratamiento por ≥ 5 años	Evaluar la prevalencia de CPT en población italiana libre de enfermedad y tratamiento a largo plazo (≥ 5 años) y la relación entre CPT y variables sociodemográficas y clínicas	PTGI	La media de CPT fue 36,3. Las escalas que mostraron mayor CPT fueron relaciones interpersonales, fortaleza personal y aprecio por la vida
da Silva et al (2011) (Portugal)	Growing After Breast Cancer: A Controlled Comparison Study With Healthy Women	Mama	Cáncer 71 / 51,5 (DE= 8,1) Sanos 89 / 51,1 (DE=12)	Mínimo 6 meses desde la finalización del tratamiento	Examinar el CPT y el ajuste psicosocial en supervivientes al cáncer de mama en comparación con un grupo de mujeres sanas	PTGI (versión en portugués)	Los supervivientes presentaron mayor CPT total y en cada uno de las escalas que los controles sanos
Esparza Baigoni et al (2015) (Argentina)	Estudio longitudinal del crecimiento postraumático y la calidad de vida en mujeres supervivientes de cáncer de mama	Mama	156 / 60,7 (DE= 9,0)	Mínimo un año desde la finalización del tratamiento	Describir la relación entre el CPT y la Calidad de Vida en mujeres supervivientes al cáncer de mama, a lo largo de tres años tras la finalización de los tratamientos	PTGI (versión en español)	Los participantes presentaron CPT de moderado a alto a lo largo de las tres visitas sin variaciones significativas
Fallah et al (2012) (Irán)	Posttraumatic Growth in Breast Cancer Patients: A Qualitative Phenomenological Study	Mama	23 / 46,22 (DE=8)	Media de 26,96 meses desde el diagnóstico	Estudiar la percepción del CPT en mujeres con cáncer de mama y reconocer sus dimensiones en población iraní	Escrito, preguntas abiertas	El CPT se manifestó en crecimiento espiritual, aprecio por la vida y fortaleza personal
Ho et al (2004) (China)	Posttraumatic growth in Chinese cancer survivors	Mixto	188 / M= 49.29 (DE= 0.622)	Mínimo 5 años libres de enfermedad	Investigar las dimensiones y los determinantes del CPT en población china superviviente al cáncer	PTGI (versión china)	Los supervivientes presentaron cambios positivos en cuatro áreas: sí mismos, orientación de vida, espiritual e interpersonal

Jansen et al (2011) (Alemania)	Benefit finding and post-traumatic growth in long-term colorectal cancer survivors: Prevalence, determinants, and associations with quality of life	Colorrectal	483/ M=72 (DE= 9)	Mínimo 5 años desde el diagnóstico	Investigar la percepción de beneficios y el CPT en supervivientes de cáncer a largo plazo	PTGI	El 46% de los participantes presentó CPT de moderado a alto. El 70% presentó CPT de moderado a alto en aprecio por la vida
Lelorain, et al (2010) (Francia)	Long Term Posttraumatic Growth After Breast Cancer: Prevalence, Predictors and Relationships with Psychological Health	Mama	307/62,4 (DE= 7.9)	5-15 años desde el diagnóstico. Libres de enfermedad	Evaluar la prevalencia y los predictores del CPT a largo plazo y la relación entre CPT y salud psicológica en una muestra aleatoria de 307 mujeres libres de enfermedad	PTGI	Los participantes reportaron CPT en grado moderado a alto. La media de CPT fue 59,9. Destaca la media obtenida en la dimensión de aprecio por la vida
Lelorain et al (2012) (Francia)	Posttraumatic growth in long term breast cancer survivors: Relation to coping, social support and cognitive processing	Mama	28	5-15 años desde el diagnóstico. Libres de enfermedad	Explorar la aparición del CPT en la narrativa de mujeres supervivientes al cáncer de mama sobre los cambios generados por la experiencia de cáncer	Entrevistas abiertas	Los participantes reportaron cambios positivos en el aprecio por la vida, cambio en las prioridades y fortaleza personal
McDonough et al. (2011) (Estados Unidos)	The Development of Social Relationships, Social Support, and Posttraumatic Growth in a Dragon Boating Team for Breast Cancer Survivors	Mama	17/51.24 (DE= 11.09)	Media 2.25 años (DE= 2.24)	Explorar cualitativamente el desarrollo de las relaciones sociales, el apoyo social y el CPT en supervivientes al cáncer de mama participando de un programa Dragon Boat	Entrevista semiestructurada	CPT en el aprecio por la vida, relaciones interpersonales, fortaleza personal, nuevas posibilidades y cambio espiritual
Mols et al (2009) (Países bajos)	Well-being, posttraumatic growth and benefit finding in long-term breast cancer survivors	Mama	183	Mínimo 10 años libres de enfermedad	Evaluar el CPT, la percepción de beneficios, el bienestar y su asociación en una muestra aleatoria en pacientes 10 años libres de enfermedad	PTGI	CPT en las relaciones interpersonales, fortaleza personal y aprecio por la vida
Sharp et al (2018) (Irlanda)	Posttraumatic growth in head and neck cancer survivors: Is it possible and what are the correlates?	Cabeza y cuello	583	≥ 8 meses con posterioridad al diagnóstico	Evaluar el alcance del CPT, los factores asociados al CPT y la relación entre CPT y calidad de vida en supervivientes de cáncer de cabeza y cuello	PTGI	La media de CPT total fue de 55,74 y el 59,6% de los supervivientes presentaron CPT de moderado a alto. La media más elevada fue la obtenida en aprecio por la vida
Sim et al (2015) (Corea)	Posttraumatic growth in stomach cancer survivors: Prevalence, correlates and relationship with health-related quality of life	Estómago	122/ 59.0 (DE= 9.7)	Mínimo 12 meses desde la cirugía. Media de 44.6 (DE= 2.7) desde la cirugía	Examinar la prevalencia y factores asociados al CPT e identificar la relación entre CPT y calidad de vida	PTGI (Versión coreana)	El 53,3% de los supervivientes presentaron CPT de moderado a alto. La prevalencia de cambio en la percepción de uno mismo fue la más elevada y la de cambio espiritual fue la más baja
Nota: CPT hace referencia a crecimiento postraumático y PTGI al Inventario de Crecimiento Postraumático							

Anexo 3: Intervenciones terapéuticas para promover el crecimiento postraumático

Autor	Título	Tipo de cáncer	Participantes	Intervención	Objetivos	Medición del CPT	Principales aportes para el Trabajo de Integración Final
Antoni et al(2006) (Estados Unidos)	How Stress Management Improves Quality of Life After Treatment for Breast Cancer	Mama	154 (74 en CBSM)	CBSM 10 sesiones semanales de 120 minutos	Estudiar los efectos de la intervención CBSM en la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama y que componentes de la intervención se asocian a dichos efectos	BFS	La intervención se asocia a mayor bienestar emocional, estados mentales positivos, percepción de beneficios, afecto positivo y cambios positivos en el estilo de vida
Garland et al (2007)(Canadá)	A non-randomized comparison of mindfulness-based stress reduction and healing arts programs for facilitating post-traumatic growth and spirituality in cancer outpatients	Mixto	104 (60 en MBSR)	MBSR 8 Sesiones semanales de 90 minutos. HA 6 Sesiones semanales de 120 minutos	Comparar los efectos del programa MBSR y el HA en el CPT y en la espiritualidad, estrés y alteración del estado de ánimo	PTGI	Ambos grupos mostraron mejoras significativas en el CPT
Labelle et al(2015) (Canadá)	Does self-report mindfulness mediate the effect of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on spirituality and posttraumatic growth in cancer patients?	Mixto	136 (75 en MBSR)	MBSR 8 sesiones semanales de 90 minutos	Evaluar los efectos del programa MBSR en la espiritualidad, el CPT y el mindfulness en pacientes con cáncer. Evaluar si el mindfulness media en los efectos del MBSR en la espiritualidad y el CPT	PTGI	Los participantes del MBSR presentaron un incremento del CPT. El mindfulness media en los efectos del MBSR en el CPT
McGregor et al (2004)(Estados Unidos)	Cognitive-behavioral stress management increases benefit finding and immune function among women with early-stage breast cancer	Mama	29 (18 en CBSM)	CBSM Grupos de 4 a 6 mujeres. 10 sesiones semanales de 120 minutos	Evaluar los efectos de la intervención CBSM en el bienestar emocional y en el funcionamiento inmunitario en mujeres que se encontraran en los meses posteriores a la cirugía para cáncer de mama en etapa temprana.	BFS	Los participantes del grupo CBSM reportaron mayor percepción de beneficios asociados a la experiencia de cáncer que el grupo control
Ochoa et al(2017) (España)	Psicoterapia positiva para supervivientes de cáncer con elevados niveles de malestar emocional: la facilitación del crecimiento postraumático reduce el estrés postraumático	Mixto	126 (73 en PPC)	PPC Grupos de 8 a 12 mujeres. 12 sesiones semanales de 90-120 minutos	Evaluar los efectos del programa PPC en la reducción del estrés postraumático y del malestar emocional a través de la facilitación del CPT en supervivientes de cáncer en comparación con un grupo control	PTGI	El grupo PPC mostró un incremento del CPT, una reducción del malestar emocional y de los síntomas de estrés postraumático
Pat-Horenczyk et al (2015)(Israel)	Posttraumatic Growth in Breast Cancer Survivors: Constructive and Illusory Aspects	Mama	94 (49 en Construyendo Resiliencia)	Construyendo Resiliencia. 8 Sesiones semanales de 90 minutos	Estudiar el impacto de la intervención Construyendo Resiliencia en el afrontamiento y el CPT	PTGI	Más de la mitad de los participantes reportaron un incremento del CPT a 6 meses de la intervención. El incremento del CPT y del afrontamiento positivo fue significativamente mayor que en el grupo control

Penedo et al (2006) (Estados Unidos)	A Randomized Clinical Trial of Group-Based Cognitive-Behavioral Stress Management in Localized Prostate Cancer: Development of Stress Management Skills Improves Quality of Life and Benefit Finding	Próstata	191 (107 en CBSM)	CBSM 4 a 8 hombres. 10 sesiones semanales de 120 minutos.	Estudiar el efecto de la intervención CBSM en la percepción de beneficios y la calidad de vida de hombres recuperándose del tratamiento de cáncer de próstata localizado	BFS	La participación en el grupo CBSM dio lugar a un incremento en la percepción de beneficios y en la calidad de vida.
Ramos et al (2018) (Portugal)	The effectiveness of a group intervention to facilitate posttraumatic growth among women with breast cancer	Mama	205 (58 en intervención)	Intervención grupal Grupos de 6 a 8 mujeres. 8 sesiones semanales de 90 minutos	Estudiar la efectividad de una intervención grupal diseñada para facilitar el CPT	PTGI	Los participantes sometidos a la intervención mostraron mayores niveles de CPT. El desafío a las propias creencias y la rumia intrusiva median en el desarrollo del CPT
Victorson et al (2017) (Estados Unidos)	Feasibility, acceptability and preliminary psychological benefits of mindfulness meditation training in a sample of men diagnosed with prostate cancer on active surveillance: results from a randomized controlled pilot trial	Próstata	43 (24 en MBSR)	MBSR 8 sesiones semanales de 150 minutos	Estudiar la fiabilidad y eficacia preliminar de un programa MBSR en una muestra en vigilancia activa en importantes variables psicológicas como ansiedad, intolerancia a la incertidumbre y CPT	PTGI	Los participantes del MBSR mostraron una disminución significativa de la ansiedad y en la tolerancia a la incertidumbre y un incremento significativo en mindfulness, salud mental global y CPT. Incremento del CPT al ser evaluado a 8 semanas, 6 meses y 12 meses de la línea de base
Zemick et al (2014) (Estados Unidos)	A Randomized Wait-List Controlled Trial of Feasibility and Efficacy of an Online Mindfulness Based Cancer Recovery Program: The eTherapy for Cancer Applying Mindfulness Trial	Mixto	62 (30 en MBCR)	MBCR 8 Sesiones semanales de 120 minutos	Evaluar la fiabilidad y el impacto de un programa online de MBCR para supervivientes de cáncer con estrés de moderado a alto	PTGI	Los participantes del MBCR mostraron mejoras significativas en alteraciones del estado de ánimo, síntomas de estrés y espiritualidad. Ambos grupos presentaron incrementos en el CPT
Zhang et al (2017) (China)	Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on posttraumatic growth of Chinese breast cancer survivor	Mama	58 (28 en MBCR)	MBSR Grupos de 4-6 mujeres. 8 sesiones semanales de 120 minutos.	Evaluar la eficacia del programa MBSR para promover el CPT, reducir el estrés y la ansiedad en pacientes chinos con cáncer de mama	PTGI	El grupo MBSR mostró un incremento significativo en CPT y una disminución de la ansiedad y el estrés percibido tras la finalización de la intervención y en el seguimiento a tres meses de la misma
Nota: CPT hace referencia a crecimiento postraumático, PTGI a Inventario de Crecimiento Postraumático y BFS al inventario de Búsqueda de Beneficios. CBSM alude a un programa de Manejo Cognitivo Conductual del Estrés, HA a uno de artes curativas, MBSR a uno de Reducción del Estrés basado en el Mindfulness y MBCR a una modificación del mismo aplicado a pacientes con cáncer. PPC alude a Psicoterapia Positiva Grupal para Supervivientes de Cáncer							